



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CARINA MARTINS DA SILVA MARINHO

**CUIDAR DE PACIENTES EM PROLONGAMENTO ARTIFICIAL DA  
VIDA: CONCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS**

Salvador  
2010

CARINA MARTINS DA SILVA MARINHO

**CUIDAR DE PACIENTES EM PROLONGAMENTO ARTIFICIAL DA  
VIDA: CONCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de título de Mestra em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa O cuidar no processo de desenvolvimento humano.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dora Sadigursky.

Salvador  
2010

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem,  
Escola de Enfermagem, UFBA.

M338c Marinho, Carina Martins da Silva  
Cuidar de pacientes em prolongamento artificial da vida:  
concepção  
das enfermeiras/ Carina Martins da Silva Marinho. - Salvador, 2009.  
99 f.

Orientadora: Profa Dra Dora Sadigursky.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Programa  
de Pós-graduação em Enfermagem, 2009.

1. Distanásia. 2. Doentes terminais. 3. Enfermeira e paciente. 4.  
Cuidados de enfermagem. I. Sadigursky, Dora. II. Universidade Federal  
da Bahia. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616.083

CARINA MARTINS DA SILVA MARINHO

**CUIDAR DE PACIENTES EM PROLONGAMENTO ARTIFICIAL DA  
VIDA: CONCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa O cuidar no processo de desenvolvimento humano.

Aprovada em 22 de dezembro de 2009

Banca Examinadora

Dora Sadigursky \_\_\_\_\_  
Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Jésia Vieira \_\_\_\_\_  
Professora da Universidade Federal de Sergipe

Álvaro Pereira \_\_\_\_\_  
Professor da Universidade Federal da Bahia

Darci de Oliveira Santa Rosa \_\_\_\_\_  
Professora da Universidade Federal da Bahia

## **DEDICATÓRIA**

Por saber que nada acontece sem que nosso Pai conceda,  
Por entender que sua sabedoria nos faz realizar cada ato no momento mais  
adequado,  
Por acreditar que Ele nos ama e nos faz ser melhor a cada dia...  
Dedico este trabalho ao nosso grande mestre: Deus.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me guiar em todos os momentos com sua imensa sabedoria;

Aos pacientes e familiares que me fizeram crescer através de suas dores e perdas pela morte;

À minha orientadora, professora Dora Sadigursky, pelas importantes sugestões para o aprimoramento desse trabalho, pelas contribuições, correções e cobranças que me fizeram buscar sempre o melhor;

Ao corpo docente da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial aos membros da Pós-Graduação, pelas oportunidades de apreender parte do grande conhecimento que possuem e em nos proporcionar encontros científicos com pessoas importantes da academia;

Destaco um agradecimento especial às professoras Darci Santa Rosa e Maria Teresa Mariotti, por perceber nelas o entusiasmo pela academia, despertando assim o meu interesse em continuar nessa caminhada;

À minha grande amiga e também colega do Mestrado, Michele Viviane, por fazer parte de mais uma caminhada juntas, pelo apoio que me dispensou nos momentos difíceis, com seu modo simples de ser;

Às minhas colegas do Mestrado, pela partilha de experiências e vivências, não só como enfermeiras, mas como pessoas; em especial à Leila, Carla Damasceno, Laura Emannuela e Ana Luiza.

Às minha colegas de profissão, pelo apoio e contribuições nas trocas da escala;

Aos meus pais, por saber que são meus maiores admiradores e ficam felizes com minhas conquistas. Por saber que tudo isso foi possível, porque me ensinaram a SER e a buscar algo que não pode ser retirado, o conhecimento;

Aos meus irmãos, Michel, Ramiro e Teca, por saber que torcem pelo meu sucesso;

À toda a minha família, em especial à Carla, Ana Carla e Marilene, por acreditarem e demonstrarem sempre que acreditam em mim;

Ao “meu bebê” João, por ter iniciado o despertar para a maternidade e, a minha pequena Ísis, por ser tão parecida com a tia;

Ao meu Grande Amor, João Picanço, que apesar de ter entrado na etapa final dessa fase, contribuiu para que esta fosse concluída de forma tranqüila e serena, através de sábias palavras de incentivo.

*“Estar perto da morte concentra poderosamente o homem, nos incita a recuar e a reinventar a nós mesmos, a saborear mais plenamente a vida que nos resta. Significa reimaginar quem somos e onde estamos, o que queremos do resto de nossas vidas, do que podemos nos livrar por não ser essencial, o que passa a ser central”*

*(LERNER, 1990, apud, WALSH; MCGOL DRJKC., 1998, p.10)*

MARINHO, Carina Martins da Silva. **Cuidar de pacientes em prolongamento artificial da vida: concepção das enfermeiras.** 2009. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

## RESUMO

A morte continua sendo um fenômeno que as pessoas têm medo e tentam, de toda forma, negá-la, resistindo falar abertamente. As enfermeiras, mesmo àquelas que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva, vivenciam constantemente situações de dor e perda pela morte, mesmo assim, não é com naturalidade que esta é vista. Os tratamentos dispensados aos pacientes fora de possibilidade de cura, nessas unidades, continuam sendo ostensivos, gerando conflitos na equipe multiprofissional. Esta pesquisa, de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, teve como objetivo analisar a concepção das enfermeiras sobre o cuidado de pacientes em prolongamento artificial da vida em UTI. Foi desenvolvido em UTI de um hospital público de grande porte da cidade de Salvador. Foram entrevistadas dezessete enfermeiras e, para análise dos dados foi utilizado a análise de conteúdo temática. Os principais achados se dividiram em três categorias, sendo estas: **Percebendo o processo de morte-morrer, Percebendo o cuidado diante da perspectiva da morte e Percebendo a obstinação terapêutica.** Conclui-se que as enfermeiras desenvolvem uma cuidado sem demonstrar envolvimento emocional, considerado mais como um cuidado técnico, acreditando que a vida tem um fim e que deve-se existir uma limitação nas condutas e na terapêuticas pois para elas o prolongamento artificial da vida é, tão somente, fonte geradora de sofrimento para o paciente e família.

Descritores: Morte, Tratamento fútil, UTI e Enfermagem.

MARINHO, Carina Martins da Silva. **Caring for patients on artificial prolongation of life**: development of nurses. 2009. 99f. Dissertation (Masters in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2010.

#### ABSTRACT

The death remains a phenomenon that people are afraid and try to, anyway, deny it and resist to speak openly. The nurses, even those working in the Intensive Care Unit, constantly experience situations of pain and loss through death, even so, it is naturally that is seen. The treatment offered to patients beyond the possibility of healing, these units are still being ostentatious, generating conflicts in the multidisciplinary team. This study is an exploratory, descriptive, qualitative approach, aimed at analyzing the design of the nurses on the care of patients on artificial prolongation of life in ICU. It was developed in the ICU of a public hospital in the large city of Salvador. Seventeen nurses were interviewed. Data analysis methodology was used as the thematic content analysis. The main findings were divided into three categories, these being: **Realizing the process of death, dying, Realizing care at the prospect of death and Realizing the futility**. It was concluded that nurses develop a care without much emotional involvement, considered technical care, believe that life has a purpose and that there should be a limitation on the conduits and the therapies and the artificial prolongation of life is so only, source of suffering for the patient and family.

Keywords: Death, ICU, futility therapy and Nursing

## 1 INTRODUÇÃO

*“As pessoas precisam de cuidado, de atenção, de carinho, de alguém que converse com elas, de alguém que as respeite. As pessoas estão esquecendo muito desse pequeno detalhe: as pessoas tem o direito de morrer. Quando a vida está dizendo que está chegando a hora[...]. A vida tem um fim [...]. Não adianta querer brigar com o percurso natural da vida, as pessoas tem direito de morrer com dignidade. A vida tem seu curso natural.[...]. Morrer não é uma coisa que vai afrontar a natureza, é o normal da natureza” (E. 11).*

A sociedade ocidental continua temendo a morte, evitando encará-la e aceitá-la como algo natural e inevitável. No entanto, curioso é o fato desta realidade não ser diferente entre os profissionais de saúde que, também, tentam fugir da morte, mesmo lidando, quase que cotidianamente<sup>1</sup>, com ela. Além da formação fundamentada no modelo biomédico, que busca a cura através do conhecimento técnico, como ferramenta suficiente, a equipe tem a disposição todo aparato tecnológico que, cada vez mais, tem invadido o cenário hospitalar, postergando o momento de finitude da vida.

Atualmente, o processo saúde-doença apresenta outra realidade devido ao conhecimento e inovações técnico-científicas. Nesse contexto, a morte é reafirmada como algo indesejada que deve ser combatida. Assim, as enfermeiras<sup>2</sup>, consoante às transformações na área da saúde, parecem compartilhar dessa luta incessante contra a morte, de forma a não aceitá-la como inevitável. Desse modo, o cuidado de enfermagem parece estar cada vez mais distanciado do seu foco de trabalho, uma vez que este deve ser voltado para o ser humano, na sua integralidade, em todas as fases do ciclo vital, desde o nascimento até a morte.

---

<sup>1</sup> Cotidiano como ação corriqueira, que acontece com frequência no dia a dia.

<sup>2</sup> Por ser a enfermagem majoritariamente feminina, será utilizado o termo enfermeira em todo o trabalho, referindo-se a ambos os gêneros.

Nesse sentido, Costa e Lima (2005) afirmam que, na atualidade, a morte ainda é compreendida como sendo um tabu<sup>3</sup>, um tema interdito e sinônimo de fracasso profissional, para quem trabalha na área da saúde. Esta morte, institucionalizada e medicalizada, é combatida a todo custo, uma vez que existem, à disposição, aparelhos de alta tecnologia que são utilizados para manter o organismo do paciente em funcionamento e, profissionais treinados para manipulá-los, porém, sem atentar para as reais necessidades de cuidado que o paciente em iminência de morte requer.

Assim, cabe resgatar a origem do cuidado, para que seja possível entender a prática atual pois, desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Desse modo, o ser humano, sempre precisou de cuidado, porque cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir que a vida continue, desenvolva-se e, lute contra a morte (COLLIÈRE, 1989). Com isso, os objetivos do cuidar envolvem aliviar, confortar, ajudar e promover a vida. A cura pode ocorrer ou não, assim como a morte. Pois, para a enfermagem, a finalidade do cuidar é, prioritariamente, aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e propiciar meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer (WALDOW, 1999).

Sendo assim, cuidar não é somente lutar contra a morte, envolve também, todo o processo de vida e morte, para que esta ocorra da melhor forma, e possa permitir à pessoa o alcance da paz no momento considerado mais frágil. Nesse sentido, precisamos então, aceitá-la, para que possamos, pelo menos, ajudar às pessoas a terem uma morte digna. E, sendo a equipe de enfermagem, a categoria de saúde que passa a maior parte do tempo em contato com os pacientes hospitalizados, é necessário que a questão morte esteja bem resolvida, para que o cuidado possa favorecer e ajudar essas pessoas a aceitarem que estão no processo de finitude da vida.

Antes do século XVIII o hospital era, essencialmente, uma instituição de assistência para segregação e exclusão dos pobres. Estes, quando doentes, eram considerados como pessoas de risco para a sociedade, pela possível disseminação de enfermidades. Eram, então, recolhidos ao hospital, não com a intenção de tratamento ou cura, mas, para salvação das almas, pois era um local que se ia para morrer, conhecido na época como

---

<sup>3</sup>

O tabu cumpre a função de controle social, como uma necessidade de criar mecanismos de defesa psíquica, (FREUD, 2002).

morredouro. No entanto, ao final deste século, o hospital passa a ser uma instituição destinada a curar, e não mais o hospital-exclusão (FOUCAULT, 1988).

Desta forma, no ambiente de saúde, a morte e a dor sempre estiveram presentes mas, atualmente, são percebidas como sem sentido e, na medida em que escapam ao controle, são vistas como fracasso. Para a enfermagem, vivenciar na prática e atender pacientes graves e em situação de morte é um grande desafio (SANTOS; MASSAROLO, 2004). Pessini (1996 apud SALOUM; BOEMER, 2004) salienta que, apesar de todos os conhecimentos que a medicina adquiriu, não tornaram a morte um evento digno. O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas favoreceram um morrer mais problemático, mais difícil de lidar e questões como eutanásia; distanásia ou prolongamento artificial da vida<sup>4</sup>; tratamento fútil; ortotanásia e obstinação terapêutica, são fontes de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis que, geram angústia, ambivalência e incertezas.

Diante de tantos sentimentos e dilemas que envolvem a morte, é relevante saber lidar com as perdas e o luto, através de um aprendizado contínuo, pois a todo instante, perde-se algo ou alguém. A morte, por significar uma perda, vem sempre acompanhada de luto e, este não se restringe unicamente aos familiares, mas estende-se a toda equipe envolvida no processo morte-morrer. Assim, vivenciar um luto que seja menos doloroso para todos, necessita de uma comunicação eficaz. De acordo com Moritz (2007), a dificuldade da comunicação durante o processo de morrer tem fundamentos históricos, destacando-se o fato de que só se consegue uma boa comunicação quando se tem conhecimento e tranquilidade para abordar determinado tema.

Na minha vivência como ser humano, tive poucas perdas, seja de forma lenta ou bruscamente. Mas, pude presenciar todos os tipos e formas que acometem as pessoas, com diferentes crenças e opiniões, durante minha caminhada profissional. Percebendo a importância e necessidade de entender mais sobre o fenômeno morte, visto que na minha profissão lidar com isso é uma ação quase que diária, faz parte do meu cotidiano. principalmente trabalhando em UTI, pela gravidade das pessoas internadas, com o risco de morte iminente. Assim, percebo a urgência em trabalhar as dificuldades encontradas frente à morte do outro, a fim de poder contribuir da melhor forma a ajudar a superar as dores pelas perdas.

---

4

Foi escolhido neste estudo a expressão prolongamento artificial da vida como sinônimo de distanásia, conforme referência de Villas-Bôas (2005).

Nesse sentido, o meu interesse em estudar as questões que permeiam o processo de morte-morrer é fruto de inquietações, que surgiram desde o curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal da Bahia, quando tive o primeiro contato com a morte, de forma brusca. Recordo-me de maneira muito forte quando no sexto semestre, na prática da disciplina Emergência, uma paciente evoluiu para óbito após várias tentativas de reanimação cardíaco-pulmonar. E nós (grupo de estudantes), vivenciamos a angústia não só dos profissionais, mas também de ver um filho perder sua mãe naquele momento. Assim, comecei a me aproximar de leituras sobre a temática morte, o que culminou com a escolha para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em 2004.2, intitulado - Morte na unidade de emergência: preparo da enfermeira para lidar com a família. Durante esse caminho, ocorreu uma grande surpresa, minha colega (fazíamos esse trabalho em dupla), teve que lidar com a morte do seu irmão de forma traumática, no auge da juventude. Assim, pude vivenciar a dor dessa família de perto.

Posteriormente, alguns questionamentos foram surgindo: Algum dia teria esse preparo e/ou condição de apoiar alguém que vivencia o momento da morte? Imaginei que para uma estudante de graduação seria pretensão demais, então pensei que com a formação e a experiência adquirida esse preparo ocorreria naturalmente. No entanto, tive mais uma surpresa, pois os contatos com colegas formados há vários anos me levaram a descobrir que elas, também, não se sentiam preparadas e evitavam falar da temática morte. Assim, no curso de especialização em enfermagem intensivista (em 2005), mantive o interesse em continuar estudando a temática, com um outro recorte, para realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização, agora intitulado – Ortotanásia e Distanásia: Desafios e enfrentamento da enfermagem na UTI.

Atualmente, trabalhando em UTI de um hospital público, lido com pacientes graves, na iminência de morte, todos os dias, e continuo percebendo o despreparo e a resistência em se abordar a temática, além da não aceitação da morte como algo natural, mas como um fracasso terapêutico. Este fato é confirmado a cada dia de trabalho, quando vejo pessoas com prognóstico reservado, sem resposta às medidas implementadas e, mesmo assim, sendo submetidas à condutas que não cessam e, pelo contrário, novas medidas até mais sofisticadas são investidas na tentativa de vencer a morte, prolongando uma vida sem perspectiva de sobrevivência. Assim, as pessoas têm sua vida prolongada, uma morte arrastada, permeada de tratamento ostensivo, doloroso e inútil.

Percebo, também, um conflito entre os membros da equipe multiprofissional, por não acreditar, muitas vezes, nas ações que realiza e na terapêutica implementada. Não desconsiderando, ainda, os custos onerosos para os cofres públicos, devido a permanência prolongada, desses pacientes, em leitos de UTI, assim como os produtos utilizados e ao déficit de leitos especializados para a demanda de pacientes graves em todo o país.

Dessa forma, pensando assim, este estudo tem como **objeto** a concepção das enfermeiras sobre o cuidado de pacientes em prolongamento artificial da vida em UTI partindo da **questão norteadora**: Qual a concepção das enfermeiras sobre o cuidado de pacientes em prolongamento artificial da vida em UTI? Tem como **objetivo** analisar a concepção das enfermeiras sobre o cuidado de pacientes em prolongamento artificial da vida em UTI.

Espero que este trabalho possa favorecer encontros com o grupo de profissionais enfermeiras, deste locus de estudo, a fim de propiciar a reflexão e discussão sobre as concepções à respeito do conceito de morte digna, para o alívio dos pacientes, e diminuição do desgaste dos familiares e profissionais, bem como, repensar em propostas pertinentes a cada internamento, que possibilite a redução das medidas implementadas de forma inútil para disponibilizar leitos de forma mais coerente e racional. E, posteriormente, estar ampliando tais discussões com toda a equipe multidisciplinar.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

*“Eu acho que muitas vezes fica-se prolongando um sofrimento, que não vai levar a lugar nenhum. Antes os pacientes morriam em suas casas, com seus familiares, de uma forma mais natural e hoje em dia morrem em UTI, cheio de tubo, de drenos. E, muitas vezes, os médicos sabem que aquele paciente não vai ter uma vida normal, não vai viver, e mesmo assim ficam prolongando. Porque a medicina desenvolveu tecnologias que permitem prolongar este sofrimento” (E. 3).*

### 2.1 CUIDADO COMO OBJETO DA ENFERMAGEM

O cuidado é mais que um ato, é uma atitude, entre outras, e se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, sempre vem acompanhado de cuidado. Sem ele, o ser humano deixa de ser humano; se não receber cuidado ao longo da vida, desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre. Por isso, o cuidado há de estar presente em tudo (BOFF, 1999).

Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso tomar conta dela, para que ela possa permanecer. Assim, os seres vivos sempre precisaram de cuidados, porque cuidar é um ato de vida que tem como fim permitir a sua continuidade, ou seja, desenvolver-se e lutar contra a morte (COLLIÈRE, 1989). Estas concepções, apontam para um pensamento dialético, que denuncia o mal, para separá-lo do bem, isto é, de tudo que faz viver, que isola o contrário, o gerador da morte. Uma destas orientações prevalece sobre a outra, a ponto de negá-la e de tentar destruí-la

Então, o cuidado é e será sempre indispensável, não apenas à vida dos indivíduos, mas à perenidade de todo o grupo social. Esta função primordial, inerente à sobrevivência de todo ser vivo, foi alterada entre os humanos à medida que as grandes mudanças tecnológicas, socioeconômicas e culturais foram surgindo, gerando a explosão e a dissecação das práticas de cuidados numa imensidão de tarefas e atividades diversas, disputadas tanto por profissões, como por ofícios (COLLIÈRE, 1989).

Assim, a primeira noção fundamental sobre o cuidar traduz uma ação de tratar alguém, atender alguém enquanto que o cuidado é o tratamento e a atenção dispensada a

este alguém que será o receptor do cuidado, em qualquer de suas dimensões, seja física, psicológica ou espiritual (LEOPARDI; GELBEKE; RAMOS, 2001). O cuidado, primordialmente, desenvolvido de modo singular e intuitivo, foi aos poucos sendo institucionalizado, demonstrando a necessidade que o ser humano possui de se cuidar e ser cuidado sempre (VAGHETTI et al, 2007). Desse modo, o cuidado como ato primitivo e intuitivo, passa a ter outro enfoque no que se refere ao objeto epistemológico da enfermagem.

O cuidar do ser e o cuidado à pessoa que se encontra em situação de doença revela, originalmente, o sentido da própria existência da enfermagem. É pelo cuidado que oferece a esse ser-paciente que a enfermagem se projeta e se mantém como profissão, se expressa e manifesta o seu corpo de conhecimentos, de habilidades e de atitudes. É através do cuidar que a enfermagem cria e recria a própria cultura do cuidar, que é, em sua essência, ética (GRAÇAS; SANTOS, 2009).

A potencialização do poder vital, através da assistência de enfermagem, requer a observação de princípios bioéticos, tais como o reconhecimento e o respeito às crenças, valores, sentimentos, capacidades e limitações do ser humano e sua família; assim como o princípio de evitar causar-lhe danos e esclarecer-lhe sobre os riscos e benefícios a que estão expostos tendo a consciência de que a prioridade é a vida (CARRARO, 1997).

Assim, o processo de cuidar vem sofrendo modificações ao longo do tempo, sendo que hoje, constitui-se de todas as atividades desenvolvidas pela pessoa que cuida, para e com o ser cuidado, com base em conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade, acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana.

Waldow (2006) considera que essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e plenitude física, mental, moral, emocional, social e espiritual nas fases do viver e do morrer, constituindo-se, em última análise, em um processo de transformação de ambos, cuidadora e ser cuidado.

Então, o cuidar significa comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (WALDOW, 2006).

Collière (1989), afirma que o cuidar é marcado pelas concepções, crenças e valores que se ligam, tanto aos que têm necessidade de cuidados quanto aos que prestam,

merecendo destaque, nesse sentido, de que é necessário, então, compreender os elementos que influenciam a concepção que se tem sobre os cuidados de enfermagem e a sua aplicação na prática.

São muitos os elementos e fatores que influenciaram o modo de cuidar. O fator econômico, político, as questões de gênero e de religião sempre exerceram forte interferência no processo de cuidar e, de acordo com o contexto em que se estava inserido, o cuidado era desenvolvido por pessoas com diferentes inserção na sociedade.

Assim, pessoas diversas e com diferentes papéis, desenvolveram o cuidado, com objetivos semelhantes. Os que necessitavam de cuidados queriam garantir a sua sobrevivência, retomar a sua saúde e, por fim, evitar a morte. E, àqueles que cuidavam, passaram a lutar contra a morte, de tal forma que propiciou a perpetuação do tabu que envolve este tema.

No entanto, não podemos permitir que essa luta incessante seja o ponto crucial para que o cuidado seja prestado, pois a morte faz parte da vida e deve ser encarada como natural e irremediável. Collière (1989), em sua primeira obra, considera a necessidade de cuidar de forma:

a mobilizar em alguém tudo o que vive, [...], todo o seu potencial de vida, [...] toda a vida que tem em potência e que pede para se desenvolver até o limiar da morte, não para a prolongar a todo custo mas para procurar aquilo a que a pessoa ainda dá valor, como aquele olhar a uma pessoa querida, aquela mão que ainda deseja tocar. ( p.306).

Nesse sentido, as ações de enfermagem são amplas e bastante diversificadas, passam pela educação, gestão, política e a atividade direta de prestar o cuidado. Algo muito complexo, uma vez que tem como foco o ser humano, que na sua totalidade é extremamente vasto, pois envolve a dimensão física, psíquica, intelectual e espiritual; além das especificidades de cada fase do ciclo vital pelo qual passa. Essas ações vão desde às atividades preventivas até às curativas incluindo, nesse processo vital, dois grandes acontecimentos: o nascimento e a morte.

Desse modo, Collière (1989) apresenta dois tipos de cuidados de natureza diferente: os cuidados cotidianos e habituais, *care* (tomar conta), ligados às funções de manutenção e de continuidade da vida; e os cuidados de reparação, *cure* (curar), ligados à necessidade de

reparar o que constitui obstáculos à vida. Encontra-se em todas as etapas da vida, ao ser cuidado, ao cuidar-se e ao cuidar.

Em busca da compreensão sobre o cuidado, Waldow (2006) considera que em meio às diversidades e contradições, o cuidado é visto como um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque faz parte do ser; relacional porque ocorre em relação ao outro e contextual porque assume variações, intensidades e diferenças nas suas maneiras e expressões de cuidar, conforme o meio.

Ao mesmo tempo, o cuidado é também compreendido como uma arte, pois é um exercício que se constrói pela proximidade entre o desejo de cuidar e a técnica apreendida, segundo o paradigma no qual se acredita, para que possa ser realizado com base na ética, sem mitos e dogmas, identificando valores e princípios a serem reafirmados pelo profissional (LEOPARDI, 2006 apud PIRES; MUSSI, 2009).

Portanto, sem perder a abrangência do conceito, Coelho, Figueiredo e Carvalho (1999) definem que o cuidar de enfermagem é o processo de expressão, de reflexão, de elaboração de pensamento e de aplicação intelectual, desenvolvido pela enfermeira, em relação às ações mais simples até as mais complexas e que requer, um mínimo de condições estruturais, ambientais e de recursos humanos, que seja razoável, para assegurar a confiabilidade ao atendimento dos clientes.

