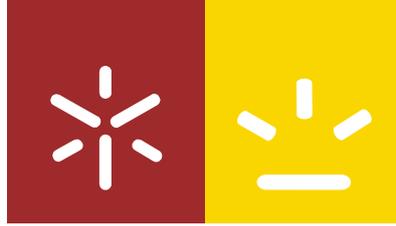


Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Ricardo Manuel Cardoso da Silva

**A morte em cuidados intensivos: uma reflexão
fenomenológica sobre a experiência dos
enfermeiros**



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Ricardo Manuel Cardoso da Silva

A morte em cuidados intensivos: uma reflexão fenomenológica sobre a experiência dos enfermeiros

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Isabel Lage
e coorientação da
Professora Doutora Ermelinda Macedo

Declaração

Nome: Ricardo Manuel Cardoso da Silva

Endereço eletrónico: ricardosilvarici@hotmail.com

Número do Cartão de Cidadão: 12008044

Título de dissertação: A morte em cuidados intensivos: uma reflexão fenomenológica sobre a experiência dos enfermeiros

Orientador: Professora Doutora Isabel Lage

Coorientador: Professora Doutora Ermelinda Macedo

Ano de conclusão: 2015

Designação do Mestrado: Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, ___ / ___ / _____

Assinatura: _____

Agradecimentos

À Professora Doutora Isabel Lage, orientadora deste trabalho, pela disponibilidade, apoio e partilha de conhecimento.

À Professora Doutora Ermelinda Macedo, coorientadora, pelo seu apoio, incentivo, disponibilidade e colaboração.

A todos os professores, que deram o seu contributo.

À Enfermeira Isabel Silva e ao Dr. Luís Lencastre pela disponibilidade e amabilidade demonstrada.

Aos participantes, porque sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

À Daniela, minha mulher, pela disponibilidade, pela ajuda e pelo companheirismo que demonstrou ao longo desta difícil caminhada, que agora termina. Para ela, a minha admiração e amor.

À minha irmã Manuela pelo seu contributo, à minha mãe Maria, ao meu pai Avelino e ao meu irmão Higinio. Ao Manuel Afonso, Glória, Cristina e Nuno e, a todos os colegas e amigos, que, de uma forma direta e indireta, contribuíram para a realização deste trabalho de investigação.

Resumo

A finitude do Homem atribui à morte a inequívoca verdade da condição humana. Nas últimas décadas, a morte deixou o espaço íntimo do domicílio, para passar a ser institucionalizada. Na atualidade a morte e o morrer são remetidos para o hospital.

Em unidades de cuidados intensivos, a morte é um fenómeno frequente, por vezes traumático e inesperado, envolto num ambiente altamente tecnológico, de grande impacto, aberto e, por vezes, destituído de privacidade. Neste contexto, o enfermeiro é confrontado com múltiplos e complexos dilemas, emoções e dificuldades que podem condicionar os cuidados que presta a alguém que vê chegado o fim.

Tendo por objetivos explorar e descrever a experiência da morte e do morrer vivida pelos enfermeiros numa unidade de cuidados intensivos, e de compreender o significado que lhe atribuem, optámos pela realização de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, de base fenomenológica, (van Manen, 1990). Os participantes foram selecionados por conveniência tendo a amostra sido atingida por saturação teórica, e correspondido a N=25. Os dados foram recolhidos com recurso à entrevista não estruturada e analisados segundo a reflexão fenomenológica das narrativas, à luz da perspectiva de van Manen (1990). Das narrativas dos participantes emergiram cinco (5) temas: Condicionantes da perceção dos enfermeiros sobre a morte e o morrer; Práticas e contextos de cuidados ao doente em morte iminente; Práticas e contextos de cuidados à família; Mecanismos de adaptação; e Conflitos internos na gestão dos cuidados.

Estes resultados permitem uma compreensão mais abrangente do objeto em estudo e podem orientar as intervenções dos enfermeiros, para um cuidado mais centrado na pessoa, mais digno e mais confortador para a família e doentes que se confrontam com a morte neste e noutros contextos.

Palavras-chave: Morte e o morrer, Enfermeiro, Cuidados Intensivos, Fenomenologia, Experiência, Significado.

Abstract

The finiteness of men assign to death is the unequivocal true of human condition. In the last decades, death left the intimate space of the household, to turn out to be institutionalized. At the present, death and dying are sent to the hospital.

In intensive care units, death is a frequent phenomenon, sometimes traumatic and unexpected, wrapped in a highly technical and scientific environment, of high impact, open and sometimes, devoid of privacy. In this context, the nurse is faced with multiple and complex dilemmas, emotions and difficulties that may compromise the care of someone who sees coming to an end.

The objective of this work is to explore and describe the experience of death and dying experienced by nurses in an intensive care unit, and understand the meaning attributed to it. We opted for a qualitative study, exploratory and descriptive, with phenomenological basis (van Manen, 1990). Participants were selected by convenience sample having been hit by theoretical saturation, and corresponded to N=25. The results were collected with the interview unstructured and analyzed according to phenomenological reflection of the narratives in light of the prospect of van Manen (1990). The narratives of the participants emerged five (5) themes: Conditions of nurses perception about death and dying; Practices and contexts of care to the patient in imminent death; Practices and contexts of care to the family; Adaptation strategies; and internal conflicts in the management of care.

These results allow a more comprehensive understanding of the study object and can guide the interventions of nurses for a more focused attention on the person, more worthy and more comforting for family and patients who are facing the death in this and other contexts.

Key words: Death and dying, Nurse, Intensive Care, Phenomenology, Experience, Meaning.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract.....	vii
Índice	ix
Lista de abreviaturas e siglas	xi
Índice de Tabelas	xiii
Índice de Figuras.....	xv
Introdução	17
2 - A morte e o morrer	21
2.1 - Sobre a morte e o morrer.....	21
2.2 - A institucionalização da morte.....	24
2.3 - A morte em unidades de cuidados intensivos	28
2.4 - A morte percebida pelos enfermeiros em cuidados intensivos.....	34
3 - Material e métodos	50
3.1 - Tipo de estudo	50
3.2 - População e amostra.....	50
3.3 - Instrumento de coleta de dados	52
3.4 - Considerações éticas	53
3.5 - Análise dos dados.....	55
3.6 - Limitações do estudo	56
4 - Apresentação e discussão dos resultados	58
4.1 - Perfil biográfico e social dos participantes	58
4.2 - Temas e subtemas emergentes	59
5 - Conclusão e sugestões	97
6 - Referências bibliográficas	101
Anexos.....	108
Anexo I - Guião de entrevista	
Anexo II - Parecer favorável da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde	
Anexo III - Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde de um hospital do norte do país	
Anexo IV - Consentimento informado, livre e esclarecido	

Lista de abreviaturas e siglas

CI - Cuidados Intensivos

E - Entrevista

INE - Instituto Nacional de Estatística

SECVS - Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estudos selecionados da PubMed	35
Tabela 2 - Estudo selecionado da b-on	36
Tabela 3 - Estudos considerados na revisão de literatura	37
Tabela 4 - Matriz de redução de dados	60
Tabela 5 - Tema: Condicionantes da percepção dos enfermeiros sobre a morte e o morrer	61
Tabela 6 - Tema: Práticas e contextos de cuidados ao doente em morte iminente.....	73
Tabela 7 - Tema: Práticas e contextos de cuidados à família	82
Tabela 8 - Tema: Mecanismos de adaptação	89
Tabela 9 - Tema: Conflitos internos na gestão dos cuidados.....	93

Índice de Figuras

Figura 1 - Diagrama da estrutura da experiência dos enfermeiros sobre a morte e o morrer na unidade de cuidados intensivos polivalente	96
--	----

Introdução

Esta dissertação enquadra-se na Unidade Curricular “Dissertação” correspondente ao 2º ano do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O mistério da morte é transversal ao princípio da humanidade, sendo considerada como algo mórbido, misterioso, e em muitas situações, esquecida, ignorada ou evitada. É um acontecimento natural do ciclo de vida do Homem, estudado por diferentes áreas do saber. A morte é um fenómeno presente no nosso quotidiano, capaz de suscitar no indivíduo que está a morrer e nos que estão à sua volta, pensamentos conduzidos pela emoção e reações emocionais. Não é apenas um processo biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distancia de outras dimensões do universo das relações sociais. Ao longo dos tempos, este processo único, solitário, pessoal e intransmissível, tem despertado no ser humano curiosidade e interrogação, por outro lado, é extremamente difícil falar da mesma, aceitá-la e reconhecê-la, com naturalidade, e de a acolher serenamente, particularmente nos que nos são próximos, deixando transparecer uma cultura de negação e de rejeição da morte (Oliveira, 1999; Basterra, 2007; Osswald, 2013).

Nos últimos anos a morte tem sido afastada do cenário doméstico, do conforto do lar, da presença de familiares e amigos, transferindo-se para a imponência do hospital, destituído do conforto e do afeto familiar. O ambiente hospitalar, ensombrado por um ambiente frio, solitário e, por vezes, desumanizado é o mesmo que preconiza a senda da cura e do triunfalismo, relegando para segundo plano os contextos inerentes à morte e ao morrer, por abraçarem uma cultura de rejeição e negação da morte, que é manifestada através da conotação negativa e do fracasso profissional que se emprega à mesma, mas que, paradoxalmente se destaca, por ser o local onde mais se assiste à morte, tornando-a institucionalizada (Oliveira, 1998; Oliveira, 1999; Silva, 2012). Machado, Couceiro, Alves, Almendra, e Cortes (2011, p. 59) reforçam esta

perspetiva quando afirmam que “em 2008 mais de 60% dos óbitos na população de quinze (15) ou mais anos ocorreram em hospital/clínica, cerca de 30% tiveram lugar num domicílio e 8,7% noutra local”.

Os cuidados intensivos, tidos como os locais que albergam a tecnologia de ponta e os meios avançados de monitorização e de terapêutica farmacológica, têm indubitavelmente um cunho curativo que visa recuperar e tratar falências multiorgânicas que colocam a vida da pessoa em risco. No entanto, a incidência de mortes ao nível dos cuidados intensivos é algo que ocorre com alguma frequência (Direção-Geral da Saúde, 2003; Urden, Stacy, & Lough, 2008; Silva e Lage, 2010). Espinosa, Young, Symes, Haile, & Walsh (2010, p. 273) revelam que “Nos Estados Unidos morrem aproximadamente cerca de 2,5 milhões de pessoas por ano, onde 60% das quais ocorrem no hospital, sendo que, metade dessas mortes envolveram os cuidados intensivos”. Embora a percentagem de mortes nas unidades de cuidados intensivos portuguesas ainda não esteja efetivamente documentada pelo Instituto Nacional de Estatística, foi-nos possível ter acesso a dados de uma unidade de cuidados intensivos polivalente do norte do país, referentes ao ano de 2013, constatando que a percentagem de mortes dessa unidade se situou nos 18% (dados não publicados).

A enfermagem e a sua centralidade para com a pessoa permitem que o enfermeiro seja uma figura fundamental ao longo de todo o ciclo vital do ser humano, orientando a sua conduta pelo respeito, autonomia, liberdade, valores e dignidade da pessoa. No âmbito dos cuidados intensivos o enfermeiro depara-se com realidades assentes na filosofia da cura, fundamentadas na recuperação e no tratamento de falências multiorgânicas que ameaçam a vida e, para as quais, foi treinado. Contudo, também se depara com realidades cuja filosofia se rege por critérios de ação paliativa, onde a morte é uma realidade inequívoca e da qual resultam dilemas éticos, medos e frustrações, que se tornam num enorme desafio, num contexto altamente exigente, rigoroso e de grande sensibilidade e humanismo (Urden et al., 2008; Barbosa e Neto, 2010; Silva e Lage, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O enfermeiro que trabalha em cuidados intensivos tem competências que possibilitam identificar e dar uma resposta atempada aos doentes com condição de saúde instável. No entanto, também se lhes exige competências que lhe permitam a prestação de ações paliativas, no momento em que a fase curativa nada mais tem para oferecer ao doente,

designada muitas das vezes por suspensão de medidas. A promoção do conforto e o desígnio da dignidade humana, bem como o apoio incondicional à família passam a ser o foco de atenção relativamente ao plano de cuidados, tendo em conta o ser holístico (Urden et al., 2008; Barbosa e Neto, 2010; Silva e Lage, 2010).

As competências teóricas e práticas e, o domínio da tecnologia, podem ser insuficientes quando os profissionais de enfermagem se deparam com a morte. A multiplicidade de cuidados num curto espaço de tempo é, por vezes, uma realidade, na medida em que a cura da doença e da recuperação vital rapidamente pode terminar no contexto da incurabilidade e da inevitabilidade da morte. A partir desse momento todo o plano terá de ser redefinido, passando a ser alicerçado no alívio do sofrimento do doente, na promoção do conforto, no respeito pela dignidade do doente, no acompanhamento e na comunicação sincera e adequada com a família. A comunicação com a família é fundamental, já que a mesma se vê perante a perda física do seu familiar, muitas vezes de uma forma inesperada e repentina, o que conduz inevitavelmente a alterações do núcleo familiar e da sua dinâmica (Urden et al., 2008; Silva e Lage, 2010).

A experiência profissional, enquanto enfermeiro que lidou com a morte em diferentes contextos, e também em unidade de cuidados intensivos, confrontou-nos com a necessidade de estudar este fenómeno, do ponto de vista dos enfermeiros. Nesse sentido, optámos pela realização de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, de âmbito fenomenológico, à luz da perspectiva de van Manen (1990), conscientes de que uma abordagem desta natureza nos permite uma compreensão mais abrangente do objeto de estudo. Tendo como preocupação a reflexão da experiência da morte nos cuidados intensivos, na perspectiva dos enfermeiros, formulámos a seguinte questão de investigação: *Que significado atribuem os enfermeiros à sua experiência de lidar com a morte e o morrer na unidade de cuidados intensivos?*

Este estudo tem como objetivos:

- Explorar o significado que os enfermeiros atribuem à morte e ao morrer numa unidade de cuidados intensivos;
- Descrever a estrutura da experiência que os enfermeiros atribuem à morte e ao morrer numa unidade de cuidados intensivos;

- Compreender o significado que os enfermeiros atribuem à morte e ao morrer numa unidade de cuidados intensivos.

Este trabalho está estruturado em seis capítulos. O primeiro capítulo reporta à introdução, onde fazemos uma breve contextualização da problemática, a referência ao tipo e quadro de referência, bem como à estrutura do trabalho. O segundo capítulo é sede do enquadramento teórico, sendo que os dados empíricos suportam a perspectiva dos enfermeiros sobre o fenómeno em estudo, ancorada numa revisão de literatura. O terceiro capítulo reporta ao método, onde explicitámos o tipo de estudo, os participantes, a descrição do instrumento de recolha de dados, as considerações éticas, a técnica usada para análise dos dados, e as limitações do estudo. No quarto capítulo apresentamos e discutimos os resultados, tendo por base os temas e subtemas emergentes. O quinto capítulo diz respeito às conclusões e sugestões. Finalmente o sexto e último capítulo é consignado às referências bibliográficas. Da estrutura deste trabalho fazem ainda parte os anexos.

2 - A morte e o morrer

Neste capítulo apresentamos o enquadramento teórico, concetual e empírico da morte e do morrer, bem como a sua ocorrência nas unidades de cuidados intensivos (UCI), com o intuito de plasmar o estado da arte a este respeito, suportado por dados teóricos e empíricos.

2.1 - Sobre a morte e o morrer

A condição humana permite-nos perceber que o nosso tempo de vida é limitado. A finitude do ser humano é, desse modo, inquestionável. O conhecimento dessa finitude assenta na premissa de que o Homem tem consciência do significado da morte, bem como, da vulnerabilidade, da indefesa e do sofrimento que a mesma traduz. A morte e o morrer é património de cada um de nós, algo de insubstituível que se associa aos mais variados contextos sociais e culturais (Basterra, 2007; Osswald, 2013).

O culto da morte remonta a épocas antigas, como demonstra Osswald (2013, p. 11) quando refere que “Os paleontólogos apontam o culto dos mortos como indício da hominização. O Homem é o único animal que enterra ou queima os indivíduos da sua espécie que morreram e lhes presta homenagem ou culto e, mais importante ainda, é o único que sabe que há-de morrer”. Ao longo do tempo, o conceito de morte e a forma como é encarada tem vindo a sofrer alterações. Antigamente, a morte ocorria maioritariamente em grupos etários mais jovens, resultado das inadequadas condições de habitabilidade e de higiene, e associado à ineficaz resposta da medicina. Era encarada de forma natural e estritamente associada com a comunidade mais próxima da pessoa que acabara de morrer. Embora este processo fosse temível, a morte era respeitada sendo reconhecido o seu valor e da pessoa moribunda. O século XX não sucumbiu às duas grandes guerras, contudo os reflexos foram marcantes, fundamentalmente pelos imensos conflitos e barbáries que destruíram milhares e milhares de vidas (Gonçalves, 2006; Basterra, 2007).

Para Osswald (2013, p. 15) “[...] a atitude prevalente passou a ser de uma ocultação da morte; já que não a podemos negar, silenciemo-la, tornando-a inaparente e escusa”. No entanto, até à primeira guerra mundial, a morte no ocidente, nomeadamente nas comunidades latinas era um acontecimento particularmente social que acontecia fundamentalmente em casa junto da família. Os amigos e vizinhos mantinham uma cultura de apoio no velório, no funeral e na fase de luto. O papel de maior protagonismo era assumido pelo padre devido à preparação para a morte através da extrema-unção, e como responsável do apoio espiritual ao moribundo, à família e à comunidade. Na atualidade, a morte é fundamentalmente institucionalizada, perdendo, em parte, a componente domiciliária e social de outrora. É revestida por uma enorme componente médica, sendo, por vezes, compreendida como um fracasso devido a uma cultura fortemente associada à tecnologia, e onde os meios complementares de diagnóstico, os tratamentos agressivos e a futilidade terapêutica se sobrepõem à noção de morte natural e de irreversibilidade da mesma (Lima, 2005; Gonçalves, 2006; Osswald, 2013).

Os grandes avanços tecnológicos e científicos, associados irremediavelmente à medicina, permitiram ao mesmo tempo a introdução de novos conceitos de morte. A ciência e o desenvolvimento tecnológico fomentaram a manutenção da vida e das funções vitais nos casos onde a sua falta levaria irremediavelmente à morte. As diferentes conceções de morte promoveram um vazio concetual (Lima, 2005; Gonçalves, 2006). Para Lima (2005, p. 7) “Criou-se um vazio concetual e as definições foram-se sucedendo: Tendo sido a morte definida como: a perda de fluidos vitais; a separação da alma; a perda irreversível da capacidade de integração do corpo; a perda irreversível da capacidade de consciência e integração social; foram considerados critérios de morte o cessar irreversível do funcionamento: de todas as células, tecidos e órgãos; do coração e dos pulmões, de todo o encéfalo; do córtex cerebral; do tronco cerebral; da capacidade corporal da consciência”. Refere ainda que “Estava estabelecida a confusão entre conceitos, critérios e testes de diagnóstico. Para alguns, sendo a vida e a morte um contínuo, não é possível aplicar a todos os casos individuais uma regra uniforme, pelo que a escolha dos critérios de morte a utilizar em cada um deveria, em vida, ser realizada pelo próprio” (p. 7).

De acordo com Gonçalves (2007), existem outras dimensões do conceito de morte, apontando os pontos de vista religioso, filosófico e biológico, como importantes perspetivas a ter em consideração. No entanto, também refere que os critérios de morte

são indicadores biológicos, expondo que a paragem respiratória foi o indicador de morte até ao final de século XIX. Acrescenta, ainda, que a descoberta do estetoscópio e da auscultação passou a determinar a paragem cardíaca como indicador sucessor.

Nesse sentido, Osswald (2013) também corrobora a opinião sobre estes indicadores de morte (circulação e respiração), no entanto, realça o recente conceito de morte cerebral, alertando para a importância de não o diferenciar da morte circulatória ou cardiorrespiratória, pois, nas suas palavras “[...] só há uma morte” (p. 19). O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1995) reafirma que a irreversibilidade das atividades do tronco cerebral são praticamente aceites universalmente como critério de diagnóstico de morte. O Homem contemporâneo, que vive inserido numa sociedade em que o domínio da tecnologia é algo de gritante, pode sentir-se tentado a inferir que a máquina e a ciência podem dominar o indominável. A compreensão da finitude pode assim ser colocada em causa. A morte e o morrer são um verdadeiro tabu, não se conhece mais a morte do outro e da nossa própria morte já não existe ansiedade e medo para a enfrentar, mas a morte e o morrer são interpretadas como realidades subjetivas tendo repercussões sociais nos sobreviventes (Basterra, 2007).