Mas, afinal, o que é cuidar em enfermagem? Como enfermeira, observo a existência de um movimento tácito e, ao mesmo tempo, paradoxal sobre o que é cuidar na nossa profissão. Apesar dos estudos que buscam esclarecer o significado do cuidar, em enfermagem, vislumbrando a possibilidade de ruptura com o modelo médico-biológico, ainda persiste a idéia do cuidar como um ato técnico, um procedimento. Isto é, os cuidados preservam o mesmo significado de técnicas, os quais podem ser executados por qualquer pessoa da equipe de enfermagem, numa relação sujeito/objeto o que não é mais admissível na atualidade (GRAÇAS; SANTOS, 2009).

Em razão da complexidade do conceito de cuidar/cuidado, o mesmo não tem sido apenas preocupação da enfermagem, mas de outras áreas do conhecimento como educação, psicologia, antropologia, filosofia, teologia como os estudos de Heidegger e de Boff, entre outros.

Assim, embora o cuidado seja estudado em outras profissões, é na enfermagem que este se sobressai, dado ser ele a essência e a razão maior de sua existência, como disciplina e profissão. Noto, então, que há uma preocupação com a mudança de valores, uma vez que,

estudiosos da enfermagem como Leininger e Watson têm-se ocupado em ampliar a visão dos profissionais acerca do cuidado. Procuram vislumbrá-lo sob uma ótica mais abrangente, interligando racionalidade e sensibilidade, tornando-o um processo interativo entre quem cuida e quem é cuidado (NASCIMENTO; ERDMANN, 2006).

Nesse entendimento, o cuidado de enfermagem compreende comportamentos e atitudes, demonstradas nas ações que lhe são pertinentes e, asseguradas por lei, que devem ser desenvolvidas com competência, no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas, para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (WALDOW, 2006).

## 2.2 A LINHA DIVISÓRIA ENTRE A VIDA E A MORTE

O medo da morte quer seja ou não universal é, sem dúvida, um sentimento que a maioria das pessoas não pode suportar. Vivemos uma vida na qual a morte é negada. Isso não quer dizer que negamos o fato de que somos mortais, nem significa que evitamos artigos, seminários ou eventos que tratam da morte. Significa que a despeito de tudo que se diz, continuamos a viver, deixando de lado a questão da nossa mortalidade. Negar a morte significa jamais permitir a nós mesmos, o confronto com a ansiedade provocada por visões dessa última separação. Quando pensamos em perda, pensamos na morte das pessoas que amamos. Mas a perda é muito mais abrangente em nossa vida, pois perdemos não só pela morte, mas também, por abandonar e ser abandonado, por mudar e deixar coisas para trás e seguir nosso caminho (VIORST, 2005).

Para Rank, discípulo de Freud, em sua teoria, o medo da morte tem origem no traumatismo do nascimento, ou seja, nas reações fisiológicas do recém-nascido que ocorrem em consequência de uma abundância de estímulos sensoriais, recebidos durante o nascimento. Isso causa na criança um protótipo das reações de ansiedade que, na idade adulta, se apresenta como medo da morte (MACHADO; LEITE, 2006).

Mesmo sendo do conhecimento geral, que ao nascer a única certeza da vida é que o momento da morte irá acontecer um dia, e que, são várias as formas pelas quais este momento se apresenta (quando ninguém espera, em acidentes; mortes súbitas ou lentamente), essas situações pegam as pessoas despreparadas para enfrentá-las. Lidar com a morte, talvez seja, a tarefa mais difícil do homem pós-moderno, pois comemoram o

nascimento e se esquecem de que, no exato momento da concepção já começa o processo de morte (SANTANA, 1998).

Neste sentido, a linha divisória entre a vida e a morte nunca se mostrou tão tênue e de difícil delimitação, gerando várias interpretações de cunho moral, social e jurídico mas, todas elas, não poderão prosperar, se não forem, também, embasadas nos conhecimentos biológicos. A morte não se dá em um momento exato, analisando apenas o aspecto biológico, pode-se dizer que o morrer é uma evolução gradual, que se estende em cadeia através de órgãos e tecidos (VILLAS-BÔAS, 2005). Assim, Nucci (2002 apud VILLAS-BÔAS, 2005), descreve a morte como,

cessação das funções vitais do ser humano (coração, pulmão, cérebro), de modo que ele não possa mais sobreviver por suas próprias energias, terminados os recursos médicos validados pela medicina contemporânea, experimentados por um tempo suficiente, o qual somente os médicos poderão estipular para cada caso isoladamente ( p. 17).

Na obra “Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média”, de autoria de Philippe Ariès (1975), encontra-se uma descrição detalhada sobre a forma como a morte era vista antes da Idade Média até o século atual. Assim, o autor classificou a morte em quatro tipos: morte doméstica, morte de si próprio, a morte do outro e a morte interdita.

A morte doméstica não era percebida apenas como uma premonição sobrenatural ou mágica, mas, também através de sinais naturais ou por convicção íntima. Era algo simples, estranho ao maravilhoso e à piedade cristã. Com o reconhecimento do espontâneo, não era possível disfarçar e proceder como se nada estivesse acontecendo. As pessoas não tinham pressa em morrer mas, quando viam chegar a hora, sem precipitações, nem atrasos, morriam cristãmente. O moribundo podia efetuar os últimos atos do cerimonial tradicional, após a lamentação e as queixas da vida, vinha o perdão dos companheiros e dos assistentes que o rodeavam. Sendo a morte, simultaneamente, familiar, próxima e atenuada, é designada como a morte doméstica, a qual se opõem a morte atual que provoca medo, a ponto de negar-se falar seu nome. É a morte da resignação familiar ao destino coletivo da espécie.

A morte de si próprio, a partir dos séculos XI e XII, configura-se, num sentido dramático e pessoal, à familiaridade do homem. É uma forma de aceitação da ordem da natureza, e ao mesmo tempo, ingênua na vida cotidiana e sábia nas especulações astrológicas. O homem aceita a morte simplesmente como justa. A transformação é que vai além da representação tradicional da morte no leito, como rito coletivo, passa a ter certa peculiaridade própria de cada indivíduo, o verdadeiro juízo final. A importância da existência própria e individual pode-se traduzir pela morte de si próprio.

Já, a morte do outro, a partir do século XV e mesmo final do século XVI, vem carregada de um sentido erótico: *Thanatos e Eros*. Ou seja, a eterna luta entre morte e vida, morte representada por *Thanatos* e vida, por *Eros*. A partir do século XVII, o homem das sociedades ocidentais tende a dar à morte um sentido novo. Exalta-a, dramatiza-a, querem-na impressionante e dominadora. Preocupa-se menos com a sua própria, é, antes de mais nada, a morte do outro. Cada vez mais considerada como uma transgressão que arranca o homem de sua vida cotidiana, da sua sociedade racional, do seu trabalho monótono; para submetê-lo a um paroxismo e o lançar, então, para um mundo irracional, violento e cruel. Tornara-se um acontecimento pleno de conseqüências, mas não se tornara nem assustadora, nem angustiante, continuava familiar, domesticada (ARIÈS, 1975).

Já, a morte interdita, a morte que outrora era tão presente, de tal modo tão familiar, vai desvanecer-se e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto interdito. Um sentimento já expresso na segunda metade do século XIX, onde o círculo de relações do moribundo tende a poupá-lo, escondendo-lhe a gravidade do seu estado. No século XX entre os anos de 1930 a 1950, a evolução vai precipitar-se, com a transferência do local da morte. Já não se morre mais em casa, no meio dos seus entes, morre-se no hospital e só. A morte no hospital deixa de ser ocasião para cerimônia e ritual, presidida pelo moribundo e seus amigos e passa a ser um fenômeno técnico, obtido pela parada dos sentidos, por uma decisão do médico e da equipe hospitalar. Sendo assim, torna-se segmentada em uma série de pequenas fases, das quais não se sabe em definitivo, qual é a morte verdadeira, se aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que a respiração cessou e o coração parou de bater.

Apesar do estudo de Ariès ser uma referência mundial sobre o tema, é importante salientar que ele mesmo, destaca que suas observações se referem ao mundo ocidental, sendo as atitudes orientais bastante diversificadas, por influências de outras raízes e filosofias. Nesse sentido, Escudeiro (2008) apresenta algumas considerações sobre a morte,

de acordo com algumas culturas e filosofias. Para a escola filosófica de pensamento chamada de “pessimismo”<sup>5</sup>, cujo pensador expoente era Schopenhauer, a morte coloca um ponto final na vida física, mas não na existência. Na visão de Heidegger, a morte é um fenômeno da vida, elemento estruturante da existência humana. Nas tribos da África, que seguem a religião serene, a morte de um indivíduo é o início de uma nova vida e a festejam. A mitologia Hindu, considera a morte como uma maneira de fazer um controle demográfico, pois quando a “Mãe Terra”<sup>5</sup> se sobrecarrega de pessoas, o Deus Brahama envia a morte para desafogar a sobrecarga populacional da terra. Os japoneses têm um fascínio quase que poético pela morte, e o sacrifício pessoal é muito valorizado na sua cultura. Sempre que um indivíduo vê-se em situação de desonra perante sua família e sociedade, a possibilidade da sua morte, como modo de “punição”<sup>5</sup> por esta situação, é aventada por ele.

Os Budistas acreditam que nós passamos por vários ciclos de vida-morte, e a morte é considerada não como o fim da vida, mas o fim de um ciclo e, conseqüente, início de outro, carregando a experiência adquirida, com objetivo de evoluir. Isso é chamado de Karma. A morte então, é a chance de iniciar uma nova caminhada rumo ao aprimoramento do ser. O espiritismo Kardecista encara a morte como uma passagem, um retorno, para o mundo espiritual, que seria o verdadeiro lar. No fundamentalismo islâmico, o sacrifício do indivíduo e a morte em batalha (Guerra Santa) são considerados uma honra por esses indivíduos, e uma maneira de se chegar ao paraíso (ESCUDEIRO, 2008).

O Judaísmo, matriz das principais religiões do ocidente, acredita na imortalidade da alma, cultua o juízo final e a ressurreição dos corpos. Para o Candomblé, o espírito sobrevive e procura reunir-se aos seus ancestrais e, estes têm a função de ajudar espiritualmente aos que ficaram em vida. Para os evangélicos, haverá um juízo final com a ressurreição, a união entre a alma e um corpo incorruptível como o de Jesus, que venceu a morte (FERNANDES, 2009).

Para Lifton (s/d apud VIORST, 2005), nem todas as religiões se baseiam numa vida literal, depois da morte, nem em uma alma imortal. O que é mais universal na experiência religiosa, é um ser de conexão com uma força espiritual, derivada de uma fonte através da qual se faz renascer – espiritual e simbolicamente – num reino de verdades que

---

<sup>5</sup>

Aspas do autor

transcendem a morte. Segundo essa autora, para Freud, as crenças religiosas são ilusões criadas pelo homem para tornar suportável seu desamparo neste mundo. A religião existe para exorcizar os terrores da natureza, compensar o sofrimento imposto pela civilização e, para conciliarmos-nos com a crueldade do destino, especialmente como ele se apresenta na morte.

Outra grande contribuição para compreensão da morte, na década de 1960 nos Estados Unidos, foi através dos estudos da médica psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross (2000), que inovou seu modo de olhar a pessoa frente ao processo de morte, com sua obra: *Sobre a morte e o morrer*; na qual descreve os estágios da morte, caracterizados por: negação e isolamento; raiva ou ira; barganha; depressão e por fim, aceitação.

Esse processo atinge, também, as pessoas que lidam ou cuidam de pacientes que estão morrendo, cotidianamente, e nem sempre é percebido de forma definida, em todos os estágios, pelas quais as pessoas em processo de morte passam. Nas Unidades de Terapia Intensiva devido ao seu quadro de gravidade, muitas vezes, em estado de coma, podemos perceber essas reações tanto nos familiares, quanto nos profissionais, que lutam a todo custo, contra a morte, até entenderem que não têm mais nada a fazer, a não ser aceitar a morte inevitável.

Na Europa, a médica inglesa, Cicely Saunders, em 1967, instalou no subúrbio de Londres, no St. Christopher's Hospice, uma unidade hospitalar destinada a receber enfermos terminais, somente para atendimento paliativo. Essas unidades, denominadas Hospices (Hospedarias), foram se multiplicando na Europa e Estados Unidos, chegando há mais de 3.000 (ASSUMPCÃO, 2008).

Assim, podemos dizer que estudos sobre a morte surgiu com o próprio homem, pois desde os nossos ancestrais que existe esta preocupação. Dessa forma, a tanatologia, palavra que vem do grego: *Thánatos*, o deus mitológico que representa a morte, e *logos*, estudo, objetivamente, significa o estudo da morte, que pode ser do ponto de vista antropológico, filosófico, religioso, médico ou psicológico. Para reunir internacionalmente, os profissionais dedicados aos estudos sobre Tanatologia, funda-se em 1976, nos Estados Unidos, a Association for Death Education and Counseling – ADEC – promovendo congressos e reuniões, para o estudo dessa nova ciência, especialmente nos campos da assistência, educação sobre a morte e preparação para o luto. Mais de 2.000 profissionais de quase todos os países do mundo, compõem o quadro associativo da ADEC, inclusive no

Brasil existem alguns filiados, em São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Minas Gerais (ASSUMPCÃO, 2008).

### 2.3 APRENDENDO A CONVIVER COM A MORTE

Através dos estudos desenvolvidos por Kubler-Ross (2000), compreendemos que há muitas razões para fugir e não aceitar a morte calmamente. Uma das mais importantes, hoje em dia, é que morrer é triste, sob vários aspectos, é muito solitário, muito mecânico e desumano. Morrer se torna um ato solitário e impessoal, porque o paciente, não raro, é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas, para um hospital, numa corrida desenfreada contra o inevitável. Segundo a autora, só quem passou por esta situação de quase morte, e obteve sucesso na terapêutica, pode referir-se ao desconforto e à fria necessidade deste transporte (casa-hospital), começo de uma longa provação, pois, para muitos, ir para o hospital, passa a ser o primeiro capítulo da morte.

No advento do hospital, até o século XVIII, o personagem ideal não era o doente que precisava ser curado, mas o pobre que estava morrendo. Era alguém a quem se deveria dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta era a função essencial do hospital. Dizia-se que o hospital era um morredouro, um lugar onde se ia para morrer. O pessoal hospitalar não era, fundamentalmente, destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre e do pessoal hospitalar (FOUCAULT, 1988).

Assim sendo, por muito tempo, coube à família, com a assistência do médico, em casos de doenças, cuidar dos seus membros em seus lares. Pacientes terminais, outrora, morriam e eram velados em suas residências, juntos a seus familiares. Gradativamente, ao longo do tempo, esta responsabilidade foi sendo transferida para os hospitais, onde as famílias internavam seus doentes, nos momentos finais, para que estes falecessem lá, fora do lar. Muitos alegavam, para isso, as experiências traumáticas da morte em casa; o receio de ficar com as imagens do falecimento em suas memórias e isso lhes causar mais sofrimento e dor (FONSECA, 2004).

Para Walsh e McGoldrick (1998), as sociedades têm-se preparado muito mal para a morte, negando seu impacto, removendo os moribundos de seus lares e comunidades e não sendo capazes de oferecer suportes culturais, para ajudar as famílias, em seu processo de

adaptação à perda. Ao mesmo tempo, os avanços da medicina cada vez mais, têm colocado as famílias frente às decisões, sem precedentes, relativas à vida e à morte.

Bellato et al (2007) chamam a atenção sobre a situação pela qual os profissionais da área da saúde estão expostos, no que concerne ao enfrentamento da morte de pessoas sob seus cuidados. Apesar do confronto com a morte, no seu cotidiano de trabalho, esses profissionais encontram dificuldade em encará-la como parte integrante da vida, considerando-a, com frequência, como resultado do fracasso terapêutico e, impotência diante dos esforços empreendidos para a cura.

Desse modo, as enfermeiras, cuja presença se faz de maneira ainda mais constante, no cuidado junto às pessoas que vivenciam a finitude da vida, experimentam, de maneira potencializada, sentimentos conflitantes, sendo esse um tema recorrente de estudo, enfocando a situação de morte nas diversas fases do ciclo vital. Considero pertinente que o cuidado de enfermagem deva ser reflexo do que já dizia Cicely Saunders (s/d apud ARAÚJO; SILVA, 2007, p.02): “Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte”.

Muitas vezes, o profissional, dentro do contexto hospitalar, age de forma mecânica, numa luta desenfreada para evitar a morte do paciente e a angústia dos seus familiares. No entanto, o fato não se aplica apenas ao enfrentamento da morte mas, também, à cobrança que é feita por todos, quando veem alguém, sob seus cuidados, morrendo. Dessa forma, o que se observa nos hospitais, são familiares internando seus entes, na tentativa de encontrar uma solução que possa evitar sua morte. Esperam que algum procedimento milagroso seja feito, e que o médico utilize todo aparato tecnológico, para evitar a morte de seu parente, a todo custo. Desse modo, as pessoas, atualmente, estão indo para os hospitais, como se estivessem fugindo da morte, acreditando que poderão derrotá-la, pois lá, todos estão “munidos”<sup>6</sup> e preparados para combater esse “mal”.

No ambiente hospitalar, a comunicação sobre a morte entre os profissionais e os pacientes, quase sempre são reprimidos e as discussões sobre o entendimento de que, todos somos mortais e iguais diante da morte. Dessa maneira, algumas constatações evidentes são de que o paciente é impedido de viver humanamente sua morte ou de morrer

---

6

Aspas da autora

dignamente, com consciência, no momento mais delicado de sua vida (LELOUP, 2001 apud FERNANDES; FREITAS, 2006).

Sendo assim, o reconhecimento da perda pode ser facilitado pela informação clara numa comunicação aberta, sobre os fatos e circunstâncias da morte. Isto resulta na aceitação familiar, assim como, sua adaptação ao fato novo, e ao seu fortalecimento, pois os indivíduos, as famílias e as culturas variam no grau em que a expressão aberta dos sentimentos seja valorizada (WALSH; MCGOLDRICK, 1998).

Segundo Ariès (1975), parte do modelo contemporâneo sobre a morte se acha alicerçado na burguesia do final do século XIX, em particular, a repugnância crescente em admitir abertamente a morte – a própria e a do outro – o isolamento moral imposto ao moribundo, por esta repugnância, e a falta de comunicação, se reflete na medicalização dos sentimentos sobre a morte.

Neste sentido, o aperfeiçoamento tecnológico tem permitido uma modificação gradual na dinâmica operacional dos hospitais, principalmente das UTI's, gerando, como conseqüência, a necessidade da tomada de decisões diante da morte e do morrer e o maior tempo de permanência dos pacientes críticos nessas unidades. Esses fatos têm levado à constatação de que é necessário haver uma harmonia entre os profissionais que trabalham nessas unidades, os pacientes internados e os seus familiares, para que busquem melhorar os relacionamentos durante o processo de tratamento do paciente crítico (MORITZ, 2007).

Soares (2007) em seu estudo realizado em 43 UTI's francesas, obteve como resultado que 73% dos familiares dos pacientes internados, apresentavam depressão e, os principais fatores associados à presença deste sintoma foram a ausência de encontros regulares com os médicos, um local próprio para estes encontros e, principalmente, a percepção de contradições nas informações recebidas. Metade dos familiares relataram que as informações sobre os pacientes, foram passadas de forma inapropriada. Nesse sentido, o autor considera o processo de comunicação como a pedra angular no cuidado dos familiares.

Assim, uma das tarefas mais importantes de um intensivista é fornecer, de modo apropriado, informações claras e realistas, mas, também, compassivas e solidárias, particularmente nas situações de terminalidade, onde os encontros podem ser difíceis e complexos, se não existir uma relação previamente estabelecida entre intensivistas e familiares (SOARES, 2007).

Entendo por intensivista, todo profissional que atua em UTI e que está presente 24 horas dentro da unidade, onde a responsabilidade da comunicação efetiva é de toda a equipe multidisciplinar, pois todos estão inclusos no processo saúde-doença, vida-morte. Outro aspecto relevante a afirmar é o fato dos profissionais evitarem falar, abertamente, sobre os pacientes com seus familiares, deixando esta responsabilidade exclusivamente para o médico, no boletim diário. No entanto, a enfermeira deve ter esse diálogo, pois tem competência e discernimento necessário para explicar a situação, sob sua ótica profissional. Além do que, o mais importante não é necessariamente o que se fala, mas como o profissional se dispõe para esclarecimentos.

A dificuldade da comunicação durante o processo do morrer tem fundamentos históricos. [...] só se consegue a comunicação adequada quando se tem conhecimento e tranquilidade para abordar determinado tema. [...] informar claramente sobre a evolução da sua doença sem esquecer o envolvimento emocional que cerca o morrer, deve fazer parte de um processo contínuo de comunicação entre todos os integrantes desse processo. Entretanto, nessas unidades, o paciente quase que invariavelmente é sedoanalgesiado e os fármacos administrados interferem sobremaneira na comunicação desse paciente. Portanto, na maioria dos casos, a comunicação é realizada com os familiares e amigos dos pacientes... (MORITZ, 2007, p.2).

Ao considerar que os profissionais de saúde, dentre eles, as enfermeiras, têm sua formação acadêmica voltada para a assistência e cura das doenças, para atender aos anseios do modelo biomédico (ainda vigente e hegemônico), é compreensível que se entenda a complexidade que envolve a comunicação neste processo de morte-morrer.

Nos cursos de graduação em enfermagem, pouca ênfase é dada ao tema (morte). Este assunto permanece velado pelas enfermeiras, com a desculpa de que não deve se envolver emocionalmente, e que não existe nada a fazer quando a morte do paciente se aproxima.

Nem mesmo os familiares, que ainda continuam vivos, gritando por socorro, são alvo de seus cuidados. Eles são “encaminhados” para outros profissionais (psicólogos, assistentes social), afirmando que esta não é sua função, pois não se sentem preparadas para lidar com tal evento. E, talvez, não se sintam nunca, pois se a cada situação de morte, a enfermeira virar as costas, não só para o doente, mas para a família, continuarão

deixando passar grandes oportunidades de discussão, reflexão, crescimento e aprimoramento no processo de enfrentamento da morte.

O relacionamento interpessoal com familiares de pacientes gravemente enfermos, causa grande ansiedade nas enfermeiras, as quais se tornam alvos de muitas expectativas, para resolução de problemas que não podem ser alcançados e de questionamentos que nem sempre conseguem responder. Nesse sentido, Callanan e Kelley (1994 apud WIEGAND, 2008) insistem no valor da honestidade na relação enfermeira-paciente, para contar ao doente o processo fisiológico pelo qual ele passará ou está passando, a necessidade de ouvir os seus anseios, de compreender as mensagens não-verbais e verbalizações simbólicas que os doentes querem passar. E isso, deve ser estendido aos familiares, que adoecem juntamente.

Assim, não existe uma via única, certa e delimitada, o melhor caminho parece ser o de encarar a morte como uma das perdas que têm-se ao longo da vida, que por sua vez, deve ser entendida como algo necessário e irremediável, sendo o primeiro passo para a minimização do sofrimento das pessoas envolvidas. Não se pode negar que existe dor e angústia, que as pessoas sofrem com as perdas ao vivenciarem o luto, mas a morte é própria e inerente aos seres vivos.

“O luto foi até os nossos dias, a dor por excelência, cuja manifestação era legítima e necessária. Muito antes de ter recebido um nome, a dor perante a morte de um parente era a expressão mais violenta dos sentimentos mais espontâneos”. (ARIÈS, 1975, p. 153).

Segundo Franco (2000 apud FONSECA, 2004), no que concerne à realidade brasileira, o tema luto passou a ser estudado com atenção e zelo, levando-se em conta, aspectos científicos e éticos, por ser uma experiência que é vivenciada, além do âmbito, exclusivamente psicológico, para dar espaço a questionamentos de ordem cultural, social, espiritual. Passou a ser entendido como um fenômeno multidisciplinar, o que de fato é.

Para Furlani (2008), o luto pode evoluir de forma complicada e pode receber diferentes denominações: luto patológico, luto não resolvido, luto complicado, luto crônico, luto retardado e luto exagerado.

Embora a morte esperada nos abale menos do que aquela para a qual não estamos preparados, como no caso de uma doença fatal, o maior choque nos atinge quando tomamos conhecimento do diagnóstico da doença e, mesmo que haja uma preparação de luto antecipado, no começo é sempre difícil. A morte é um dos fatos que reconhecemos mais com a mente do que com o coração. E, geralmente, enquanto nosso intelecto

reconhece a perda, o resto de nós continua tentando arduamente negar o fato (VIORST, 2005).

Fonseca (2004, p.75) define o luto como “uma série de respostas psicológicas, fisiológicas, sociais e comportamentais que acompanham a consciência humana”. Destaca o luto antecipatório, que conforme Worden (1998 apud FONSECA, 2004, p. 95) “é o luto que ocorre antes da perda real e tem as mesmas características e sintomatologia do processo de luto normal”. E corrobora Rando (1986 apud FONSECA, 2004), quando relata que no luto antecipado, a capacidade de enfrentamento da perda é reduzida pelo fato desta ocorrer subitamente.