Osswald (2013, p. 20) também dá atenção à morte e ao morrer quando revela que “Sydney Smith fazia notar, no século XVII, como é comum a confusão entre morte e morrer. A qualquer pessoa consciente e minimamente responsável interessa o morrer, não apenas o seu futuro processo, mas também o dos outros. Nesse sentido, o fino Montaigne, nos seus Ensaios, afirma que nada lhe merecia tanta atenção quanto o acontecimento da morte dos outros, as suas faces, as suas palavras”.

A morte do próprio não pode ser vivida pelo mesmo, o que faz com que esta experiência seja percebida de uma forma indireta através de uma outra pessoa. Tal como já foi referido, a forma de encarar e de perceber a morte, tem vindo a alterar-se paulatinamente, porventura fruto de uma sociedade que tende a alterar os seus costumes e valores. Assim, a morte, antigamente acompanhada de crenças e tradições, passou a fazer parte do esquecimento, havendo uma ocultação da mesma em detrimento da valorização da cura e do triunfalismo (Oliveira, 1998; Basterra, 2007).

Para Hennezel (2006, p. 20) “A morte é, nos nossos dias, uma morte solitária, escondida, despida de sentido”. Sendo um fenómeno natural, a morte parece ser vista

como algo longínquo e vazio, deixando uma aparente sensação de acontecer aos outros. Na sociedade ocidental a prevalência da realidade economicista e consumista, associada à dependência da beleza e da estética, parecem incutir o esquecimento da verdade inequívoca da finitude do Homem (Oliveira, 1998; Hennezel, 2006; Gonçalves, 2006).

A morte acontece cada vez mais tarde, em pessoas mais incapacitadas, cada vez mais hospitalizadas nos cuidados agudos e diferenciados e, às vezes, sujeitas a manobras fúteis de reanimação. A compreensão, o conhecimento e a consciência sobre tudo o que rodeia o fenómeno da morte, podem ser benéficos para os profissionais diminuírem a incidência de mortes que possam ser evitáveis, bem como, na ajuda relativamente ao sofrimento dos que caminham irremediavelmente para o seu fim, de modo a assegurar uma morte digna (Machado et al., 2011).

Em 2012 registaram-se 107 969 óbitos em Portugal, onde se incluem 357 que ocorreram em cidadãos portugueses a residir no estrangeiro. Dos 107 969 óbitos, conclui-se que 54 713 eram do sexo masculino e 53 256 do sexo feminino. Em relação às principais causas de morte, é possível inferir que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 30,4% (32 859 óbitos) das mortes; os tumores malignos por 23,9% (25 758 óbitos); as doenças do foro respiratório por 12,9% (13 908 óbitos) e; as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 5,6% (6 053 óbitos) (Instituto Nacional de Estatística, 2014). No estudo “Risco de Morrer” do Instituto Nacional de Estatística (INE) é possível concluir que ainda existem mortes, cuja causa é expressamente associada a critérios relacionados com sintomas, sinais, exames anormais e causas mal definidas. Em Portugal, essa percentagem atinge os 9,5%, sendo transversal a homens e mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

2.2 - A institucionalização da morte

A morte tem vindo paulatinamente a mudar-se do domicílio para o hospital. Outrora, o doente cumpria uma espécie de ritual, onde pedia perdão pelas suas faltas, legava os seus bens e, em seguida, esperava a chegada da morte. Com a evolução da humanidade e o decorrer dos tempos tem vindo a assistir-se à transferência da morte para o meio hospitalar, em detrimento da morte no domicílio. O desvanecimento do fenómeno natural parece querer transformar a morte em algo frio, escondido e profundamente

indesejado, o que pode levar a alterações significativas ao nível da vertente cerimonial deste processo (Santos e Bueno, 2011; Pereira, 2013).

Na opinião de Machado et al. (2011, p. 8), a última década tem vindo a confirmar a tendência evidenciada entre 1958 e 2000, já que em Portugal se assiste à “[...] progressiva hospitalização da morte: em 1958, das pessoas que morriam por doença, apenas 11% morria no hospital, em 2008 essa percentagem ultrapassa já os 61%”. Os números indicam uma subida gradual, mas constante e sustentada. Por outro lado, existem diversos fatores que podem contribuir para um aumento da hospitalização da morte, dos quais se destacam a ocultação da morte, os avanços da medicina, a medicalização da morte e a valorização do sucesso, em detrimento de uma cultura que possa contemplar a morte como algo de natural e inevitável (Oliveira, 1999; Machado et al., 2011).

Também Silva (2012, p. 38) reforça a ideia da transferência da morte para o hospital. O seu estudo revela as percentagens de óbitos ocorridas no domicílio, no hospital e noutros locais, entre 1970 e 2005. No ano de 1970, a percentagem de óbitos ocorridos no domicílio situou-se nos 79,6%. A nível hospitalar a percentagem foi de 19,9%, por outro lado, a percentagem de mortes ocorridas noutros locais situou-se nos 0,5%. No ano de 2005, a realidade dos números demonstrou mudanças significativas em relação ao local onde ocorreu o óbito, quando comparado com o ano de 1970. Em 2005, os óbitos registados no hospital já ascendiam a uma percentagem de 59,9%, em contraponto com os 32,5% registados no domicílio. Machado et al. (2011, p. 59) afirmam que “[...] em 2008 mais de 60% dos óbitos na população de 15 ou mais anos ocorreram em hospital/clínica, cerca de 30% tiveram lugar num domicílio e 8,7% noutro local”. Os números indicam, de forma inequívoca, que tem vindo a acentuar-se uma crescente tendência da hospitalização da morte. Osswald (2013, p. 23) também refere “[...] que atualmente mais de 60% dos óbitos se verificam em ambiente hospitalar e que essa predominância se veio a firmar de modo gradual, mas constante, no decurso dos últimos decénios: dos cerca de 100 000 óbitos anuais, 60% deram-se no domicílio em 1984, mas em 2008 esta percentagem desceu para 29,9%”.

A morte passou a ocorrer maioritariamente no hospital, longe do seio familiar e, particularmente das crianças, sendo, por vezes, protocolada como um simples ato, o que condicionou inevitavelmente à perda de rituais, tais como o choro, as flores e o velório noturno. O velório noturno, com a presença da família, dos vizinhos e dos amigos, era

assumido como um ritual, fundamental para o processo de luto vivido em comunidade. A consequência da deslocação da morte para o hospital implicou que, a mesma, encontra o hospital desprevenido e com dificuldade em assumir tamanha consequência e solicitação (Oliveira, 1998; Oliveira, 1999; Basterra, 2007; Osswald, 2013). Na opinião de Oliveira (1998, p. 8) “Antes morria-se em casa, quase ritualmente, hoje morre-se cientificamente, no hospital, às escondidas da família, rodeado de silêncio mortal, e o morto não entra em casa (nos Estados Unidos e noutras nações foram mesmo criadas associações para assistir aos moribundos, dispensando as famílias)”.

A morte tem vindo a ser transferida para o hospital, nomeadamente no mundo ocidental, onde as sociedades industrializadas e os avanços das ciências biomédicas assumem grande destaque. O avanço das ciências biomédicas e da tecnologia fomentaram a possibilidade da manipulação da morte, delegando-se no hospital e nos respetivos profissionais a responsabilidade na sua gestão. A ocultação da morte e o tabu sobre a mesma parecem persistir, o que parece reforçar o sentido de imortalidade, esvanecendo-se ao mesmo tempo o conceito de debilidade ou dependência física inerente à condição humana (Oliveira, 1998; Oliveira, 1999; Silva, 2006; Basterra, 2007; Macedo, 2011; Osswald, 2013).

Os hospitais, referências de imortalidade, especializaram-se no tratar e no curar a doença, no entanto, é também no hospital onde mais se assiste à morte. Assumem-se como locais onde se é despojado da família e, por vezes, do desconhecimento da sua própria morte, parecendo que esta ocorre na terceira pessoa (Silva, 2006). Na opinião de Oliveira (1999, p. 152) “[...] o percurso para o hospital constitui por vezes o primeiro capítulo da morte; é a primeira ocasião em que o paciente deixa de intervir e decidir sobre si próprio (podendo até não ser capaz de o fazer). Começa assim a perder o direito à boa morte e talvez não volte a ter ensejo de opinar sobre a sua vida. A solidão começa com a entrada no hospital”. Silva (2006) refere que o hospital, local de alguma massificação e desumanização, atribui à morte características silenciosas, solitárias, tornando-se alheia e passando despercebida.

A estrutura hospitalar na maior parte das vezes não se coaduna com o desejo da pessoa que vai morrer. O ambiente hospitalar apetrechado de tecnologia e de saber especializa-se cada vez mais no tratamento da doença mas, paradoxalmente, é também o local onde mais se assiste à morte, tornando-a institucionalizada (Oliveira, 1998; Silva, 2006).

Pereira (2013, p. 28) compara a morte de hoje com a de ontem, afirmando que nos tempos passados a morte era um acontecimento social, uma “morte pública”, envolvida pela presença dos amigos, família e vizinhos. Nos tempos atuais a morte acontece nos hospitais, resultado dos avanços tecnológicos e científicos e das alterações sociais. Morre-se num contexto público, mas de forma isolada, na companhia de pessoas que afetivamente são desconhecidas (Oliveira, 1998; Silva, 2006; Oswald, 2013).

Oswald (2013) quando questiona o papel do hospital, quando o encara como o deslugar da morte e do morrer, e como o depósito de algo que é irremediavelmente irreversível, afirma que o hospital tem aspetos positivos na morte em ambiente hospitalar, nomeadamente o tratamento assegurado, a alimentação adequada e, boas condições de higiene e conforto. No entanto, assume que o hospital está concebido para tratar doentes em situações agudas, a quem se espera dar alta e ver sair vivos e que, o doente terminal é, de certa forma, um doente que não corresponde a estes pressupostos.

No entanto, Oswald (2013, p. 24) alerta que “[...] a cultura hospitalar não está formatada para este fim, não há nos hospitais espaços para morrer”. O ato de correr a cortina pode evidenciar um comportamento de ocultação da morte, quer para o profissional, quer para o doente do lado. Por outro lado, a barreira física que se cria com o simples ato de correr a cortina, pode significar para o doente que está a morrer, momentos de maior solidão, de tristeza, de abandono e de medo, principalmente quando mantem algumas faculdades cognitivas. Contudo, para o mesmo autor, é pouco provável que se assista a um volte face, pois, como afirma, “Regressar à morte domiciliária afigura-se difícil: remar contra a corrente não é em si, uma atitude errada, mas as probabilidades de êxito são reduzidas” (p. 25). Acresce, ainda, o espaço exíguo de algumas habitações, bem como, a pouca disponibilidade de algumas famílias, o que permite inferir que as más condições em termos habitacionais e do âmbito estrutural, associadas ao pouco apoio familiar, podem tornar a morte domiciliária calamitosa (Oswald, 2013).

A sociedade assume comportamentos que levam a que as crianças sejam afastadas da experiência da morte, havendo uma preocupação imediata no uso da explicação simbólica. Esta atitude de ocultação da morte aos mais jovens pode vir a revelar-se prejudicial em termos emocionais, nomeadamente quando se depararem com a morte já

em idade adulta, o problema pode atingir outros contornos, quando enfrentarem a morte de alguém próximo (Osswald, 2013).

O embelezamento do cadáver parece também contribuir para mascarar o processo de morte, o que pode protelar a aceitação da realidade e do sofrimento, refletindo posteriormente maior dificuldade em ultrapassar o processo de luto. Com a presente realidade, perderam-se os costumes que estavam associados à morte em casa, nomeadamente, o velório ao longo de toda a noite, as visitas e o acompanhamento dos amigos e da comunidade, as flores e as coroas em casa à volta do cadáver, o choro e a manifestação de dor e pesar por parte da família, num local (o lar) que outrora albergou o falecido e a sua família (Oliveira, 1998; Oliveira, 1999; Silva, 2006; Basterra, 2007; Osswald, 2013).

Nesse sentido Macedo (2011, p. 16) refere que “Há quem caracterize a morte dos nossos dias como solitária, escondida e, acima de tudo, destituída de sentido”. Da mesma forma, Osswald (2013, p. 73) conclui que estamos numa fase em que se assiste “[...] ao escamoteamento, senão negação, da morte: já que não a podemos evitar, ignoremo-la. Logo, nada de a lembrar nem celebrar: esconde-se das crianças, não se lhe dá relevo público, remete-se para o hospital, de modo que as nossas casas não sejam por elas assinaladas nem detetado o seu odor”.

2.3 - A morte em unidades de cuidados intensivos

A primeira UCI¹ surge no início do século XX, no Johns Hopkins Hospital em Baltimore, para dar resposta ao pós-operatório do doente neurocirúrgico. As primeiras unidades não eram de todo independentes, na medida em que dependiam do espaço físico e dos profissionais de saúde de outras unidades. Na década de 60 os enfermeiros começaram a especializar-se em determinadas áreas, nomeadamente nos cuidados intensivos (CI), cardiologia e nefrologia, no sentido de adquirirem conhecimento e competências que lhes permitissem assumir determinadas intervenções interdependentes que outrora pertenciam à esfera médica (Urden et al., 2008).

As UCI evoluíram pela necessidade de dar resposta a doentes em situação aguda e em risco de falência de uma ou várias funções vitais, que colocam a pessoa em risco de

¹ Unidades de Cuidados Intensivos são: “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Direção-Geral da Saúde, 2003, p. 6).

vida. Por outro lado, associaram-se, inevitavelmente, à tecnologia de ponta, aos meios avançados de monitorização e de terapêutica farmacológica, bem como, ao conhecimento e manuseamento da mesma, o que permite tratar, curar e cuidar do doente crítico, de forma a suportar e recuperar falências de um ou mais órgãos (Urden et al., 2008; Silva e Lage, 2010).

As UCI devem garantir o cumprimento de três critérios: prática, avaliação e investigação. Relativamente à prática, é a mesma que permite a continuidade dos cuidados ao longo das 24 horas, tendo em linha de conta as necessidades do doente, segundo regras de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento. Por sua vez, a avaliação permite analisar variáveis, que estão relacionadas com a tipologia dos doentes internados, taxa de sobrevivência e de recuperação, bem como a capacidade de dar resposta às necessidades que vão surgindo. A partir das variáveis avaliadas e observadas é possível constatar se os objetivos delineados foram atingidos e se os recursos disponíveis são os mais adequados. Por último, a investigação permite a abordagem de um conjunto de questões, que visam a obtenção de respostas, de forma a adquirir conhecimento e compreensão sustentada na prática clínica, com o objetivo de promover a melhoria dos cuidados e o desempenho das equipas (Direção-Geral da Saúde, 2003).

A Sociedade Europeia de Medicina Intensiva definiu três níveis de CI sendo diferenciados pelas técnicas utilizadas, bem como, pelas valências disponíveis. Em Portugal as UCI correspondem exclusivamente a unidades de nível III. Por definição, “Os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos de nível III são polivalentes. Ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes por que se é responsável” (Direção-Geral da Saúde, 2003, pp. 8 - 9). Por outro lado, a evolução tecnológica e o desenvolvimento multidisciplinar na área da fisiopatologia e terapêutica, permitiram proporcionar melhor tratamento ao doente crítico, fruto também de uma monitorização cada vez mais sofisticada, aliada a um conjunto de métodos invasivos que surgiram com o avanço tecnológico (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Em 2001, a área de referência da Administração Regional de Saúde do Norte, contemplava um total de 109 camas de CI, distribuídas por 12 serviços ou unidades de hospitais, para uma população de 3.236.006 habitantes, o que equivale à existência de uma cama de CI por cada 29.688 habitantes. Nos Estados Unidos da América morrem

aproximadamente cerca de 2,5 milhões de pessoas por ano. Sessenta por cento (60%) das mortes ocorrem no hospital e metade desta percentagem envolve os CI (Direção-Geral da Saúde, 2003; Espinosa et al., 2010). A percentagem de mortes nas UCI portuguesas não se encontra publicada pelo INE. Foi-nos possível aceder a dados (não publicados) da unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) do hospital onde foi efetuado o estudo, referentes ao ano de 2013. Os mesmos revelam que no referido ano, a percentagem de mortes na UCIP situou-se nos 18 %.

Na atualidade, os métodos invasivos e o aparato tecnológico associado ao grau de instabilidade do doente, exige que o enfermeiro possua um rápido juízo clínico, devendo rapidamente diagnosticar, intervir e avaliar, de uma forma eficaz e num curto espaço de tempo. Para tal, e de acordo com Silva e Lage (2010, p. 11), é “[...] relevante a aquisição de um conjunto de competências específicas, necessárias na presença de dispositivos de monitorização invasivos. Referimo-nos fundamentalmente à capacidade de manusear o equipamento, analisar e interpretar as entidades hemodinâmicas monitorizadas, inferir e avaliar os resultados e, por último, intervir se necessário”.

A vertente prática é muito valorizada, devendo o enfermeiro possuir competências de liderança clínica que lhe permitam dar resposta a doentes instáveis, a partir de uma adequada gestão do *know-how* que está acessível. Por outro lado, o reconhecimento dos pares é essencial nos processos de liderança e de tomadas de decisão. A competência prática de enfermagem assume-se como um ícone nos CI, na medida em que o enfermeiro acompanha o doente ao longo das 24 horas, prestando cuidados que visam o curar, tratar e cuidar. Assistimos de uma forma mais veemente à especialização técnica do enfermeiro que lida com o doente crítico, com o intuito de adquirir competências específicas no âmbito do tratar, do curar e do prolongar a vida. Todavia, as competências práticas/teóricas, bem como o domínio da tecnologia, podem revelar-se insuficientes, sobretudo quando os enfermeiros se deparam com a morte em CI. A multiplicidade de cuidados num curto espaço de tempo é, por vezes, uma realidade e, a cura da doença e da recuperação vital parece caminhar lado a lado com a incurabilidade e com a morte (Urden et al., 2008; Veiga, Barros, Couto, e Vieira, 2009; Silva e Lage, 2010).

A especialização do tratar e da recuperação de falências orgânicas que ameaçam a vida pode levar a que os enfermeiros se sintam frustrados ou defraudados com a

inevitabilidade da morte, na medida em que esta não é passível de tratamento, nem do uso de metodologias de âmbito intensivo. Perante a inevitabilidade da morte, torna-se fulcral a presença física, a preocupação e o acompanhamento para com o outro, com o objetivo do enfermeiro assumir o papel de defensor dos interesses do doente e da família, tendo presente que também deve ser o promotor da dignidade e da identidade humana da pessoa que está a morrer. Neste sentido, a morte não se reveste como algo de isolado e de inerte, já que acarreta um enorme impacto familiar e social (Robichaux & Clark, 2006; Urden et al., 2008; Veiga et al., 2009; Osswald, 2013; King & Thomas, 2013).

No entanto, Urden et al. (2008, p. 163) sublinham a secundarização da morte nas UCI afirmando que o “[...] primeiro objetivo da admissão dos doentes na unidade de cuidados intensivos são os cuidados agressivos, que visam salvar a vida, a morte é geralmente encarada como um fracasso. Sendo a cultura de salvar vidas, a linguagem relacionada com o fim da vida é usada em termos negativos, como suspender o tratamento de suporte de vida, não ressuscitar e retirada do suporte de vida”. A recuperação das funções vitais e da autonomia é vivenciada com grande satisfação. Por outro lado, existem momentos de sentimento de derrota, exteriorizados pela incapacidade do suporte tecnológico, farmacológico e humano se sobrepor à inevitável lei da morte (Silva e Lage, 2010).

O entendimento sobre a morte parece ensombrar-se com o uso de aparelhos que permitem o controlo artificial da vida. No entanto, a impossibilidade do controlo total, à luz dos meios disponíveis é, por vezes, a causa da sensação de derrota e de falta de soluções que podem remeter para segundo plano a humanização da morte (Oliveira 1998; Oliveira, 1999). Todavia, Urden et al. (2008, p. 163) revelam a existência de sinais de mudança quando referem que “Está a ser dada mais atenção à qualidade do fim de vida dos doentes críticos, tendo em conta o número de doentes que morrem nas unidades de cuidados intensivos”.

Para o enfermeiro de CI, que se depara com a iminência de morte do seu doente, poder-se-á exigir a delineação de outros objetivos que passam inevitavelmente por ações paliativas². Como tal, deve possuir competência nos domínios da promoção da

² A ação paliativa representa o nível básico de palição e, diz respeito a: “qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução” (Direção-Geral da Saúde, 2010, p. 7).

dignidade humana e do conforto, do controlo sintomático, da comunicação e da relação terapêutica e empática, considerando aspetos sociais, psicológicos e espirituais da família e do doente. (Urden et al., 2008; Barbosa e Neto, 2010; Silva e Lage, 2010). Urden et al. (2008, p. 167) são da opinião que “Os doentes identificados como estando perto do fim da vida exigem cuidados agressivos de tratamento dos sintomas, prestados por uma equipa de profissionais de saúde. O objetivo clínico mais relevante será o de paliar estas situações desagradáveis, avaliando-as e pondo em prática intervenções adequadas”.

Os critérios de admissão ou de triagem impedem o acesso a todo e qualquer doente e assumem grande importância no momento em que se decide admitir ou recusar a admissão do doente nos CI. Como os CI são um recurso escasso e de custo elevado, as admissões devem ter em conta expectativas de recuperação e de sobrevivência, que se vinculem a critérios de qualidade da vida futura do doente. Por sua vez, a adequada rentabilização e gestão dos recursos disponíveis, levantam os grandes dilemas éticos e deontológicos dos CI (Serviço de Cuidados Intensivos – HSJ, 2001). Roque, Fabião, e Oliveira (2013, p. 2) vão de encontro a esse princípio quando referem que “Na realidade, sob um ponto de vista ético/moral, as decisões de saúde a tomar para os doentes de cuidados intensivos provocam maior controvérsia do que qualquer outra área de cuidados de saúde, independentemente de estas continuarem a ser vigorosamente debatidas na literatura”.

Para Rios (2001, p. 483) “A Society of Critical Care Medicine definiu explicitamente as seguintes categorias de doentes que não devem ser admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos: (1) doentes em estado vegetativo ou inconsciência permanente; (2) doentes em morte cerebral que não sejam potenciais dadores; (3) doentes que recusam tratamento intensivo ou procedimentos invasivos”.

No entanto, os dilemas éticos também estão presentes nas decisões relacionadas com a suspensão de medidas. Essa decisão tem por base a passagem de um tratamento intensivista para um tratamento paliativo, contudo, carece de consensos, que assentem em raciocínios relacionados com o tratamento em curso, e com o contributo ou inutilidade do mesmo, no campo da cura e da qualidade de vida futura. A decisão de suspender as medidas, é a renúncia em manter a vida a todo e qualquer preço, já que são

suspensas todas as medidas que visam suportar a vida, muitas vezes de uma forma agressiva, dando lugar à evolução natural do processo de vida, do qual faz parte a morte. No entanto, a renúncia da cura, não reflete a renúncia de todos os cuidados ao doente, como tal, devem assegurar-se os cuidados de conforto, de bem-estar e de dignidade humana, à pessoa com doença avançada progressiva (Serviço de Cuidados Intensivos – HSJ, 2001).

A importância da comunicação é manifesta nestas circunstâncias, contudo é importante que aconteça com a família, doente e todos os profissionais envolvidos. A filosofia dos cuidados paliativos é um exemplo, na medida em que a comunicação assume enorme preponderância na prestação desses cuidados. Contudo, o doente crítico, na maior parte das vezes está incapaz de exprimir e de exercer a sua vontade própria, o que exige a criação de uma relação de confiança com os demais intervenientes, nomeadamente a família. Assim, a abordagem com a família, implica informar e esclarecer sobre a incerteza do prognóstico, sobre a possibilidade de suspender medidas que visam suportar a vida e sobre a possibilidade de morte. No entanto, é imperativo que a mensagem seja clara, honesta, verdadeira e sem o uso de linguagem ambígua. Do ponto de vista da família, deve ser tido em conta que esta se vê perante um ambiente desconhecido e restrito que está ensombrado pelo prognóstico incerto e pela possibilidade de o seu ente querido morrer (Serviço de Cuidados Intensivos – HSJ, 2001; Silva e Lage, 2010; Barbosa e Neto, 2010).

As UCI diferenciam-se das restantes unidades de cuidados pelos meios tecnológicos, que permitem a manutenção da vida, no entanto, surgem momentos em que os dilemas de âmbito ético se colocam, principalmente quando as decisões estão relacionadas com os momentos de iniciação, manutenção ou suspensão de medidas. É fundamental perceber que toda e qualquer decisão acarreta consequências e, como tal, é imperativo possuir competências no âmbito da decisão e da comunicação, nomeadamente quando se percebe que o tratamento paliativo se sobrepõe aos fundamentos curativos, possibilitando o tratamento mais adequado ao doente que morre na UCI (Serviço de Cuidados Intensivos – HSJ, 2001). Nesse sentido, foi realizada uma revisão de literatura sobre o fenómeno da morte nos CI, na perspetiva dos enfermeiros, que a seguir se apresenta.

2.4 - A morte percebida pelos enfermeiros em cuidados intensivos

A enfermagem moderna inicia-se com Florence Nightingale, a quem se deve o processo de desenvolvimento da profissão. Foi imprescindível para a enfermagem ser entendida como uma disciplina, fonte de criação de conhecimento científico, fundamental à sustentação de uma disciplina do saber, que se revê na arte do cuidar e da relação com o outro (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994; Watson, 2002).

Com o objetivo de compreendermos as experiências dos enfermeiros relacionadas com a morte dos doentes internados nos CI, optamos por recorrer à revisão de literatura, de acordo com as palavras-chave: death; intensive care; nurses; experiences; narratives, integradas na expressão de pesquisa ((death AND intensive care) AND (nurses experiences OR narratives)). Seguindo esta metodologia foi-nos possível definir linhas orientadoras, claras e objetivas, evitando pesquisas desnecessárias (Ramalho, 2005).

Para enquadrar a problemática, procedeu-se a um estudo de revisão de literatura a partir das bases de dados eletrônicas: PubMed; b-on e EBSCOhost. Foram identificados sessenta e oito (68) estudos na PubMed, trinta e oito (38) na b-on e trinta e seis (36) na EBSCOhost. Em todas as bases de dados, foram ativadas as opções de texto integral na língua inglesa, bem como, todos os artigos publicados nos anos de 2000 a 2014. Posteriormente foram delineados critérios de inclusão e de exclusão.

Optamos por incluir todos os estudos primários de metodologia qualitativa que tiveram lugar nas UCI de adultos. Assim, foram excluídos todos os estudos em UCI pediátricas, de neonatologia, bem como os que optassem pela metodologia quantitativa. É de realçar a existência de quatro estudos, que embora cumprissem todos os critérios de inclusão, foi de todo impossível aceder aos mesmos na íntegra, mesmo após se proceder à pesquisa exaustiva em diferentes bases de dados.

Após apreciação dos artigos extraídos da base de dados eletrônica da PubMed, foram excluídos cinquenta e oito (58) artigos de um total de sessenta e oito (68), pelo título e respetivo resumo. Foi possível concluir que dos sessenta e oito (68) artigos, apenas dez (10) cumpriam integralmente todos os critérios (Tabela 1). Dos restantes, cinquenta e quatro (54) foram excluídos pelo título e respetivo resumo, dois (2) não permitiram o

acesso integral ao artigo e os restantes dois (2) não contemplavam o uso da metodologia qualitativa.

Tabela 1 - Estudos selecionados da PubMed

Estudos	Artigo	País
Estudo 1	Phenomenological study of ICU nurses` experiences caring for dying patients.	Estados Unidos da América
Estudo 2	Exploration of Iranian intensive care nurses` experiences of end-of-life care: a qualitative study.	Irão
Estudo 3	Novice nurses` first death in critical care.	Canadá
Estudo 4	ICU nurses` experiences in providing terminal care.	Estados Unidos da América
Estudo 5	Critical care nurses` experiences of grief in an adult intensive care unit.	Reino Unido
Estudo 6	Aesthetic expressions illuminating the lived experience of Thai ICU nurses caring for persons who had a peaceful death.	Tailândia
Estudo 7	Doing one`s utmost: nurses` descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment.	Suécia
Estudo 8	A phenomenological study to understand the experiences of nurses with regard to brainstem death.	Reino Unido
Estudo 9	Practice of expert critical nurses in situations of prognostic conflict at the end of life.	Estados Unidos da América
Estudo 10	Intensive care nurses` experiences of caring for brain dead organ donor patients.	Austrália

Da pesquisa efetuada na base de dados b-on, resultaram um total de trinta e oito (38) artigos. Apenas um (1) cumpria integralmente os critérios de inclusão (Tabela 2). Dos restantes trinta e sete (37) artigos, dez (10) cumpriam os critérios de inclusão, todavia oito (8) estavam já incluídos na base de dados da PubMed e, os restantes dois (2) não permitiram o acesso à versão integral. Os restantes vinte e sete (27) artigos foram excluídos pelos critérios de exclusão, dois (2) por optarem por uma abordagem quantitativa e vinte e cinco (25) pelo título e resumo.

Tabela 2 - Estudo selecionado da b-on

Estudo	Artigo	País
Estudo 11	The core of after death care in relation to organ donation – a grounded theory study.	Suécia

No que se refere à pesquisa na base de dados da EBSCOhost, foram encontrados um total de trinta e seis (36) artigos. Dois deles cumpriam os critérios de inclusão, contudo estavam já incluídos na base de dados eletrónicos da PubMed. Os restantes trinta e quatro (34) foram excluídos pelo título e respetivo resumo. Neste sentido, nenhum dos artigos pesquisados na EBSCOhost foi incluído no estudo.

Após selecionar os artigos, leu-se e releu-se o artigo, de forma a identificar os autores, objetivo do estudo, participantes e desenho do estudo (Tabela 3), que deram o mote para o entendimento da perspetiva dos enfermeiros sobre a morte nas UCI.

Tabela 3 - Estudos considerados na revisão de literatura

Estudos	Objetivo	Participantes	Desenho do estudo	Resultados
Estudo 1 King & Thomas, 2013	Explorar as percepções dos enfermeiros de cuidados intensivos em relação aos cuidados prestados na morte.	Catorze (14) enfermeiros de cuidados intensivos dois (2) do sexo masculino e doze (12) do sexo feminino. Experiência em cuidados intensivos varia entre os dois (2) e os trinta (30) anos.	Estudo qualitativo de âmbito fenomenológico.	Do estudo emergiu o tema: Promessas a cumprir este tema é representativo das percepções, deveres e responsabilidades do enfermeiro que cuida do doente e da família no processo de morte e <i>post-mortem</i> . Do tema emergem os subtemas: Promessa de ser sincero: "As enfermeiras estão no jogo da realidade"; Promessa de proporcionar conforto: "Eu vou deixá-lo confortável"; Promessa de ser um advogado: "Apenas mais um dia"; Promessas que não poderiam ser mantidas; Promessa de permanecer em contacto.
Estudo 2 Valiee, Negarandeh, & Nayeri, 2012	Explorar as experiências dos enfermeiros de cuidados intensivos que prestam cuidados aos doentes em fim de vida.	Dez (10) enfermeiros de cuidados intensivos um (1) do sexo masculino e nove (9) do sexo feminino. Média de idades de trinta e quatro (34) anos. Experiência em cuidados intensivos varia entre os quatro (4) e os cinco (5) anos.	Estudo qualitativo.	Do estudo emergiram dois (2) temas o primeiro: Carga emocional, do qual emergem três (3) subtemas: A condição psicológica na prestação de cuidados; A natureza da reação da família do doente e o efeito das condições do doente (grau de consciência, idade, hemodinâmica). Este tema reflete a visão da maioria dos participantes do estudo, já que para eles, a prestação de cuidados aos doentes em fim de vida acarreta uma grande carga emocional. Do segundo tema: Valores e crenças, emergem dois (2) subtemas: A outra vida e Ser um advogado para o doente. Neste tema, os enfermeiros mencionam a importância de assegurar o melhor para os doentes, segundo uma perspectiva espiritual, ética e moral.
Estudo 3 Thompson, Austin, & McGrath, 2010	Explorar a primeira experiência de morte dos enfermeiros recém-licenciados que trabalham nos cuidados intensivos.	Cinco (5) enfermeiros de cuidados intensivos do sexo feminino. Experiência de cerca de um (1) ano em cuidados intensivos.	Estudo qualitativo.	Do estudo emergiram cinco (5) temas: Antecipando a morte; Transição da vida para a morte; O momento da morte; Estar com a família e Realização.

Tabela 3 - Estudos considerados na revisão de literatura (continuação)

Estudos	Objetivo	Participantes	Desenho do estudo	Resultados
Estudo 4 Espinosa, Young, Symes, Haile, & Walsh, 2010	Contribuir para o conhecimento aprofundado das experiências dos enfermeiros de cuidados intensivos que prestam cuidados a doentes terminais.	Dezoito (18) enfermeiros de cuidados intensivos três (3) do sexo masculino e quinze (15) do sexo feminino. As idades variam entre os vinte e três (23) e os sessenta e um (61) anos. Experiência em cuidados intensivos varia entre os dois (2) e os quarenta (40) anos.	Estudo qualitativo de âmbito fenomenológico.	Do estudo emergiram três (3) temas. Como primeiro tema emergiu: Barreiras à ótima prestação de cuidados, do qual emergiram os subtemas: Falta de envolvimento no plano de cuidados; Diferenças do modelo médico e de enfermagem; Desacordo entre médicos e outros membros da equipa; Perceção de cuidados fúteis; Sofrimento desnecessário; Expectativas irrealistas da família; Falta de experiência e formação dos enfermeiros. Do segundo tema: Os conflitos internos; emergiram os subtemas: Alívio; Desejo de conforto do doente e agradáveis recordações para a família; Abandono; Administração de medicação sem poder; Dificuldade com doentes mais jovens. Do terceiro tema: Estratégias de <i>coping</i> usadas pelos enfermeiros da UCI emergem os subtemas: Construção de confiança com a família; Chorar; Humor; Conversando com os outros sobre os cuidados terminais; Evitar cuidar dos doentes terminais.
Estudo 5 Shorter & Stayt, 2009	Explorar as experiências dos enfermeiros de cuidados intensivos relativamente à morte dos doentes, tendo em vista o processo de dor e de mecanismos de coping.	Oito (8) enfermeiros de cuidados intensivos do sexo feminino. Experiência em cuidados intensivos varia entre os oito (8) meses e os seis (6) anos.	Estudo qualitativo de âmbito fenomenológico.	Do estudo emergiram dois (2) temas. Como primeiro tema emergiu: A Experiência da morte, do qual emergiram os subtemas: Previsibilidade; Controle e boa assistência de enfermagem; Esticar a corda (<i>striking a chord</i>) e interação significativa. Como segundo tema: Depois da morte, emergiram os subtemas: Apoio formal; Apoio informal; Normalização da morte, Dissociação emocional.
Estudo 6 Kongsuwan & Locsin, 2010	Clarificar por meio de expressões estéticas, o significado das experiências vividas pelos enfermeiros, que prestaram cuidados a pessoas que tiveram uma morte pacífica em unidades de cuidados intensivos.	Dez (10) enfermeiros de cuidados intensivos do sexo feminino. Experiência em cuidados intensivos de doze (12) anos.	Estudo qualitativo de âmbito fenomenológico.	Da análise emergiram dezasseis (16) categorias temáticas, que foram enquadradas nos quatro (4) temas existenciais preconizados por van Manen (1990): Corpo vivido; Relações humanas; Espaço vivido e Tempo vivido. O significado das experiências vividas por enfermeiros Tailandeses, relativamente ao cuidado prestado aos doentes em fim de vida na UCI, foi ilustrado através do uso de categorias temáticas simbólicas, e a partir das expressões verbais relativas às experiências e vivências de cada um dos enfermeiros. As categorias temáticas foram evidenciadas através de desenhos, executados pelos autores do estudo de investigação.

Tabela 3 - Estudos considerados na revisão de literatura (continuação)

Estudos	Objetivo	Participantes	Desenho do estudo	Resultados
<p>Estudo 7</p> <p>Fridh, Forsberg, & Bergbom, 2009</p>	<p>Explorar as experiências e percepções dos cuidados prestados pelos enfermeiros de cuidados intensivos aos doentes não acompanhados e em processo de morte, bem como, a proximidade com os membros da família e os aspetos ambientais.</p>	<p>Nove (9) enfermeiros de cuidados intensivos dois (2) do sexo masculino e sete (7) do sexo feminino. Média de idades ronda os quarenta e nove (49) anos. Experiência em cuidados intensivos varia entre os sete (7) e os trinta e cinco (35) anos.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Da análise resultou uma (1) categoria principal: Fazer o nosso melhor. Da mesma derivam quatro (4) categorias genéricas por onde se distribuem quinze (15) subcategorias. Da categoria genérica: Garantir dignidade e conforto ao doente resultam as subcategorias: Aliviar a dor e Eliminar sintomas que causem sofrimento. Da segunda categoria genérica: Cuidados ao doente não acompanhado emergem as subcategorias: Ser um substituto dos familiares; Determinar a hora da morte na ausência dos familiares e o Doente esquecido. A terceira categoria genérica: Cuidar da família emergem as subcategorias: Garantia que o seu ente querido não sofre; Dar informações sobre o estado do doente; Ajudar as famílias na passagem; Promover a proximidade e a ligação entre os familiares e a morte do seu ente querido; Adaptar a alta tecnologia ao ambiente, Oferecer e realizar o <i>follow-up</i> às visitas; Obstáculos na relação com os membros da família. A última e quarta categoria genérica: Obstáculos ambientais para fazer o nosso melhor engloba as subcategorias: Dificuldade na criação de privacidade; Dignidade no adeus aos familiares; A falta de influência no processo de tomada de decisão e a Falta de tempo e apoio.</p>
<p>Estudo 8</p> <p>Ronayne, 2009</p>	<p>Explorar as experiências dos enfermeiros de cuidados intensivos que prestam cuidados ao doente em morte cerebral, bem como o apoio prestado à família.</p>	<p>Seis (6) enfermeiros de cuidados intensivos dois (2) do sexo masculino e quatro (4) do sexo feminino. Idades compreendidas entre os vinte e cinco (25) e os quarenta e cinco (45) anos.</p>	<p>Estudo qualitativo de âmbito fenomenológico.</p>	<p>Após análise dos dados emergiram cinco (5) categorias: Sentimentos; Comunicação; Proteção; Educação e Tecnologia.</p>

Tabela 3 - Estudos considerados na revisão de literatura (continuação)

Estudos	Objetivo	Participantes	Desenho do estudo	Resultados
Estudo 9 Robichaux & Clark, 2006	Explorar os conflitos de fim de vida vivenciados por enfermeiros especialistas, que trabalham em unidades de cuidados intensivos.	Vinte e um (21) enfermeiros de cuidados intensivos quatro (4) do sexo masculino e dezassete (17) do sexo feminino.	Estudo qualitativo.	O estudo emprega a narrativa como um processo interpretativo integrante, de forma a definir e compreender uma história que exige reflexão sobre experiências passadas. Da análise temática resultam três (3) temas principais e doze (12) subtemas, que não estão descritos no artigo.
Estudo 10 Pearson, Robertson, Walsh, & Fitzgerald, 2001	Identificar os sentimentos e as experiências dos enfermeiros de cuidados intensivos que prestaram cuidados ao doente em morte cerebral antes da doação de órgãos.	Vinte (20) enfermeiros de cuidados intensivos.	Estudo qualitativo de âmbito fenomenológico.	Do estudo emergem dois (2) grandes temas: Iluminar o fenómeno de cuidar uma pessoa com diagnóstico de morte cerebral e Torna-se um dador de órgãos.
Estudo 11 Forsberg, Flodén, Lennerling, Karlsson, Nilsson, & Fridh, 2014	Investigar a experiência dos enfermeiros de cuidados intensivos e a relação nos cuidados comparativamente ao período em que se comunica a possibilidade de a pessoa estar em morte cerebral e a provável doação de órgãos, até ao período do <i>post-mortem</i> e do adeus para sempre.	Vinte e nove (29) enfermeiros de cuidados intensivos três (3) do sexo masculino e vinte e seis (26) do sexo feminino. Idades compreendidas entre os trinta e um (31) e os sessenta e um (61) anos. Experiência em cuidados intensivos situa-se entre os dois (2) anos e os trinta e dois (32) anos.	Estudo qualitativo.	Da análise emergiram quatro (4) categorias: Salvaguardar a dignidade da pessoa falecida; Respeitar os familiares; Dignidade e respeito no cuidar e Permitir uma despedida digna.

De forma a possibilitar um melhor entendimento da resenha dos onze (11) estudos de investigação, optámos pela criação de tópicos extraídos da análise efetuada.

- **Disponibilidade do enfermeiro e a defesa do doente no processo de morte**

A morte pacífica e promotora do conforto e da dignidade foi evidenciada por Kongsuwan & Locsin (2010), no entanto, para que tal fosse possível, era imperativo que o enfermeiro possuísse conhecimento, experiência e competência, de modo a promover tranquilidade e conforto segundo uma perspetiva holística. O corpo da enfermeira era essencial para a prestação do cuidado físico, e a rápida prontidão mental foi importante para a criação de uma relação empática e sincera das palavras e dos atos para com o doente e a família. Os pensamentos positivos de boa sorte, de paz de espírito e de coisas boas para as pessoas que estavam a morrer, ajudaram os doentes a terem uma morte pacífica, na companhia dos seus familiares (Kongsuwan & Locsin, 2010).