Quando falamos em perda nos remetemos diretamente à questão do apego. Dificilmente sentimos a falta de um objeto se não temos pelo menos uma proximidade com este, quer em forma de apego ou vínculo. É muito difícil lidarmos com as perdas, pois faz parte da condição humana, e da nossa educação, a propensão a só querer ganhar. A experiência da perda é um dos eventos mais estressantes que podemos viver. Todos nós temos a tendência a estabelecer laços afetivos com outras pessoas. Inicialmente nos apegamos à nossa mãe e isso acontece, segundo a Teoria do Apego de Bowlby (1984 apud FONSECA, 2004), devido à necessidade que temos de segurança e proteção. Quando nosso objeto de apego está ausente, ou há ameaça de perdê-lo, sofremos forte reação emocional e nos sentimos perdidos (ESCUDEIRO, 2008).

Nos apegamos à muitas coisas, objetos e pessoas, nessa vida. Primeiro sentimo-nos apegados à família, depois começamos a experimentar outras relações, como as amizades, os colegas de escola, faculdade. A mudança de casa, de bairro, de escola, também nos traz sentimentos de perda e medo do desconhecido. Profissionalmente, criamos laços de amizades com os colegas, chefias e local de trabalho. E, sendo enfermeiras, por incorporar o papel de donas da casa, por sermos responsáveis pela guarda de materiais e gerência das unidades, esse apego parece ser mais consistente. Já, em relação aos pacientes e familiares, esse tipo de envolvimento nos faz experimentar, constantemente, a dinâmica de ganhos e perdas. Pois a cada internamento, nos aproximamos e, muitas vezes, ficamos envolvidas, a tal ponto que tentamos evitar esse entrelaçamento, pois sabemos que logo em breve, sentiremos com a separação. Esse afastamento ocorre não somente pela alta, após restabelecimento de sua saúde mas, muito mais, pela morte, já que essas pessoas encontram-se fragilizadas. Assim, trabalhar em hospital traz a tona, a necessidade de

entender a dinâmica das unidades, principalmente as mais críticas como a UTI e, também, das relações que surgem nesse contexto.

#### 2.4 PROLONGAMENTO ARTIFICIAL DA VIDA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As UTI's, atualmente, dotadas de tecnologia dura, equipe qualificada e treinada, tiveram sua origem em função dos avanços nos procedimentos cirúrgicos. Isto conduziu ao desenvolvimento de unidades especiais para o cuidado pós-operatório imediato. Estas unidades destinam-se à internação de pacientes graves, que apresentam instabilidade do sistema orgânico devido às alterações que podem ameaçar a vida. Nas UTI's atendem-se, clinicamente, aos pacientes, através de uma assistência médica e de enfermagem ininterruptas e especializada (GALLO; HUDAK, 1997). A enfermagem, nesta unidade, está em contato estreito e contínuo com pacientes graves e de risco, nas 24 horas do dia, e isso, exige domínio de conhecimentos técnico-científico e habilidades manuais, bem como preparo emocional.

Atuar nessas unidades, além do constante aprendizado pela diversidade de situações existentes, exige o pensar e o agir prontamente, pois se trabalha com situações extremas entre a vida e a morte. Portanto, essa unidade é planejada para prestar assistência especializada aos clientes que estejam em estado crítico, com risco de vida, e que exigem controle e assistência contínua. Esses fatos justificam a introdução de tecnologias cada vez mais aprimoradas na tentativa de preservar e manter a vida do cliente, através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exige profissionais de saúde altamente capacitados e habilitados (NASCIMENTO; ERDMANN, 2006).

No entanto, os cuidados prestados nas UTI's, em determinadas situações, melhoram os resultados em apenas um pequeno subgrupo de pacientes. Alguns indivíduos podem estar tão gravemente doentes, com uma combinação de alterações crônicas e agudas, que nenhuma intervenção vai reverter nem mesmo melhorar o curso da doença. Outros, podem ser admitidos com uma doença de menor gravidade e, nesses casos, a admissão na UTI não terá maior influência no seu desfecho. O outro subgrupo é o de pacientes internados com intenção de monitorização, ou para intervenções terapêuticas mínimas, mas que, desenvolvem graves complicações durante o tratamento (BONGARD; SUE, 2005).

Segundo os autores, nos pacientes com desfecho favorável previsto mas, com intercorrências inesperadas, nos cuidados, podem resultar em severa morbidade ou morte.

Assim, com o desenvolvimento tecnológico, a adoção de medidas de suporte à vida tem permitido que pacientes graves e irrecuperáveis, possam ser mantidos por longos períodos nas UTI's, dificultando a identificação dos limites terapêuticos. Este prolongamento do processo de morrer, quando não há mais esperança de cura, é conhecido como distanásia, obstinação terapêutica, futilidade médica ou tratamento fútil. Em alguns casos, a morte é inevitável, sendo apenas retardada a um alto custo financeiro, social e psicológico para todas as partes envolvidas nesse processo, paciente, familiares e profissionais de saúde (BITENCOURT et al, 2007).

A definição de terminalidade é ampla e complexa. Este conceito baseia-se em dados objetivos (resultado de exames como ressonância magnética, tomografia computadorizada e biopsias), subjetivos (falta de resposta terapêutica a determinado tratamento) e pessoais (experiências próprias anteriores de cada profissional). Obviamente que a determinação de irreversibilidade será muito mais precisa quando baseada predominantemente em dados objetivos (LAGO; GARROS; PIVA, 2007).

Diz-se terminal o paciente que, encontrando-se em tal fase de uma patologia, evoluirá inexoravelmente para o óbito, sem que haja nenhum recurso capaz de evitar esse desfecho (VILLAS-BÔAS, 2005).

Para tais pacientes, segundo a autora, existem três possíveis condutas: prolongar a existência terminal mediante uso maciço de drogas e aparelhos, conhecido como distanásia; apressar o fim, mediante conduta ativa ou passiva de interrupção da vida, definido como eutanásia; ou promover cuidados paliativos. Não há dúvida que a administração de substância letal, sob a forma de eutanásia ativa ou suicídio assistido, é conduta ilícita na legislação brasileira; bem como a interrupção da alimentação para os pacientes terminais, ou o emprego de recursos exagerados se comparados com os resultados previsíveis, levando a um lento processo de morrer, de forma indigna. Desse modo, é considerado desproporcional as intervenções que, considerando o estado do paciente, os custos e desgastes produzidos, não apresentam resposta significativa para a melhora do paciente.

Comparada com a morte lenta, quase sempre solitária, num leito de hospital, quando a pessoa está ligada a tubos e máquinas, a morte súbita pode nos parecer uma bênção, uma morte boa. Porém, as novas abordagens do processo de morrer, pensando no

movimento crescente de atendimento domiciliar especializado, que dispensa bom tratamento e alívio da dor, sem extensões artificiais da vida, veem, novamente, redefinir a boa morte como aquela na qual temos tempo para experimentar a própria morte (VIORST, 2005).

São muitas definições e conceituações que os autores trazem nos estudos sobre o que vem a ser uma boa morte. Assim, Poles e Bouso (2009) desenvolveram uma pesquisa de revisão bibliográfica, na qual analisaram os conceitos que os autores traziam sobre morte digna. Encontraram os seguintes atributos: qualidade de vida, cuidado centrado na criança e família, conhecimento específico sobre cuidados paliativos, decisão compartilhada, alívio do sofrimento da criança, comunicação clara, relacionamento de ajuda e ambiente acolhedor.

Desse modo, a definição de medidas terapêuticas desproporcionais deu margem ao surgimento de outro conceito: obstinação terapêutica ou tratamento fútil. As duas expressões indicam o prolongamento além de suas possibilidades benéficas, convertendo-se em conduta inútil para o paciente. Borges (2001 apud VILLAS-BÔAS, 2005, p. 48) afirma que a obstinação terapêutica é “uma prática médica excessiva e abusiva decorrente diretamente das possibilidades oferecidas pela tecnociência e como fruto de uma teimosia de estender os efeitos desmedidamente, em respeito à condição da pessoa doente”. Se por um lado a distanásia é a morte depois do tempo; pode-se dizer que a eutanásia é a morte antes do tempo e; ambas se contrapõem a ortotanásia: a morte no tempo certo. Na ortotanásia, o médico não interfere no momento do desfecho letal, nem para antecipá-lo nem para adiá-lo, tampouco se recorre à medidas que apenas resultaria em prolongar o processo de sofrer e morrer para o paciente e sua família.

A ortotanásia pode ser considerada como morte correta, aquela que vem sem sofrimentos e com o enfermo recebendo todo o conforto das pessoas que lhe são próximas. Com este termo se quer definir a condição em que a vida do enfermo não será artificialmente prolongada, utilizando-se recursos extraordinários da tecnologia, que ao invés de lhe proporcionarem conforto e tranquilidade, impõem aparelhos, tubos e medicações, muitas vezes repletos de efeitos colaterais, desconforto, dor e sofrimento. Na ortotanásia não se toma nenhuma medida direta para tirar a vida do enfermo. Assim, por haplogia<sup>7</sup>, surgiu o termo autanásia, porque o prefixo auto significa por si mesmo. Dessa

---

<sup>7</sup> Haplogia: redução ou contração dos elementos similares de uma palavra. Autoortotanásia = autanásia (XIMENES, 2000).

forma, a eutanásia representa a humildade e a submissão da medicina à inexorabilidade da morte, deixando-a acontecer naturalmente, por si só, quando o resgate de uma vida digna se torna impossível (ASSUMPÇÃO, 2008).

Assim, não podemos desconsiderar que as atividades humanas sempre foram mediadas pela tecnologia, e ela é necessária para o desenvolvimento da humanidade. No entanto, o que parece crucial, nessa questão, é a distorção que sofreu, no campo da saúde, onde a tecnologia de ponta é vista como a melhor ou a única alternativa para a melhoria da qualidade de saúde, inclusive capaz de combater a morte (RIZZOTO, 1999).

No entanto, o que se vê na prática, são pessoas que em processo de morte, com prognóstico reservado, são colocados em situações de prolongamento artificial, de forma indigna, longe de sua família, cercada de pessoas estranhas, em um ambiente frio e desumano, com perda da sua identidade e autonomia para decidir o que é melhor para si. Observa-se, ainda, profissionais investindo na terapêutica, de todas as formas, mesmo sabendo que não há tratamento capaz de impedir a morte, evitando falar sobre o prognóstico, pois possuem uma grande dificuldade em transmitir a verdade para a família e até mesmo para o paciente.

Deheinzelin (2006) já abordava a importância da Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM Nº 1.805/2006, que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos de prolongamento da vida do doente em fase terminal. E, nos últimos dez anos, vários países da Europa modificaram suas leis por entender que a questão sobre cuidados terminais é fundamental para a sociedade, abrindo a possibilidade de um “teste terapêutico”, que deve ser previamente discutido com familiares, representantes e médicos. Mas, mesmo em um país com a necessidade de leitos de UTI como o nosso, essa resolução foi suspensa por decisão liminar em 2007.

Nesse sentido, os profissionais de saúde, entre outros, especificamente, a enfermeira, deve estar também inserida nessas discussões, na medida em que se mantém em contato com o desenvolvimento tecnológico e científico e diversificam-se os espaços do cuidar e do cuidado. Nesse contexto, emergem dilemas no campo do exercício profissional e, conseqüentemente, seus agentes necessitam lançar mão de instrumentos éticos, legais e do juízo moral para não se envolverem em situações irremediáveis para a vida do paciente e para si próprio (VIEIRA; SANTA ROSA, 2006).

Alguns princípios éticos nos indicam a melhor forma de agir diante de alguns dilemas, como a autonomia, não-maleficência e beneficência. O princípio da autonomia

refere-se ao direito de liberdade, livre-arbítrio e eleição individual do próprio comportamento. É a capacidade do ser humano de decidir pelo que é bom, ou por algo que é para seu bem estar, de acordo com seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças. O princípio da não maleficência afirma uma obrigação de não causar danos aos outros. O termo dano não fica restrito apenas aos aspectos físicos, como a dor, as incapacidades e a morte, mas inclui os aspectos morais, sociais e psíquicos. Decorrem, então, de regras de não matar, não causar dor ou sofrimento, não privar os outros dos bens da vida. Por beneficência entende-se fazer o bem, cuidar da saúde, favorecer a qualidade de vida (ZOBOLI, 2006).

Assim, um dos princípios fundamentais da ética consiste no respeito à dignidade da pessoa do início ao fim da vida. Nessa perspectiva, a Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999, dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e, sobre as ações de saúde, contemplando-os com muita propriedade e seguridade (SÃO PAULO, 1999 apud FERNANDES; FREITAS, 2006).

Contudo, o aspecto moral do cuidado, embora seja bastante complexo, oferece uma excelente contribuição para um outro aspecto ao qual está intimamente relacionado, a questão ética. Esses dois aspectos, discutidos em profundidade, podem iluminar muitos dilemas enfrentados pelos profissionais de enfermagem, contribuindo na definição ou na redefinição de muitas posturas na prática profissional (WALDOW, 2006). A ética, engloba a consideração do outro como ser autêntico e significa preencher o sentido moral da enfermagem. Esse sentido moral, de acordo com Bishop e Scudder (1996 apud WALDOW, 1999), é preenchido por meio da presença do cuidado no relacionamento, buscando o bem-estar daqueles que enfrentam experiências de doença, incapacidade, tratamentos, perdas e morte.

Nesse sentido, o estudo de Chaves e Massarolo (2009), realizado com enfermeiras atuantes em uma UTI, encontrou resultados relacionados aos dilemas éticos, tais como: a presença de pacientes terminais na UTI, incertezas sobre terminalidade e limites de intervenção para prolongar a vida dos pacientes e, discordância de tomadas de decisão, entre outros.

Assim, há possibilidade de oferecer uma morte digna a pacientes que não tem mais perspectiva de vida quando todos os recursos disponíveis não foram suficientes para debelar a morte, que são os cuidados paliativos.

Desse modo, em 2002 a OMS redefiniu o conceito de cuidados paliativos, enfatizando a prevenção do sofrimento. Cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias, que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor entre outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (PESSINI, 2005 apud CAVALCANTE et al, 2008).

De acordo com Braga (2008), os cuidados paliativos proporcionam bem estar, conforto e suporte aos pacientes, de uma enfermidade terminal, e seus familiares. Araújo e Silva (2007) reforçam que a assistência de enfermagem, no contexto dos cuidados paliativos, deve considerar o paciente como ser único, complexo e multidimensional: biológico, emocional, social e espiritual. Este tipo de cuidado, integral e humanizado, só é possível quando a enfermeira faz uso de diversidades de comunicação para que perceba, compreenda e empregue a comunicação verbal e não-verbal.

Portanto, os temas referentes ao fim da vida têm possibilitado discussões bastante polêmicas e contraditórias. As pessoas podem ser mantidas com seus órgãos em funcionamento, indefinidamente, de forma artificial, sem qualquer perspectiva de cura ou melhora. Nesse sentido, cabe indagar se realmente trata-se de prolongar a vida ou a morte do paciente e, o sofrimento do familiar. Observamos o desenvolvimento de um movimento que busca a dignidade no processo de morrer e, este aspecto, traz à tona a necessidade da discussão destas questões com base em alguns princípios que são muito importantes; beneficência, dignidade, competência e autonomia. No processo de adoecimento, os tratamentos dispensados devem ser implementados visando à qualidade de vida e ao bem estar da pessoa, mesmo quando a cura não é mais possível mas, frente a essa impossibilidade, o prolongamento da vida nem sempre é o melhor caminho, pois a morte faz parte do processo da vida (KOVÁCS, 2003).

Por mais que existam fatores, justificativas e dificuldades para a maioria dos profissionais, em lidar com a morte, não podemos permitir que muitas vidas, já em etapa de morte próxima, permaneçam em leitos de UTI, de forma indigna, desumanizada; tendo seu resto de vida arrastada e prolongada a qualquer custo. As pessoas precisam de paz. É preciso saber que existe um limite terapêutico para determinadas situações, e estas pessoas precisam ser valorizadas como ser humano, e não como fonte de experiências científicas. E, os profissionais de saúde precisam se reencontrar, e discutir sobre esta questão para promover uma melhor qualidade de vida, evitando a dor e sofrimento do paciente crítico.

### 3 METODOLOGIA

*“Quando se limita o paciente para tratamento paliativo, de conforto [...] eu acho que os profissionais se portam de forma diferente e começam a não prestar mais o cuidado que deveria. E eu acho que é aí que a enfermagem entra, porque nós somos o cuidar, e não tratar, então a partir do momento em que a equipe médica limita o tratamento, não limita o cuidado de enfermagem”*  
(E. 6).

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de natureza qualitativa. O objetivo da pesquisa exploratória consiste numa caracterização inicial do problema, de sua classificação e definição. Constitui o primeiro estágio de toda pesquisa científica, não tem por objetivo resolver um problema, mas tão somente, caracterizá-lo (RUIZ, 2006). E, para complementar, Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que, os estudos exploratórios-descritivos têm por objetivo descrever completamente um fenômeno.

De acordo com Minayo (1996), o objeto principal de discussão na investigação científica são:

as metodologias de pesquisa qualitativa entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais; sendo essas últimas tomadas tanto em seu advento quanto na sua transformação significativas. (MINAYO, 1996, p.10).

A saúde humana como questão existencial é uma problemática compartilhada, indistintamente, por todos os segmentos sociais. Isso implica que, ainda de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana, e de atribuição de significados. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade a experimenta, e simbolizam as maneiras pelas quais

enfrenta seu medo da morte, e exorciza seus fantasmas, são totalmente diferenciadas (MINAYO, 1996).

Assim, a análise de dados qualitativos é um processo ativo e interativo. Os pesquisadores qualitativos normalmente escrutinam seus dados, de forma cuidadosa e deliberada. Lêem muitas vezes seus dados narrativos em busca de significado e do entendimento mais profundo (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi realizado em duas UTI's de um hospital público de grande porte, da cidade de Salvador-Ba. Este hospital localizado na área urbana, foi inaugurado em 1979. É referência para urgências e emergências clínicas, obstétricas e traumáticas, totalizando 630 leitos. A instituição possui quatro andares, divididos em área administrativa, ambulatórios, centros especializados, centro-cirúrgico e obstétrico, unidades de clínica médica e cirúrgica. Atende a especialidades de neurologia, infectologia, obstetrícia, nefrologia, gastro-hepática. Dispõem de um serviço especializado para hemorragia digestiva e, centro de intoxicação exógena. Conta com os serviços de apoio (lavanderia, almoxarifado, farmácia, copa, refeitório) e diagnóstico (raio-x, ultra-sonografia, ressonância magnética, tomografia). Possui o maior complexo de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) de todo o Estado da Bahia, com 109 leitos, uma UTI Geral para adultos (UTI-G), uma pediátrica (UTI-P) e duas neo-natais, além da unidade semi-intensiva. O cenário de escolha foi a UTI Geral adulto e pediátrica. Para esse estudo denominei-as de UTI-A (UTI adulto) e UTI-P (UTI Pediátrica). Essas unidades possuem um perfil de pacientes bastante diversificados, pacientes em pós-operatório, com urgências em geral, inclusive dialíticas. Especialidades de neurologia, nefrologia, cirurgia geral. A UTI-G possui vinte e dois leitos e, um quantitativo de vinte e oito enfermeiras. A UTI-P, possui um total de doze leitos e vinte enfermeiras que trabalham na assistência ao paciente.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Enfermeiras que fazem parte do quadro de funcionários da instituição, atuando na assistência da UTI-A e UTI-P, por no mínimo dois anos, por considerar que nesse período a enfermeira pode ter desenvolvido uma concepção mais consolidada sobre a temática. As duas UTI's selecionadas tinham um total de quarenta e oito enfermeiras, destas, apenas dezessete foram entrevistadas, por atender ao critério de inclusão. Foram escolhidas de forma aleatória, sendo que duas se negaram a participar do estudo. Considerei o quantitativo de entrevistadas suficiente quando compreendi que as respostas das entrevistas começaram a se repetir, de acordo com a técnica de saturação de dados. Destas dezessete enfermeiras que participaram da pesquisa, dez atuam na UTI-A e, sete na UTI-P.

### 3.4 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E OS SUJEITOS

Respeitando os preceitos éticos da pesquisa, encaminhei um ofício à Direção de Recursos Humanos e de Enfermagem do referido hospital, solicitando autorização para a realização desse estudo, após obter o parecer favorável do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA. Antes de iniciar a abordagem às entrevistadas, foi apresentado o projeto para os coordenadores dos respectivos setores definidos.

As enfermeiras foram abordadas durante seu horário de trabalho, onde foi explicado minha intencionalidade e, apresentado o parecer favorável do Comitê de Ética, bem como, foram fornecidas informações sobre o estudo, seu objetivo e o instrumentos que seria utilizado para a coleta dos dados. Deixei-as à vontade para a escolha em participar ou não da pesquisa, assim como, o melhor momento para tal. Quando as enfermeiras se sentiram à vontade e disponíveis, pela demanda do serviço, já que estavam em horário de trabalho, elas me comunicavam que estavam prontas. Assim, definíamos o melhor local para a coleta, nas respectivas salas de confortos de enfermagem (UTI-A e UTI-P), por considerar serem local reservado e capaz de proporcionar privacidade para as entrevistadas, na própria unidade.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Atendendo ao estabelecido nas Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, correspondendo ao Protocolo N° 07/2009 – Folha de Rosto N° 245684.

Após o fornecimento de informações sobre o projeto, inclusive seu objetivo e a justificativa para o estudo, foi entregue o Termo de consentimento livre e esclarecido, deixando claro sobre sua participação, preservando o anonimato, a livre escolha em participar e/ou desistir em qualquer fase da pesquisa, além de explicitar o instrumento que seria utilizado.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ser entregue em duas vias devidamente assinadas, deixa claro que a aceitação da participante se faz de forma livre, sem o uso de indução, coação ou incentivo financeiro. Após o término do trabalho, será entregue uma cópia do relatório final para a instituição, a fim de divulgar os resultados e suas contribuições. As entrevistas foram transcritas por uma pessoa treinada e de confiança, logo após à realização das mesmas. Mantive a integridade dos relatos, sendo analisados de forma a não modificar o conteúdo das falas. O material analisado, será guardado confidencialmente, e após cinco anos será destruído. A fim de manter o anonimato das depoentes, identifiquei-as com nomes de cantoras brasileiras, conhecidas publicamente. Assim denominei-as de: Elba (E. 1), Paula (E. 2), Margareth (E. 3), Zizi (E. 4), Ivete (E. 5), Maria Rita (E. 6), Mariza (E. 7), Zélia (E. 8), Elis (E. 9), Cássia (E.10), Adriana (E. 11), Fernanda (E. 12), Betânia (E. 13), Marina (E. 14), Gal (E. 15), Maysa (E. 16) e Nana (E. 17).

### 3.6 TÉCNICA/ INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da técnica de entrevista semi-estruturada, desenvolvida como se fosse uma conversa, pois possibilitou à entrevistada liberdade e espontaneidade. Minayo (1996, p.57), afirma que a entrevista “não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos autores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”. E, Ruiz (2006) complementa conceituando que a

entrevista consiste no diálogo com o objetivo de colher informações de determinada fonte, pessoa ou informante. Portanto, não só os quesitos da pesquisa devem ser muito bem elaborados, mas, também, o informante deve ser criteriosamente selecionado.

O roteiro da entrevista, previamente elaborado, testado e corrigido, constou de questões que caracterizam o perfil do sujeito, como idade, tempo de experiência e formação, cursos de pós-graduação, entre outros e, questões específicas e subjetivas sobre o tema concepções sobre prolongamento de vida de pacientes em UTI, para que o objetivo do estudo fosse alcançado, como: 1) Como é para você cuidar de pacientes que estão no processo de morte-morrer? 2) Qual sua idéia sobre cuidar de pacientes que têm sua vida prolongada através de medidas terapêuticas? Antes de finalizar perguntava se ainda gostariam de acrescentar algo sobre a temática ou esclarecimentos que quisessem fazer.

Minayo (1996) reforça, ainda, que a técnica de entrevista semi-estruturada permite combinar perguntas fechadas e abertas de forma que as depoentes respondam a questões com uma variedade de alternativas previstas e ao mesmo tempo, exponham livremente suas idéias sobre o tema proposto pelo investigador.

Durante as entrevistas, foi permitido aos sujeitos se expressassem livremente sobre o tema. Optei por uma escuta silenciosa, com interferências e questionamentos apenas para esclarecimentos e retomada do tema em questão. As entrevistas foram gravadas em um aparelho de MP4, e posteriormente transcritas e digitadas.

### 3.7 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados segundo o método de análise de conteúdo temático de Bardin (2007), que propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, aplicados aos discursos, para obter indicadores, qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto de três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. De acordo com os princípios deste método, as estruturas e elementos do conteúdo serão desmontadas e analisadas por meio do estudo minucioso das palavras e frases que o compõe, procurando seu sentido e intenções, reconhecendo, comparando, avaliando e selecionando-o para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação, utilizando-se o critério temático.

Assim, obedeci às etapas preconizadas, conforme segue abaixo:

Pré-análise: fiz leituras flutuantes, o que permitiu deixar-me invadir por impressões sobre o conteúdo.