Ainda, Fridh, Forsberg, & Bergbom (2009), realçam a importância do toque, na medida em que para a família o ato de tocar foi uma das formas de despedida e de acompanhamento da morte do seu ente querido. Também para Valiee, Negarandeh, & Nayeri (2012) os enfermeiros manifestaram disponibilidade para o cuidar holístico, carinho, solidariedade, preocupação e a pretensão de serem defensores do doente.

A disponibilidade e a pretensão de se assumirem como defensores e advogados do doente, foram manifestadas no estudo de Robichaux & Clark (2006), no entanto, o papel de protetor e de defensor do doente exige, por vezes, alguma persistência e uma adequada gestão de conflitos que assolam as instituições. A comissão de ética deve, em última instância, garantir a máxima salvaguarda dos interesses e da autonomia do doente, todavia, a mesma deve emanar decisões claras e objetivas. A disponibilidade e o papel de defensores do doente e da família foram também manifestados no estudo de Fridh et al. (2009), quando referem que em determinados doentes foi possível prolongar o inevitável, através do suporte de amins e da ventilação invasiva, com o objetivo de permitir que a família estivesse junto ao doente no momento da morte. Os enfermeiros realçam, ainda, que a morte solitária era um momento trágico e como tal, prestavam os cuidados como se da sua família se tratasse, ou como eles próprios gostariam de um dia ser tratados. Na realidade viam-se como substitutos da família para, de alguma forma, humanizar e dignificar a morte da pessoa sem família, ou sem a sua presença. A morte

solitária é exacerbada quando o doente é admitido inconsciente, havendo um desconhecimento quase total da sua história de vida, acabando por morrer como se de um anónimo se tratasse (Fridh et al., 2009). Enfermeiros do estudo de King & Thomas (2013) ao se depararem com a iminência da morte dos seus doentes concentraram os seus cuidados no doente que estava a morrer, com o objetivo de promoverem o conforto, a dignidade e a morte pacífica, levando-os a focarem-se no paradigma de cuidar o doente a morrer e no apoio à família, em detrimento do seu *stress* e da pouca influência nas tomadas de decisão.

O conceito de boa morte, no entendimento dos enfermeiros do estudo de Shorter & Stayt (2009), teria de consignar os princípios da previsibilidade, controlo e adequados cuidados de enfermagem. No entanto, para estes enfermeiros, a tristeza e o luto vivenciados numa UCI não era comparável ao internamento, uma vez que o morrer na UCI é menos traumático e mais controlado, arredando, da maioria dos doentes, a consciência da sua própria morte. Contudo, os enfermeiros entendem que o controlo sobre todo o processo, permite assegurar uma morte digna e pacífica.

Os enfermeiros recém-licenciados, participantes no estudo de Thompson, Austin, & McGrath (2010), revelaram pouca preparação para enfrentar a sua primeira experiência de morte na UCI. No entanto, demonstraram preocupação em garantir uma boa morte ao doente e o bem-estar da família, permitindo que a mesma acompanhasse e se despedisse do seu familiar nos últimos momentos de vida.

- **A morte cerebral: a gestão do conceito e do processo de doação de órgãos**

Relativamente aos estudos de investigação, que abordam a morte cerebral em CI, é notória que a conceção de morte tem algumas vicissitudes, fundamentalmente quando se exige a manutenção da viabilidade dos órgãos. Ronayne (2009) refere que o *stress* é um reflexo do conflito interno, gerado pelo conceito de morte cerebral. Nas perspetivas médica e legal, a pessoa que está em morte cerebral é alguém que perante a medicina e a lei vigente, se considera morto. No entanto, os enfermeiros revelaram comportamentos que indiciavam dificuldades em assumir a morte do doente em morte cerebral. Perante esta evidência, Ronayne (2009) definiu este comportamento por dissonância cognitiva, devido à presença de um juízo que assenta em duas premissas que, à partida, são antagónicas.

No estudo de Forsberg, Flodén, Lennerling, Karlsson, Nilsson, & Fridh (2014) é evidente que o conceito de morte cerebral gera imensas dúvidas na família, como tal, os enfermeiros assumem e aplicam linhas orientadoras que ajudam a família a perceber que o seu familiar morreu. Dessa forma, não é mencionado o nome da pessoa falecida e o discurso referente ao mesmo visa sempre as referências do passado. São ainda definidos dois conceitos para a morte cerebral: a morte quente e a morte fria, a primeira corresponde ao momento em que se mantém a viabilidade dos órgãos para uma hipotética doação, mantendo-se o corpo quente. Por sua vez, a morte fria corresponde ao momento pós doação, em que o cadáver já se encontra frio. Esta forma de atuar permite que os familiares percebam o conceito de morte cerebral, tendo presente que o seu ente querido está morto.

No estudo de Pearson, Robertson, Walsh, & Fitzgerald (2001) é possível perceber que a morte cerebral é fruto de uma sociedade exponencialmente tecnológica. No entanto, é realçada a importância do trabalho dos enfermeiros de CI relativamente ao esclarecimento e à dissipação de dúvidas levantadas pela família no que concerne ao conceito de morte cerebral e à hipotética doação de órgãos. A atenção para com a família, disponibilidade, empatia, orientação, preocupação e apoio nas decisões da família, mesmo quando delas discordavam puderam evidenciar um respeito contínuo pelo doente em morte cerebral, mantendo a coerência dos cuidados, mesmo após ser diagnosticada a morte cerebral.

O estudo de Forsberg et al. (2014) vai de encontro às linhas gerais mencionadas no estudo anterior. A relação criada com os familiares assentou numa comunicação verdadeira e esclarecedora, com o propósito de facilitar a compreensão da família relativamente à morte cerebral. O processo de doação vinculou os enfermeiros a perceberem a perspectiva das famílias, dando-lhes tempo para decidirem o seu consentimento relativamente à doação de órgãos, sem que houvesse quaisquer tipos de influências externas. O respeito a dignidade e a tranquilidade manteve-se mesmo após o doente ter doado os órgãos, através de velas e flores que acompanhavam o cadáver, no momento em que a família se despedia do seu ente querido.

- **O sofrimento perante a envolvimento da morte**

A carga emocional e o sofrimento que advém da morte dos doentes nas UCI são evidenciados em vários estudos assumindo diferentes perspetivas. As mortes inesperadas e em doentes jovens foram mencionadas pelos enfermeiros do estudo de King & Thomas (2013), como aquelas que causavam mais sofrimento, sendo, por isso, as mais difíceis de ultrapassar, devido à falta de preparação para enfrentar a morte que à partida não era previsível. O sofrimento que advém da morte dos doentes jovens também foi referido por enfermeiros do estudo de Espinosa et al. (2010). Da mesma forma, o estudo de Valiee et al. (2012) revelou que os enfermeiros sentiam uma grande carga emocional, quando prestavam cuidados na UCI a doentes em fim de vida. Gerava neles, sentimentos de ansiedade, depressão e falta de esperança, que poderiam ser mais ou menos exacerbados, de acordo com a idade do doente, nível de consciência, grau de comunicação, morte cerebral e doação de órgãos.

Os enfermeiros participantes no estudo de Ronayne (2009) revelaram que, o doente em morte cerebral, é em grande medida gerador de sofrimento e de *stress*, dado que os enfermeiros tendem a fazer comparações entre eles e o doente, principalmente quando se identificam com a situação. Tal facto pode dever-se à proximidade de idades entre o doente e os enfermeiros participantes no estudo. Num outro estudo, verifica-se um comportamento semelhante, na medida em que os enfermeiros fazem uma recriação do eu (enfermeiro) e dos seus (família do enfermeiro), o que gera uma empatia imediata, levando o enfermeiro a promover um cuidar empático, um vínculo e um envolvimento pessoal. Contudo, é possível que o envolvimento e o acompanhamento mais próximo se traduzam em consequências constrangedoras e perturbadoras, a partir do momento em que o doente morre (Shorter & Stayt, 2009).

O estudo de Thompson et al. (2010) dá menção à relação de proximidade com a família e ao impacto emocional que daí deriva, na medida em que, a identificação do enfermeiro com o doente ou com a família, permitiu que o cuidado se tornasse mais atento e mais disponível. No entanto, é manifesta a possibilidade de enfrentar uma sobrecarga emocional que surge quando cuidamos dos nossos.

As promessas feitas aos familiares e a impossibilidade de as mesmas serem cumpridas, provocou um sofrimento moral nos enfermeiros do estudo de King & Thomas (2013). O conforto, a morte pacífica e, a cessação de medidas representam promessas defendidas pelos enfermeiros, mas que em algumas situações não se coadunavam com as

particularidades inerentes a uma UCI. Enfermeiros participantes no estudo de Pearson et al. (2001) também referem que a estrutura e as condicionantes da UCI, nem sempre permitem o silêncio, a privacidade e o devido tempo para a família se despedir do seu ente querido, gerando nos enfermeiros um sentimento de culpa e de frustração. Um outro estudo menciona que a logística e o espaço físico da UCI, não permitem a devida privacidade no momento da morte, principalmente quando se prestam cuidados num doente que está relativamente próximo, e, por outro lado, restringe a possibilidade de um grande número de familiares poderem estar à volta do doente (Fridh et al., 2009). Enfermeiros inquiridos no estudo de Robichaux & Clark (2006) descrevem opiniões muito semelhantes, uma vez que se sentiam moralmente responsabilizados, por algo que não eram capazes de modificar, sobretudo nas questões relacionadas com o fim de vida na UCI. A falta de poder na tomada de decisão e o uso de medidas desproporcionais, que intentavam contra a proteção e a defesa dos doentes, gerava nos enfermeiros momentos de raiva, culpa e desespero.

- **A suspensão de medidas e a não participação na tomada de decisão**

Relativamente à falta de tomada de decisão relacionada com a suspensão de medidas, o estudo de Fridh et al. (2009) aponta para que os enfermeiros a entendam como um problema, pelo que, a falta de colaboração entre as equipas, potencia o prolongamento de medidas fúteis³, refletindo na família um reforço das falsas esperanças. Enfermeiros que participaram no estudo de Espinosa et al. (2010) vão mais longe, quando manifestam desagrado na falta de influência, no que respeita às tomadas de decisão relacionadas com o fim de vida. Para estes enfermeiros, esta falta de tomada de decisão não é adequada, na medida em que, são eles que passam mais tempo junto do doente e, por outro lado, os enfermeiros têm a perceção, que, por vezes, se prolonga a vida com o uso de medidas fúteis, ao invés de se promover o bem-estar e o conforto do doente, impedindo que a família se despeça, tranquilamente e em paz, do seu familiar. No entanto, para alguns enfermeiros a suspensão de medidas, gerava neles uma sensação de impotência e de falha, porque julgavam que não tinham feito o suficiente para salvar o doente da morte.

- **Os mecanismos de adaptação perante a inevitabilidade da morte**

³ Por medidas fúteis entendem-se todos os “procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis, face à situação evolutiva e irreversível da doença, e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família” (Direção-Geral da Saúde, 2010, p. 7).

A adoção de mecanismos de adaptação⁴ permite que o enfermeiro se proteja do sofrimento emocional, que está inevitavelmente associado à morte do doente e ao sofrimento manifestado pela família, pela perda do seu ente querido (Espinosa et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009). Nesse sentido, os mecanismos de adaptação assumem particular importância em alguns estudos. Shorter & Stayt (2009) mencionam o desprendimento emocional, como forma do enfermeiro promover uma autopreservação emocional, impedindo a acumulação de fatores que possam afetar a sua saúde mental. No entanto, o estudo também revela que a contínua exposição à morte, faz com que o enfermeiro a entenda como algo de normal e fácil de enfrentar.

Espinosa et al. (2010) verificaram que alguns enfermeiros adotavam mecanismos de adaptação eficazes e outros enveredavam pelos ineficazes. Nos ditos ineficazes, o enfermeiro adotava comportamentos de fuga de forma a evitar uma relação de proximidade com o doente e família, o que também impedia a criação de uma relação empática e da possibilidade de prestar o adequado apoio, com o objetivo de prevenir o sofrimento associado à perda do doente. A associação de tais comportamentos levou à consignação do “enfermeiro duro” (p. 279). Todavia, as mesmas autoras defendiam que os enfermeiros deveriam adotar estratégias eficazes, que passavam pela criação de uma relação de confiança, de proteção e de defesa dos interesses do doente e da família. A morte cerebral e a doação de órgãos refletem no enfermeiro uma grande carga emocional psíquica e espiritual, porém, no estudo de Pearson et al. (2001) os enfermeiros adotaram as atividades lúdicas, como forma de se protegerem em termos emocionais, preservando a sua saúde mental.

Por outro lado, a procura de apoio informal, foi evidenciada no estudo de Shorter & Stayt (2009), onde os enfermeiros realçaram a importância dos colegas de trabalho, em detrimento do apoio formal. No estudo de Espinosa et al. (2010) os enfermeiros também realçaram a importância da conversa entre os colegas. Em contraponto, no estudo de Thompson et al. (2010) os enfermeiros optaram por fazer a reflexão sobre a experiência da morte, de uma forma solitária, após o trabalho e no caminho para casa. Alguns recorreram à família e aos amigos, sendo que o apoio formal se revelou inexistente. Valiee et al. (2012) apontam para a necessidade de promover um estudo aprofundado,

⁴ Mecanismos de adaptação: “Mecanismo psicológico de adaptação ao *stress* e ao ambiente”, com o intuito de o indivíduo se proteger da adversidade interna e externa (Trzepacz & Baker, 2001, p. 210).

relativamente ao apoio e aos resultados do apoio psicológico prestado aos enfermeiros que cuidam do doente em fim de vida na UCI.

- **A família: comunicação e o apoio prestado**

Segundo o estudo de King & Thomas (2013) o apoio e a proteção da família não cessa após a prestação dos cuidados *post-mortem* e no devido encaminhamento para a morgue, na medida em que, o apoio manteve-se através da presença no velório ou no funeral, havendo, por outro lado, relações que se prolongaram no tempo. A família, perante tais comportamentos, teve uma atitude de gratidão, refletindo no enfermeiro satisfação e integridade profissional.

O estudo de Fridh et al. (2009) aborda a visita dos familiares à UCI, após a morte do seu ente querido. No entendimento dos enfermeiros, o regresso era positivo, já que permitia o esclarecimento das dúvidas suscitadas pela família, bem como, a possibilidade de ouvir a opinião da mesma relativamente aos cuidados prestados. O momento era aproveitado para entregar os pertences, já que, a carga emocional e a perturbação da morte era menor. Forsberg et al. (2014) demonstram aspetos semelhantes presentes no estudo anterior. Os familiares também eram convidados a regressar após umas semanas, com o objetivo de apoiarem a família no processo de luto, de se despedirem da família e, por perceberem a opinião da mesma, relativamente aos cuidados e ao apoio prestado ao longo de todo o processo. A informação recolhida poderia servir para a implementação de novas medidas e na melhoria dos cuidados ao doente em morte cerebral e à família.

Relativamente à comunicação com a família, no estudo de King & Thomas (2013) os enfermeiros realçaram a importância da comunicação no momento em que proporcionavam a reflexão e a relação de ajuda, bem como, na abordagem da morte, da futilidade terapêutica e no momento em que imperava a necessidade em tomar decisões, havendo, por parte do enfermeiro, a tentativa de salvaguardar os interesses da família e do doente. Porém, no estudo de Espinosa et al. (2010) os enfermeiros referem que a comunicação é fundamentalmente unilateral, sendo que os médicos assumem grande relevo na mesma, proferindo uma linguagem muito técnica e pouca esclarecedora, o que propiciava a criação de falsas esperanças por parte da família. Para os enfermeiros, essa forma de comunicar, criava barreiras à prestação dos cuidados em fim de vida, no

entanto, a negação sobre a morte do seu familiar, mesmo após o devido esclarecimento, conjuga-se como um obstáculo à prestação dos cuidados em fim de vida. Robichaux & Clark (2006) revelam que os enfermeiros vão de encontro ao referido, quando discordam do teor da mensagem transmitida pelos médicos, porque em alguns momentos são geradores de falsas esperanças. As palavras ambíguas e carregadas de simbolismo potenciam expectativas irrealistas, e refletem maior dificuldade em aceitar a morte, ao mesmo tempo que atrasam a possibilidade de os familiares se despedirem do seu familiar e de iniciarem o processo de luto. O uso da escrita como complemento da comunicação verbal nos doentes em morte cerebral é sugerido por Ronayne (2009), fundamentalmente porque as famílias evidenciam dúvidas, relativamente ao conceito de morte cerebral. Por outro lado, é importante ter-se presente a perturbação associada a todo o processo da morte cerebral e as fortes emoções que recaem sobre a família, o que pode levar a uma certa recusa da realidade que estão a vivenciar.

- **Dificuldade na prestação dos cuidados e a condição psicológica do enfermeiro**

A falta de preparação para lidar com os doentes que estavam a morrer foi um aspeto referido no estudo de Espinosa et al. (2010). Alguns enfermeiros assumiram que não estavam preparados para prestarem cuidados de âmbito paliativo nos doentes que estavam a morrer, sugerindo, no entanto, a criação de protocolos e de formações relacionadas com a comunicação de más notícias às famílias. Contudo, é de realçar que, embora haja enfermeiros com competências no âmbito das ações paliativas deve assegurar-se a sua condição psicológica, no momento em que prestam os cuidados, já que o enfermeiro pode estar a vivenciar uma fase de luto, fruto da morte de um doente que o marcasse, sendo, da mesma forma, importante ter em conta a sua vida pessoal. Como tal, tudo deve ser analisado no momento em que os doentes são atribuídos aos enfermeiros, salvaguardando aqueles, que, manifestamente não se sentem à vontade na prestação dos cuidados em fim de vida, sob pena de a tríade, enfermeiro, doente e família saírem prejudicados. Fridh et al. (2009) também são da opinião que o processo de cuidar o doente em fim de vida é desgastante para os enfermeiros, sendo por isso necessário tempo para recuperar, de forma a poderem cuidar de outros doentes que estejam a morrer.

Neste capítulo apresentamos um enquadramento teórico, bem como, as características das UCI. E dado o nosso objetivo de situar nestes contextos, realizamos uma revisão de literatura que nos permitiu obter uma perspectiva mais abrangente do fenómeno em estudo.

3 - Material e métodos

Ao longo deste capítulo contextualizamos o enquadramento metodológico, percursor de respostas que visam uma integração coerente do tipo de estudo; população e amostra; instrumento de colheita de dados; considerações éticas; análise dos dados e limitações do estudo.

3.1 - Tipo de estudo

Para van Manen (1990, p. 25) a “Fenomenologia é, por um lado, a descrição da vivência da qualidade dos momentos vividos e, por outro lado, a descrição do significado das expressões de vida experienciadas”. A fenomenologia socorre-se fundamentalmente da reflexão, mas também do pensamento e da opinião, de forma a descrever o significado das experiências que vivemos, na medida em que, o seu ponto de partida são as experiências vividas.

Com o objetivo de explorar e descrever o significado que os enfermeiros atribuem à morte e ao morrer numa UCI, e de compreender o significado que lhe atribuem, optámos por um estudo exploratório, de base fenomenológica. Recorremos para o efeito à perspectiva de van Manen (1990), por considerarmos a mais adequada ao nosso objeto de estudo, uma vez, que como refere o autor, permite a explicação do fenómeno, através de uma reflexão fenomenológica, consciente e retrospectiva, tendo em conta o significado das experiências vividas.

3.2 - População e amostra

A população consiste em todos os enfermeiros das UCIP. Os participantes foram selecionados por amostragem de conveniência, atingida por saturação dos dados (Bogdan & Biklen, 1994), a partir das narrativas dos vinte e cinco (N=25) participantes.

A escolha dos participantes atinge um grande relevo no cômputo geral do estudo, na medida em que fundamentam a investigação, suportada pela questão de investigação, da qual se esperam respostas, que permitam alcançar os objetivos delineados. Streubert e Carpenter (2002), cit. por Pereira (2013, p. 62) referem que “[...] os investigadores qualitativos geralmente não designam os indivíduos que participam no seu estudo por sujeitos, mas sim por participantes ou informantes, uma vez que, na investigação qualitativa as pessoas têm um envolvimento ativo no estudo, o que permite uma melhor compreensão das suas vivências”. Assim, entendemos que os enfermeiros que participaram no estudo deveriam denominar-se por participantes.

Participaram no estudo, os enfermeiros da UCIP de um hospital do norte do país, de forma livre e esclarecida e, segundo os seguintes critérios de elegibilidade e de não elegibilidade:

- Critérios de elegibilidade:
 - Trabalharem na UCIP de um hospital do norte do país há pelo menos cinco anos;
 - Terem experienciado o processo de morte no contexto da UCIP há mais de uma semana;
 - Aceitarem de uma forma livre e esclarecida a participação no estudo e a gravação áudio da entrevista.

- Critérios de não elegibilidade:
 - Estarem a vivenciar um processo de luto pessoal.

Realizada a colheita, a transcrição e a análise simultânea dos dados (análise constante e comparativa) (Bogdan & Biklen, 1994) obtivemos a redundância dos mesmos, no momento em que inquirimos os vinte e cinco (25) participantes. Nesse sentido, a amostra foi obtida por saturação teórica correspondendo a (N=25). Na opinião de Bogdan & Biklen (1994, p. 96) a saturação dos dados é “[...] o ponto da recolha de dados a partir do qual a aquisição de informação se torna redundante”.

3.3 - Instrumento de colheita de dados

Um trabalho de investigação tem uma componente vinculativa relativamente à recolha de dados. Segundo Bogdan & Biklen (1994, p. 149), “O termo *dados* refere-se aos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar; são os elementos que formam a base da análise [...] os dados incluem os elementos necessários para pensar de forma adequada e profunda acerca dos aspetos da vida que pretendemos explorar”. No entanto, para que a recolha de dados possa ser exequível, é necessário que se proceda à escolha do melhor instrumento.

Para Bogdan & Biklen (1994, p. 134) na investigação qualitativa a “[...] entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”.

Do ponto de vista fenomenológico, a entrevista consigna-se como uma partilha das experiências, revelando a forma como o participante se vê a ele mesmo e aos outros. Ela é, em si, um meio, que permite explorar e recolher dados descritivos a partir das experiências e das narrativas das próprias pessoas, que a jusante se revestem em fonte de conhecimento, permitindo estudar a essência do significado da experiência vivenciada. Nesse sentido, recorreremos à entrevista não estruturada, por considerarmos ser a estratégia mais adequada para a obtenção de maior quantidade de dados. Considerando que a mesma atende ao propósito específico de explorar e de obter as narrativas, sendo em si um recurso à compreensão profunda da essência do significado do fenómeno em estudo, segundo a perspectiva fenomenológica (van Manen, 1990; Bogdan & Biklen, 1994; Streubert & Carpenter, 2002).

Elaboramos um guião de entrevista (anexo I) estruturado em duas (2) partes: a primeira constituída por quatro (4) questões de natureza biográfica e social (idade, sexo, habilitações literárias e tempo de exercício profissional), e uma (1) questão relativa à data da última experiência de morte na UCIP. A segunda parte diz respeito à questão aberta: *Sendo a morte e o morrer um acontecimento com o qual lida frequentemente, na unidade de cuidados intensivos polivalente, que significado atribui a esta experiência?*

Por forma a darmos início aos requisitos processuais e éticos inerentes à investigação clínica com humanos, procedemos ao envio de todos os elementos processuais do pré-projecto para a Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS). O cumprimento de todos os requisitos, de carácter vinculativo, implicou ainda o diferimento da SECVS (anexo II) e da Comissão de Ética para a Saúde de um hospital do norte do país (anexo III), que datam do dia 23 de Junho de 2014 e, do dia 22 de Julho de 2014, respetivamente.

A colheita de dados, sob a forma de entrevista e com uso de gravador digital, ocorreu ao longo de três (3) meses, na UCIP de um hospital do norte do país, numa sala previamente disponibilizada pela enfermeira chefe e, de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas tiveram uma duração média de onze (11) minutos, com um mínimo de cinco (5) minutos e um máximo de vinte e dois (22) minutos. Na impossibilidade de os participantes validarem as narrativas logo após o fim da entrevista, por incompatibilidade de tempo, optámos por um procedimento, tendo por base o mútuo acordo. Nesse sentido, procedemos ao envio da transcrição da entrevista por correio eletrónico a cada um dos participantes, com o objetivo de tomarem conhecimento da sua narrativa, eliminando ou retificando o seu conteúdo.

3.4 - Considerações éticas

As garantias morais e éticas são imperativas no processo de investigação, devendo ter-se presente o que é correto ou incorreto à luz de uma determinada sociedade ou grupo. A participação do sujeito humano num estudo de investigação implica que o mesmo tenha conhecimento do objetivo do estudo, devendo-se salvaguardar o anonimato e a possível desistência sem prejuízo da pessoa (Bogdan & Biklen, 1994). Bogdan & Biklen (1994, p.75) reforçam essa mesma ideia referindo: “Duas questões dominam o panorama recente no âmbito da ética relativa à investigação com sujeitos humanos; o consentimento informado e a proteção dos sujeitos contra qualquer espécie de danos”.

A exequibilidade do processo de investigação obedece a determinadas regras, às quais se deve vincular o investigador. Como tal, foi escrupulosamente respeitado o princípio à autodeterminação, na medida em que o respeito pela autonomia se assumiu como a base de todo o processo de investigação, prevalecendo o direito ao tratamento justo e equitativo. Previamente ao início da entrevista, procurou-se dar a conhecer ao

entrevistado o propósito da entrevista, bem como, os objetivos da investigação, assegurando o anonimato e, a confidencialidade dos dados recolhidos. Foi assinado o consentimento informado, livre e esclarecido (anexo IV). O consentimento informado, livre e esclarecido para participação em estudos de investigação, seguiu a norma nº 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo. O documento foi composto por duas (2) páginas e impresso em duplicado, ficando um (1) dos duplicados na posse do investigador e o outro no participante que aceitou fazer parte do estudo, após respetiva assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido (Bogdan & Biklen, 1994; Ordem dos Enfermeiros, 2007; Direção-Geral da Saúde, 2013).

O princípio da privacidade e confidencialidade, também foi respeitado, sendo explícito, que as gravações digitais ficariam na posse do investigador, sendo as mesmas passíveis de transcrição, análise e destruição após a análise dos dados. Toda a informação obtida foi tratada como confidencial e anónima, como tal, optámos por atribuir a cada entrevista uma sigla alfanumérica (desde E1 a E25). Foi assim omissa, toda a informação que pudesse viabilizar uma hipotética identificação dos participantes. (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Direção-Geral da Saúde, 2013).

O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo foi integralmente respeitado, no entanto, ao longo das entrevistas a reflexão sobre as experiências de morte dos participantes, não produziu efeitos, no sentido de os mesmos, renunciarem à sua participação no estudo. Ao longo das entrevistas, foram evidentes alguns momentos de maior índole emocional, dando-se no imediato a possibilidade de dar término à entrevista. Todavia, nenhum desses momentos foi de tal ordem perturbador, para levar à interrupção, ou mesmo, à anulação da entrevista (Bogdan & Biklen, 1994; Ordem dos Enfermeiros, 2007; Direção-Geral da Saúde, 2013).

Foi assim salvaguardado o princípio da confidencialidade, bem como os princípios éticos aplicáveis, tendo como base o interesse científico da investigação em curso, sendo a mesma objeto de avaliação por parte da SECVS e, da Comissão de Ética para a Saúde de um hospital do norte do país. A recolha e análise dos dados foram primordiais para a consecução da dissertação de mestrado. A realização do trabalho de investigação não comportou qualquer tipo de ónus, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, para os participantes no estudo, na medida em que, a sua participação foi voluntária,

havendo a possibilidade dos mesmos optarem pela não participação no estudo, ou mesmo, pela sua desistência, não derivando daí, qualquer prejuízo para a sua pessoa.

3.5 - Análise dos dados

Na opinião de Bogdan & Biklen (1994, p. 48) o investigador qualitativo tenta “[...] analisar os dados em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto o possível, a forma em que estes foram registados ou transcritos”. A reflexão fenomenológica tem por objetivo, o esclarecimento do significado essencial de um fenómeno. Por outro lado, propõe o esclarecimento das experiências vividas em toda a sua essência. As experiências vividas podem ser captadas através de diversas formas ou expressões, que visam a procura da unidade de significado, através de uma descrição rigorosa, com recurso à gramática e à linguagem empregue pelos participantes (van Manen, 1990).

O entendimento do fenómeno reflete-se na formulação do tema que permite alcançar a profunda compreensão do significado. Na opinião de van Manen (1990, p. 79), os “Temas fenomenológicos podem ser compreendidos como as estruturas da experiência. Então quando analisamos o fenómeno, estamos a tentar determinar quais são os temas, as estruturas das experiências que compõem a experiência”. Assim, a análise ao fenómeno permite a descoberta dos temas e estruturas essenciais de significado, o que se traduz numa descrição da estrutura da experiência vivida, de forma a captar e compreender o fenómeno, por se conferir ao mesmo uma unidade de sentido.

Os dados, que resultaram da análise às entrevistas foram analisados segundo o método da reflexão fenomenológica das narrativas, à luz da perspectiva de van Manen (1990), na medida em que, existe uma intenção clara de descrever e de interpretar as estruturas essenciais da experiência vivida. Para van Manen (1990, p. 92) “Normalmente podemos ter 3 aproximações sobre aspetos temáticos encobertos ou isolados de um fenómeno em algum texto”. O mesmo define as três aproximações por:

- (1) Aproximação holística ou sentenciosa;
- (2) Aproximação seletiva;
- (3) Aproximação detalhada ou linha por linha.

Especificamente no que reporta aos nossos procedimentos da análise, iniciamos pela aproximação holística, ou sentenciosa, pretendendo a aproximação ao texto como um

todo, perguntando qual a frase que pode captar o significado principal do mesmo, permitindo expressar esse significado, através da formulação de uma frase. Em relação à aproximação seletiva, ou de destaque, ouvimos ou lemos e relemos diversas vezes o *corpus* da análise, perguntando quais as frases, ou declarações que nos parecem reveladoras do fenômeno em estudo, levando-nos a marcar e sublinhar essas mesmas frases. Já na aproximação detalhada, ou linha a linha, observamos todas as frases, ou frase a frase e perguntamos o que é que a frase revela sobre o fenômeno ou experiência descrita, começando a emergir os temas e subtemas (van Manen, 1990).

Da análise resultante das diferentes operações sucessivas de redução dos dados, emergiram cinco (5) temas principais: Condicionantes da percepção dos enfermeiros sobre a morte e o morrer; Práticas e contextos de cuidados ao doente em morte iminente; Práticas e contextos de cuidados à família; Mecanismos de adaptação e; Conflitos internos na gestão dos cuidados, e os respectivos subtemas, sendo que os mesmos são apresentados na matriz de redução dos dados (Tabela 4).

A validade e a objetividade de interpretação, imposta a este tipo de estudos foram asseguradas por parte da orientadora, Professora Doutora Isabel Lage e da coorientadora Professora Doutora Ermelinda Macedo.

3.6 - Limitações do estudo

van Manen (1990) defende que o conhecimento que resulta da nossa experiência do momento, só mais tarde permite obter a noção da mesma, porque a realidade da experiência vivida dá-se quando surge a consciência refletida, permitindo que a experiência vivida se torne objetiva à luz do pensamento, fruto da reflexão de uma presença passada. “A nossa apropriação do significado da experiência vivida é sempre de algo passado que nunca pode ser compreendido em toda a sua riqueza e profundidade dado que a experiência vivida implica a totalidade da vida” (p. 36). Dado a morte ocorrer frequentemente em UCI, a possibilidade de cumprir na íntegra o preconizado por van Manen (1990), poderá ter comprometido esse princípio em determinadas narrativas, já que a recorrência da morte relativamente recente poderá ter impedido uma compreensão profunda desse objeto de estudo, fruto de um distanciamento temporal. Por outro lado, o estudo contemplou apenas um único cenário clínico, do qual resultaram dados específicos desse mesmo contexto. Estamos convictos que a inclusão

de mais e diferentes UCI poderia suscitar diferentes perspectivas que permitissem maior compreensão do fenómeno em estudo.

Os dados deste estudo, pese embora não possam ser generalizáveis, neles está implícito o julgamento da transferibilidade, pois tal como defendem Streubert & Carpenter (2002, p. 34), “A *transferibilidade* refere-se à probabilidade dos resultados do estudo terem significado para outros em situações semelhantes”.

Neste capítulo apresentamos o enquadramento metodológico, o tipo de estudo, população e amostra, instrumento de colheita de dados, considerações éticas, análise dos dados e limitações do estudo.

4 - Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo apresentam-se e discutem-se os dados do estudo, começando pelos dados biográficos e sociais, seguido dos temas e subtemas emergentes. Optámos por proceder a uma apresentação e discussão conjunta dos dados, por nos parecer que isso facilitaria a compreensão dos mesmos.

4.1 - Perfil biográfico e social dos participantes

A média de idades rondou os trinta e seis (36) anos. Sete (7) participantes do sexo masculino e dezoito (18) participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os vinte e sete (27) e os cinquenta e cinco (55) anos. A maioria dos enfermeiros era detentor do grau de licenciado, dos restantes, dois (2) possuíam pós graduação, cinco (5) possuíam o título de especialista e, um (1) do grau de mestre. Relativamente ao tempo do exercício profissional na UCIP, a média foi de oito (8) anos, com um mínimo de dois (2) anos e um máximo de vinte (20) anos.

O perfil biográfico e social dos participantes, quando comparado aos estudos da revisão de literatura parece ter alguma aproximação. No que diz respeito à média de idades, pode-se concluir que existe uma aproximação ao estudo de Valiee et al. (2012) e, ao de Espinosa et al. (2010) visto que neste estudo as idades variam entre os vinte e três (23) anos e os sessenta e um (61) anos. As enfermeiras estão em maior número, destacando-se que três (3) desses estudos, apenas contemplaram participantes do sexo feminino (Shorter & Stayt, 2009; Thompson et al., 2010; Kongsuwan & Locsin, 2010). Verificámos que dois (2) dos onze (11) estudos tiveram participantes com uma experiência mínima de dois (2) anos, para um máximo de trinta (30) e de quarenta (40) anos respetivamente. Relativamente às habilitações literárias não foram encontrados dados que sustentem a nossa realidade.

Em relação à data entre a entrevista e a ocorrência da última experiência de morte dos seus doentes, os números indicam-nos que dezassete (17) tiveram-na no mesmo mês, ficando salvaguardada a distância mínima de uma semana; quatro (4) dois meses antes; três (3), três meses antes; e um (1) quatro meses antes. À data da entrevista nenhum dos vinte e cinco (25) participantes estava a vivenciar um processo de luto pessoal.

4.2 - Temas e subtemas emergentes

Os dados obtidos das narrativas dos enfermeiros da UCIP, de um hospital do norte do país, relativamente às suas experiências sobre a morte e o morrer dos seus doentes, permitiram descrever e interpretar a essência do fenómeno da morte, através da análise interpretativa e da reflexão de âmbito fenomenológico. Nesta apresentação e discussão optamos por integrar excertos das narrativas seguidas da sua discussão, de forma a darmos uma perspetiva mais compreensiva do estudo. Os temas e subtemas serão apresentados a partir da matriz de redução de dados, por forma a permitir uma visualização global dos dados emergentes.

Optámos por adotar códigos, percebidos como auxiliares de escrita, como forma de manter a coerência, relativamente a todos os elementos do texto, proveniente das narrativas dos participantes. Assim, determinámos o uso de:

- Aspas, de forma a salientar o discurso direto;
- Parênteses retos, para indicar a existência de um corte na citação;
- Reticências, para destacar momentos de hesitação, dúvida ou mesmo reflexão;
- Itálico na configuração gráfica das citações, de forma a destacar as mesmas.

Tabela 4 - Matriz de redução de dados

Temas	Subtemas
Condicionantes da percepção dos enfermeiros sobre a morte e o morrer	<p>A morte cerebral e a possibilidade da doação de órgãos (E6; E9; E12; E15; E24);</p> <p>A morte como fenômeno controlado (E2);</p> <p>A relação de proximidade com o doente (E9; E10; E13; E14; E15; E22);</p> <p>Banalização da morte pela recorrência (E10; E15; E16; E18; E20; E23);</p> <p>Crença religiosa (E12; E17);</p> <p>Estado emocional do enfermeiro (E9; E10; E13);</p> <p>Experiência individual e profissional sobre a morte (E1; E3; E5; E6; E9; E10; E14; E15; E16; E17; E18; E19; E23; E24);</p> <p>Formação do enfermeiro (E5);</p> <p>Frustração perante o desfecho final (E9);</p> <p>História de vida da família e do doente (E1; E3; E9; E14; E15; E18);</p> <p>Idade do doente (E1; E7; E8; E11; E12; E14; E18; E19; E20; E22; E23; E24; E25);</p> <p>Identificação com o doente (E11; E14; E18; E19; E20);</p> <p>Inviabilidade da vida de relação após a alta (E12);</p> <p>O significado que a família atribui ao doente (E1; E12; E16);</p> <p>Ser amigo/conhecido do doente (E19; E21; E23; E25);</p> <p>Significado atribuído à morte (E1; E5; E7; E8; E10; E12; E13; E14; E15; E16; E21; E24);</p> <p>Sofrimento emocional do enfermeiro (E9; E13; E14; E21; E22);</p> <p>Tempo de internamento do doente (E3; E7; E10; E19).</p>
Práticas e contextos de cuidados ao doente em morte iminente	<p>A dignidade no cuidado à família e ao doente em morte iminente (E4; E8; E10; E12; E16);</p> <p>A recuperação vital como foco de atenção nas situações de emergência (E2; E7);</p> <p>Boas práticas (E1; E12);</p> <p>Contexto de práticas de cuidados (E1; E3; E4; E7; E8; E15; E16; E23);</p> <p>Diferenças de percepção e de atuação médica perante a iminência de morte (E6; E7; E10);</p> <p>Diferenças nas práticas médicas e de enfermagem (E7; E16);</p> <p>Futilidade terapêutica (E2; E3; E7; E8; E10; E15; E16; E17; E22; E24; E25);</p> <p>Reconhecimento do papel do enfermeiro (E11; E13);</p> <p>Reflexão das práticas à posteriori (E5; E12; E15; E18);</p> <p>Tomada de decisão unilateral (E2; E3; E6; E10; E11; E13; E16; E17; E20);</p> <p>Trabalho em equipa (E5; E6; E7; E8);</p> <p>Utilização de tecnologia e fármacos (E1; E4; E8; E10).</p>
Práticas e contextos de cuidados à família	<p>Garantir o conforto e a privacidade possível (E2; E7);</p> <p>Gerir a comunicação de más notícias (E2; E3; E5; E6; E9; E11; E12; E13; E14; E18; E20; E22; E24);</p> <p>Gerir o luto no processo de morte (E1; E2; E3; E4; E5; E7; E8; E9; E11; E12; E13; E14; E15; E16; E17; E18; E19; E21; E22; E23; E24);</p> <p>Percepção da necessidade do <i>follow-up</i> (E12);</p> <p>A alteração da imagem do doente (E12; E19);</p> <p>Prestar apoio psicológico (E12; E14; E21);</p> <p>Promover a presença da família na morte e no morrer (E2; E3; E4; E5; E6; E8; E10; E17; E22; E24);</p> <p>Respeitar a vontade do doente e da família (E6);</p> <p>Satisfazer as necessidades da família após a morte (E1);</p> <p>Ser advogado e defensor da família (E3; E5; E11; E12; E13; E21).</p>
Mecanismos de adaptação	<p>Aceitar o fim da vida (E3; E9; E12);</p> <p>Adotar comportamento de fuga (E3; E5; E7; E9; E10; E15; E19; E20; E21; E22; E23; E25);</p> <p>Procurar apoio entre os pares e família (E3; E7; E15; E21);</p> <p>Recurso às emoções (E3; E9; E11; E18; E19);</p> <p>Sentimento de dever cumprido (E3; E16; E21);</p> <p>Consciencialização do problema (E3; E9; E16; E21; E23).</p>
Conflitos internos na gestão dos cuidados	<p>Discordância nos critérios de admissão (E2; E3; E5; E21; E24; E25);</p> <p>Discordância na transferência do doente face à sua situação clínica (E2; E6; E12).</p>

O primeiro tema, *Condicionantes da percepção dos enfermeiros sobre a morte e o morrer* (Tabela 5), referente ao significado da morte e do morrer atribuído pelos enfermeiros da UCIP, são condicionados por diversos fatores, que geram diferentes entendimentos sobre o fenómeno.