Exploração do material: ao ler minuciosamente cada resposta, fui destacando as falas, que nesse estudo denomino-as de unidade de significados, conforme Bardin (2007). Retirei das transcrições (Apêndice D) os vícios de linguagem, para tornar a leitura mais limpa. Inicialmente, foi colocado todas as respostas sem nenhuma subtração, copiado as unidades de significado. Posteriormente, quando reli essas unidades pude fazer um levantamento, a partir da extração das unidades de significado, equivalente ao fragmento de conteúdo da mensagem, considerando como unidade base de análise. Assim, codifiquei esses elementos, o qual denominei de unidade de significação.

Tratamento dos resultados: a categorização decorreu da análise de ocorrências e semelhanças apresentadas pelas unidades de significação, possibilitando definir três categorias temáticas e seis subcategorias. Os resultados foram trabalhados para se tornarem reveladores de significados. Realizei inferências e interpretações baseada na literatura que fundamentaram o estudo, retornando à mesma para contribuir com o processo de reflexão.

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*“Acho que a questão da conversa com a família é muito importante, pra que não haja esse sofrimento inútil por parte do paciente. O profissional que trabalha em uma unidade de terapia intensiva tem que saber lidar com isso. Faz parte da rotina deles, do dia-a-dia lidar com a morte, com o sofrimento” (E. 4).*

Após as etapas descritas no caminhar metodológico, tivemos em mãos alguns dados que nos permitiram tecer algumas considerações, apreender significados e encontrar elementos para determinar as categorias temáticas e as subcategorias do estudo. Através destes elementos e do embasamento que a literatura nos trouxe, pudemos, também, compreender algo que muitas vezes não está dito, explicitamente, e entender que cada ato, ou atitude, tem como pano de fundo, àquilo para o qual fomos preparados na vida, seja no aspecto ético, cultural ou religioso.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

As entrevistadas tinham idade compreendida entre 25 e 45 anos, sendo que 12 pertencem ao intervalo de 25 a 29 e as demais (05), acima de 30 anos. A maioria (09) refere ser da religião católica. Cinco se consideram espíritas e as demais: evangélica (01), convertida na batista<sup>8</sup> (01) e apenas uma refere não ter religião.

O tempo de formação variou de 02 a 22 anos, sendo que destes, o tempo de experiência em UTI, foi de 01 ano e 02 meses a 19 anos. Onze possuem o curso de pós-graduação em UTI concluída. Duas em fase de andamento e outras (04) realizaram outras pós graduação como, Enfermagem do Trabalho (02), Oncologia (01) e Nefrologia (01).

### 4.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Após transcrição das entrevistas, estas foram lidas minuciosamente, a fim de destacar as unidades de significados. Após esta etapa, que foi revista algumas vezes, foram

---

<sup>8</sup>

A depoente se denomina “Convertida na batista”, explicando que foi batizada nesta religião, mas não é praticante dos seus dogmas, atualmente.

elaboradas as unidades de significação, permitindo fazer um levantamento do número de vezes em que estas apareciam nas falas. Assim, foram elencadas as três categorias, cada uma delas com duas subcategorias:

Categoria Temática 1: Percebendo o processo de morte-morrer com duas subcategorias: Dificuldade em aceitar a morte e Aceitando<sup>9</sup> a morte com naturalidade.

Categoria Temática 2: Percebendo o cuidar diante da perspectiva da morte com duas subcategorias: Cuidado técnico e Cuidado sensível.

Categoria Temática 3: Percebendo a obstinação terapêutica com duas subcategorias: Acreditando no limite da vida e Prolongamento artificial da vida gera sofrimento.

Conforme as categorias estabelecidas evidenciamos que 03 enfermeiras da UTI-A e 06 da UTI-P demonstram dificuldade em aceitar a morte. Oito da UTI-A, desenvolvem um cuidado, denominado neste estudo de cuidado técnico, sendo, que destas, sete encaram a morte com naturalidade. Em relação à UTI-P, cinco desenvolvem um cuidado mais sensível. Do total, doze depoentes, acreditam no limite da vida e que o prolongamento artificial da vida gera sofrimento (UTI-A: 08 e UTI-P: 04).

O que podemos apreender das falas das entrevistadas que trabalham em UTI pediátrica, é que estas demonstraram ter dificuldade em aceitar a morte, justamente por tratar-se de crianças. Esse público, gera nos profissionais um sentimento maior de apego, por entender que essas vidas inocentes ainda teriam muito para viver e desfrutar da vida. Assim, desenvolvem um cuidado sensível em relação às que trabalham na UTI adulto. A maioria, tanto em relação a UTI adulto, quanto a UTI pediátrica, acreditam no limite da vida e, consideram o prolongamento artificial da vida como geradora de sofrimento.

Assim, considerando o objetivo da pesquisa proposto, que é o apreender a concepção das enfermeiras em relação ao prolongamento artificial da vida em UTI, fizemos a análise, de forma generalizada (enfermeiras que trabalham em UTI adulto e pediátrica). Em alguns momentos foi evidenciado algumas particularidades, quando se tratava de lidar com crianças.

---

<sup>9</sup>

Neste estudo, os termos lidar e aceitar a morte são tomados como sinônimos.

## CATEGORIA TEMÁTICA 1: PERCEBENDO O PROCESSO DE MORTE-MORRER

Para todo ser vivo, os momentos mais cruciais são o nascimento e a morte. O nascimento, resultado da concepção, constitui a entrada na vida, inserindo a vida de todo ser vivo no movimento cósmico e a de todo ser humano no tempo da história familiar e social do seu grupo de pertença. É, também, uma entrada no tempo: o tempo marca o passo de cada vida. Assim, a vida desenrola-se numa sucessão de passagens, desde o nascimento até a morte (COLLIÈRE, 2003).

Não podemos fazer previsão de quando a morte irá ocorrer, mas muitos sinais nos imprimem uma percepção de que o processo de morte já se instalou. Além disso, dispomos de respostas que demonstram a insuficiência da terapêutica implementada pelos dados hemodinâmicos, determinados diagnósticos, o processo evolutivo da doença e os fatores intrínsecos do paciente. Assim, temos a sensibilidade de perceber/sentir esse processo.

Por vários fatores já mencionados neste estudo, percebemos uma dificuldade por parte dos profissionais em aceitar a morte. Todos os dias de trabalho em UTI, durante minha prática, observo lacunas cada vez maiores em relação ao cuidado e tratamento dispensado frente às situações de morte. Muitas vezes, marcado pela falta de diálogo e resistência em entendê-la como algo que faz parte da vida-morte, saúde-doença. Assim, a subcategoria 1a evidencia esse aspecto.

### Subcategoria 1a: Dificuldade em aceitar/lidar com a morte

De acordo com Resende (2008), nem todos compartilham da mesma visão do que a morte representa, em si. Isso se traduz em modos diferentes de encarar a morte, em diversas civilizações, culturas e religiões. Para uns, a morte é o fim de tudo, enquanto para outros é apenas o início de uma nova vida. Enquanto uns lamentam, outros a festejam. Alguns a desejam, outros a evitam de toda maneira. Em que pese todas as considerações e diferentes pensamentos, em relação à morte, uma verdade se sobressai acima de todas: morrer é o destino do homem.

No entanto, é notório que a população, inclusive as enfermeiras, consideram o tema morte, difícil de lidar. Mesmo trabalhando em serviços de saúde, em unidades com perfis de cuidados críticos, como a terapia intensiva, no qual, diariamente, ocorrem óbitos ou pacientes entram no processo inexorável da morte, o que pode ser evidenciado, nesta

pesquisa, pela maioria das entrevistadas, foram sentimentos e dilemas que traduzem a dificuldade em lidar com o fenômeno e aceitar a morte, conforme apresentado nas falas abaixo:

*“É, é angustiante. Sério mesmo, eu sinto angústia. Eu não gosto de ver aquele sofrimento. Eu não gosto de ver aquele sofrimento. Que pra mim é uma coisa que não vai dar em nada. Pra mim é angustiante ver o sofrimento do paciente”.* (Zizi)

*“Na verdade não é muito fácil”.* (Betânia)

Desde os primórdios da civilização que a morte é considerada um aspecto que fascina, e ao mesmo tempo, aterroriza a humanidade. A morte e os supostos eventos que a sucedem são, historicamente, fonte de inspiração para doutrinas filosóficas e religiosas, bem como uma inesgotável fonte de temores, angústias e ansiedades para os seres humanos (ZACARIAS, 2008). Assim, podemos verificar na fala seguinte, o aparecimento dos dilemas.

*“É difícil porque quando eu vejo que não há possibilidade de investimento aí eu acho que está prolongando uma vida que não vai ter mais sentido, aí fico nesse dilema, porque é até contra meus princípios religiosos [...]. Eu entro em contradição pelo que eu penso e aquilo que eu acredito”.* (Elba)

É muito comum presenciarmos conflitos e contradições no que diz respeito ao cuidado de pessoas que apresentam-se em estado grave de saúde, como foi trazido pela depoente acima. Reforço tal problemática com os estudos de Chaves e Massarolo (2009), cuja temática foi o cuidado a pacientes terminais e, uma das subcategorias que emergiram referia-se aos fatores geradores de dilemas. Assim, os autores consideraram que as enfermeiras entram em choque com as ações realizadas com o paciente terminal. Os valores de sua classe profissional, de seus princípios religiosos, a convicção de que o paciente terminal deveria morrer no quarto junto à família, a determinação de quando o paciente se torna terminal, e a dúvida sobre até quando se deve investir, geram conflitos que evidenciam o dilema sentido da situação.

Das depoentes que trabalham em UTI pediátrica, a maioria relatou que sua dificuldade em lidar com a morte está atrelada ao fato de que esses pacientes são crianças. E, uma depoente da UTI adulto, relacionou alguma dificuldade apenas quando são pessoas mais jovens mas, mesmo assim, considera que não tem seus sentimentos abalados. Como segue abaixo:

*“Só me abalo um pouco quando eu vejo que são pacientes mais jovens”.*  
(Margareth)

*“Uma situação muito complicada [...] Às vezes o sentimento é de dor, não é fácil, principalmente eu que trabalho na UTI pediátrica, é doloroso”.*  
(Marina)

*“Criança com risco iminente de morte é bem difícil. Porque eu que tenho filho, a gente sempre se coloca no lugar dos pais, no lugar da criança. A gente pensa em todo o futuro. A gente faz o que pode, o trabalho que pode pra tentar pelo menos dar um conforto às crianças, conforto a mãe, aos familiares, mesmo sem perspectiva de vida”* (Gal).

*“É complicado, principalmente, em relação à família. Eu trabalho atualmente na UTI Pediátrica, e é familiar e acompanhante, e pra você explicar à família, eu acho complicado. A gente se apega mais, você chega a ter pena”.* (Maysa)

*“É complicado lidar com esse tipo de paciente, principalmente com criança, estar lidando com a perspectiva da morte em paciente menores de um ano. [...] praticamente às vezes o paciente já está morto ali. [...] por mais que a gente tenha toda preparação de escola, que eu acho que é, até hoje ela é deficiente, nas escolas de enfermagem, para estar preparando o profissional pra lidar com isso. Mas é complicado, lidar com esse tipo de paciente, principalmente com criança [...] É eu acho que ainda tem muita dificuldade, é muito pouco na formação da gente o falar da morte”.*  
(Fernanda)

Lidar com a morte do outro remete à dificuldade que é lidar com a nossa própria morte. Quando se trata de crianças, e se tem um filho, rapidamente isso é introjetado à realidade da pessoa, e, é quase impossível dissociar o sofrimento e sensação de impotência dos pais, para com seus próprios sentimentos.

Para Assumpção (2008), a ordem natural das coisas faz acreditar que os velhos devem morrer primeiro que os mais novos, os filhos devem enterrar seus pais. Porém, a criança também morre, também está sujeita a situações de risco, também adoece. Muitas vezes, trazem doenças congênitas, não diagnosticadas, que as levam à morte, para desespero de pais e parentes. Como na sociedade não há educação formal e universal para a morte, descobrir que a criança também morre, abala terrivelmente as pessoas, inclusive os profissionais de saúde.

Em uma doença, especialmente àquela que trata de um processo de gravidade, os sentimentos de culpa afloram em quase todos os circunstantes. Não pode-se perder de vista a realidade inexorável: toda vida tem princípio, meio e fim. Não se sabe a extensão desse meio, se muito curto ou longo. A vida terrena é frágil e impermanente, um dia termina, podendo ser qualquer dia. Ninguém morre cedo demais. O tempo é prerrogativa e uma ilusão da sociedade. Diante da eternidade o tempo não existe (ASSUMPCÃO, 2008).

Esses aspectos relativos à formação em saúde, trazidos pela depoente Fernanda é algo que não podemos deixar de considerar, pois em toda história, as ações eram e ainda são voltadas para o curar, manter a vida e evitar a morte, tornando-as cada vez mais insensíveis, reforçado por Cássia e Adriana:

*“Mas não deixa de ser triste ainda, sofredor pra gente [...] Pra gente é desgastante, é complicado, a gente sofre [...] Porque acho que até a formação não é essa do intensivista, eles querem sempre estar colocando, até onde puder, até realmente não der o que eles tiverem de equipamento, do que for, de medicação, eles vão colocar. Quando eu me formei, pra mim era complicado, era triste, eu chorava muito né [...] você quer que ele melhore [...] “...hoje mesmo a gente está com um paciente aí, um bebezinho, sangrando muito, assim a gente as vezes evita até tá olhando. O bebezinho está aí, só sofrendo, sofrendo. A mãe entra, vê aquele ensanguamento todo... dia terrível”. (Cássia)*

*“As escolas, principalmente as escolas de enfermagem, de medicina, no próprio curso de graduação se comesçassem a introduzir na cabeça dessas pessoas, para lerem bioética, tanatologia, distanásia, eutanásia. Primeiro que nós somos uma sociedade ocidental altamente pratica. A gente não aceita a morte, a gente não é preparado pra morte. [...]. É como se todo mundo deletasse a palavra morrer. Ninguém conversa sobre morte”.*  
(Adriana)

Para Bowlby (1984 apud CAVALCANTE, 2008) a perda maior é penosa não só para quem experimenta, como também, para quem observa, ainda que seja, pelo simples fato de sermos tão impotentes para ajudar. A sensação de impotência se dá, justamente pela falta de preparação dos profissionais e isso ocorre devido a própria formação acadêmica, que pouco contempla a inclusão de teorias sobre Tanatologia desde o início da graduação, além da influências culturais e religiosas das pessoas nas sociedades ocidentais.

Hoje, a Tanatologia ainda encontra muita resistência no Brasil, especialmente no seio da classe médica, porque seus conceitos e técnicas parecem pouco ortodoxos, e especialmente, ameaçadores ao prestígio e ao culto à personalidade do médico (ASSUMPÇÃO, 2008).

Pinho (2008) complementa afirmando que o tipo de formação e problemas contratransferenciais, podem fazer com que o profissional da saúde afaste-se do paciente que está falecendo, e passe a exercer apenas suas funções técnicas diante dele; além de ocorrer ambivalência entre tentar, ainda uma medida heróica ou a desilusão e a raiva do fracasso.

Segundo Ariès (1975) uma das alterações que ocorreu ao longo dos séculos, sobre a temática, é que atualmente a sociedade tende a recusar a morte, é vergonhoso falar, inclusive sobre suas dores. É mórbido, fala-se como se a morte não existisse. Há apenas pessoas que desaparecem, e de quem já não se fala, e de quem se falará quando já não lembrarem que estão mortas.

Assim, a formação em saúde, desde seu início, teve seu modelo voltado para o curar. Com o passar dos anos, com o crescimento econômico e o modelo capitalista, o surgimento de tecnologias e avanços nas indústrias farmacêuticas reforçaram, ainda mais,

o modelo biomédico vigente. Mesmo em uma área que tem como objeto de trabalho o cuidar, tão próprio da enfermagem, tem refletido em sua prática. E, nos cursos de graduação, em enfermagem, ainda são poucas as iniciativas em tornar as ações de cuidar menos técnicas e mais humanistas.

#### Subcategoria 1b: Aceitando a morte com naturalidade

Muitas vezes, o lidar cotidianamente com algo, nos faz encarar as coisas com mais naturalidade. Ou porque deixamos de nos sensibilizar, ou talvez porque entendemos que aquilo era tido como algo temido, ocorrem com tanta frequência que passamos a naturalizá-los. Assim, algumas depoentes consideram lidar com a morte algo natural, que não interfere nos seus sentimentos e conduta profissional, de acordo com algumas falas:

*“As pessoas precisam de cuidado, de atenção, de carinho, de alguém que converse, de alguém que respeite. As pessoas estão esquecendo muito desse pequeno detalhe: as pessoas tem o direito de morrer. Quando a vida está dizendo que está chegando a hora[...]. A vida tem um fim, que a gente não sabe quando é. Não adianta querer brigar com o percurso natural da vida, as pessoas tem direito de morrer com dignidade. A vida tem seu curso natural.[...] . Morrer não é uma coisa que vai afrontar a natureza, é o normal da natureza”.*(Adriana)

*“Eu acho natural”.* (Nana)

*“Todos os profissionais de saúde deveriam entender e saber que existe o limite de todo ser humano”.* (Paula)

*“Já ficou naturalizado, como se fosse natural da minha profissão e da minha área”.* (Margareth)

Existem casos em que a convivência quase que diária, faz com que os profissionais tenham modificado seu modo de encarar a morte, como refere a depoente a seguir:

*“Era angustiante cuidar do paciente que tinha uma perspectiva de morte, mas depois eu já comecei a encarar como algo mais natural”.* (Mariza)

Para quem acredita numa vida depois da morte, ela não é tão penosa nas outras crenças. Em nossa cultura, há maior predominância do pensamento cristão, cuja essência é a redenção vinda de Jesus Cristo, não havendo possibilidade de retorno a esta vida terrena. Nessa mesma linha de pensamento, se situa o judaísmo e o islamismo, ainda que o processo da salvação, segundo essas crenças, seja diferente do cristianismo (ASSUMPÇÃO, 2008).

*“Como eu sou espírita e acredito que depois da morte há uma continuação [...] Tudo tem seu limite. Todo mundo vem aqui com um tempo determinado de ir embora”* (Zélia).

Assim, entendemos que a vida segue um percurso natural, tendo a morte como o processo final na Terra. Percebemos que todos nascemos, vivemos e morremos de várias formas. O processo de finitude da vida, às vezes ocorre muito subitamente, outras muito lentamente, o processo de finitude da vida.

Segundo Matias (2008), para os profissionais de saúde, a morte faz parte do cotidiano, tornando-se, em muitos casos, sua companheira no ambiente de trabalho. E, diante dessa realidade, alguns destes profissionais tendem a lidar com a doença e a morte do ponto de vista estritamente técnico, isto é, voltada para a cura e para preservação da vida.

Na prática profissional percebemos uma situação bastante contraditória, entre o que as pessoas pensam sobre a morte, e o que elas fazem diante da mesma. Em muitos momentos, quando incitava discussões para a temática, ou até mesmo quando as pessoas me viam lendo algo sobre tanatologia, eu era questionada sobre o por quê de falar em algo tão mórbido. Respondia com argumentos sobre o fato de lidarmos todos os dias com a morte, precisávamos entender um pouco sobre os aspectos que envolvem tal fenômeno. Assim, por alguns momentos consideramos que os profissionais não encaravam a morte com naturalidade. Mas, ao observarmos como esses mesmos profissionais se comportavam diante das situações de morte, verificávamos que não demonstravam sentir-se abalados, com àquilo que diziam ser mórbido. Pelo contrário, continuavam realizando suas

atividades de forma natural e mecanizada. Demonstrando haver uma contradição, entre o que é dito e o que é realizado, no cotidiano das enfermeiras.

## CATEGORIA TEMÁTICA 2: PERCEBENDO O CUIDADO DIANTE DA PERSPECTIVA DA MORTE

O cuidado é realmente importante e significativo, sendo assim, ele deve ser percebido e reconhecido não só por aquelas pessoas que são cuidadoras profissionais. A enfermagem, no entanto, por manter maior contato com a clientela, e por ser formalmente educada para o cuidar profissional, tem como responsabilidade a iniciativa de praticá-lo, de promovê-lo, de torná-lo visível (WALDOW, 2006).

Se o processo de cuidados se inicia por um levantamento das necessidades vitais e pela procura de uma forma de solucioná-las, devemos utilizar conhecimentos diversos e de naturezas diferentes para perceber os sinais do processo saúde-doença e compreender a sua significação (COLLIÈRE, 1989).

São várias as formas de cuidado, podendo caracterizar, inclusive, algumas teorias de enfermagem, como o cuidado transcultural; auto-cuidado; cuidado relacional; transpessoal, entre outros. Podemos desenvolvê-lo de acordo com o que acreditamos ser pertinente, ou consideramos ser possível, do burocrático, ágil, mais técnico, mais humanizado ao mais sensível. Dessa forma, neste estudo emanaram dois tipos de cuidado, àquele mais profissional e técnico, que denominei de cuidado técnico. E, àqueles envoltos por características mais humanistas, que considerei como o cuidado sensível.

### Subcategoria 2a: Cuidado técnico

Collière (1989) refere que há uma exigência na relação entre quem cuida e quem recebe cuidados, de maneira empática e permanente, assim, questiona se é possível as enfermeiras viverem de maneira durável, e estabelecer laços que exigem delas uma implicação pessoal, considerando que esses laços serão sempre quebrados, seja pela separação ou pela morte, mas sempre acompanhada de sofrimento.

Instintivamente todo ser humano tem o impulso para defender a vida, tentando distanciar-se da morte. Assim, ao se valorizarem os aspectos técnicos da morte em

detrimento do humano, os dilemas éticos tendem a crescer, o que gera ameaça à defesa e à preservação da dignidade humana (FERNANDES; FREITAS, 2006).

Algumas enfermeiras entrevistadas, entendem que o cuidado deve ser o mesmo, independente da situação do paciente, e que tem o dever de cuidar indiscriminadamente, seja pelo grupo etário, patologia ou evolução da doença, representado nas falas seguintes:

*“Mantenho o cuidado”* (o mesmo que vinha desenvolvendo, sem distinção).  
(Elba)

*“Cuidar como qualquer paciente. Talvez nenhuma medida terapêutica possa ser implementada, porém cabe a nós profissionais, em proporcionar uma boa morte. Medidas de conforto dessa vida que ainda resta e de uma boa passagem, de uma boa morte”*. (Paula)

*“A enfermagem não tem autonomia nenhuma. Executa ordens. Tem que fazer apenas o trabalho dela. Se o médico quer investir, a enfermagem com seus cuidados vai continuar cuidando da mesma forma”*. (Margareth)

A fala de Margareth, demonstra uma prática cotidiana, uma vez que muitas enfermeiras continuam desenvolvendo suas ações de forma automática, como se não tivessem condições de participar mais e contribuir com a equipe e os pacientes. A enfermeira pode não ter autonomia para modificar a prescrição médica, mas tem por dever se posicionar, inclusive negar um cuidado, quando este fere sua conduta e vai contra seus princípios ético-legais. Assim, pode desenvolver um cuidado menos robotizado, menos técnico e mais participativo.

Dessa forma, Chaves e Massarolo (2009) reforçam que o cuidado específico de enfermagem, a pacientes terminais no âmbito das UTI's, é de competência das enfermeiras, incluindo tomada de decisões sobre esses cuidados e, a participação em intervenções, junto a esses pacientes.

Já a depoente Ivete, traz que sua prática religiosa interfere na sua conduta profissional, como segue:

*“O mesmo tratamento que eu disponibilizo pra um paciente que a gente diz viável, eu disponibilizo para o paciente que a gente considera que está na perspectiva de morte. Eu volto minha questão religiosa mesmo, faço uma oração, peço acompanhamento de equipe espiritual que é uma coisa que eu acredito, pra estar dando apoio aos paciente naquele momento”.* (Ivete)

Apesar de falar em boa morte, ela modifica o seu cuidado, pois volta-se para o aspecto religioso, porém não o diferencia, tanto para pacientes com o prognóstico reservado, quanto qualquer outro paciente, cuida da mesma forma.

Buscar a cura usufruindo todos os cuidados é a norma, porém, nem sempre é alcançável. Enfrentar esta verdade não implica em incompetência, mas sim em aceitar a realidade de que o processo da busca atinge seu ápice e encontra limites onde a terapêutica muda de curativa para paliativa (CACCAVO, 2008). Mas, para a enfermagem, cuidar não deve ter limites, conforme a fala abaixo:

*“Eu cuido do paciente independente do quadro clínico dele, do limite que ele tem[...]. Então o meu cuidado de enfermagem continua o mesmo e por mais que eu saiba que o prognostico dele é reservado né, que o limite terapêutico está restrito, o meu cuidado de enfermagem continua sendo igual [...] eu tento trabalhar da melhor forma possível, no sentido de que se o paciente tá ali é pra cuidar da melhor forma e tenho que trabalhar minha mente pra isso [...] A UTI trabalha a gente muito pra isso, não tem que diferenciar e não pode diferenciar, porque a partir do momento que a gente lida com o paciente grave, que às vezes não sabe até onde o limite vai e daqui a pouco ele tem uma reversão. Eu acredito que deve ser igual, e eu me comporto de maneira igual”.* (Maria Rita)

*“O cuidado é sempre o mesmo, sem alteração. [...] O meu papel é o mesmo”* (Mariza).