Tabela 5 - Tema: Condicionantes da percepção dos enfermeiros sobre a morte e o morrer

Tema	Subtemas
Condicionantes da percepção dos enfermeiros sobre a morte e o morrer	A morte cerebral e a possibilidade da doação de órgãos (E6; E9; E12; E15; E24); A morte como fenómeno controlado (E2); A relação de proximidade com o doente (E9; E10; E13; E14; E15; E22); Banalização da morte pela recorrência (E10; E15; E16; E18; E20; E23); Crença Religiosa (E12; E17); Estado emocional do enfermeiro (E9; E10; E13); Experiência individual e profissional sobre a morte (E1; E3; E5; E6; E9; E10; E14; E15; E16; E17; E18; E19; E23; E24); Formação do enfermeiro (E5); Frustração perante o desfecho final (E9); História de vida da família e do doente (E1; E3; E9; E14; E15; E18); Idade do doente (E1; E7; E8; E11; E12; E14; E18; E19; E20; E22; E23; E24; E25); Identificação com o doente (E11; E14; E18; E19; E20); Inviabilidade da vida de relação após a alta (E12); O significado que a família atribui ao doente (E1; E12; E16); Ser amigo/conhecido do doente (E19; E21; E23; E25); Significado atribuído à morte (E1; E5; E7; E8; E10; E12; E13; E14; E15; E16; E21; E24); Sofrimento emocional do enfermeiro (E9; E13; E14; E21; E22); Tempo de internamento do doente (E3; E7; E10; E19).

- **A morte cerebral e a possibilidade da doação de órgãos**

A morte cerebral é um conceito relativamente recente e sujeito a diferentes interpretações que podem suscitar diversas dúvidas, nessa medida, pode colocar em causa a inequívoca verdade da morte e da finitude do doente, perante a lei portuguesa vigente. No entanto, a morte cerebral, também está associada à doação de órgãos, o que exige ao enfermeiro uma grande disponibilidade para com a família, nomeadamente quando esta parece viver um grande conflito interno e de negação em relação à doação de órgãos do seu familiar.

“Em relação à morte cerebral, que é outra questão, que nos afeta, o grande problema muitas vezes é a ausência ou a falta de conhecimento da família e a dificuldade em aceitar e perceber no fundo a questão de morte cerebral, se associado à doação de órgãos” (E6).

“É muito dolorosa a morte cerebral, principalmente em doentes jovens. A gente sabe que o doente está em morte cerebral e vai para dador e vê a dor daquela família e a gente... dá para manter aquela vida e aqueles órgãos, mas é uma vida muito jovem que se perdeu e não há hipóteses porque a maior parte deles já vêm em morte cerebral” (E9).

Participantes do estudo de Forsberg et al. (2014) realçam que o conceito de morte cerebral gera imensas dúvidas na família. Por sua vez, Pearson et al. (2001) referem que os enfermeiros se focavam na explicação e no esclarecimento das dúvidas relacionadas com o conceito de morte cerebral, bem como na doação de órgãos, onde realçavam a importância da doação de órgãos, de forma a salvar outras vidas.

- **A morte como fenómeno controlado**

Tal como já referimos é nas UCI, onde está presente uma enorme variedade de tecnologia, com o objetivo de recuperar a funcionalidade dos vários sistemas que entraram em falência. Contudo, existe um limite em que a máquina não consegue sobrepor-se à lei da morte a que todos estamos sujeitos, porém a tecnologia pode controlar a forma de morrer.

“A morte nos CI é um fenómeno controlado na maior parte das vezes, portanto não há, salvo raras exceções, mortes surpresas. Os doentes, ou entram e existe uma probabilidade muito grande de eles morrerem e, a gente já sabe o que vai acontecer, ou alguns deles, já vêm com a morte sentenciada de alguma forma. Portanto, a morte é um fenómeno controlado na UCI” (E2).

Shorter & Stayt (2009) reiteram que a morte nas UCI é um fenómeno controlado, na medida em que os doentes estão monitorizados e com suporte de medidas que visam o controlo de todo o processo.

- **A relação de proximidade com o doente**

A relação de proximidade de quem se cuida é, na verdade, muitas das vezes algo de complexo numa UCI, o que se reflete na forma como os enfermeiros determinam e concebem a relação terapêutica, quer com o doente quer com a família.

“E então quando temos um apego muito grande ao doente, ou quando lidamos muitas vezes com o doente e com a família... eu como pessoa e enfermeira ao mesmo tempo, custa-me um bocadinho... imenso. Essa é a parte menos boa dos cuidados intensivos” (E9).

“Existem outras situações que nos custam mais e que me custa mais consoante me deixo... e por isso também tento mediar esta proximidade com a família. Existem situações que me custam mais, a morte de doentes do que outra, porque me relaciono com família, me relaciono com o doente, vejo a evolução do doente e às vezes custa-nos mais” (E10).

As narrativas dos participantes do estudo de Thompson et al. (2010) permitiram concluir, que quanto maior a relação de proximidade entre o enfermeiro, doente e família, maior o grau de sofrimento do enfermeiro, no momento da morte do doente. O mesmo também foi realçado no estudo de Shorter & Stayt (2009), na medida em que a experiência de luto era tanto ou mais perturbadora quanto maior fosse o vínculo ao doente e às famílias.

- **Banalização da morte pela recorrência**

A morte, vista como algo recorrente, devido ao percurso profissional dos participantes, passou a ser percebido como algo que parece associar-se à ideia de comum e de normal, parecendo demarcar-se do sofrimento ou da tristeza associada à morte e ao morrer.

“É um pouco difícil dizer isto mas, eu acabei de te dizer que a última morte que assisti aqui no serviço foi mais ou menos há uma semana e, eu ainda não me tinha lembrado disso até perguntares agora, coisa que dantes não acontecia assim. Nós vivenciávamos tanto isto que parece que se torna uma coisa banal [...]. Nós estamos a habituar-nos tanto a isto que vemos como mais uma situação normal” (E15).

“Já não me incomoda tanto o processo de morte, porque começa a ser repetição” (E20).

Estes dados são corroborados pelo estudo de Shorter & Stayt (2009), no qual os participantes referem um sentimento de normalização da morte, porque a regular exposição à mesma, levou-os a entendê-la como algo de comum e, não como algo de especial ou diferente, por o mesmo ser entendido como um evento cotidiano.

- **Crença religiosa**

A crença religiosa assume-se como algo de protetor e de apaziguador, fruto do suporte que alguns participantes encontraram na sua crença religiosa.

“O facto de ser religiosa também contribui, porque aceito de uma forma muito mais tranquila, sem achar que há vida para além da morte. Tenho outros colegas que o fazem, e também encontram paz nessa espiritualidade” (E12).

“Para mim a morte é uma passagem, sou católica, portanto acredito que realmente existe alguma coisa para além da morte” (E17).

A crença religiosa e a importância da mesma também estão patentes no estudo de Valiee et al. (2012) quando alguns participantes referem que a forma de cuidar os doentes em fim de vida é o reflexo da sua própria crença e do suporte que encontram na sua religião. Por sua vez, os participantes do estudo de Souza, Ribeiro, Rosa, Gonçalves, Silva, e Barbosa (2013) defendem que a crença religiosa permite que a morte tenha diferentes conotações, de acordo com os princípios individuais e religiosos de cada um.

- **Estado emocional do enfermeiro**

A componente emocional do enfermeiro deriva de diversos fatores. Alguns deles podem estar relacionados com a vida profissional/pessoal, o que influencia a forma e a disponibilidade que o enfermeiro tem para cuidar na morte e no morrer.

“Mas isto difere e, depois também acho que o nosso estado pessoal e psíquico também influencia um bocado. Às vezes estamos mais bem preparados, custamos menos, quando às vezes estamos mais em baixo, acho que é mais difícil encarar este processo de morte” (E10).

“E se vens mais fragilizado para aqui é um dia que te custa ainda mais, são histórias muito complicadas” (E13).

As narrativas destes participantes reafirmam um dado do estudo de Espinosa et al. (2010) que sugere que deve ser assegurada a condição psicológica do enfermeiro, no momento em que se atribui um doente em morte iminente, já que o mesmo poderá estar a viver problemas de índole pessoal ou mesmo um processo de luto. Realça ainda, que o escalonamento desse enfermeiro leva a que todos saíam prejudicados, nomeadamente o doente e a família, bem como o próprio.

- **Experiência individual e profissional sobre a morte**

A forma de encarar e de entender a morte dos doentes parece não poder ser dissociada do âmbito individual de cada um. Porém, a experiência profissional que o enfermeiro vai acumulando ao longo dos anos parece fundamental para adquirir vivências de morte, que lhe permitam lidar com esse processo de uma outra forma.

“As minhas experiências... as experiências de morte também têm muito a ver com as próprias experiências de vida de cada enfermeiro” (E9).

“Eu neste momento vejo a morte de uma forma completamente diferente do que quando comecei a trabalhar há dez anos, devido a essas experiências que ocorreram” (E15).

Para Morgado (2012), a vivência pessoal assenta num conjunto de elementos que influenciam a forma de agir e de estar, o que reflete uma certa subjetividade no momento e no ato de cuidar. Como tal, a morte de um doente faz emergir um manancial de emoções e de sentimentos do “eu”, que conferem diferentes sentidos à forma de encarar e de vivenciar a morte. Relativamente à experiência profissional sobre a morte, fica a ideia de uma certa normalização da mesma, tal como refere o estudo de Shorter & Stayt (2009). Por outro lado, Thompson, et al. (2010) realçam que os enfermeiros experientes também se sentem afetados pela morte dos doentes.

- **Formação do enfermeiro**

A formação relacionada com o fim de vida pode dotar o enfermeiro de determinadas ferramentas, que possam ser úteis, quando se depara com o fim de vida do doente.

“Penso que são feitas várias formações, é uma área que tenho lido bastante, a forma de lidar perante a morte, como nos defendermos perante a morte, como lidar com a família, e penso que ajuda” (E5).

O tema formação foi abordado uma única vez por um enfermeiro participante no nosso estudo, o qual atribui a importância da mesma, no que à morte e ao morrer diz respeito. Thompson et al. (2010) realçaram a pertinência da reflexão e da discussão sobre a morte e o morrer nas salas de aula. Por outro lado, os hospitais que na sociedade atual se assumem como os locais onde mais ocorre a morte, poderão ver na formação um caminho que possa perspetivar a contínua melhoria dos cuidados, a quem se vê perante o seu fim.

- **Frustração perante o desfecho final**

O enfermeiro centra a disponibilidade nos cuidados aos doentes, no entanto, quando percebe que a disponibilidade e empenho foram insuficientes, parece ficar com sentimentos de desalento e frustração, face ao desfecho.

“Quando a gente dá tudo e, achamos que vamos conseguir que o doente sobreviva... constatar que não há mais nada a fazer, isso também é... [...] e quando a gente investe e o doente até sai bem, e passados dois ou três dias ele morre num serviço... é terrível, pronto não sei explicar” (E9).

Estes dados revelam que o participante manifesta alguma frustração que não lhe pode ser imputável, na medida em que fez tudo o que estava ao seu alcance. Por sua vez, Robichaux & Clark (2006) realçam que a frustração pelo desfecho final é entendida pelos participantes do seu estudo, como algo que decorre do uso excessivo de meios e de medidas nos doentes em que a morte está próxima.

- **História de vida da família e do doente**

Saber e procurar saber toda a história que levou ao internamento na UCIP é, por si só, um caminho onde confluem um conjunto de outros dados que estão relacionados com a vida das pessoas. Alguns destes dados promovem uma grande reflexão e um grande

sofrimento, devido aos problemas que se acercam da vida da família e do doente em morte iminente.

“Muitas vezes a parte mais emotiva é a parte que nos faz mais pensar. Porque, eu acho que se nós não conhecêssemos as histórias... se a pessoa não tivesse história... a família... muitas vezes não era tão dramático, nem era tão doloroso” (E1).

“Às vezes ponho-me a pensar, ou na vida que a pessoa teve, ou nos filhos. Tento imaginar a vida que a pessoa levou, também não é só uma vida que parte não é, não é só um doente que morre. Por trás daquela pessoa que está ali morta há uma história, há uma vida, há pessoas envolvidas, há família, amigos e, realmente tenho essa perspetiva... naquela altura de imaginar um bocadinho a vida” (E14).

As histórias de vida da família e do doente parecem ter um grande impacto emocional no enfermeiro, fundamentalmente quando a morte do doente está associada a casos de vida dramáticos e dolorosos, que levam à destruturação e ao desmoronar do núcleo familiar, exacerbado pelas situações em que aquela pessoa era vista como o único sustento da casa, ou o único filho que ainda lhes restava. A nossa experiência profissional de vivências semelhantes, também corrobora a ideia de que o conhecimento da história de vida, às vezes dramática, reflete no enfermeiro maior dor e emoção.

- **Idade do doente**

A idade do doente é manifestamente um dos grandes condicionadores para os participantes do estudo, nomeadamente quando lidam com a morte de doentes em idades jovens, já que a morte de doentes idosos é aceite mais facilmente.

“E o que me custa realmente é o processo de morte em doentes mais jovens” (E7).

“Quando são pessoas jovens sentimos sempre, mais do que fosse uma idade já avançada” (E24).

Estes dados vão de encontro ao estudo de King & Thomas (2013) e de Espinosa et al. (2010), já que os seus participantes manifestaram dificuldade em vivenciar as mortes em doentes jovens, causando nos mesmos um grande sofrimento.

- **Identificação com o doente**

A identificação com o doente acresce sofrimento, a partir do momento em que o enfermeiro questiona e assume uma realidade à qual era alheio, integrando-a nos seus.

“E quando forem os nossos, como é que a gente vai reagir? Porque é completamente diferente, se isto já assim custa, quando forem os nossos... penso muito nisso” (E14).

“Eu estava a cuidar do jovem e a pensar, mas se agora fosse a minha filha que estivesse aqui? Isto é uma situação horrível é uma dor terrível” (E18).

Thompson et al. (2010) realçam que o processo de identificação assumido pelo enfermeiro permitiu que o cuidado se tornasse mais atento e mais disponível, no entanto, esse cuidado revelou uma grande sobrecarga emocional. Referem ainda, que a sobrecarga emocional, também está patente nos momentos em que cuidamos dos nossos.

- **Inviabilidade da vida de relação após a alta**

As UCI, dotadas de tecnologia altamente sofisticada e de profissionais muito bem preparados, quer em termos teóricos, quer em termos práticos, também são os locais onde a recuperação de falências multiorgânicas, nem sempre acompanha a possibilidade de o doente adquirir uma vida de relação após a alta.

“Agora há doentes que tu olhas e, a morte parece a melhor solução, doentes que à partida não têm viabilidade, doentes que vão ficar em estado vegetativo, que vão ser para a família um elo de sofrimento, porque não vão voltar a falar nem a compreender e, acho que isso ainda é pior que a morte. Deixa de ser uma

pessoa, porque deixa de ter comunicação, deixa de ouvir, deixa de sentir e isso sim, é mais difícil do que a morte em si” (E12).

A inviabilidade da vida de relação após a alta implica um estado vegetativo persistente. Este tema teve o seu destaque na narrativa de um dos participantes do nosso estudo. Porém, a literatura diz-nos que este dado carece de uma grande reflexão no âmbito do diagnóstico/prognóstico em paralelo com os critérios de admissão, tratamento e questões éticas. Para Rios (2001, p. 482), “O tratamento em unidades de cuidados intensivos deve ser reservado para doentes com boa perspectiva de recuperação substancial e sobrevivência funcional”. Deve-se, por isso, equacionar e esclarecer o conceito de vida biológica e de vida pessoal, integrando, para isso, as variáveis do tratamento proporcionado e desproporcionado, tendo em linha de conta o resultado final para o doente, família e sociedade (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2005; Serviço de Cuidados Intensivos – HSJ, 2001).

- **O significado que a família atribui ao doente**

O significado atribuído a cada membro no seio familiar parece ser um dos fatores que influenciam a forma como a família enfrenta a situação de morte iminente do seu familiar, consoante a maior ou menor influência que o doente assumia na família.

“Mas, acho que o mais traumatizante para a nossa profissão na morte, pessoalmente são as situações familiares... o doente todo. O que significa aquele António pai, aquele António filho, aquela Maria mãe, aquela Maria amiga, portanto além da cama...” (E1).

“Em CI, deparei-me com algumas mortes em camadas mais jovens e isso se calhar tem uma repercussão diferente para nós, às vezes com filhos pequenos, que vamos saber que aquela pessoa ainda era uma base de subsistência para aquela família e, isso se calhar mexe mais com o nosso emocional” (E16).

Pela vivência de várias situações em contexto profissional, poderemos afirmar que o equilíbrio familiar tende a desaparecer sempre que ocorre uma morte de um dos elementos da família, surgindo alterações ao nível da organização e do funcionamento familiar da mesma, havendo a necessidade de redistribuir tarefas e funções. Porém,

quando a redistribuição não se dá, surgem problemas no seio familiar. Esta realidade é dolorosa para os participantes deste estudo, na medida em que parecem antecipar as dificuldades, que essas famílias irão sentir após a morte do seu familiar.

- **Ser amigo/conhecido do doente**

Enquanto profissional, o enfermeiro é preparado para cuidar das pessoas que necessitam de cuidados de saúde, no entanto, pode deparar-se a qualquer momento com a inevitabilidade de cuidar de alguém do seu meio, ou do seu núcleo de amigos, o que leva ao aparecimento de algum constrangimento.

“Eu já tive duas pessoas que conhecia e, que tiveram aqui dentro desfechos de morte. Um deles conhecia melhor e, aí torna-se um bocadinho mais complicado, porque depois conhecemos a família e, temos amigos em comum” (E19).

“Claro que depois isto é diferente, a morte aqui é diferente, nós estamos a lidar com o doente, quando se for uma pessoa conhecida é completamente diferente o nível de constrangimento” (E23).

As narrativas dos participantes revelaram que o fenómeno da morte quando associado a alguém conhecido ou amigo do enfermeiro provocou um maior constrangimento pessoal na forma como enfrentaram a morte de alguém conhecido. A nossa experiência corrobora esta ideia, na medida em que as experiências relacionadas com os cuidados prestados a amigos/conhecidos revelaram-se de algum modo constrangedoras.

- **Significado atribuído à morte**

O significado atribuído à morte assume diferentes interpretações, que são passíveis de influenciar a forma de cuidar o doente que está perante o seu fim de vida.

“A morte em si tem um significado bastante abrangente, acabar, terminar, depois poderá haver conceitos do âmbito cultural e religioso de cada um” (E5).

“Primeiro, acho que temos de entender a morte como um fenómeno natural, e nós temos de compreender perfeitamente isso” (E7).

O estudo de Souza et al. (2013) indica que os participantes entendem a morte como um fenómeno natural da vida, o que vai de encontro às narrativas do nosso estudo. Por sua vez, Shimizu (2007, p. 258) apresenta uma versão contraditória quando refere, “Constatamos ainda que nas UCI, por existirem inúmeros recursos tecnológicos, os profissionais não têm espaço para perceber a morte como um fenómeno natural da vida dos pacientes ali internados”. Essa ideia é reforçada, quando vários autores defendem que atualmente se vive num contexto social em que prevalece uma atitude de ocultação da morte, remetendo-a para o esquecimento o que leva a que o Homem negue a sua própria finitude (Basterra, 2007; Barbosa e Neto, 2010; Macedo, 2011; Osswald, 2013).

- **Sufrimento emocional do enfermeiro**

O sofrimento emocional vivenciado pelo enfermeiro de CI decorre do processo associado à morte e ao morrer do doente, mas também do apoio e da manifesta tristeza observada pelos participantes no semblante e nas condutas da família.

“Ver aos prantos aquela mãe e aquele pai foi uma coisa que custou a toda a gente, porque toda a gente teve de sair do sítio, mas custou-me imenso” (E9).

“Nós lembrámo-nos e sabemos quem são os pais, lembramo-nos de onde eles são, marcam, e na hora é uma carga emocional muito grande, porque tu também tens de gerir aquilo que estás a sentir. Não consegues ser completamente isento de sentimentos, não consegues ser frio a esse ponto, aquilo também te afeta” (E21).

Dados vinculados ao estudo de Valiee et al. (2012) permitem concluir que os cuidados da morte e do morrer estão indubitavelmente associados a uma forte carga emocional, responsável por produzir efeitos negativos nos enfermeiros, nomeadamente a falta de esperança, a tristeza, a ansiedade e o sofrimento emocional.

- **Tempo de internamento do doente**

O tempo de internamento influencia a forma como o enfermeiro e a família percecionam e vivenciam a morte e o morrer do doente.

“Um dos principais problemas que a morte nos coloca aqui, é a resposta que os familiares muitas vezes têm ao processo de morte, que muitas vezes é momentâneo e abrupto. Outras vezes, vai-se arrastando e, acaba por ser um processo doloroso e, acho que o que nos custa muitas vezes é mesmo esse processo de acompanhamento da família” (E7).

“Essa experiência como foi muito rápida, custa-nos menos porque não temos relação com a família. Nesse caso ele entrou, e passados três horas mais ou menos faleceu, ou seja, não tivemos grande experiência, nem grande relação com a família, nem com o próprio doente” (E10).