Cuidar situa-se na encruzilhada do que faz viver e do que faz morrer, do que permite viver e do que compromete a vida. Esta inter-relação permanente, entre o que

chama à vida e o que pode bascular a morte, modelou em todos os tempos a trama dos cuidados, trama que encontramos em todas as culturas (COLLIÈRE, 2003).

*“Prestar uma assistência qualificada ao paciente, embora a gente saiba que o prognóstico dele não é bom. Favorecer que ele tenha uma morte digna. Cuidar desse paciente da mesma forma que a gente cuida de um paciente que tem um prognóstico bom, com qualidade na assistência, apoiando a família [...] Faço pouco, na verdade eu não interfiro, eu continuo prestando meus cuidados, em nenhum momento eu interfiro. A gente poderia melhorar um pouquinho mais a assistência”.* (Elis)

A melhor maneira para cuidar dos que estão partindo é cuidar primeiro de si próprio. Ninguém que tenha maiores problemas com as perdas e com a morte será capaz de lidar com alguém que está vivenciando seus últimos momentos (ASSUMPÇÃO, 2008).

Não se pode negar, nem existem questionamentos quanto às contribuições dos avanços técnico-científicos, tão pouco a necessidade de destrezas e habilidades por parte dos profissionais, sobretudo na UTI. Nessa unidade isso torna-se tão mais necessário e urgente, visto a necessidade da rápida tomada de decisão, pela criticidade dos enfermos. Queremos sim, enfermeiras cuidando de pacientes graves, com habilidade, que saibam manusear com segurança as bombas de infusão, os aparelhos, os equipamentos e manipule, muito eficazmente, as drogas vasoativas. Mas, não é o suficiente, pois o cuidado ultrapassa esse limite tecnicista, porque por trás de toda parafernália que envolve um leito de UTI, existe um ser humano fragilizado, que clama por alcançar o olhar atencioso de um profissional, alguém que lhe olhe nos olhos, segure suas mãos e diga: você não está só, estamos todos aqui para lhe ajudar.

Subcategoria 2b: Cuidado sensível

Iniciamos esta subcategoria, com uma afirmação de Roselló (1998 apud WALDOW, 2006) quando diz que espera assistir as enfermeiras assumindo o cuidado pensando-o, não apenas como uma estratégia para humanizar, mas como uma consequência da humanização, que envolve capacidade e competência superior.

“Os cuidados de enfermagem não podem adquirir sentido, e não podem evoluir, se não forem às fontes de todo o questionar sobre as forças contraditórias e indissociáveis da vida e da morte” (COLLIÈRE, 1989, p. 253).

A pessoa precisa ser ajudada a morrer bem. Mas, o que é morrer bem? É morrer sem dor, acompanhada das pessoas que se ama, morrer tendo dado um sentido à sua existência. Não se pretende extirpar a dor, abolir o sofrimento ou as necessidades básicas de higiene, nutrição e conforto ao doente terminal mas, ajudá-lo, neste momento, a não perder sua dignidade como pessoa, valorizando-o com perspectiva de acalentarmos uma vida (BRAGA, 2008).

Outras entrevistadas relatam perceber esse momento do estágio final como um momento especial e assim, desenvolvem um cuidado diferenciado, mais sensível.

*“O cuidado é da maneira mais saudável, para que se sinta sempre confortável até nos últimos momentos da vida. Tratando o paciente com dignidade”.* (Marina)

*“Tento na medida do possível dar um maior conforto pra que ele parta em paz, sereno, tranquilo, sem tantos medos, sem tantas apreensões. Como eu sou espírita e acredito que depois da morte há uma continuação. Na medida do possível, tento orar para que aquela pessoa encontre a paz, que ela realmente vai necessitar para desencarnar”.* (Zélia)

A questão religiosa esteve presente em todo discurso nas falas de duas depoentes que são espíritas, apesar de demonstrar que seu cuidado é técnico, tem a religião como base para suas ações, como segue abaixo:

*“Então, geralmente os pacientes que estão nessa perspectiva de morte, eu volto para minha questão religiosa. Faço uma oração, peço acompanhamento de equipe espiritual pra estar dando apoio ao paciente naquele momento. Eu fico normal não tenho aquele sofrimento pela pessoa que está desencarnando”.* (Ivete)

Em muitos casos, quando vemos alguns pacientes perdurar e definhar aos poucos, passamos a acreditar que eles precisam resolver algum conflito, alguma mágoa que precisa ser perdoada, para que possam partir em paz.

Dessa forma, por trás do silêncio e discrição, a aproximação com o paciente, emitindo algumas palavras e pensamentos, sobre as questões pendentes que podem estar prendendo-o na Terra, pode ser salutar e adequado. Inclusive, incitar os familiares para tentar tranquilizar seus entes. No entanto, isso nem sempre é compartilhado pela equipe.

Um outro fator relevante é quando os médicos que experimentaram sentimentos de fracasso, após recidivas de pacientes terminais, passam a vê-los com um misto de compaixão e desapontamento, pois não há nada a ser feito. Esquecem-se que os limites do cuidar são mais amplos que o do curar, ou seja, sempre é possível cuidar de uma pessoa doente, embora nem sempre se possa curar a doença daquela pessoa. E, é nesse contexto que surgem os cuidados paliativos como opção, talvez uma das únicas opções mais digna, para pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura. Os cuidados paliativos proporcionam bem estar, conforto e suporte aos pacientes e familiares nas fases final de uma enfermidade terminal (BRAGA, 2008).

*“O cuidado significa a gente obter um resultado que seria a melhora. Então, cuidar de pacientes que não tem perspectivas é um pouco frustrante. A gente só faz cuidados paliativos e tenta fazer melhor. O melhor é mandar pro quarto, para ficar com a família”.* (Betânia).

Assim, Adriana enfatiza o cuidado especial que essas pessoas precisam:

*“As pessoas precisam de cuidado, de atenção, de carinho, de alguém que converse, de alguém que respeite. As pessoas estão esquecendo muito desse pequeno detalhe: as pessoas tem o direito de morrer. Quando a vida está dizendo que está chegando a hora. Sensibilidade possível pra deixar de ser tão invasiva e ver que do outro lado tem um ser humano, que tem direito a sorrir, a brincar e a morrer, principalmente com dignidade. A vida tem um fim, que a gente não sabe quando é. Não adianta querer brigar com o percurso natural da vida, as pessoas tem direito de morrer com dignidade”*

Já, na fala de Betânia, percebe-se o movimento que tem sido enfatizado nos últimos anos, o retorno do morrer no lar, que acontecia outrora, a pessoa morria cercada de seus entes, no conforto de suas casas. Fazer cuidado paliativo, ao contrário do que ela refere, não é apenas um simples cuidado, mas o necessário para que a pessoa parta em paz.

Quando a morte está próxima, estar desacompanhado causa medo. Alguns pacientes explicitam claramente em seus discursos para as enfermeiras, sentirem-se mais confortáveis na presença de outras pessoas. A prática do cuidado, aos pacientes fora de possibilidades de cura, tem mostrado que, frente à possibilidade de morrer, os doentes sentem-se amedrontados em estar sozinhos no momento da morte. Sentem medo de sofrer durante a morte e, assustados perante o desconhecido que virá depois da mesma. Uma vez que é impossível determinar o momento exato que a morte de alguém acontecerá, a carência dos pacientes por companhia em tempo integral parece estar justificada (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Diante da presença das famílias, a equipe de saúde deve estar preparada para entender que cada família terá um jeito próprio de lidar com esta situação, cada uma tem sua história, que terá grande influência neste momento doloroso (PINHO, 2008). Dentro dessa perspectiva, surge uma preocupação com os familiares, que também necessitam de um cuidado sensível.

*“Fazendo a minha parte, o que está dentro das minhas possibilidades como enfermeira, eu faço sempre o melhor. Dar um apoio pra mãe. Minha assistência é um pouco diferenciada. Fazer as coisas bem feitas, com carinho, com amor”.* (Cássia)

*“A gente faz o que pode, o trabalho que pode pra tentar pelo menos dar um conforto às crianças, conforto a mãe, aos familiares, mesmo sem perspectiva de vida [...]Dar o melhor ao paciente. O melhor possível”.*  
(Gal)

Assim, a finalidade do cuidar, na enfermagem, é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e promover meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer (WALDOW, 2006).

### CATEGORIA TEMÁTICA 3: PERCEBENDO A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

Não compreendes que o único bem é a vida, o mais pequeno instante de vida é mais forte que a morte, e nega-a. A morte não é mais do que a permissão de outras vidas, para que tudo seja constantemente renovado; a fim de que nenhuma forma de vida o detenha por mais tempo do que lhe é necessário para ser dito... (GIDE, s/d apud COLLIÈRE, 2003).

Atualmente vivenciar a evolução tecno-científica é algo que nos encanta, pois diagnósticos são feitos muito rapidamente, doenças ditas incuráveis são debeladas. Porém, quando o cuidado vai na contra-mão da medicina, em busca da cura a qualquer custo, com profissionais brincando de Deus, há uma inversão de valores, e o ser humano deixa de ser respeitado e tem sua dignidade ferida. Assim, percebemos que tal inversão, devido à tamanha invasão, faz aumentar o sofrimento daqueles que lutam por morrer com dignidade.

Subcategoria 3a: Acreditando no limite da vida

O estado mórbido, que chamamos de doença terminal, se caracteriza por algumas situações clínicas precisamente definidas, as quais podem relacionar-se da seguinte forma: presença de uma doença, em fase avançada, progressiva e incurável; falta de possibilidades razoáveis de resposta, ao tratamento específico e presença de numerosos problemas ou sintomas (BRAGA, 2008).

Assim, Resende (2008) complementa que se não houvesse morte, mas mantendo-se as doenças existentes, iriam faltar leitos de hospitais, piorando um problema que já se mostra grave hoje em dia, mesmo com o advento da morte atuando diariamente. Como consequência, mais medicamentos seriam necessários, exigindo mais de uma indústria, que costuma privilegiar lucros e investimentos, em medicações pouco acessíveis à população de baixa renda, em detrimento de tratamentos menos dispendiosos e mais úteis, à grande maioria dos indivíduos.

Em muitos casos, profissionais de diferentes categorias tecem comentários sobre o prognóstico do paciente. Não no sentido de prever, mas de perceber quando o paciente encontra-se no processo de morte. Não queremos dizer que somos pouco esperançosos ou desacreditados da medicina, mas, salientar que, através de nossas vivências, experiências, bom senso e discernimento devemos entender e aceitar que a vida tem um limite, que chegou seu fim na Terra. Isto pode ser ilustrado pelos depoimentos abaixo:

*“Tudo tem seu limite. Todo mundo vem aqui com um tempo determinado de ir embora”.* (Zélia)

*“A partir do diagnóstico você já começa a pensar em morte [...] Nestes casos sem diagnóstico, com prognóstico fechado... A gente vê aquele paciente definhando”.* (Cássia)

*“Porque a medicina chega até um nível que vai achar que é Deus. Que vai dar jeito em tudo. E, praticamente, às vezes o paciente já tá morto. O que está segurando é o coração, que tem ainda uma frequência cardíaca (às custas de drogas vasoativas)”.* (Fernanda)

*“Então, para aqueles pacientes que a gente vê que realmente não tem muita perspectiva. Não deixam o paciente descansar, às vezes ele está querendo descansar”.* (Betânia)

*“Quando a vida está me dizendo que está chegando a hora. Ninguém tem esse direito, nem esse poder de ver que a vida está chegando no final [...] Não pode esquecer que a vida tem um fim, que a gente não sabe quando é. Têm prognósticos que você pode contar, prever um tempo de determinadas doenças, que é uma questão de dias. Determinadas patologias em UTI, você não tem muito pra onde avançar [...] Tem que ter um mínimo de bom senso pra saber que aquela vida tem um final. Então pra que ficar investindo se o próprio estudo dá uma base, pelo menos de saber que determinadas patologias tem um final mais cedo..”.* (Adriana)

A dificuldade e a incerteza em determinar o momento que esse fim se aproxima, faz com que muitos profissionais continuem implementando medidas terapêuticas de forma incoerente. Muitas vezes seu discurso contraria suas ações, pois é capaz de exteriorizar a inevitabilidade da morte, mas continua tomando medidas ostensivas, como se estivesse fundamentado, tanto na literatura quanto na clínica aparente. Se pó algum momento toda a equipe parasse para discutir cada caso, suas dúvidas e apreensões diminuiriam, afim de encontrar um denominador comum. Pelo menos é o que se percebe nestas falas abaixo:

*“Eu vejo que não há possibilidade de investimento [...] em um paciente que você sabe que não vai evoluir”.* (Elba)

*“Existe o limite de todo ser humano, de todo corpo humano”.* (Paula)

*“Ele não tem prognóstico (bom), ele vai morrer, é fato”.* (Ivete)

*“Àqueles que já não tem mais nem prognostico, você sabe que não tem mais funções [...] Você sabe que não vai melhorar. É morte funcional”.* (Maysa)

*“A gente percebe que não há mesmo, que já foi investido tudo que tinha que investir, e que muito provavelmente, ele não vai sair daquele quadro”.*  
(Nana)

Não é tarefa fácil a definição de paciente terminal e, mesmo a expressão terminal chega a ser complexa, pois é imprecisa. A dificuldade está na determinação de qual momento o paciente apresenta duas características: a incurabilidade e o fracasso terapêutico dos recursos médicos (FRANÇA, 2000 apud CHAVES; MASSAROLO, 2009). Dessa forma, as depoentes demonstraram, também, essa percepção, apesar de toda complexidade.

Percebemos nessas falas, que de alguma forma, conseguimos evidenciar momentos de finitude da vida. Contudo, não podemos determinar esse momento, então o ideal é que possamos exteriorizar nossos sentimentos e nossa percepção, entre a equipe, a fim de tentar

desmistificar alguns aspectos que envolvem a morte e o prolongamento indefinido de uma vida que não tem mais perspectiva positiva.

Poles e Bousso (2009) afirmam que a determinação da terminalidade em uma UTI é uma condição de extrema dificuldade, já que implica estabelecer com relativa segurança que um paciente é irrecuperável. No caso de uma UTI-P, esta questão é muito mais difícil, considerando que as crianças têm grande capacidade de recuperação e, muitas vezes, a evolução das doenças na infância é surpreendente, tanto no prognóstico quanto nas potenciais seqüelas.

### Subcategoria 3b: Sofrendo com o prolongamento artificial da vida

O antigo médico de família, era como o padre para a família, o assistente do moribundo. O seu sucessor, o clínico geral, afastou-se da morte, deslocando-a do quarto do doente para o hospital, onde vão parar, futuramente, todos os doentes graves, em perigo de morte. E, no hospital, o médico é ao mesmo tempo um homem de ciência e um homem de poder, um poder que exerce sozinho (ARIÈS, 1975).

Assim, o progresso científico e tecnológico que contribuiu para os avanços no emprego de recursos para a manutenção da vida, em muitos países, apresentaram novas formas de enfrentamento de problemas tornando possível estender os limites da vida (CHAVES; MASSAROLO, 2009).

Neste sentido, a afirmação de D'Assumpção (2008) reforça o conceito fundamental da Bioética, da autonomia do enfermo. Este, nos remete a outro, a autanásia ou ortotanásia que significa permitir que a morte aconteça por si só, não submetendo o enfermo, a tratamentos que lhe provoquem mais sofrimento, e não lhe trazem benefícios significativos. Para tal compreensão, faz-se necessário que se tenha uma conceituação bem sólida do sentido da vida, do seu significado e de sua dignidade. Quando já não existe terapêutica eficaz e necessária, não há porque sacrificar o enfermo apenas pela vaidade da medicina, que se julga na obrigação de prolongar a vida a qualquer preço.

Dessa forma, percebemos que a maioria das entrevistadas, consideram que o prolongamento artificial da vida é fonte geradora de sofrimento, seja por parte do paciente, familiar e/ou equipe. Ficando evidenciado nas falas que seguem:

*“A gente tem a obrigação de proporcionar uma boa morte, digna, sem prolongamento de sofrimento”.* (Paula)

*“Eu acho que muitas vezes fica prolongando um sofrimento, que não vai levar a lugar nenhum. Antes os pacientes morriam em suas casas, com seus familiares, de uma forma mais natural e hoje em dia morrem em UTI, cheio de tubo, de drenos. E, muitas vezes os médicos sabem que aquele paciente não vai ter uma vida normal, não vai viver, e mesmo assim ficam prolongando. Porque a medicina desenvolveu tecnologias que permitem prolongar este sofrimento”.* (Margareth)

*“Acho que a questão da conversa com a família é muito importante, pra que não haja esse sofrimento inútil por parte do paciente. O profissional que trabalha em uma unidade de terapia intensiva tem que saber lidar com isso. Faz parte da rotina deles, do dia-a-dia lidar com a morte, sofrimento. Mas é uma coisa que te angustia, você se sente impotente, diante dessa situação. Eu me entrego mais pro paciente que tem possibilidade de cura”.*  
(Zizi)

*“Acho que esse prolongamento artificial da vida é uma coisa agressiva, tanto pra equipe quanto pra família”.* (Mariza)

Muitas vezes, a estrutura e dinâmica atual da família, não permite que esse moribundo volte para seu lar e padeça seus momentos finais. A falta de tempo das pessoas, com múltiplas atividades da vida moderna, a redução do núcleo familiar, falta de estrutura física, falta de disponibilidade e paciência. São alguns dos fatores que fazem com que o doente, permaneça no ambiente hospitalar, vivenciando seus momentos finais.

Assim, chega finalmente o momento em que o moribundo perde verdadeiramente a consciência, embora mantenha a respiração. E a família, esgotada, assiste durante dias, ao que outrora durava algumas horas, à cabeceira do doente, cheio de tubos, na boca, no nariz, no punho... E a espera dura, dura e, um belo dia, a vida cessa quando ninguém espera, quando já ninguém faz companhia ao moribundo (ARIÈS, 1975).

Tal angústia trazida por Zizi, é reafirmada por Pinho (2008), pois a morte de um paciente trás aos médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde uma sensação de impotência, de falha na sua responsabilidade para com o moribundo. Por isso a morte causa grandes frustrações a estes profissionais, pois são formados para evitá-la a todo custo, para salvar vidas. Estes profissionais ao se depararem com a morte do outro e ao entrar em contato com a possibilidade da sua própria morte, estão diante do grande inimigo, o qual foram treinados para aniquilar.

São várias as formas que poderíamos minimizar o sofrimento, uma delas, considerada por mim, a mais importante, é o envolvimento do familiar neste processo de dor e perda. Uma maneira simples é tornar mais acessível, flexível a entrada e permanência dos familiares junto aos seus entes. Segue abaixo alguns depoimentos que corroboram tal afirmação.

*“Eu sou contra prolongar a vida de um paciente que você já vê que está na iminência de morte. Eu sou a favor de um cuidado paliativo, aquele para amenizar sofrimento mesmo. Cuidado com discernimento pra ver que aquele paciente não tem um prognóstico bom. Pois você acaba prolongando o sofrimento, tanto da família, quanto daquele paciente. Ele não tem prognóstico, ele vai morrer é fato [...] Eu sou a favor dessas unidades que você pode manter o paciente no momento final próximo a família e com cuidados básicos. Porque aqui (na UTI) é muito frio. Naquele momento a família quer ficar o tempo todo até o ultimo momento em contato com o corpo físico, e a gente acaba privando-a porque tem um horário predeterminado de visitação”.* (Ivete)

São documentados vários casos de pessoas que, apesar de desenganadas pelo médico e estando em coma profundo, recuperam-se porque alguma pessoa ficou ao seu lado, murmurando palavras de esperança. Essa é uma das razões pelas quais a UTI é imprópria, pelo total isolamento que o paciente é submetido, com o mínimo de contato com seus familiares (ASSUMPÇÃO, 2008).

*“Eu acho que a gente prolonga o sofrimento do paciente. Cabe ao paciente, se tiver condições, e ao familiar, decidir até onde vai o limite terapêutico dele ou não”. (Maria Rita)*

É extremamente difícil estabelecer fronteiras entre o que é cuidar aliviando o sofrimento, fornecendo conforto para uma morte digna e usar medidas invasivas e dolorosas decorrentes dos avanços tecnológicos, que só prolongam o sofrimento por algum tempo (POLES; BOUSSO, 2009). Assim:

*“Só há prolongamento de sofrimento, de dor tanto para o doente quanto pra família. Você está vendo que não tem retorno, porque é o momento daquela pessoa ir embora, chegou na missão dela. Acho isso horrível [...] E quando há um prolongamento desse propósito só há prolongamento de dor. Quando o plantonista faz esta prorrogação de vida, a gente tenta mostrar que todo mundo tem um tempo. Ele está fazendo uma coisa errada, egoísta, desumana. Alguns até acreditam e colaboram e param de investir e deixa aquela pessoa em paz; outros persistem, e fica prorrogando aquele sofrimento”. (Zélia)*

*“Nessa tentativa de prolongar a vida do paciente, a gente acaba trazendo mais sofrimento ao paciente. Prolongar até que ponto? Se chegou a vez dele descansar. A gente fica brincando de Deus, prolongando mais ainda”. (Elis)*

*“Eu não gosto da idéia de você estar prolongando sofrimento. Nestes casos sem diagnostico, com prognostico fechado. A gente vê aquele paciente definhando. A maioria dos intensivistas, não tem a visão de saber a hora de parar, de abreviar. Acho que é pela formação. Você percebe que não tem mais condições, você sabe que não vai sair dali, até pela sua experiência e, normalmente, nesses casos o final realmente é a morte. Prolongando o sofrimento de ambas as partes [...] Porque não param? Não percebem a hora de parar. Que humanamente, ninguém pode mais, só se for realmente um milagre de Deus”. (Cássia)*

*“É muito complicado porque a gente está entrando na contra mão da medicina. As pessoas precisam de alguém que cuidem realmente com amor. Tem que ter um mínimo de bom senso pra saber que aquela vida tem um final. Então pra que ficar investindo se o próprio estudo dá uma base, pelo menos de saber que determinadas patologias tem um final mais cedo. Seria muito mais tranqüilo, ficar perto da família dele pra um conforto maior, em vez de invadir mais ainda a sua privacidade e o seu fim”. (Adriana)*

*“Espoliando muito o paciente. A gente não pode interferir muito na conduta médica, a gente só pode estar dando alguns indicadores. A gente tenta fazer o melhor, pra que o paciente se sinta mais confortável. Então, para aqueles pacientes que a gente vê que realmente não tem muita perspectiva, estar prolongando cada vez, é difícil. Não deixa o paciente descansar, às vezes ele está querendo descansar”. (Betânia)*

*“Prolongar a vida é prolongar o sofrimento. Paciente sem perspectiva eu não concordo com o prolongamento artificial. Agora, quando o paciente tem, chance de sobreviver, chance de vida, aí a gente faz de tudo pra que a criança saia e melhore suas condições”. (Gal)*

Conforme D’Assumpção (2008), o ideal seria a autanásia ou ortotanásia, que é ética e moralmente válida, pois aceita o fluxo natural da existência, não induzindo, nem apressando a morte mas, também não prolongando a vida, dolorosa e artificialmente. Apenas respeita a inexorabilidade da morte quando todos os recursos da medicina se esgotaram, deixando de prevalecer apenas a vaidade tecnológica de quem, sentido-se Deus, não aceita suas próprias limitações humanas.

Ariès (1975) comenta sobre o estudo desenvolvido por Glaser e Strauss, em seis hospitais, onde procuraram saber como médicos e enfermeiras reagem face à morte, o que acontece quando sabem que o doente está próximo do fim, quanto tempo se prolonga uma vida mantida artificialmente e, quando se permite que o doente morra. Os autores descobriram um ideal da morte, que recai sobre a aceitação, de forma que seja tolerada pelos sobreviventes. Ariès, reforça, ainda, que se os médicos e enfermeiras adiam o mais

possível o momento de avisar a família, é por receio de serem envolvidos numa cadeia de reações sentimentais. Ousar falar da morte, admiti-la nas relações sociais, já não é como antigamente, que permanecia no cotidiano, é provocar uma situação exorbitante e dramática.

A morte recuou e trocou a casa pelo hospital, está ausente do mundo familiar do dia-dia. O homem de hoje, em consequência de não a ver suficiente vezes e de perto, esqueceu-a, ela tornou-se selvagem e, a despeito do aparelho científico que a envolve, perturba mais o hospital, lugar de razão e de técnica, do que o quarto da casa, sede dos hábitos da vida quotidiana (ARIÈS, 1975).

Com toda dificuldade em lidar com a temática, temos a sensibilidade e acreditamos que temos um fim. Que este momento se apresenta, muitas vezes, com sinais clínicos, dados hemodinâmicos e ausência de resposta à terapêutica implementada. Assim, deveríamos ter discernimento para ponderar o investimento das medidas tecnológicas, a fim de evitar tamanho sofrimento, respeitando o limite da vida.

Para Wiegand (2008), o homem contemporâneo deixou de ser o senhor soberano de sua morte pois ela saiu do seu domicílio e foi para o hospital. A maioria dos pacientes que morrem nos hospitais, morrem de doenças cuja expectativa é a morte e que poderia ser cuidados em casa, passando os seus últimos dias com a sua família. Dessa forma, a família deve estar envolvida no processo decisório, sendo comunicada de forma clara e verdadeira.

Como a vida, que é preciso se reinventar, há que se reinventar os cuidados. Cuidados que promovam a vida, cuidados desalienantes que restitua um sentido à vida, tanto daqueles que recebem quanto, os que prestam. Cuidados que restitua ao ser humano a sua vida e que conforte a sua morte, desde o nascimento, até a morte escolhida (COLLIÈRE, 1989).

A morte, fenômeno conhecido por todos, ainda permanece obscuro pelos mistérios e incertezas que o cercam. São muitos fatores os que influenciam o modo e a forma de encarar e aceitar a morte, são aspectos culturais, religiosos, pessoais, éticos e morais. Dessa forma, precisamos compreender todos esses aspectos e como se desenharam, ao longo dos séculos, e como continuam exercendo forte domínio nas pessoas.

Todos nascemos e sabemos que iremos morrer e, dentro desse caminhar, surgem as doenças, pelos desequilíbrios psico-biológicos, que dependendo da situação poderá necessitar de intervenção da medicina. Muitas vezes, precisando inclusive de um internamento, para melhor acompanhamento a fim de evitarmos a evolução da doença e

provavelmente a morte. É importante salientar, que esta não somente rodeia os doentes, internados e que já estão no processo de envelhecimento. Pode acontecer quando ninguém espera, em qualquer idade, a qualquer hora. O mais natural e esperado é que esteja associado a uma doença em evolução ou na fase do envelhecimento. Porém, quando ocorre o inverso, somos pegos de surpresa e, aceitar a morte se torna ainda mais difícil e anti-natural.

Entendendo que muitos profissionais devam ter tido poucas experiências, vivências ou até mesmo, não ter elaborado bem suas perdas através do confronto com a morte, percebo a resistência e dificuldade em falar abertamente sobre a temática. Compreendo, também, que parte dessa dificuldade se encontra na raiz da formação em saúde, por ser fundamentado, sobretudo, no modelo biomédico. Desenvolvemos um cuidado que procura lutar contra a morte, de modo que a negamos e, aceitá-la seria considerar que nossas práticas foram frustradas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Eu sou contra prolongar a vida de um paciente que você já vê que está na iminência de morte. Eu sou a favor de um cuidado paliativo, aquele para amenizar sofrimento mesmo. Cuidado com discernimento pra ver que aquele paciente não tem um prognóstico, pois você acaba prolongando o sofrimento, tanto da família, quanto daquele paciente” (E. 5)*

As enfermeiras deste estudo, demonstraram, de modo equilibrado, suas opiniões quanto ao modo de aceitar a morte. Algumas enxergam com naturalidade e outras, ainda, consideram que tem dificuldade em aceitá-la. É compreensível que exista uma heterogeneidade, por serem muitos os aspectos que influenciam seu modo de perceber a morte. O aspecto cultural, religioso, seus princípios éticos e morais, inclusive às experiências vividas com tal acontecimento.

Pudemos perceber que a maioria das entrevistadas desenvolveu um cuidado mais profissional, sem muito envolvimento emocional, considerado como cuidado técnico. A impressão que fica é de que a formação profissional e a instituição de trabalho projeta um tipo de enfermeira que seja mais técnica, que desenvolva mais rapidamente, suas atividades, para atender a alta demanda de trabalho. Assim, o aspecto emocional, relacional, é deixado para segundo plano, pois o tempo é curto e é exigido o cumprimento das atividades técnicas e burocráticas.

Atrelado a tudo isso existe, também, o fato de que muitos profissionais se acomodam e preferem desenvolver um cuidado mais técnico, evitando se envolver emocionalmente e interagir, visto que, lidar com a perda e dor do outro pode ser muito difícil, já que é algo ainda não muito elaborado em sua vida pessoal.

Mesmo negando e lutando contra a morte, principalmente em locais como a UTI, setor destinado a retirar o paciente do quadro de gravidade e restabelecer sua saúde. Mesmo com a disponibilização de todo aparato tecnológico, e de sua eficácia na substituição dos órgãos e sistemas humanos. Mesmo com todo o avanço tecnológico, as enfermeiras, através de suas experiências e vivências, questionam sua aplicação exagerada e entendem o limite terapêutico. Conseguiram perceber quando o organismo já não responde mais, que tudo que podia ser feito já foi tentado e que a pessoa entrou no processo inexorável da morte. Demonstraram que é preciso ter bom senso para tais aplicabilidades, não porque já perderam a esperança e deixaram de acreditar naquele paciente, mas porque

percebem que a vida na Terra tem um fim, que existe um limite terapêutico que o organismo já não mais responde.

Assim, presenciam no dia a dia a luta desenfreada por parte dos médicos em não permitir que aquela pessoa morra, invadindo seu corpo, a todo custo, com procedimento e condutas consideradas incompatíveis com a vida. Entenderam que esse investimento é algo excessivo, considerado por muitos autores como obstinação terapêutica, que levam não somente ao prolongamento da vida mas, também, ao arrastar do sofrimento de todos, principalmente do paciente e familiar.

Consideraram que esse bom senso se faz necessário, principalmente, por se tratar de um ser humano, que precisa manter sua dignidade, até o último momento de sua vida. Não ser encarado como um objeto, alvo de tentativas de erros e acertos da medicina. Além de levar em consideração o alto custo de todo investimento, para os cofres públicos, pela escassez de leito de UTI e pela alta demanda, por parte da população. Ainda, por todo o desgaste da equipe, que passa a desacreditar do seu verdadeiro papel e, perante a população não consegue manter uma relação de confiança e verdade.

É preciso deixar claro neste estudo, que não se quer desligar os aparelhos e suspender as medidas terapêuticas, pois estaríamos cometendo a eutanásia, considerada crime em nosso país. Mas, levantando a bandeira de que é preciso ter cuidado e bom senso, com os pacientes fora de possibilidades de cura. Que seja pensado, sempre, na boa morte que todos merecem, a morte certa, com os cuidados necessários, considerado como a autanásia. Repensar nossas unidades hospitalares, que precisam se reestruturar para acolher esses pacientes, com unidades de cuidados paliativos, que visem o melhor, através do conforto e alívio da dor do paciente e familiar.

Consideramos que o objetivo traçado foi alcançado, visto que a análise da concepção das enfermeiras sobre o cuidado de pacientes em prolongamento artificial da vida em UTI, foi evidenciado neste estudo.

Finalizamos por hora, percebendo a necessidade de aprofundar os estudos relativos à temática, não somente analisando o cuidado da enfermeira, mas de toda a equipe multiprofissional, bem como em lócus diferenciados. Assim, considero que este estudo vá contribuir com as discussões e reflexões, por parte das enfermeiras intensivistas, a fim de contribuir da melhor forma para que o paciente tenha uma boa m

## REFERÊNCIAS

*“Nós devemos entender que o nosso papel além de retomar a saúde do paciente, fazer com que seja restabelecida; a gente deve estar consciente de que temos a obrigação de proporcionar uma boa morte, digna. Uma morte sem prolongamento de sofrimento.” (E. 2)*

ARAÚJO, Mônica Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. . **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.41, n.4, dez, 2007.

ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média**. Teorema, 1975.

ASSUMPÇÃO, Evaldo d'. Os que partem, os quem ficam: a morte não é problema para os que partem, e sim para os que ficam. 9 ed. Belo Horizonte: FUMARC, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BELLATO, Rosene; ARAÚJO, Andréia Paulino, de; FERREIRA, Humbeto Francisco; RODRIGUES, Patrícia Ferreira. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20 n. 3, jul/set. 2007.

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira; DANTAS, Maria Pereira; NEVES, Flávia Branco Cerqueira Serra; ALMEIDA, Alessandro de Moura; MELO, Rodrigo Morel Vieira de; ALBUQUERQUE, Ligia Carvalho; GODINHO, Tiana Mascarenhas; AGARENO, Sydney; TELES, José Mário M.; FARIAS, Augusto M. C.; MESSEDER, Otávio H. Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, abr/jun. 2007.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONGARD, Frederic S; SUE, Darryl Y. **Terapia Intensiva: Diagnóstico e Tratamento**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BRAGA, Suzana de Souza Montenegro Porto. Pacientes terminais e a qualidade de morte. In: ESCUDEIRO, AROLDO (ORG). **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO CNS Nº 196**, 10 de outubro de 1996. Relativo a pesquisa envolvendo seres humanos.

CACCAVO, Luciana. Controvérsias em terapia intensiva. In: ESCUDEIRO, AROLDO (ORG). **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

CHAVES, Adriano Aparecido Bezerra; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.43, n.1, março, 2009.

CAVALCANTE, Valdênia Pereira; MELLO, Cíntia Pontim Carraretto; MOTA, Melyssa Brandão. A terapia ocupacional em cuidados paliativos. In: **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

COELHO, Maria José; FIGUEIREDO, Nêbia Maria de Almeida; CARVALHO, Vilma de. O socorro, o socorrido e o socorrer: Cuidar em enfermagem de emergência. Rio de Janeiro [s. n.], 1999.

COLLIÈRE, Marie Françoise. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

\_\_\_\_\_ Cuidar... A primeira arte da vida. 2 Ed. Paris: LUSOCIÊNCIA, 2003.

COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Luto da equipe: Revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino Americana**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, mar/abr. 2005.

DEHEINZELIN, Daniel. Limitação e suspensão de tratamento. É hora de agir. Editorial. **Revista Associação Medicina Brasileira**, v. 56, n. 6, p. 375-88, 2006. ESCUDEIRO, Aroldo (ORG). **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

ESCUDEIRO, Aroldo (ORG). **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

FERNANDES, Maria de Fátima Prado; FREITAS, Genival Fernandes de. Processo de morrer. In: OGUISSO, TAKA; ZOBOLI, ELMA (ORGS.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. São Paulo: Manoele, 2006.

FERNANDES, Pedro. **Arte, ciência e filosofia encaram a morte**. Jornal, Caderno 2. A Tarde. Salvador, 01/11/ 2009.

FONSECA, José Paulo da. **Luto antecipatório**. São Paulo: Livro Pleno, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 7 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREUD, Sigmund. Totem e tabu. **Científico**, ano I, v. I, Salvador, jan-jul, 2002. Disponível em <<http://www.frb.br/ciente/Textos%20CienteFico%202002>>. Acesso em 13/10/2008.

FURLANI, Stela. Tanatologia do dia a dia: relato de caso – luto patológico. In: ESCUDEIRO, Aroldo (ORG). **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

GALLO, Barbara. M; HUDAK, Carolyn. M. Integração do processo de Enfermagem e dos Diagnósticos de Enfermagem num paradigma holístico. In: \_\_\_\_\_ **Cuidados intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 1997, p. 3-6.

KOVÁCS, Maria Júlia. Morte no contexto de cuidados paliativos. In: **SIMBIDOR. 6<sup>o</sup> Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre a Dor** - Arquivos. São Paulo, 2003, p. 293-296.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. Trad. Paulo Menezes, 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LAGOS, Patrícia Miranda; GARROS, Daniel; PIVA, Jefferson P. Participação da família no processo decisório de limitação de suporte de vida: paternalismo, beneficência e omissão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, jul/set, 2007

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBEKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 10, n. 1, jan/abr, 2001, p. 32-42.

MACHADO, Willian César Alves; LEITE, Joséte Luzia. **Eros & Thanatos: a morte sob a ótica da enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2006.

MATIAS, Bruna Dias. Profissionais de saúde diante da morte. In: ESCUDEIRO, Aroldo (ORG). **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 4 ed. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MORITZ, Raquel Duarte. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, out/dez, 2007.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do, ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, set, 2006.

PINHO, Antonio José. O lidar com a morte sobre a perspectiva dos Estudantes universitários do curso de medicina. In: ESCUDEIRO, Aroldo (ORG). **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

POLES, Kátia; BOUSSO, Regina Sylit. Morte digna da criança: análise de conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.43, n.1, março, 2009.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

RESENDE, Edson. Diversas visões da morte e uma perspectiva atual. In: ESCUDEIRO, Aroldo (ORG). **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

RIZZOTO, Maria Lucia Frison. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB Editora, 1999.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia científica**. Guia para eficiência nos estudos. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; SILVA, Fernando Machado da. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.43, n.2, junho, 2009.

SALOUM, Nágela Hassan; BOEMER, Magali Roseira. A morte no contexto hospitalar – equipes de reanimação cardíaca. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, dez, 2004.

SANTANA, Maria Tereza Brito Mariotti. **Consciência da Terminalidade**: um estudo preliminar. Salvador, BA: EEUFBA, 1998. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 1998.

SANTOS, Daniela Vivas; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, set/out, 2004.

SOARES, Marcio. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, out/dez, 2007.

VAGHETTI, Helena Heidtmann; PADILHA, Maria Itayra Coelho de S.; CARRARO, Telma Elisa; PIRES, Denise Elvira Pires de; SANTOS, V. E. P. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun 2007, p. 267.

VIEIRA, Therezinha Teixeira; SANTA ROSA, Darci Oliveira. Dilemas emergentes no campo da ética In: OGUISSO, Taka.; ZOBOLI, Elma. (ORGS.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, SP: Manoele, 2006.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial**. Aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

VIORST, Judith. **Perdas necessárias**. 4<sup>o</sup> ed. São Paulo: Melhoramentos, 2005.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. 2 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

\_\_\_\_\_. **Cuidar. Expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2006.

WALSH, Froma; McGOLDRICK, Mônica. **Morte na família**: Sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WIEGAND, Solange do Carmo Bowoniuk. Dar ou não dar as más notícias. In: ESCUDEIRO, Aroldo (ORG). **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

XIMENES, Sérgio. Minidicionário da língua portuguesa. São Paulo: Ed Ouro, 2000.

ZACARIAS, Maria do Perpétuo Socorro Marinho. Doença e morte: percepção psicogenética para o profissional da saúde. In: ESCUDEIRO, Aroldo (ORG). **Tanatologia**. Conceitos – Relatos – Reflexões. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma. (ORGS.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, SP: Manoele, 2006.

## APÊNDICE A - Informações ao Colaborador



### **CUIDAR DE PACIENTES EM PROLONGAMENTO ARTIFICIAL DA VIDA: CONCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS**

Eu, Carina Martins da Silva Marinho, aluna do curso de mestrado em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-la para participar da pesquisa intitulada “Cuidar de pacientes em prolongamento artificial da vida: Concepções de Enfermeiras”. Estabelecemos como objetivos: analisar as concepções das enfermeiras sobre o cuidado de pacientes em prolongamento artificial da vida em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Com este documento fornecemos estas informações sobre a pesquisa. Elas visam a sua compreensão, e possível participação, que será de forma voluntária. Você terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 ,de 10 de outubro de 1996.

Não haverá benefícios financeiros, quer seja para mim como pesquisadora ou para o participante. O instrumento para a coleta será a entrevista semi-estruturada, que será gravada através de um aparelho digital. O material (fitas, formulários) serão guardados por cinco anos, e ao final você poderá tê-las ou autorizar a destruição delas. Para manter sigilo e anonimato a sua fala receberá um nome fictício.

A data e o horário será combinado entre as duas partes previamente. Você receberá o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para as quais solicito sua assinatura, caso concorde em participar. Se houver desistência ou impossibilidade de realização da entrevista no local e horário combinado, ambas as partes podem marcar outro dia e horário.

Caso haja necessidade, para esclarecimentos outros, entrar em contato com a pesquisadora, através do e-mail: [carinamarinho@uol.com.br](mailto:carinamarinho@uol.com.br) e pelo telefone: (71) 88594239.

Salvador, .....de ..... de 200.....

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido**



**CUIDAR DE PACIENTES EM PROLONGAMENTO ARTIFICIAL DA VIDA:  
CONCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS**

Recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “Cuidar de pacientes em prolongamento artificial da vida: concepção das enfermeiras” e li o conteúdo do texto **Termo de Esclarecimento** e entendi as informações relacionadas a minha participação nesta pesquisa .

Declaro que não tenho dúvidas de que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízo ou perda. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coação, indução ou intimação.

Salvador, .....de ..... de 200....

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta Pesquisa.

Salvador, .....de ..... de 200....

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

## APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista



### UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO/ MESTRADO

TÍTULO: CUIDAR DE PACIENTES EM PROLONGAMENTO ARTIFICIAL DA  
VIDA: CONCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS

#### 1. Caracterização do sujeito

Nome: \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Tempo de formação: \_\_\_\_\_ Tempo de experiência em UTI: \_\_\_\_\_

Cursos de Pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_

#### 2. Questões referentes ao tema de estudo

2.1 Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?

2.2 Qual sua idéia sobre cuidar de pacientes que têm sua vida prolongada artificialmente através de medidas terapêuticas?

## **APÊNDICE D: Coleta de Dados (Entrevista n=17)**

### **ENTREVISTA N. 01: DEPOENTE ELBA**

#### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: É difícil porque às vezes quando eu vejo a perspectiva de morte não dava aquele estímulo de, quando eu vejo que não há possibilidade de investimento aí eu acho que tá prolongando uma vida que não vai ter mais sentido, não vai ter mais, não vai ter mais, o paciente não vai sair mais da UTI, vai pra casa executar atividades normais, aí fico nessa, nesse dilema, porque até contra meus princípios religiosos.

#### **Seus princípios religiosos dizem o que?**

Resposta: Dizem que a pessoa deve viver. Até quando a. De acordo com o tempo dela de vida normal, você não pode nem pro, você não pode abreviar a vida de uma pessoa por causa de, porque ela não tem mais chance de vida. Tem que deixar.

#### **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Como eu entro em contradição pelo que eu penso e aquilo que eu acredito, eu acabo tendo que, eu acabo optando pelo cuidar, manter o cuidado.

#### **Esse cuidado é diferenciado?**

Resposta: Não. Não. Por mais que eu não concorde com, com este prolongamento, pessoalmente que eu acho desgastante pra família, desgastante pra equipe todo, mas eu mantenho o cuidado. Que afinal tá viva a pessoa.

#### **3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas?**

Resposta: Que deveria se definir melhor em alguns lugares, por exemplo, aqui no hospital, o que seria uma medida terapêutica de verdade, de suporte com o paciente em, em, com prognóstico reservado. Que as medidas daqui são meio esdrúxulas, por exemplo, um paciente que você sabe que já tá em suporte, se tiver fazendo uso de insulina, nem tira a insulina e faz glicemia de duas em duas horas. Um exemplo desse, não muda nem a, (meia) a aferição de sinais vitais, continua com a monitorização extremamente invasiva, continua com drogas vasoativas, as vezes aumenta até frações de drogas vasoativas, num paciente que você sabe que não vai evoluir.

## **ENTREVISTA N. 02: DEPOENTE PAULA**

### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Pra mim é cuidar como qualquer paciente, porém (não entendi) de perspectiva, nesses pacientes que está na perspectiva de morte, é, a gente tem que lembrar que realmente nenhuma, talvez nenhuma medida terapêutica possa ser implementada, porém cabe a nós profissionais, principalmente os que trabalham em UTI, em proporcionar o que a gente poderia chamar de uma boa morte para esses clientes né, para esses pacientes. Seria medidas né, de conforto que dessa vida que ainda resta e de uma boa passagem, de uma boa, uma boa morte.

### **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Eu não concordo. Na verdade eu concordo com medidas que respeitem o limite de qualquer vida, né, e a vida é humana por se tratar de pessoas né, semelhantes a nós, nós deveríamos nos colocar no lugar daquelas pessoas e saber, eu acho é que todos os médicos e todos os profissionais de saúde deveriam entender e saber que existe o limite de todo ser humano, de todo corpo humano, e eu não concordo né, com esse prolongamento artificial da vida humana através de medidas terapêuticas.

### **3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas?**

Resposta: Sempre que me é solicitado alguma medida que vá prolongar, é, que ao prolongar a vida né artificialmente, e que eu não concorde, eu coloco né a minha posição, que eu não concordo que se essa medida realmente seria necessária, se essa medida realmente iria mudar o prognóstico desse paciente, se essa medida realmente iria fazer diferença no que a gente ainda chama de vida pra esse paciente e, é tento mostrar ao médico quais são os benefícios dessa medida pra esse paciente, pra esse tipo de vida que ta sendo prolongado artificialmente, porém, porém se é, essa vida, se esse medico realmente quiser prolongar e fazer essas medidas, infelizmente, eu como enfermeira necessito implementar essas medidas.

É, eu acho que muitas vezes a gente, nós profissionais de saúde, principalmente, os que trabalham com UTI, que vêm de perto o, a (não entendi) entre o limite né, entre a vida e a morte, entre o fim da vida né e a morte, eu acho que, nós somos as vezes muito frustrados né, porque as vezes nós não conseguimos fazer com que nosso trabalho seja teoricamente, é reconhecido pelo melhoramento, pela melhora desse paciente, pela né, pela retomada da saúde desse paciente, porém nós devemos entender que além de, que o nosso papel além de, da de retomar a saúde desse paciente, fazer com essa saúde seja né, restabelecida, a gente deve sim ta é consciente de que a gente, tem a obrigação de proporcionar, como eu disse no inicio a boa morte né, uma morte digna, de qualquer ser humano, uma morte sem prolongamento de sofrimento através desses prolongamentos que vocês chamam né, estudiosos do assunto sobre artificialmente, é prolongar artificialmente a vida através de medidas terapêuticas.

## **ENTREVISTA N. 03: DEPOENTE MARGARETH**

### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Pra mim no começo que eu comecei a trabalhar em UTI era, era muito complicado, eu ficava muito abalada, mas no decorrer do tempo isso pra mim foi se tornando uma coisa natural e num, num consigo mais me abalar. Eu só tenho ainda alguma, alguma, só me abalo um pouco quando eu vejo que são pacientes mais jovens. Mas mesmo assim, ainda isso já ficou naturalizado, que como se fosse natural na minha profissão e na minha área, não consigo mais, é isso não consegue interferir mais em mim, nos meus sentimentos.

### **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Eu acho que muitas vezes fica prolongando um sofrimento, que não vai levar a lugar nenhum, que antes os pacientes morriam, muitos pacientes morriam em suas casas, com seus familiares, de uma forma mais natural e hoje em dia morrem em UTI, cheio de tubo, de drenos, e muitas vezes os médicos sabem que não vão, que aquele paciente não vai ter uma vida normal, não vai viver, e mesmo assim fica prolongando, prolongando porque a medicina é, desenvolveu tecnologias que permitem né prolongar é, este sofrimento. Mas eu acho que na maioria das vezes as famílias deveriam ser bem orientadas e deveriam mesmo é falar pra equipe que num, num deveria prolongar este sofrimento todo que não vai levar a nada, só vai gerar custos e sofrimento pra todo mundo.

### **3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas? Qual seu posicionamento?**

Resposta: Eu acho que pra enfermagem é complicado. Que a enfermagem não tem poder de autonomia nenhuma. A enfermagem, ela executa ordens, então assim, a enfermagem nunca vai poder dizer, ha eu acho que, eu acho que, porque num, por exemplo, num desliga a droga de um paciente desse?, Porque, a enfermagem não vai ter essa capaci, essa autonomia, vai ficar até mal vista. Ela tem que apenas fazer o trabalho dela. Se o médico quer investir, a enfermagem com seus cuidados vai continuar cuidando da mesma forma, eu acho que a enfermagem não tem autonomia para intervir nestes processos não.

### **Tem alguma coisa que você queira complementar?**

Resposta: Não. Acho que só isso mesmo.

### **O que você acha da morte?**

Resposta: Em UTI ou normal mesmo?

### **No geral**

Resposta: Eu acho pela minha questão de religião eu não consigo enxergar a morte, eu acho que não existe a morte, eu acho que a gente, que nós temos aqui uma experiência e que continuamos em algum lugar, então assim, eu sei que é complicado, você não vê mais

a pessoa, não tem mais contato, mas eu não acredito nesta morte física, que tudo acabou, eu acredito que a pessoa continua, então por isso, eu não, eu não, isso não é tão gritante pra mim, mesmo quando eu vejo um jovem, uma criança morrendo, eu sei que, aquele foi o tempo dela, o tempo necessário dela aqui. Eu não acredito que foi injustiça não, eu acho que todo mundo tem um tempo e o tempo dela foi aquele.

#### **ENTREVISTA N. 04: DEPOENTE ZIZI**

##### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: É, eu posso resumir em uma palavra o que eu sinto quando tou cuidando deste tipo de paciente, angustia.

##### **É angustiante?**

Resposta: É, é angustiante. Sério mesmo, eu sinto angustia. Eu não gosto de ver aquele sofrimento. Que pra mim é uma coisa que não vai dar em nada. Pra mim é angustiante ver o sofrimento do paciente.

##### **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: (silêncio)...Eu acho que deveria sim, haver um certo critério do do internamento do paciente. Pra que não fosse necessário haver esse prolongamento de, de vida. (silêncio)...É, tem também a questão da família, que influencia muito né num num, na terapêutica do paciente, que a famílias as vezes quer investir e aí o profissional de saúde não tem muita alternativa a não ser atender o pedido da família. Acho que a questão da conversa com a família é muito importante, pra que não haja esse sofrimento inútil por parte do paciente.