Para alguns participantes, a distinção entre um internamento curto e um internamento mais prolongado faz todo o sentido, na medida em que a resposta ao processo de morte tem algumas diferenças. A morte, que ocorre de uma forma rápida e abrupta, logo após a admissão do doente, faz com que a relação para com família e o doente seja inverosímil. Por outro lado, se o internamento se prolongar no tempo, permite que surjam vários sinais indicativos de uma morte cada vez mais provável. Esses sinais, com o passar do tempo começam a ganhar sustentabilidade quer para a família, quer para o enfermeiro, o que exige um acompanhamento, que muitas vezes se revela difícil. O estudo de Fridh et al. (2009) parece indicar que o pouco tempo de internamento impedia a criação de uma relação próxima, levando a que a família se sentisse despreparada para interiorizar o processo de morte, nomeadamente quando ocorria de uma forma repentina. No entanto, parece evidente que, quanto maior fosse o tempo de internamento, maior seria o grau de relação, de proximidade e de disponibilidade do enfermeiro para com a família e o doente.

Relativamente às *Práticas e contextos de cuidados ao doente em morte iminente* (Tabela 6), observamos que estas assumem um grande relevo, relativamente aos cuidados de enfermagem associados aos doentes em morte iminente. No entanto, parece-nos que o envolvimento e a interação entre a equipa multidisciplinar deverão implicar atos e ações que visem a comunhão de ideias, assentes na premissa do respeito pelas competências reconhecidas a cada membro da equipa.

Tabela 6 - Tema: Práticas e contextos de cuidados ao doente em morte iminente

Tema	Subtemas
Práticas e contextos de cuidados ao doente em morte iminente	A dignidade no cuidado à família e ao doente em morte iminente (E4; E8; E10; E12; E16); A recuperação vital como foco de atenção nas situações de emergência (E2; E7); Boas práticas (E1; E12); Contexto de práticas de cuidados (E1; E3; E4; E7; E8; E15; E16; E23); Diferenças de percepção e de atuação médica perante a iminência de morte (E6; E7; E10); Diferenças nas práticas médicas e de enfermagem (E7; E16); Futilidade terapêutica (E2; E3; E7; E8; E10; E15; E16; E17; E22; E24; E25); Reconhecimento do papel do enfermeiro (E11; E13); Reflexão das práticas à posteriori (E5; E12; E15; E18); Tomada de decisão unilateral (E2; E3; E6; E10; E11; E13; E16; E17; E20); Trabalho em equipa (E5; E6; E7; E8); Utilização de tecnologia e fármacos (E1; E4; E8; E10).

- **A dignidade no cuidado à família e ao doente em morte iminente**

A pessoa exige do enfermeiro uma grande capacidade de compreensão relativamente à sua dignidade em fim de vida, de forma a compreender o significado do bem-estar, do conforto e do sofrimento do outro, não esquecendo a inclusão da família em todo o processo.

“E para além desse apoio à família, dessa possibilidade que ainda existe neste serviço, dá-se também o apoio... uma assistência ao doente, no sentido em que ele não esteja em agonia e, não esteja em sofrimento” (E4).

“Aqui, há uma preocupação pelo conforto do doente. Mesmo em situações de parar de escalar medidas, há sempre tanto da nossa parte como dos médicos, analgesia e conforto” (E8).

As narrativas demonstram claramente que se procura evitar o desconforto, o sofrimento e a dor, de forma a promover uma morte digna para o doente, sem nunca esquecer o

apoio à família. Tal como defendem Shorter & Stayt (2009), os CI permitem que haja um controlo sobre todo o processo, de modo a assegurar uma morte digna e pacífica. King & Thomas (2013) focam a importância do conforto, quando a possibilidade de cura se esgota. Nesse sentido os participantes desse mesmo estudo referem que recorrem ao protocolo “cuidados de conforto” (p. 1298), onde a dignidade se assume como o expoente máximo, não esquecendo os dividendos provenientes dos analgésicos e sedativos. Os enfermeiros do mesmo estudo comprometeram-se com a família que, a mesma, tomaria conhecimento das decisões que iriam ser tomadas, ao mesmo tempo, que mantinham a promessa de manter os doentes confortáveis e sem sintomatologia de dor ou sofrimento. No estudo de Fridh et al. (2009) os enfermeiros manifestaram que após a suspensão de medidas, o seu foco passava por dar carinho e manter a dignidade.

- **A recuperação vital como foco de atenção nas situações de emergência**

As ações relacionadas com o operando da emergência médica intra-hospitalar exigem um rápido tempo de resposta, sustentado em conhecimentos técnicos e teóricos, que visam a manutenção imediata da vida. No entanto, devem-se ponderar os benefícios, bem como, todos os malefícios resultantes de tal intervenção

“Nós vivemos numa era em que efetivamente queremos o sucesso a todo o custo e, portanto não sabemos muito bem quando parar [...]. O problema é começar, nós entubamos o doente, nós reanimamos o doente e portanto a partir daí nós temos que garantir tudo o resto, porque se não, não faria sentido sequer termos esse tipo de iniciativa. Isto aqui é uma cascata, o problema é começar, nós começamos com as primeiras intervenções, a partir daí é muito difícil parar, é muito difícil” (E2).

“Grande parte dos doentes que têm paragem cardiorrespiratória prolongada fica em estado vegetativo, porque ficam com uma anoxia cerebral muito marcada, e são traqueostomizados, e vão para uma enfermaria e, nós sabemos que eles vão morrer passado pouco tempo. Mas isso é uma coisa que é impossível de colmatar, de uma pessoa resolver” (E7).

O estudo de King & Thomas (2013) realça que alguns dos seus participantes veem a UCI como um local onde se sentem constantemente desafiados. A UCI é, por certo, um

serviço onde o maior desafio passa certamente por prevenir a morte. Os mesmos autores mencionam que a UCI é um serviço onde prevalecem os tratamentos curativos agressivos e onde a morte é entendida como um fracasso do tratamento. Como tal, pode ser muito difícil a remoção do manto intensivista e curativo, de forma a dar lugar a ações paliativas, tal como parece evidenciar este estudo.

- **Boas práticas**

As boas práticas são um reflexo dos procedimentos e intervenções que o enfermeiro executa ao longo do turno e, que se baseiam em princípios bem definidos e assumidos pelos pares.

“Nós fazemos tudo para o salvar, faz os exames, faz a medicação, faz posicionamentos, faz todos os cuidados a horas, tudo, tudo, tudo, e essa parte, temo-la controlada” (E1).

“A preocupação com o doente gere-se com muito pouco, com o controlo da dor e, acho que nisso temos uma equipa muito respeitosa e, acho que os doentes que estão para falecer continuam a ser tratados como doentes, são posicionados, têm os mesmos cuidados que um doente viável” (E12).

As boas práticas têm por base linhas orientadoras que sustentam a qualidade dos cuidados de enfermagem. Para os participantes deste estudo, as boas práticas relacionadas com a morte e o morrer parecem assentar nos cuidados em muito semelhantes aos que se preconizam nos cuidados curativos, deixando transparecer uma certa dificuldade em assumir determinados cuidados como sendo do âmbito paliativo.

- **Contexto de práticas de cuidados**

Os diferentes contextos da prática de cuidados permitiu a comparação entre a UCIP e os demais serviços onde os participantes trabalharam, o que favoreceu uma reflexão, relativamente às diferenças relacionadas com os cuidados associados à morte e ao morrer.

“Eu comecei a trabalhar no Instituto Português de Oncologia, e lá temos uma percepção da morte... um bocadinho diferente. Aqui é mais tecnológico e, às vezes temos a tendência de ver a família como uma máquina” (E3).

“Aqui a morte é mais humanizada... no serviço de urgência às vezes os doentes faleciam e nós nem dávamos conta, não dávamos por isso. À família não é permitido estar junto com o doente, aqui nas unidades de decisão clínica. Aqui não, salvo exceções muito raras em que o doente agudiza muito rapidamente e acaba por falecer. Habitualmente é sempre uma morte mais acompanhada” (E4).

Estes resultados encontram algum suporte no estudo de Shorter & Stayt (2009), na medida em que, os participantes entendem que o grau de tristeza e de luto, vivenciados na UCI, não era de todo comparável ao que se vivia no internamento, já que na UCI era possível arredar do doente a consciência da sua própria morte, devido ao controlo de todo o processo que, na opinião dos mesmos permitia assegurar uma morte mais pacífica e mais controlada. Os participantes defendiam que as experiências relacionadas com a morte na UCI eram diferentes das que se viviam nas enfermarias gerais, onde, por vezes, a morte ocorria de uma forma descontrolada. Uma das participantes chega a referir que se sentia mais preparada para enfrentar a morte na UCI, do que na enfermaria.

- **Diferenças de percepção e de atuação médica perante a iminência de morte**

A atuação médica relacionada com o processo de morte iminente é alicerçada em conceitos adquiridos ao longo da sua formação académica profissional e pessoal, refletindo-se em diferentes conceções sobre a mesma realidade.

“Relativamente às questões da distanásia, ao longo do meu percurso profissional tenho vivenciado por vezes dualidade de critérios, ou seja, não haver um consenso ou uma tentativa de consenso no seio da equipa médica” (E6).

“E quanto mais experiência tenho, mais noto que existem determinados profissionais, mais médicos porque têm se calhar um poder de decisão diferente do nosso, e que nós já sabemos que aquele vai investir, mas que vem outro e

desinveste e às vezes se calhar é isso que é errado. Se calhar uns praticam a distanásia e os outros nem sequer dão oportunidade de uma possível resposta, ou seja, à esta diferença de abordagem médica” (E10).

Os resultados do estudo de Espinosa et al. (2010) sublinham que as diferenças de atuação no seio da equipa médica resultam do facto de a UCI contemplar diversas especialidades médicas. Alguns focam-se mais num sistema, ou num sintoma, o que pode gerar conflitos e desacordos relativamente ao prognóstico do doente. Esta realidade pode ser semelhante aos resultados deste estudo, os quais revelam, como vimos, diferentes abordagens da equipa médica, quando esta não comunga do mesmo prognóstico, o que parece evidente na leitura das narrativas.

- **Diferenças nas práticas médicas e de enfermagem**

A enfermagem, vista e sentida como o tomar conta daqueles que por qualquer circunstância não podem cuidar deles, encontra na prática médica, uma outra filosofia de cuidar, que assenta, essencialmente no modelo biomédico.

“Acho que nós enfermeiros estamos mais treinados para cuidar a pessoa, independentemente da pessoa estar a morrer, porque aceitamos mais facilmente e, os médicos são na minha perspetiva treinados para curar e, para que o doente sobreviva e, muitas vezes esquecem que sobreviva com qualidade de vida e durante quanto tempo” (E7).

“Lá está, com isso depreende-se uma decisão médica. A parte de enfermagem é mais ligada ao apoio familiar, porque com o doente nós não estabelecemos uma relação que nos permita...” (E16).

Espinosa et al. (2010) reiteram que o modelo médico responde perante a disfunção do órgão, subjacente à sintomatologia da doença, ao passo que a enfermagem entende que a pessoa deve ser vista como um todo, ou seja, de uma forma holística, onde está incluído o doente, mas também a família. Esta diferença é entendida pelos participantes como frustrante, na medida em que a prática médica tende a concentrar-se em determinados pormenores, criando uma barreira que parece impedir a visualização da

situação clínica do doente como um todo, devido à valorização de determinados aspetos, que são de todo irrelevantes para a família e para o doente que se encontra a morrer.

- **Futilidade terapêutica**

O afastamento da morte e da inevitabilidade da mesma é, por vezes, barrado por uma obsessão terapêutica ou por tratamentos fúteis, que derivam de tratamentos inúteis e tecnologicamente complexos, num momento onde a inevitabilidade da morte é uma verdade inequívoca.

“Aqui eutanásia não. Mas distanásia tem-se a noção que se faz, investem, investem, investem...” (E3).

“E depois temos os casos em que eles investem... investem e sabem que não vão ter resultados. Eles sabem que não vão recuperar, só que muitas vezes eles não querem tomar a decisão” (E24).

Estes dados parecem realçar que, por vezes, se vai para além de práticas eticamente aceitáveis, na medida em que se prolonga o inevitável através de medidas fúteis, não resultando daí qualquer tipo de benefício para a família e para o doente em morte iminente. Este entendimento é também reiterado por Fridh et al. (2009) e por Espinosa et al. (2010).

- **Reconhecimento do papel do enfermeiro**

O enfermeiro, decorrente das suas práticas, é aquele que, naturalmente passa mais tempo junto ao doente/família. Nessa medida, o reconhecimento é o resultado da presença e do apoio que o enfermeiro presta.

“E depois, são pessoas que além de enfrentar aquele processo de dor e de perda, também têm uma palavra de apreço para connosco e, isso acaba por ser sempre gratificante, porque ainda nos agradecem” (E11).

“E aqueles casos que aparecem aí de vez em quando para nos visitar...” (E13).

Alguns resultados do estudo de King & Thomas (2013) corroboram os nossos realçando a atenção prestada para com um doente que estava a morrer, bem como o reconhecimento que a família endereçou ao enfermeiro, por este ajudar a sua mãe.

- **Reflexão das práticas à posteriori**

Em determinados momentos da vida profissional do enfermeiro, parece quase inevitável a reflexão sobre determinados acontecimentos que se deram no local de trabalho, nomeadamente sobre aqueles que o marcaram de alguma forma.

“Quantas vezes, eu estou em casa e, estou a pensar no doente x, no doente y...”
(E5).

“Foi um daqueles casos em que eu fui para casa a pensar nisso, como é que é possível... jovens, e os pais?” (E18).

Dados do estudo de Thompson et al. (2010) vão ao encontro destes, uma vez que, os participantes sentiram a necessidade de refletirem sobre a morte dos seus doentes, bem como os cuidados prestados. O aparecimento de diversas intercorrências obriga a gerir prioridades, relegando algumas delas, para segundo plano. Assim, muitas vezes, surge a necessidade de refletirem em casa sobre os acontecimentos mais marcantes, que se deram ao longo do dia de trabalho.

- **Tomada de decisão unilateral**

A decisão de investir ou de suspender medidas é de uma enorme complexidade ética, facto que, se deveria pautar por uma decisão unânime ao nível de todos os intervenientes, no entanto, constata-se que essa possibilidade ainda é pouco comum, sendo, na sua maioria, uma decisão tomada unilateralmente pela equipa médica.

“Por enquanto, a decisão de suspender medidas é muito unilateral e, unilateral médica” (E6).

“Eu acho que apesar de nós sermos importantes na equipa, não temos qualquer poder de decisão em suspender ou não medidas a um doente, apesar de se falar

que esta decisão é uma decisão multidisciplinar, não é, quem decide é o médico” (E17).

Vários estudos corroboram a falta de poder na tomada de decisão, por parte dos enfermeiros. Robichaux & Clark (2006) descrevem a falta de poder na tomada de decisão e o uso de medidas desproporcionais. Fridh et al. (2009) apontam para a falta de colaboração entre as equipas, relativamente ao processo de tomada de decisão. Já os enfermeiros que participaram no estudo de Espinosa et al.(2010) vão mais longe, quando manifestam desagrado, relativamente à falta de influência nas tomadas de decisão relacionadas com o fim de vida.

- **Trabalho em equipa**

O trabalho inerente a uma equipa multidisciplinar exige um grande compromisso de cooperação, fundamentalmente quando existe a necessidade de convergirem diferentes interesses e necessidades, com o intuito de proporcionar o melhor à família e ao doente que se encontra em morte iminente.

“Tentamos conjugar e aproveitar aquilo que é realmente bom entre a equipa, e otimizar aquilo que podemos considerar menos bom, de forma, a que as coisas funcionem em equipa. A UCIP funciona, funciona bem nesse aspeto” (E5).

“De uma forma geral os médicos até nos ouvem, há uma comunicação entre as equipas” (E8).

A UCI, devido à complexidade da condição de saúde dos doentes que admite, poderia e deveria ser o ícone máximo da interação profissional e social, do ponto de vista interdisciplinar. No entanto, dados vinculados ao estudo de Fridh et al. (2009), vão no sentido contrário aos do nosso estudo, na medida em que, parecem indicar alguma falta de colaboração entre as equipas. A dificuldade na colaboração entre equipas é corroborada por Amaral, Soares, e Souza (2010) quando também mencionam dificuldades no relacionamento entre as equipas interdisciplinares. O trabalho em

equipa requer um compromisso contínuo, que vise conhecer o trabalho do outro, bem como, o respeito mútuo entre as diferentes categorias profissionais que integram os cuidados na UCI.

- **Utilização de tecnologia e fármacos**

Os CI reúnem um conjunto de tecnologia e de farmacologia muito distinta dos demais serviços, no entanto, existe um limiar que deve ser ponderado, nomeadamente nas situações de morte iminente.

“Nós lidamos muito bem, mais um bocado de Noradrenalina, menos um bocado de Noradrenalina, mais um bocadinho de Furosemida e está tudo certinho, apesar de poder estar num processo de morte iminente (...) porque aqui morremos algum doente... nós temo-los todos controladinhos” (E1).

“Mas de facto, com muita tecnologia que tenhamos não conseguimos evitar o curso da vida e, há tanta tecnologia, mas o corpo tem os seus limites, e chega a um ponto que nós não sabemos se estamos a fazer mal, ou bem ao doente” (E8).

A partir do estudo de Shorter & Stayt (2010) subentende-se que o uso da tecnologia e dos fármacos disponíveis na UCI permitem um controlo da situação, possibilitando amenizar sentimentos de culpa que possam surgir no enfermeiro que se vê perante a iminência de morte do doente. No entanto, é necessário ter em conta os limites preconizados pela ética, de forma a defender o melhor interesse para o doente, em detrimento de qualquer outro interesse, tal como defendem os participantes do estudo de Robichaux & Clark (2006).

Das narrativas implícitas ao tema *Práticas e contextos de cuidados à família* (Tabela 7), é-nos dado a observar, que a presença e o acompanhamento que a família tem para com o seu familiar internado na UCIP são na verdade, algo que se reveste de uma enorme complexidade e de sofrimento, nomeadamente quando o seu familiar se encontra em morte iminente. Embora a instabilidade dos doentes e a possibilidade de morte, seja uma realidade muito própria das UCI, também é verdade, que a evidência, e a inevitabilidade da mesma, geram nas famílias determinados comportamentos, expressões e sentimentos que lhes são muito próprias.

Tabela 7 - Tema: Práticas e contextos de cuidados à família

Tema	Subtemas
Práticas e contextos de cuidados à família	Garantir o conforto e a privacidade possível (E2; E7); Gerir a comunicação de más notícias (E2; E3; E5; E6; E9; E11; E12; E13; E14; E18; E20; E22; E24); Gerir o luto no processo de morte (E1; E2; E3; E4; E5; E7; E8; E9; E11; E12; E13; E14; E15; E16; E17; E18; E19; E21; E22; E23; E24); Perceção da necessidade do <i>follow-up</i> (E12); A alteração da imagem do doente (E12; E19); Prestar apoio psicológico (E12; E14; E21); Promover a presença da família na morte e no morrer (E2; E3; E4; E5; E6; E8; E10; E17; E22; E24); Respeitar a vontade do doente e da família (E6); Satisfazer as necessidades da família após a morte (E1); Ser advogado e defensor da família (E3; E5; E11; E12; E13; E21).

- **Garantir o conforto e a privacidade possível**

As UCI em termos de ordenamento e do espaço físico têm critérios rigorosos e muito bem definidos, tornando-as em locais de trabalho abertos, divididos por boxes e onde as cortinas funcionam como um elemento que garante a privacidade. Contudo, a inevitabilidade da morte parece deixar a nu o evidente défice de privacidade que caracteriza estas unidades.

“Nós garantimos essa presença, tentando a melhor privacidade possível, dentro da estrutura física que é disponibilizada” (E2).

“Torna-se bastante complicado ter alguma atitude mais proactiva e de conforto, visto que esta é uma unidade que não é fácil de proporcionar essas características” (E7).

Estes dados reportam-nos para os do estudo de Kongsuwan & Locsin (2010) onde a morte pacífica e promotora do conforto e da dignidade, foi abordada pelos participantes. No entanto, os mesmos também revelaram dificuldades em conseguirem atingir esse mesmo objetivo, devido ao barulho e à atividade constante da UCI. O problema era contornado através da criação de uma atmosfera pacífica num curto espaço de tempo, onde a música também assumia um importante papel. Por outro lado, Pearson et al. (2001) realçam que os enfermeiros revelaram sentimentos de culpa e de frustração por nem sempre conseguirem o devido silêncio, a devida privacidade, e o devido tempo para a família se despedir do seu familiar que estava a morrer. Fridh et al. (2009)

também realçam a dificuldade em se conseguir dar a melhor privacidade ao momento da morte, devido à logística e ao espaço físico da UCI.