##### **Que é que você pensa assim em geral ter que lidar diariamente com estas situações, morte, sofrimento, o cuidado do paciente que tem um prognóstico reservado?**

Resposta: Eu acho que faz parte da nossa rotina. O profissional que trabalha em uma unidade de terapia intensiva ele tem que saber lidar com isso. Faz parte da rotina deles, do dia-a-dia lidar com a morte, sofrimento, mas é uma coisa que te angustia você se sente impotente, diante dessa situação.

##### **Existe alguma mudança na sua conduta enquanto enfermeira em relação se for outro tipo de perfil de paciente?**

Resposta: Rapaz! Eu acho que eu me entrego mais quando o paciente tem perspectiva de vida do que com paciente que eu to vendo que não tem tanta possibilidade de cura. Eu me entrego mais pro paciente que tem possibilidade de cura realmente. Eu fico assim, meio que desanimada. Não sei se deveria ser assim, mais é o que eu sinto.

**3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas?**

Resposta: Não

**ENTREVISTA N. 05: DEPOENTE IVETE**

**1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Pra mim é muito natural. O mesmo tratamento que eu disponibilizo pra um paciente que a gente diz viável né, eu disponibilizo a, o mesmo tratamento pro paciente que a gente considera que tá na perspectiva de morte. Agora assim, fora esse tratamento que a gente fala, o tratamento prático, eu que tenho, sou de uma religião espírita até então acaba voltando muito pra, muito pra apoio aquele paciente, então geralmente pacientes que tão nessa perspectiva de morte eu volto minha questão religiosa mesmo, faço uma oração, peço acompanhamento de de equipe espiritual que é uma coisa que eu acredito, pra estar dando apoio paciente naquele momento. Agora sim, eu fico normal não tenho nada de não sofro assim, não tenho aquele sofrimento pela pessoa né de ta desencarnando né que eu falo, realmente peço apoio e procuro também dar um apoio a família, gosto de ter contato com a família, de dar aquele apoio mesmo pra, pros pacientes terminais né.

**2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: É, eu sou contra, assim, você prolongar a vida de um paciente que você já ver que ta na iminência realmente de morte, eu sou a favor de um cuidado, aquele cuidado paliativo, aquele cuidado, amenizar sofrimento mesmo. Mas deixar que ele faça aquele processo de nascer e morrer que é, pra gente eu sei que é difícil, mas eu acho que é uma coisa natural, então eu acho que quando você chega naquele, no processo final de morte, acho que você tem que ter é como é que eu falo, o cuidado assim, discernimento pra ver que aquele paciente não tem um prognostico, e eu acho que você acaba prolongando aquele sofrimento, tanto da família, quanto daquele paciente. Que ele não tem prognóstico, ele vai morrer é fato, ele só faz adiar ou porque a gente não quer passar o plantão não quer um óbito no plantão, então acaba havendo isto né, é prolongar a vida de um paciente porque você quer passar o paciente vivo no plantão, eu sou permanentemente contra assim, a usar drogas, essas coisas acho que já tem prognostico. Eu acho assim você manter o sistema fisiológico dele, dar aquele, o mínimo suporte pra pelo menos ele de forma gradativa morrendo né, se ele precisa do respirador você oferta o básico, não precisa terapia de expansão, nada disso que não vai ajudar em nada. Então ofertar o básico, SO2 de 30 , peep de 5 , soro só pra hidratação, só pra manter via mesmo no caso de intercorrência. Nada de droga 4 vezes concentrada, dializar paciente que já não tem prognostico, eu sou contra.

**3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas?**

Resposta: Eu acho, eu sou até a favor, eu trabalho em outra instituição que tem determinados pacientes que são pacientes que não tem realmente prognostico e a gente dá alta pra estes pacientes pra semi, porque a semi-intensiva de lá, você tem a família

próxima ao paciente, então eu sou a favor dessas unidades que você pode manter o paciente naquele, momento final próximo a família e com cuidados básicos né, sou bem a favor disso. Porque assim..aqui eu acho é muito frio, naquele momento a família quer ficar o tempo todo até o ultimo momento ultimo contato com o corpo físico e a gente acaba privando porque a gente tem um horário predeterminado de visitação.

**Mais alguma coisa que queira acrescentar?**

Resposta: Não

**ENTREVISTA N. 06: DEPOENTE MARIA RITA**

**1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Assim, eu como enfermeira, principalmente por trabalhar na área de terapia intensiva, eu cuido do paciente independente do quadro clínico dele, do limite que ele tem. A dificuldade de enfermagem vai até o pós-morte né, até o momento em que o paciente realmente morre e a gente trás dificuldades né, quando o paciente ta ali é um corpo, e foi a óbito, Então o meu cuidado de enfermagem continua o mesmo e por mais que eu saiba que o prognostico dele é reservado né, que o limite terapêutico estão restritos, o meu cuidado de enfermagem continua sendo igual.

**Em relação ao seu cuidado não é igual né, mas na sua cabeça sobre o que você pensa da sua vida em relação à morte? Chega a interferir de alguma forma?**

Resposta: Assim, em alguns momentos, é eu acho que é um tema complexo né, que às vezes a gente acaba semeando duvidas realmente, e assim tem momentos em que a gente se depara aí pensa assim, é né até onde aquele paciente vai, até aonde aquele sofrimento né, é será que tudo isso é realmente é valido, será que não é melhor pra família, pra eles, o sofrimento seria menor se o paciente né dentro do limite terapêutico, mas eu tento trabalhar da melhor forma possível, no sentido de que se o paciente ta ali é pra cuidar da melhor forma e tenho que trabalhar minha mente pra isso.

**2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Já aí né, é eu às vezes também, como eu falei antes, me deparo em dúvidas, porque eu cuido da mesma forma, porque eu escolhi terapia intensiva e eu sabia que pacientes com limite terapêutico iriam né, está na minha profissão diariamente e como é rotina realmente nossa, a gente tenta assim né um limite terapêutico que a gente não tem muito pra onde ir, mas que eu continuo cuidando, realmente eu acho que, por vezes eu acho que a gente prolonga o sofrimento do paciente, mas a gente não sabe até que ponto o paciente ou a família né, é quer que a gente vá, então acho que isso não é um direito que cabe a nós profissionais, e sim ao paciente e aos familiares dele, entendeu então se eles estão cientes que o paciente que é um ente querido, que eles ali estão aceitando vê no leito de uma UTI um paciente com prolongamento artificial, eu acho que nós temos que respeitar e temos que agir profissionalmente, cuidar do paciente né, de forma normal, igual. Porque acho que sim, cabe ao paciente se tiver condições e ao familiar decidir até onde vai o limite terapêutico dele ou não. Não acho que cabe a nós profissionais.

**3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas? Sua postura enquanto enfermeira, em algum momento você vê que é diferenciado, você se coloca ou você faz, como você está falando, o cuidado é igual nesse momento você nunca vê, diferencia de alguma forma?**

Resposta: No meu trabalho não. Porque UTI, eu acho que trabalha a gente muito pra isso né, eu acho que a gente não tem que diferenciar e não pode diferenciar, porque a partir do momento que a gente lida com o paciente graves, que as vezes não sabe até onde o limite vai que as vezes aquele paciente tá muito grave daqui a pouco ele tem uma reversão, não digo que é o caso do paciente com prognóstico reservado, mas eu acredito que deve ser igual, e eu me comporto de maneira igual, mais assim no meu dia-a-dia eu vejo que as coisas não são dessa forma, eu acho que quando se limita o paciente para analgesia né, como se fala, com tratamento paliativo, de conforto, como muitos são usados, eu acho que os profissionais se portam de forma diferente e começam a não prestar mais o cuidado que deveria. E eu acho que é aí que a enfermagem entra né, porque nós somos o cuidar, e não tratar, então eu acho que a partir do momento em que a equipe médica limita o tratamento, não limita o cuidado de enfermagem, né. Eu acho que a gente deve tá cuidando de qualquer forma até o momento de sua morte.

**Alguma coisa a mais que você queira acrescentar?**

Resposta: Não

## **ENTREVISTA N. 07: DEPOENTE MARIZA**

**1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Bem é, quando comecei atuar em terapia intensiva era angustiante pra mim, cuidar do paciente que tinha uma perspectiva de morte, mas depois eu já comecei a encarar assim como algo mais natural, tentando colocar um pouco no lugar dos familiares, daquelas pessoas, aí eu tento encarar como algo mais natural.

**Você identifica que seu cuidado é diferente, você enxerga que aquilo seja natural. De alguma forma você vê alguma diferença?**

Resposta: Não assim é, é na verdade acho que o cuidado é sempre o mesmo, todo e qualquer paciente independente até porque, tantas coisas que acontecem, às vezes a gente tá lidando com o paciente que você mesmo acha que ele não vai sair e de repente você vê né que ele retorna, ele consegue sair, com algumas seqüelas mais que saiu dali, então pensando nisso, pensando em que a gente não pode prever nada, o cuidado, o meu cuidado é sempre o mesmo, sem alteração.

**2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: A idéia!

### **O que você acha desse prolongamento artificial da vida?**

Resposta: Eu acho que esse prolongamento artificial da vida é uma coisa agressiva, tanto pra equipe quanto pra família, quanto para o paciente que na maioria das vezes até porque, é em determinados momentos eu fico assim pensando se esse prolongamento, como está sendo feito na verdade esse prolongamento, se é porque é se quer de fato salvar aquela vida a qualquer custo ou se é porque é estão utilizando aquele paciente como mero instrumento de, de construção científica, então eu, eu vejo como algo agressivo. Assim, é às vezes eu fico pensando no familiar que quando a gente tem algum, algum de nossa família sendo internado eu nunca passei pela experiência de ter um parente meu internado na terapia intensiva. Mas assim, é entender me colocar um pouco do lado daquelas pessoas porque eu acho que talvez se fosse eu talvez fosse querer que se tentasse até o ultimo momento. Talvez, se eu quisesse, mas pensando né em todo o sofrimento de vários pacientes, de várias pessoas, é eu acho que não é eu só lembraria mesmo da agressividade porque eu vejo que é uma coisa agressiva, familiares assim que suspeitam bem a morte de um paciente perspectiva terapeutica aquilo ali me deixa mais, mais tranqüila e eu vejo como algo assim que pode trazer paz pra eles, familiares pacientes também.

### **Seu cuidado nesse caso é diferente?**

Resposta: Em que sentido?

### **Desses pacientes que estão sendo investido artificialmente a todo custo, o seu cuidado se modifica?**

Resposta: Não porque eu acho que não é nosso papel, julgar que aquilo ali não é necessário, ou o que é necessário ou o que importante ou o que não é importante, e modificar por conta própria ao que você esta ali designado para fazer. Porque eu, especialmente (não entendi) cuidados de enfermagem intensivos, independente do que proposta daquele paciente. Então o meu papel é o mesmo. Não vai ser diferente.

### **3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas?**

Resposta: Não

## **ENTREVISTA N. 08: DEPOENTE ZÉLIA**

### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Assim, eu tento na medida do possível dar um maior conforto pra que ele parta em paz, é sereno, tranqüilo sem tantos medos, sem tantas apreensões. Tento tranqüilizar na medida do possível, né.

### **Existe algum sentimento que brota em você quando você percebe?**

Resposta: É, depende do paciente, que tem paciente que não tá aceitando a morte e aí você fica triste por isso né?, você sente que ele tá querendo ainda ficar, tá querendo viver, ainda tinha um objetivo, e como eu sou espírita e acredito que depois da morte há uma continuação, eu sei que de certa forma isso vai atrapalhar o processo seguinte que ele vai seguir uma vez que ele ainda quer estar aqui. Mas na medida do possível tento orar pra que aquela pessoa pra que ela encontre a paz, que ela realmente vai precisar quando ela desencarnar.

## **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Eu acho assim, que tudo tem seu limite, que a gente, todo mundo vem aqui com um tempo determinado de ir embora. Não há um homem, um ser mortal insignificante que vai querer prender as pessoas aqui e quando isso acontece, só há prolongamento de sofrimento, de dor tanto para o doente quanto pra família, principalmente pra família, que presencia aquilo tudo sem poder fazer nada, de fora, só tendo 2 horas de visita. Então é um prolongamento só de dor, mas você tá vendo que não tem retorno de nada porque é o momento daquela pessoa ir embora, sabe? ela chegou na missão dela, já concluiu, embora inacabada, mas foi aquela parte que ela tinha que fazer, e tá na hora dela ir embora, então não é o homem que vai prende-la ela aqui entendeu?, acho isso horrível.

## **3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas?**

Resposta: É, é, essa questão de às vezes as pessoas, as pessoas que eu falo a parte médica, as vezes eles querem muito ser Deus, e acha que a pessoa tem que viver de qualquer forma, não é assim, eu acho que todo mundo veio aqui com um propósito. Uma vez que este propósito tenha terminado a pessoa tem que ir embora, pra passar por novas etapas. E quando há um prolongamento desse propósito só há prolongamento de dor.

## **E você enquanto enfermeira identifica algum tipo de conduta pra tentar reverter a situação?**

Resposta: Na medida do possível quando o plantonista né, que na maioria das vezes quem faz esta prorrogação de vida é ele, a gente tenta mostrar que todo mundo tem um tempo, aquele tempo daquele paciente já chegou ao fim e que não vai ser ele que vai conseguir prolongar aquela vida saudável, tento mostrar a ele que o que ele está fazendo é uma coisa errada uma coisa até egoísta, desumana, as vezes a gente até consegue que as pessoas entendam isso, né que as vezes a pessoa, que ele faz isso assim sem perceber que tá tendo esta conotação, porque ele quer tanto salvar, tanto salvar, que acaba também não olhando o outro lado da moeda, que é a qualidade de vida que ele quer salvar, entendeu? E a gente tenta na medida do possível mostrar a ele que aquela pessoa já fez o que tinha que fazer aqui e que não vai ser ele que vai prender aquela pessoa mais aqui. Alguns até acreditam e colaboram né, e aí para de investir e deixe aquela pessoa em paz, outros persistem e a pessoa fica prorrogando aquele sofrimento e até que finalmente desencarna.

## **ENTREVISTA N. 09: DEPOENTE ELIS**

### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: É, dar uma assistência ao paciente. É..., de forma qualificada. E, assim lembrando sempre que aquele paciente, ele..., ele..., né, ele pode, pode ser o fim de uma vida e começo de outra. A gente deve prestar assistência a ele lembrando também, é queeee ele pode ser, ele pode servir pra pra uma doação de órgãos né, o que eu quero falar né, como é que começa: quando termina uma vida e começa uma outra, então deve prestar uma assistência qualificada ao paciente embora, embora a gente saiba que a a, o prognóstico dele não seja bom né e assim garantindo o aproveitamento máximo, aproveitamento, não é aproveitamento que eu quero falar né, é o que? É... (não entendi) responder...eu fico nervosa...

### **Seria assim é favorecer que ele tenha uma morte mais...**

Resposta: Também né, é favorecer que ele tenha uma morte, vamos dizer digna né, é..... vamos dizer...

### **Pra você como seria favorecer, o que é que você faria? Pensando nessa perspectiva.**

Resposta: Eu iria, o que eu quero falar é que a gente deve cuidar desse, desse, desse paciente da mesma forma, é... que a gente cuida de um paciente que tem um prognóstico bom né, é... com medicação, qualidade na assistência né, é... apoiando a família também né é...

### **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Eu acho que a depender do caso é... nessa tentativa de prolongar a vida do paciente a gente acaba trazendo mais sofrimento ao paciente eeee assim, eu sou a favor da da da eutanásia né? porque prolongar, prolongar até que ponto? Entendeu? Quem somos nós pra fazer isso? Se chegou a vez dele descansar. A gente fica brincando de Deus, prolongando mais ainda.

### **3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas? E você enquanto enfermeira qual seu posicionamento quando você percebe este tipo de situação?**

Resposta: Hum! Eu como enfermeira, eu posso dizer que faço pouco né, na verdade eu não interfiro, eu continuo prestando meus cuidados, mas em nenhum momento eu interfiro. É discutido isso na equipe, com a família né, eu acho que, aí sim a gente poderia melhorar um pouquinho mais a assistência pelo menos discutindo com a família se vale mesmo a pena ficar prolongando né,

### **Tem alguma coisa a mais que você queria acrescentar?**

Resposta: Não.

## **ENTREVISTA N. 10: DEPOENTE CÁSSIA**

### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Olhe assim eu trabalho aqui na UTI né, no outro eu trabalho em oncologia pediátrica, então assim nos dois eu lido muito com a morte. Até lá às vezes assim, eu acho que mais do que aqui porque a partir do diagnóstico você já começa a pensar em morte, então assim, no início logo quando eu me formei, pra mim era complicado, era triste, eu chorava muito né, lá na outra instituição a gente trabalha muito com esta questão de tá trabalhando os profissionais na parte emocional com a psicologia e tal. Então no início pra mim era complicado, porque quando você recebe um paciente, você quer que ele melhore, vá pra casa né, então assim, na maioria das vezes nesses dois contextos com que eu trabalho não acontece isso. Então assim, mas hoje, eu, eu tipo assim, eu vejo mais assim, eu fazendo a minha parte, o que tá dentro das minhas possibilidades como enfermeira, eu faço sempre o melhor. Mas assim, não deixa de ser triste ainda, sofrimento pra gente, tem dias hoje mesmo a gente está com um paciente aí um bebezinho, sangrando muito, assim a gente às vezes evita até tá olhando, eu que não tô com o cuidado dela hoje na assistência porque tem duas enfermeiras que saiu e a outra, então assim, eu que não tô com ela e que tenho filho pequeno, não quero, a gente quando vai dividir: ô grazi não quero ficar com ele hoje entendeu, então pra gente ainda é desgastante, é complicado, a gente sofre, pra quem é médico é pior ainda. Pra quem perdeu filho, né, é pior ainda, mas é não sei porque a gente gosta de trabalhar, né em UTI. Eu mesmo, não quero sair nunca da UTI. Dentro deste contexto todo, que a gente sabe que...

### **Quando você diz que faz a sua parte, o que seria mais ou menos?**

Resposta: É, o básico, a rotina que a gente já faz todos os dias né, mas assim, dar um apoio pra mãe, por exemplo, porque eu passei por isso e sei da importância de você tá dando um retorno. Então, por exemplo, tem essa criança que tá lá cuidando, procurei saber se a mãe tá, vou lá com o pai conversar porque já tá no processo de morte, na verdade, e assim, eu acho que mais pelo o que eu passei, tem muita coisa que por eu ter passado já por essa situação, eu acho minha assistência um pouco diferenciada dos outros pelo menos quando eu observo. Então assim, uma coisa que eu tenho muito cuidado: falar, às vezes tá, por exemplo numa parada, não sei se já aconteceu isso se você já observou às vezes tá no meio as pessoas fazem alguma piada com outra coisa, eu evito isso, acho assim um desrespeito ao paciente. Então assim é sempre uma coisa que me incomoda né. São essas paradas no meio, às vezes é teve um óbito ali, a mãe tá lá e aqui tão conversando muito alto, assim por eu ter passado tem muitas coisas que eu tenho eu acho uma observação maior de tá evitando, de tá pedindo aos outros pra tarem evitando também, entendeu?. Então, fazer as coisas bem feitas com carinho, com amor, que eu faço mesmo de verdade, assim aquela coisa de fazer curativo direitinho, com amor, não só ir lá pegar, arrancar o coiso né, então apesar de tá sedado, entubado, você tirar com cuidado, porque às vezes achar que tá sedado você pode puxar o esparadrapo de qualquer jeito, entendeu? De falar com o paciente, antes de você... mesmo sendo um nenenzinho, que nem sabe o que você está falando, agora mesmo estava fazendo o que?, Um menininho, tava alisando a cabeça dele e fazendo ao mesmo tempo, agora eu não lembro o que foi. Aí as meninas falaram: ô Rita você tá tão engraçada que você está tá acariciando e ao mesmo tempo fazendo. Porque eu acho que ele já sente aquele carinhozinho ali nele.

### **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Qual a idéia...?

### **Que você tem sobre esses pacientes que tem sua vida prolongada artificialmente?**

Resposta: Não... olha, eu não gosto da idéia, né, você ta prolongando sofrimento, e eu?

### **Você acha que prolongar a vida é prolongar sofrimento?**

Resposta: Nestes casos sem diagnostico, com prognostico fechado, como às vezes tem, acho que é. Porque assim, tem pacientes às vezes que a gente recebe de tumoração né, de oncologia mesmo, e que algo já dito que não tem mais o que fazer né, às vezes o estágio já é muito avançado que chega, a biopsia já tá com metástase, com um monte de coisa e tal. E a gente sabe, a gente vê aquele paciente definhando, você aumentando tudo, noradrenalina, dobuta tudo que tem direito né, com dose já de reanimação. E às vezes, por exemplo, aí entra com insuficiência renal, aí vai botar um cateter, chama o cirurgião vascular pra botar o cateter venoso eu fico olhando aqui, não entendo muito, às vezes a gente questiona muito com os médicos, porque eles, a maioria intensivista, acho que eles não tem a visão de ta, saber a hora de parar, de abreviar. Porque acho que até formação não é essa né do intensivista, eles querem sempre ta colocando, até onde puder, até realmente não der o que eles tiverem de de de equipamento, do que for, de medicação, eles vão colocar. Aí eu sempre falo de novo, que minhas ações diferenciais. Como eu passei por isso, com minha filha desde que nasceu, teve esse problema né, e ela, a gente já sabia do prognóstico dela, teve ME logo no início, depois ela saiu, mas sequeladíssima, e assim ela poderia viver mais se a gente fizesse uma traqueo e não tivesse enfiado ela num tubo, e a gente não quis isso entendeu?. Até pela experiência que eu já tinha com oncologia pediátrica, porque eu sabia. Ela era estado vegetativo, eu sabia que eu ia ta prolongando o sofrimento dela e o meu, então assim a mesma coisa eu tenho aqui, essa criança que eu te falei, que ta sangrando por tudo, você já pela fisionomia do bebê, você percebe que não tem mais condições, você sabe que não vai sair da li até pela sua experiência também, e aí você vê tipo ó, introduzindo mais uma vasoativa, falando sobre possibilidade de chamar um cirurgião vascular. E você vê que não tem mais e, e normalmente nesses casos você vê que no final realmente é a morte. E você que realmente prolongou o sofrimento né, de ambas as partes. O bebezinho tai só sofrendo, sofrendo. A mãe entra, vê aquele ensanguamento todo, (não entendi) dia terrível.

### **3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas?**

Resposta: Não, acho que eu falei tudo que eu tava falando inclusive lá dentro. Quando eu vi essa bebezinho, eu falei: gente do céu. Porque que não param, né?, Não percebem a hora de parar. Que, que humanamente, ninguém pode mais, só se for realmente um milagre de Deus. Porque não tem condições. Então assim, olhe uma coisa engraçada, quer dizer, desliga aí...

## **ENTREVISTA N. 11: DEPOENTE ADRIANA**

### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Há dezenove anos atrás, assim há dezenove anos atrás se você me fizesse essa pergunta, era estritamente profissional, era estritamente técnica a pergunta. Porque que você vai cuidar do paciente? Então você vai da assistência de enfermagem, cuidados higiênicos, é administração de medicação. Todos os parâmetros que você pode fazer, dentro da UTI. Nestes dezenove anos, eu mudei totalmente a perspectiva. Você aprende que as pessoas precisam de cuidado, mas as pessoas precisam muito mais de atenção, de carinho, de alguém que converse com essas pessoas, de alguém que respeite, que as pessoas estão esquecendo muito desse pequeno detalhe: as pessoas tem o direito de morrer. Não é só ser uma UTI altamente invasiva. Até que ponto eu posso, devo e tenho um direito de ter uma UTI invasiva? Quando a vida ta me dizendo que ta chegando a hora. Ninguém tem esse direito, nem esse poder de ver que a vida ta chegando no final, mas você tem que ter um mínimo de sensibilidade possível pra deixar de ser tão invasiva e ver que do outro lado tem um ser humano, que tem direito a sorrir, a brincar e a morrer, principalmente com dignidade. Não é você sair passando acesso, passando cateter de ultima geração, sondas mil e esquecer que a vida tem um fim, que a gente não sabe quando é. Tudo bem, mas você tem um prognostico que você pode contar, prever de um tempo. Você tem determinadas doenças, você tem um paciente com CA avançado, você sabe que aquela é uma questão de dias. Como eu trabalho com outra parte que é renal crônico, renal crônico, tudo bem, ele tem perda de função renal, mais eu já cuidei e cuidei de pacientes renais que já tem vinte e dois anos que fazem hemodiálise, eles não tem rim, mas vivem bem. Só que determinadas patologias em UTI, você não tem muito pra onde avançar, nem porque avançar, então não adianta eu querer brigar com o percurso natural da vida, as pessoas tem direito de morrer, e morrer com dignidade. Não morrer porque alguém ta tentando, porque alguém quer provar que é um semideus e que quer pular a frente da vida. Não existe isso, a vida tem seu curso natural e as pessoas têm esse direito.

## **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: É muito complicado porque a gente ta entrando na contra mão da medicina. As pessoas há trinta, quarenta anos atrás faziam medicina por amor, a maioria das profissões, hoje as pessoas estão fazendo medicina, não sei, talvez por uma, uma questão de status, uma, várias outras questões, que nem sempre é vê o outro como pessoa, mas vê o outro como meio de realizar o seu próprio sonho de dizer que vai ajudar, mas até que ponto você vai ajudar, de ter um status profissional. Eu sou médico, eu cuidei das pessoas, mas as pessoas precisam de alguém que cuide realmente com amor, não eu dizer que cuidei só pra satisfazer meu ego. Então, o que eu vejo muito isso nas UTI's é as pessoas quererem muito mais satisfazerem o seu ego do que olhar pra outra pessoa como ser humano. Então é muito mais fácil, eu sou, sem querer é, é, é não é explorar a palavra, é, é...

### **Denegrir...**

Resposta: Continuação: ...denegrir ninguém. Mais assim, eu sou Neurocirurgião, eu tenho direito de abrir a cabeça de uma pessoa e estudar lá dentro. Claro que uma pessoa precisa disso, mas precisa de alguém que dê é, uma chance dela continuar viva, mas que depois eu não saia achando eu que fui viver a vida daquela pessoa, isso é muito complicado. Porque às vezes as pessoas ficam muito mais no eu sei, eu posso e eu vou fazer, mas será que eu devo? Qual o direito que eu tenho?. Não é denegrir e nem não prestar assistência, é outra coisa totalmente diferente, eu sou médico, eu sou enfermeira, eu tenho meu juramento, eu

tenho que prestar assistência aquela pessoa, mas eu sei que tem que ter um mínimo de bom senso pra saber que aquela vida tem um final. Então pra que eu vou ficar investindo se o próprio estudo me dá uma base pelo menos de saber que determinados patologias, tem, todo mundo vai ter uma morte, mas que determinadas patologias tem um final mais cedo. Porque investir nessa situação, porque é, pegar uma pessoa de cem anos, que já tem um exemplo clássico você pega uma pessoa de cem anos que tem DPOC, que chega numa UTI gelada, essa pessoa nunca vai saturar 100%. É um exemplo bobo, mais é uma realidade, é que a gente se bate na vida, aí as pessoas querem entubar aquela pessoa, querem fazer mil coisas, vai vim uma infecção respiratória, vai morrer mais rápido. Até que ponto eu tenho direito de invadir tanto aquele vovozinho. Seria muito mais tranquilo, eu deixar aquele vovozinho perto da família dele pra um conforto maior, em vez de invadir mais ainda a sua privacidade e o seu fim.

### **3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas?**

Resposta: Eu gostaria muito que as pessoas hoje, em vez de começar a invadir as pessoas, de querer ser muito técnicas, e as escolas, principalmente as escolas de enfermagem, escolas de medicina, no próprio curso de graduação comessem a introduzir na cabeça dessas pessoas, a botar essas pessoas pra lerem bioética, tanatologia, é, é distanásia, eutanásia, todas essas coisas que as pessoas vão muito pro prático e não vêem que as pessoas tem direito de morrer com dignidade. Morrer não é uma coisa que vai afrontar a natureza, é o normal da natureza. Primeiro que nós somos uma sociedade ocidental altamente pratica. A gente não aceita a morte, a gente não é preparado pra morte. Coisa que já vem errado da nossa religião, da nossa cultura. Tem algumas religiões que conseguem preparar mais um pouco, mas no geral a cultura ocidental ele não vê a pessoa como começo, meio e fim. É como se todo mundo deleta-se a palavra morrer. Ninguém conversa sobre morte, nem com a pessoa que ta doente, nem com uma criança, às vezes a criança olha pra você e faz: minha mãe, meu pai, o que é morrer? Eu vou morrer? Você vai morrer? E você vai e passa com um monte de respostas vagas e aí vai passando, então essa pessoa cresce vira um profissional, independente que seja advogado, ou engenheiro, ou administrador, médico, mais ele nunca vai encarar a morte como um fator real e palpável a que a gente tem. Então que as escolas comessem a ser um pouco menos praticas, isso sem deixar de ver a evolução, a evolução da tecnologia é muito importante. Hoje temos exames que não tínhamos há vinte anos atrás, que é super importante pras pessoas. Você detecta doenças, você detecta tumores avançados, eu já fiz um PET-CT pra detectar tumor cancerígeno, então são coisas boas, são coisas maravilhosas, mais que as pessoas também tenham noção do outro lado, tudo tem um fim. E quando esse fim ta perto, que esse fim seja respeitado. Uma das coisas que mais me emocionou eu cuidei de um paciente renal crônico que ele tinha noventa e seis anos, ele virou pra mim e disse: minha filha, eu sou renal, eu sou cardíaco e tudo, no dia em que chegar minha hora, eu não quero, você não vai deixar fazer nada. Você sabe o que é chorar e se emocionar com determinadas situações, ele internou no hospital, foi pra UTI, quando ele voltou, que ele tava bem, voltou, pediu a mesma coisa. No dia que ele parou foi aquele corre-corre, e eu assim naquela angustia virei e fiz assim: gente é o que ele queria, não façam nada, e graça a Deus todas as pessoas tavam numa boa, em consonância e a gente deixou ele em paz, e foi uma coisa em que eu chorei porque foi interessante, ninguém correu atrás pra entubar, pra botar ele na UTI, tava chegando o momento dele. Ele tinha o direito de ir em paz, e ele foi como ele pediu. Não ia adiantar fazer nada, era o momento dele. Então essas coisas era que era bom que as pessoas

que estão começando agora, ouvissem e se interessassem pra ler, que a gente tem que ter, tem que estudar tem, tem que ta na frente da tecnologia tem, mas a gente tem que ver a tecnologia como aliado pra ajudar a melhorar a qualidade de vida, não a tentar salvar vidas, porque vida você melhora a qualidade, mas chega um momento que você não tem mais como salvar, porque é o final mesmo.

## **ENTREVISTA N. 12: DEPOENTE FERNANDA**

### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Bem, como enfermeira de UTI, como você falou, a gente tem que lidar com a morte diariamente. É assim, por mais que a gente tenha toda preparação de escola, que eu acho que é, até hoje ela é deficiente né, nas escolas de enfermagem, pra ta preparando o profissional pra lidar com isso ruim. Mas é complicado, é lidar com esse tipo de paciente assim, é principalmente com criança. Eu acho que a gente fica, o profissional é mais, fica mais sensibilizado né, diante da família. É assim, muitas vezes depois a gente compara que já viveu muita coisa, já experimentou muita coisa, criança é inocente que ta ali, por, não sei, por acaso, por outras, geralmente patologias mais congênitas, uma coisa assim, adquirido eu acho muito complicado ta lidando com essa perspectiva né. Com a morte, com a perspectiva na morte com paciente menores de um ano, por exemplo né, um filho tão esperado, esperado, muitas vezes é um filho único, que ta com essa perspectiva, perai da uma paradinha aí.

### **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Apesar de toda angústia, eu acho que o profissional vive diante dessa perspectiva de morte do paciente, de tentar investir, eu acho que sempre tem que ter um limite né? porque a medicina chega até um nível que a gente vai achar que é Deus. Que vai dar jeito em tudo, ta sempre sendo claro com a família, explicar até onde a medicina, até onde a ciência explica e ter os artifícios pra, pra cuidar daquele paciente né, eu acho que ninguém devia fazer nada de medidas heróicas, inventar coisas né, que eu acho que ta, você vai se frustrar e assim ta iludindo o familiar na verdade né, porque todo mundo sabe até onde pode chegar, não ta nem pensando, iludindo o familiar, iludindo a própria equipe e ta prolongando o sofrimento. Você sabe que é, aumentar drogas né, doses altas, drogas que nem existem em livros, não existe na literatura, só pra tá segurando o paciente ali sabe e praticamente as vezes o paciente já ta morto ali né, o que ta segurando o coração, tem uma frequência cardíaca às custas de noradrenalina, de uma droga que vai em bolus altíssimo, apesar de que criança, a gente se sensibiliza bastante, muito mais do que adulto. Eu não tenho assim muita experiência na verdade com adulto, mas eu acho que com criança a gente fica muito mais sensível, em relação a isso aí.

**3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas? Dentro da sua profissão, dentro da sua atuação sobre, o que é que você faz assim na realidade pra, pra se impor, pra colocar sua idéia, quando você discorda de alguma conduta?**

Resposta: Assim é, é o que eu falei, eu acho que, nesse sentido a equipe tem que ta, talvez um médico que irá fazer alguma medida assim, como um fazer heróico ou como tentar alguma coisa. Eu acho que a equipe que ta ali, como a enfermeira ta ali conversando, não sei por que né, porque ta fazendo aquilo, ta tentando fazer experiência, sei lá, eu acho que o mais justo é ta conversando com os familiares, ta sendo claro do que pode acontecer né. Não iludindo, inventando coisas, né. Eu acho que a melhor forma que a enfermeira pode se, se colocar né, é ta discutindo mesmo com o medico, da melhor maneira, não adianta eu tentar essas coisas né, e ta, e como enfermeira profissional (não entendi) de um apoio e conforto ao familiar né. Eu acho que é o melhor que a gente pode fazer.

### **Tem alguma coisa a mais que você queira acrescentar?**

Resposta: Apesar, é como eu falei no começo assim, apesar de assim, de a gente ta numa UTI, é enfermeira de UTI ta lidando isso o tempo todo, que a gente sabe (não entendi) UTI ta correndo o risco né, é eu acho que ainda tem muito, muita como é que fala, muita dificuldade, é muito pouco na formação da gente o falar da morte né. Porque eu acho que o profissional, pra ele ta cuidando do familiar, cuidando do paciente né. Toda vez quando a gente fala em criança, adoece toda a família, não só a criança, é pai, mãe, vó e tio (não entendi). E assim a gente sente dificuldade de falar, fala-se pouco, acho que tem que ter cuidado profissional para poder o profissional saber pra ta cuidando do paciente, do familiar.

## **ENTREVISTA N. 13: DEPOENTE BETÂNIA**

### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Na verdade não é muito fácil. A gente sempre assim, eu fiz enfermagem porque eu gosto de cuidar né, e assim o cuidado significa a gente obter um resultado que seria a melhora. Então cuidar de pacientes que não tem já perspectivas é um pouco frustrante na nossa profissão, pelo menos pra mim, mas infelizmente com o decorrer dos anos assim, com muito, principalmente na UTI, muitos pacientes que a gente pega aqui, infelizmente não tem, a gente faz só faz cuidados paliativos e a gente tenta fazer melhor, mas é um pouco frustrante né, trabalhar cuidando de pacientes desse jeito. A gente tenta fazer o melhor.

### **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Tem determinados pacientes que a gente até acha assim, que as vezes ta, como eu posso dizer,é... não é, a palavra não é macerar é ta espoliando que a gente fala né, espoliando muito o paciente, e a gente fica meio assim presa né, porque a gente não pode interferir muito na conduta medica, a gente só pode ta dando algumas indicativas: ó aquele paciente vai realmente fazer isso, ter, agente enfermeiros se preocupa muito com o bem estar do paciente. Então, como eu disse antes, mesmo ele não tendo uma perspectiva né, de uma melhora, a gente tenta fazer o melhor, pra ele se sentir mais confortável. Então, pra aqueles pacientes que a gente vê que realmente não tem muita perspectiva e tentar ta

prolongando cada vez mais é difícil, eu fico às vezes um pouco assim desconcertada, incomodada. Porque tá assim, tá, não deixa o paciente descansar, às vezes ele tá querendo, você vê que ele, você investe com drogas, e medicações e ele não responde e tá, continua investindo e a gente acha que ele tá querendo descansar. Então é um pouco também frustrante né, em saber que o paciente às vezes não precisa mais daquilo. Às vezes o melhor é mandar (não entendi) que a gente conseguisse tirar da ventilação e mandar pro quarto pra ficar com a família do que tá lá na UTI e tá investindo muito. Então é mais ou menos assim.

### **3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas?**

Resposta: Não, eu acho que a postura a gente tentar ficar, a gente pode tentar conversar, se a equipe for, e o médico também for aberto as opiniões da enfermeira, a gente pode tentar conversar, tentar entrar num consenso e até pra que o médico explique melhor o porquê daquele total investimento, quando a gente sabe que às vezes não tem mais necessidade. Mas eu acho que só, a enfermeira tem que manter a mesma postura, tentar cuidar da melhor forma possível, e tentar entrar num consenso com a equipe. Saber até onde ir.

## **ENTREVISTA N. 14: DEPOENTE MARINA**

### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: É uma situação muito complicada, é a gente como enfermeira né, tem que lidar todos os dias com esse tipo de paciente. Paciente que está com o risco de morte né. Mas a gente presta o cuidado da maneira mais saudável né, possível. É, fazendo com que ele se sinta sempre confortável até o fim do, do, até nos últimos momentos da vida dele né. Tratando o paciente com dignidade, tentando fazer é, dar um maior conforto possível pra esse paciente.

### **E o sentimento qual foi?**

Resposta: Às vezes o sentimento de dor né, em tá todos os dias trabalhando com esse tipo de paciente né, lidando com a morte, é que não é fácil né, a gente vê que o nosso emocional também conta, apesar de às vezes, a gente tem é que deixar o nosso emocional de lado pra poder tentar cuidar, porque quem cuida, é, principalmente eu que trabalho na UTI pediátrica. Se você tem pena né você né, você não faz, o seu trabalho aí é doloroso, às vezes é doloroso a gente sentir que todos os dias a gente tem que atender este tipo de paciente. Todos os dias a gente tem que lidar com este tipo de situação.

### **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: É, nós como profissionais assim de UTI, a gente percebe às vezes que éééé que existe pacientes que agente pensa que não vai ter chance de sobreviver, e acontece de dele tá com todos os tipos de drogas, drogas vasoativas, drogas sedativas, e ele sai desse quadro né e consegue né, sobreviver. Então assim, o pensamento que eu tenho hoje, trabalhando

um ano e seis meses na UTI é de que a gente tem que prestar esse cuidado, prolongar esse tempo até o momento que a pessoa conseguir sobreviver, mesmo através desses meios, até comprovar que teve né morte encefálica ou foi realmente a óbito e até o final da vida tentando dar o melhor cuidado possível e prolongar mesmo. Eu não sou contra, não sou contra a, é, é fazer com que esse paciente fique nesse meio né. Dê, preste esta assistência né, dê esse cuidado prolongado porque a gente já viu casos de achar, já existe mesmo uma equipe toda achar que não tem mais, não tem mais chance e acontecer de o paciente sair do quadro e hoje ta bem, sair da UTI né, ir pra semi-intensiva, ir pra casa mesmo, alta pra casa, assim, é complicado, nós né, julgamos. O que é certo, se vai deixar prolongar, se vai desligar os aparelhos, se não vai, se vai (não entendi) cuidado prolongado ou não.

**3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas? Tem algo mais que você queira acrescentar relacionado a isso?**

Resposta: Não, não.

**Aspectos gerais da morte, do cuidado?**

Resposta: Do cuidado. É, é, não. É o cuidado que deve ser prestado por toda equipe de uma maneira, como o nome já se diz, né intensiva né, ele deve ser prestado de uma maneira, como eu falei no início, mais confortável possível né, dar toda, todo o conforto pro paciente pra ele é, sair daqui bem, saudável, como se fosse paciente de enfermaria mesmo. Que a gente tem que cuidar pensando que ele vai sair, e vai sair bem né, e dar todos os cuidados, dar todos, fazer todos os tratamentos até ele poder se recuperar né.

## **ENTREVISTA N. 15: DEPOENTE GAL**

**1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Paciente sem conduta terapêutica?

**Não paciente em geral, quem ta na UTI normalmente estão em situação grave, é... numa possibilidade de morrer ou num processo de morte já instalada?**

Resposta: Olha, trabalhar com criança com risco iminente de morte é bem difícil. Porque assim é, eu tenho filho e a gente sempre se coloca né no lugar dos pais, no lugar da criança. É também a gente pensa em todo o futuro né, que a criança poderia ter, e toda condição de vida e pensando nisso é bem triste. Mas assim, é a gente faz o que pode né, o trabalho que pode pra tentar pelo menos dar um conforto às crianças, conforto a mãe, aos familiares, mesmo sem até perspectiva de, de vida.

**2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Tem dois, dois. Tem caminhos em relação a isso. Pacientes sem perspectivas de vida eu acho que. Eu na minha concepção, eu acho que prolongar a vida é prolongar o

sofrimento, sofrimento dos pais, o sofrimento da criança, é só prolongamento. Então, eu, paciente sem perspectiva eu não concordo com a prolongação, o prolongamento da vida artificial em , prolongamento artificial. Agora é, quando o paciente tem, tem chance de, de sobreviver, chance de vida, aí a gente faz de tudo né, pra que a criança saia, pra que a criança se melhore as condições. Então, nesse caso acho totalmente viável o tratamento, eu acho essencial, mesmo que, mesmo com todo sofrimento, mesmo com todo tratamento, às vezes as crianças sai até prejudicada, cheio de seqüelas, mas nenhuma mãe quer perder um filho, mesmo com seqüelas, mesmo assim, tendo um, tendo um tratamento pelo resto da vida, mas eu acho válido.

**3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas? Assim, qual a sua conduta, seu posicionamento relacionado a esse tratamento? Às vezes você concorda, as vezes você discorda. Sua conduta modifica? Qual seu posicionamento?**

Resposta: Não. Mesmo não concordando, minha posição é a mesma. Assim, se o médico, vamos colocar assim, se o médico diz que tem intubar, que colocar na ventilação, tem que entrar com tratamento pra prolongar a vida, mesmo eu não concordando, mesmo com a conduta terapêutica, minha posição é a mesma sim. Da mesma forma que o paciente viável, dar o melhor ao paciente. O melhor possível.

## **ENTREVISTA N. 16: DEPOENTE MAYSA**

**1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: É complicado né, é em relação principalmente a família. É principalmente assim é, eu trabalho atualmente na UTI Pediátrica, e é familiar e acompanhante, e ééé assim pra você explicar a família né, é se você vai manter o paciente artificialmente ali, eu acho complicado.

**E o sentimento que você tem em relação a isso, vivenciar, lidar com a morte?**

Resposta: Têm algumas crianças que a gente se apega mais, que tem um tempo de internação maior, você chega a ter pena umas vezes, é, algumas vezes questionamento em relação, assim, porque que aquela criança ta passando por aquilo? De não entender esse fato, e só, medo, eu não tenho medo não.

**2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Você fala em relação a o que, quando já foi detectado que não tem mais jeito mesmo?

**Também.**

Resposta: Ou quando ainda tem alguma...?

### **Também, porque as vezes tem prognóstico não?**

Resposta: Quando tem prognostico, que já não tem mais nem prognostico, e que se mantêm mesmo até o ultimo coisa, eu acho às vezes até, deixa eu ver um termo, como fosse assim, uma coisa que você insiste muito numa coisa, não tem a dúvida, mas você percebem alguns plantonistas mesmo sabendo, tipo assim, o paciente já ta com todas as drogas, em vazões elevadíssimas já incompatível com a vida, mantêm ainda as manobras de reanimação, né. Então assim, você saber que já não tem mais funções renais, já não tem mais (não entendi), já não tem mais nada. Você possa contribui e às vezes você ainda mantêm a criança na prisma né, mesmo com uma hemodinâmica istável mesmo com as drogas altas, eu acho isso desnecessário, na minha opinião. Em relação ao investimento de manter, não o de manter... não é que a gente não mantenha agente não pode desligar, não é isso. Mas você, tipo assim, manter o uso de hemoconcentrados né, é e tudo isso em relação a essa criança que você sabe que não ou o paciente às vezes não vai mais.

### **3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas? Seu posicionamento quando você não é favorável?**

Resposta: Alguns casos eu questiono, questiono bastante até né. Por que ainda vai agir daquela forma? Por que ainda tentar? É forçar a função renal, você sabe que não vai melhorar. Botar na prisma num paciente destes. Você sabe que não tem mais, já é mesmo, é morte funcional mesmo né, e mais esse questionamento pra enfermagem é difícil, dependendo do posto que a gente quer, é quase impossível. Né, tem algumas. Pessoas que você já com tempo de convívio não vale nem a pena, porque você vai se estressar e não vai, ele não vai fazer a parte dele e você tem que fazer a sua parte quer que você concorde ou não, né porque não tem essa interferência. Mas em alguns casos eu assim, eu chego a conversar, quando vejo que não vai valer à pena. É custo? E qual o beneficio que vai ter? Não vai ter beneficio nenhum né. A partir do momento que você ta com aquelas pessoas, não têm mais que viver, porque fazer né, eu chego a questionar.

### **Tem alguma coisa a mais que você queira acrescentar em relação a não entendi?**

Resposta: Não

## **ENTREVISTA N. 17: DEPOENTE NANA**

### **1: Como é para você cuidar de pacientes que estão na perspectiva de morte?**

Resposta: Deixa eu ver, deixa entender sua pergunta.

**Que tem gente que trabalha em UTI, tem gente que lida diariamente né com essas questões de morte, morrer.**

Resposta: Olha assim eu, eu acho natural assim, eu não sei se pelo próprio o costume ali do, do, dessa prática profissional em UTI. Então assim, eu acabo, eu acho muito natural assim. Um, um, eu vejo de uma maneira assim, da mesma maneira que a gente em alguns momentos ta cuidando do paciente né, extremamente assim saudável, com uma perspectiva de saída né, e outros momentos a gente ta ajudando aquele paciente que você já sabe que tem um prognóstico certo e que vai a óbito mesmo. Mas assim, eu não sei se é isso assim a pergunta.

### **Encara com naturalidade! Não entendi**

Resposta: É assim, às vezes ate me vejo assim com questionamentos. Será se, se é frieza, se é assim, uma, uma, né, é consequência, desse, desse dia-a-dia, estou ficando insensível, mas eu acho que não. É porque assim, a gente conhece, a questão ali biológica, de como vem vindo, da, da, como se diz, da...

### **Evolução?**

Resposta: das possibilidades né, de vida daquele paciente. E quando a gente percebe que não há mesmo, que já foi investido tudo que tinha que investir, e que assim muito provavelmente ele não vai sair daquele, daquele, daquele quadro, então a gente já começa trabalhar num, num assim, numa posição de ta mantendo assim, um bom final pra ele. Diz assim né: uma boa morte entre aspas, dizendo assim. Então a gente começa a fazer aquele investimento do, do, do cuidado, mais no sentido assim, de, de manter aquela situação o melhor possível, se é que eu posso chamar de melhor né. Então assim, agente como profissional agente consegue ver, diz assim: vamos cuidar aqui mesmo que ele ta, mesmo sendo um paciente terminal, mesmo que um paciente é, sem prognostico mais. Então assim, a gente consegue fazer isso, eu acho, é, é cuidar sabendo que ele vai a óbito, e fazer por ele o máximo que a gente pode naquelas condições né. De repente o familiar, as pessoas que estão muito envolvidas não conseguem ver é, tipo assim, desse lado, mais a gente profissional consegue ver assim.

**Como você falou em boa morte. A idéia que você tem desses pacientes que tem sua vida prolongada no caso na UTI de forma artificial com os aparelhos todos, com toda tecnologia que a gente tem. Então, qual a idéia que você tem desse investimento, desse prolongamento artificial da vida?**

### **2: Qual sua opinião sobre prolongamento artificial da vida na UTI?**

Resposta: Assim é, normalmente eu vejo assim. Eu acho que, que é interessante em alguns casos assim, a gente, a gente fazer realmente esse investimento, porque assim, até pela, até mais pra família assim, eu acho que ela vai sentir que foi feito tudo, tal. De repente a gente começa a investir muito no paciente né, e acaba tomando assim, percebendo que não vai valer muito mais a pena, no sentido que ele não vai retornar né, mesmo com todo acontecimento com aquela manutenção ele vai viver daquela maneira a vida toda, mas assim, muito, muito, muito, muito raramente né, a gente percebe que o paciente também que a gente achava assim que tava muito mal e que ía a óbito mesmo, ele ou consegue viver por muito mais tempo ou até sair daquele quadro terrível que ele se encontrava né. Então eu acho assim, que, que vale a pena sim um, um investimento né, assim naquele paciente mesmo grave, gravíssimo. Agora assim, quando se faz todos os (não entendi), por exemplo, de, de um paciente é, né, que ta em ME e que é realmente comprovado isso, já

fez todos os procedimentos que entra naquele protocolo né, e que assim fecha um diagnóstico de ME né, e que a família muito consciente disso, e sabe das condições daquele paciente né, aí é aonde a gente começa a se questionar, eu nem sei te dizer assim, na verdade eu nunca vivi uma experiência de, de uma decisão muito grande assim, neste sentido. Normalmente os pacientes, a gente mantém aquele paciente né, não apenas (não entendi) aquele cuidado, todos os cuidados, assim de terapia intensiva, e assim muitas vezes aquele paciente acaba indo a óbito na hora dele mesmo né. Então assim, na minha prática a gente investe até o final. Então assim, eu meio que, que to nesse sentido, que vale a pena investir e ir até o final né. Assim, na hora dele, ele vai embora.

**3: Tem alguma coisa que você queira complementar? Sobre esses aspectos, morte, cuidado, medidas terapêuticas?**

Resposta: Eu acho, eu acho que eu, eu acho que é isso aí assim que eu falei mesmo, não acho que eu deixei de falar alguma coisa não, ou até deixei de repente depois até lembre, então você acha que é isso que eu queria falar e não consegui explicar, mas assim nesse momento eu acho que, que é por aí.

---