- **Gerir a comunicação de más notícias**

A má notícia causa alterações inevitáveis na família ao nível das expectativas e dos sentimentos, o que exige da parte de quem as transmite um grande domínio da técnica, de forma a minimizar ao máximo os efeitos provocados por algo que a família nunca esperava ouvir. No entanto, o emissor e detentor da má notícia, também pode ter alguma dificuldade em transmitir uma notícia que carrega um enorme simbolismo de tristeza e de desespero.

“Mas, existem situações que nos custam sempre mais... são aquelas situações em que a família não está preparada para receber a notícia de que o seu familiar vai morrer” (E3).

“Nas situações que são agudas, gerir a comunicação com a família é mais complexo, é mais complexo porquê? Porque a família não está à espera e, portanto emocionalmente está destroçada. Da nossa parte tem que haver ali uma capacidade de comunicação diferente” (E6).

Na opinião de Forsberg et al. (2014) a comunicação verdadeira e esclarecedora, assente numa relação de proximidade, era importante para que a família percebesse e assimilasse o ocorrido, tendo em conta o fator tempo, de forma a permitir o devido esclarecimento da morte cerebral e da doação de órgãos. Kings & Thomas (2013) concluíram que a comunicação foi uma arma terapêutica principalmente na abordagem da morte e na discussão do tratamento fútil com a família e com o doente. A dificuldade na comunicação das más notícias, por parte de alguns participantes, levando-os a sugerirem a criação de protocolos e de formações relacionadas com a comunicação de más notícias às famílias, foi também abordada no estudo de Espinosa et al. (2010).

- **Gerir o luto no processo de morte**

O sentimento de perda por parte da família é, na maioria das vezes, tão intenso que a ajuda prestada pelos enfermeiros parece assumir-se como algo imprescindível. Neste sentido, a gestão do luto no processo de morte implica a adoção de mecanismos que visam acompanhar e mostrar disponibilidade e preocupação para com os medos e anseios que, inevitavelmente, se associam à família, na medida em que a gestão do luto se inicia ainda antes do doente morrer. Apesar do reconhecimento da necessidade do acompanhamento da família neste processo doloroso, a ajuda prestada pelos enfermeiros parece assumir-se como algo de supérfluo.

“Não foi um doente que faleceu passado umas horas, como era perspectivado, e à família custou-lhe imenso [...]. O doente estava sedado e com analgesia, esse aspeto nós tínhamos salvaguardado, o doente estava confortável. Mas, o mesmo não se passava com a família e acho que aí é muito mais complicado o processo do luto, porque acaba por ser um luto, um luto que apesar de a pessoa estar viva é complicado” (E7).

“Porque tu ficas sem capacidade de conseguir consolar aquela pessoa, o que é que é ótimo dizer naquela altura? O que é bom? Eu optei pelo silêncio, perguntei se precisavam de ajuda, se precisavam que eu contactasse alguém, mas tu ficas sem jeito, porque tu próprio também não sabes lidar muito bem com esse sentimento. E ficas um bocadinho ali a tentar apoiar, mas de que forma é que eu apoio? O silêncio? O estar ao lado?” (E9).

Os dados do estudo de Forsberg et al. (2014) corroboram os dados do presente estudo, dado que realçam o respeito pelo doente em todo o processo de morte e o respeito e a cordialidade para com a família em todo o processo de luto, onde a gestão do tempo, da comunicação, do silêncio e do espaço vital é tido em conta pelos participantes. Outros estudos revelaram que os participantes assumiam comportamentos e ações que visavam uma eficaz gestão do luto, dos quais se destacam os que abordam a morte cerebral e a doação de órgãos (Pearson et al., 2001; Ronayne, 2009).

- **Perceção da necessidade do *follow-up***

A ideia de voltar ao local onde o seu familiar morreu pode ser entendida como uma forma de ajudar a família no processo de luto, mas também, de lhe proporcionar a possibilidade de esclarecer alguma dúvida suscitada após o impacto da morte.

“Um dia não são dias e vai-se fazendo há medida que se pode, alguns dias melhor, outros dias pior, mas acho que devia haver um follow-up, mesmo das famílias que perdem alguns familiares aqui” (E12).

O regresso da família à UCI após a morte do seu familiar, também foi relatado noutros estudos. A visita era entendida como algo positivo, já que permitia o esclarecimento das dúvidas suscitadas pela família, bem como, a possibilidade de ouvir a opinião da mesma relativamente aos cuidados prestados. Por outro lado, esta era também uma forma de apoiarem a família no processo de luto (Fridh et al., 2009; Forsberg et al., 2014).

- **A alteração da imagem do doente**

A UCI, local de tecnologia de ponta e do uso massivo de dispositivos médicos invasivos, é também o local da constante monitorização e do uso de medidas agressivas, potenciado por um lugar reservado, mas impregnado de alarmes e sons desconhecidos. O conjunto destes fatores contribui para a inevitável alteração da imagem do doente.

“Eu acho que para as famílias não é a mesma coisa entrar aqui. O doente que eu tenho hoje, foi um senhor que parou porque se engasgou. Agora imagina, eu estou aqui a falar e, daqui por um bocado, tu vê-me com um tubo na boca, de fralda, com central, com monitor, com ventilador, às vezes com sensor da pressão intracraniana, com manta de arrefecimento, com balão intra - aórtico...” (E12).

“Eu percebo perfeitamente quando a família entra e olha para eles, e muitos deles não conseguem estar a primeira vez junto aos familiares, porque é diferente, eles estão diferentes, basta ter uma ligadura na cabeça, eles ficam

com uma imagem corporal diferente, e a família não está habituada a vê-los assim” (E19).

Silva e Lage (2010) entendem que a UCI é, inevitavelmente, o local onde a invulnerabilidade da pessoa é levada ao extremo, algo ainda mais exacerbado pelo ruído, tubos e incapacidade de falar. A família assume um papel preponderante em todo o processo, todavia esse papel tem as suas condicionantes e particularidades, já que, o impacto do acontecimento gera desequilíbrios emocionais, ao que acresce o uso, quase que massivo, dos dispositivos médicos e, das técnicas de suporte implementadas, causando inevitavelmente uma significativa alteração da imagem do doente. O enfermeiro deve, por isso, identificar as necessidades da família, com o objetivo de desenvolver e aplicar o conceito de cuidado centrado na família, para que a família possa alcançar a certeza, no mundo das incertezas.

- **Prestar apoio psicológico**

A morte e o morrer de um familiar podem alterar completamente o sentido da vida de quem fica, provocando desregulação ao nível do foro psíquico, sendo necessário uma resposta atempada, relativamente ao apoio psicológico. No entanto, parece um recurso escasso, o que exige que os enfermeiros também prestem apoio psicológico quando necessário.

“Agora, em relação à família acho que há muita falta de apoio e, isso prejudica-nos muito a nós [...]. Já tivemos jovens de 16 ou 17 anos, filho único, ou aquele segundo filho que morre de acidente, ou que perdeu o pai há dois dias e, agora está a morrer o filho. Estás a tentar lidar com isso, e o facto de a família não ter outro apoio para além do nosso, porque não tem. A parte da psicologia aqui é zero” (E12).

“E ter o apoio do psicólogo, acho que é muito importante. Mesmo durante a visita, acho que devíamos ter aqui uma pessoa alguns dias por semana, fixa para o apoio aos familiares” (E14).

Alguns estudos direcionam o apoio psicológico para o enfermeiro e não propriamente para a família (Shorter & Stayt, 2009; Thompson et al., 2010). Esse facto pode levar-nos a deduzir que os estudos possam, à partida, assumir como normais todos os

comportamentos e intervenções que visassem o apoio psicológico às famílias e ao doente, por parte dos enfermeiros. A prestação do apoio psicológico parece ser mais evidente nos estudos que abordam a morte cerebral e a doação de órgãos, que, na sua maioria, ocorre em idades mais jovens, exigindo, por isso, um maior apoio por parte dos enfermeiros. No entanto, participantes do nosso estudo realçam a necessidade de um apoio formal para as famílias, sob pena de se verem sobrecarregados com o apoio psicológico que, inevitavelmente, têm de prestar às famílias devido aos escassos recursos humanos no âmbito da psicologia.

- **Promover a presença da família na morte e no morrer**

Para a família, a morte e o morrer simbolizam um conjunto de respostas emocionais que geram uma grande vulnerabilidade da mesma. Nesse sentido, deve-se promover a presença da família, devido à singularidade e ao simbolismo do ato, no entanto, o direito de opção é um direito consagrado e que assiste a todos os membros da família.

“Têm livre acesso à unidade, portanto não há restrições no número de visitas como é habitual. Disponibilizamos a entrada dos familiares, seja a que hora for” (E4).

“Nessas alturas, nós abrimos exceções nas visitas dos familiares... deixamos vir toda a gente despedir-se” (E24).

Estes dados vão de encontro aos resultados do estudo de Fridh et al. (2009), já que, os seus participantes referiram que promoviam a presença da família no momento em que o seu familiar estava a morrer. Parece poder depreender-se que os participantes, ao incentivarem a presença da família, também pretendiam promover a conexão psicológica e física entre o doente que estava a morrer e os seus familiares.

- **Respeitar a vontade do doente e da família**

O respeito pela vontade do doente relativamente ao seu fim de vida parece implicar uma profunda reflexão ao nível dos CI. As vontades antecipadas alicerçam a necessidade de enfrentar o problema que se vai adensando. Por outro lado, deverá ter-se em conta a vontade expressa à família e que vai sendo manifestada ao longo do processo de morte iminente, que pode ser mais ou menos moroso.

“Estes cuidados em fim de vida, podem estar expressos à família, e muitas vezes nós não temos esse conhecimento, porque também não o procuramos. Agora com a nova lei do testamento vital, provavelmente poderá cada vez mais existir esse conhecimento, a gente ter noção do que é que a pessoa pretende nos cuidados em fim de vida” (E6).

O estudo de Forsberg et al. (2014) é claro quanto ao respeito integral da vontade das famílias, quando estas têm de optar, por consentirem ou recusarem, a doação de órgãos dos seus familiares. Já os participantes do estudo de King & Thomas (2013) prometeram aos doentes em fim de vida, que iriam mantê-los confortáveis e sem sintomas. Estes estudos demonstram respeito e compromisso pela vontade da família e do doente, no entanto, não existe uma abordagem clara quanto à existência do testamento vital, ou de uma qualquer vontade antecipada, por parte do doente que se vê perante o seu fim de vida.

- **Satisfazer as necessidades da família após a morte**

O vazio destituído de sentido parece apoderar-se de muitas famílias que vivenciam a experiência de morte, o que parece condicionar a perspetiva e o apoio que o enfermeiro possa prestar.

“Muitas vezes são os dramas familiares de quem fica. E em cuidados intensivos acho que o drama maior das mortes é a envolvimento da pessoa, os filhos que ficam, as mulheres, os casos em que são os únicos filhos... acho que é uma parte muito dura” (E1).

Embora seja manifestamente difícil ir de encontro a todas as necessidades das famílias, que se veem perante a morte de alguém que era influente no seio familiar, deve ser realçada a disponibilidade manifestada por enfermeiros. O estudo de King & Thomas (2013) refere o apoio prestado pelo enfermeiro no *post-mortem*, através da sua presença no velório ou no funeral, sendo realçado, que algumas relações se prolongaram no tempo. Já os estudos de Fridh et al. (2009) e de Forsberg et al. (2014) plasmam o apoio

prestado à família após a morte do seu familiar, por via de um convite endereçado à mesma, que visava o seu regresso à UCI, com vista a encetarem uma conversa, onde manifestavam todo o seu apoio e auxílio na fase de luto.

- **Ser advogado e defensor da família**

O enfermeiro ao proteger e defender a família assume, ao mesmo tempo, o dever de um compromisso moral, que possa ser útil para a família através dos recursos que estão ao seu dispor.

“É um acontecimento inevitável, mas tento dignificar a situação o mais pormenorizadamente possível, e dar a ajuda, a melhor que sei e que posso aos familiares. Aqueles que estão vivos e que realmente têm de lidar com a morte, do seu familiar” (E5).

“Claro que temos de ser humanos, criar empatia com as famílias, ter respeito por esses momentos, e facilitar tudo o que seja possível no apoio à família” (E21).

Os resultados do estudo de Robichaux & Clark (2006) e de King & Thomas (2013) traduzem o propósito de os participantes serem advogados e defensores da família, quando se deparam com a decisão de suspender e de retirar medidas fúteis. Estes dados realçam também o seu contributo, quanto à preparação psicológica das famílias que se deparam com a inevitabilidade da morte do seu familiar.

O tema seguinte, designado de *Mecanismos de adaptação* (Tabela 8) plasma a necessidade de o enfermeiro se defender de fatores adversos (internos e externos), relacionados com a morte e o morre na UCI.

Tabela 8 - Tema: Mecanismos de adaptação

Tema	Subtemas
Mecanismos de adaptação	Aceitar o fim da vida (E3; E9; E12); Adotar comportamento de fuga (E3; E5; E7; E9; E10; E15; E19; E20; E21; E22; E23; E25); Procurar apoio entre os pares e família (E3; E7; E15; E21); Recurso às emoções (E3; E9; E11; E18; E19); Sentimento de dever cumprido (E3; E16; E21); Consciencialização do problema (E3; E9; E16; E21; E23).

- **Aceitar o fim da vida**

A finitude é uma inerência do ciclo vital associada ao ser humano. Nessa perspectiva, ao pensar e agir dessa forma, o enfermeiro parece aceitar mais facilmente os processos de morte dos seus doentes.

“Mas lido bem, não stresso nada quando fico com um doente que sei que vai morrer, que é um caso complicado” (E3).

“A partir do momento em que aceitas que a morte não depende de ti, nem de ti depende o cuidado que podes dar única e exclusivamente àquela família, vives bem com isso” (E12).

A necessidade de aceitar o fim de vida por parte dos enfermeiros é, em certa medida corroborada por Barbosa e Neto (2010), na medida em que é importante que o profissional de saúde compreenda e aceite que, em várias ocasiões, se depara com situações limites, às quais não consegue dar resposta, porque estão para além do humanamente possível. As narrativas dos participantes do nosso estudo parecem indicar que os mesmos têm presente a existência desse limite, que se vê consagrado na morte de cada ser humano.

- **Adotar comportamento de fuga**

Os enfermeiros condicionados pela morte e o morrer dos seus doentes, tendem a proteger-se do sofrimento emocional da família e do doente, criando comportamentos adaptativos, que visam a fuga ao problema, como forma de se protegerem emocionalmente. Todavia, essa atitude parece impedir o apoio eficaz ao doente e à família, que enfrenta a perda do seu familiar.

“Não podemos apegar-nos muito aos doentes, não podemos ligar-nos emocionalmente, porque também dificulta a realização do nosso trabalho. Portanto, também temos de ter algumas defesas para conseguirmos continuar.

Se não nos defendermos e nos distanciarmos um bocadinho, depois não conseguimos lidar com a próxima situação” (E21).

“Acho que faço o que tenho a fazer e não vivencio sequer o drama familiar, passa-me um bocadinho ao lado. Não estou a pensar muito” (E25).

Shorter & Stayt (2009) revelam que alguns participantes do seu estudo enveredaram pelo desprendimento emocional, como forma de se protegerem emocionalmente à exposição contínua da morte dos doentes. Também Espinosa et al. (2010) verificaram que alguns participantes adotavam comportamentos de fuga, que visavam a sua autoproteção emocional e que passavam por evitar uma relação de proximidade para com o doente e a família, fazendo com que o sofrimento da família e a morte do doente não lhes causasse sofrimento. Como tal, estes participantes foram designados por “enfermeiro duro” (p. 279).

- **Procurar apoio entre os pares e família**

Nas UCI vive-se uma intensa carga emocional, levando muitas vezes o enfermeiro a sentir a necessidade de falar, de trocar ideias e de ser ouvido por alguém do seu meio familiar ou do seu local de trabalho.

“Quando eu saio daqui vou a conduzir com o rádio ligado até casa, e em alguns dias chego a casa e tenho efetivamente de falar daquilo que se passou, porque acaba por ser maior...” (E3).

“Este tipo de situações levam-te sempre a pensar um pouco, e tu num momento, ou noutro, hades sempre lembrar-te deste ou daquele caso, e sobre o qual vais refletir e, podes falar aqui no serviço, ou em casa” (E15).

Também alguns enfermeiros do estudo de Thompson et al. (2010) recorreram à família e aos amigos para refletirem sobre a morte dos seus doentes. Contudo, os estudos de Shorter & Stayt (2009) e de Espinosa et al. (2010) realçaram mais a importância da conversa entre os colegas de trabalho, de modo a refletirem sobre as experiências vivenciadas da morte e do morrer na UCI.

- **Recurso às emoções**

As emoções desempenham um importante papel relativamente ao processo da morte e do morrer, na medida em que, refletem no enfermeiro que se vê perante a morte do doente e a consternação da família, determinados comportamentos e ações.

“E já chorei em frente à família, a chorar efetivamente, custou-me imenso, mas não consegui, não conseguia, é muito complicado, muito muito complicado” (E3).

“Muitas vezes as lágrimas acabam por aparecer, porque vêes o choro deles, vêes a emoção deles, e acho que acaba por passar um bocadinho” (E11).

O estudo de Thompson et al. (2010) e de Espinosa et al. (2010) corroboram os nossos dados, quando revelaram que alguns participantes sentiram a necessidade de chorar na presença do doente e da família.

- **Sentimento de dever cumprido**

O reconhecimento de dever cumprido é visto como uma recompensa, influenciando a forma como o enfermeiro vivencia a morte do doente, na medida em que, o seu modo de agir e a sua prática se pauta pela competência dos cuidados prestados.

“Claro que as primeiras mortes são sempre as mais marcantes, é um acontecimento que ainda não vivenciaste anteriormente. Conforme elas vão sucedendo, o sentimento de missão cumprida e, de dever cumprido com aquele doente levam a uma melhor aceitação” (E16).

“Tentamos fazer de tudo para que esse momento não chegue, às vezes não é possível e nesses casos, temos de encarar como tendo sido feito tudo o que era necessário, que era possível, e seguir em frente” (E21).

Também relativamente a este aspeto, um dos participantes do estudo Thompson et al. (2010) revelou sentir-se feliz por ter proporcionado uma boa morte ao doente, deixando

transparecer um certo sentimento de dever cumprido. No estudo de Valiee et al. (2012) os enfermeiros também realçaram a importância de assegurarem tudo o que podiam para o doente que estava a morrer, recorrendo aos cuidados que estavam ao seu alcance.

- **Consciencialização do problema**

A competência em assumir um problema de uma forma consciente deriva da capacidade cognitiva de cada indivíduo, a qual permite uma reflexão que visa a procura de soluções, no sentido de evitar efeitos desagradáveis.

“Consigo lidar com os familiares, não sou daquelas que peço a outro colega para ficar com os familiares, mas tenho a necessidade de sair, de tomar um café, arejar um bocadinho, e depois voltar” (E3).

“Eu senti que teria de ser eu a lidar melhor com esta área e, comecei a consciencializar-me que era o que tinha de ser, o que teria de ser feito foi feito. Beneficiaram outras pessoas que estavam a precisar daqueles órgãos e fiz um auto luto gradativo, de pesar, naquelas duas semanas” (E9).

A consciencialização do problema parece indicar o primeiro passo para a mudança de comportamento. Na primeira narrativa é evidente que essa mudança passa apenas pela saída momentânea do elemento causador do desconforto, ao passo que a segunda evidencia uma autorreflexão do elemento desestabilizador, recorrendo a ferramentas do “eu”.

No que reporta aos *Conflitos internos na gestão dos cuidados* (Tabela 9), estes surgem, porque, habitualmente, o enfermeiro se depara com duas realidades, que não sendo necessariamente opostas, parecem incompatíveis perante a evidência das circunstâncias. Este facto, gera no profissional um sentimento de conflito interno, na medida em que não existe coerência na forma de pensar e de agir, dado que, aquele tipo de decisões não pertence à sua esfera de competência.

Tabela 9 - Tema: Conflitos internos na gestão dos cuidados

Tema	Subtemas
Conflitos internos na gestão dos cuidados	Discordância nos critérios de admissão (E2; E3; E5; E21; E24; E25); Discordância na transferência do doente face à sua situação clínica (E2; E6; E12).

- **Discordância nos critérios de admissão**

As UCI são um meio escasso e extremamente dispendioso, como tal, reservam-se ao direito de apenas admitirem os doentes que precisam efetivamente dos CI. No entanto, a triagem dos doentes admitidos nem sempre parece ser unânime e consensual ao nível da equipa, na medida em que, por vezes, se tornam incompreensíveis determinadas admissões, o que causa algum desconforto nos enfermeiros.

“Muitos doentes são admitidos em CI e praticamente à entrada é efetuado quase no imediato um prognóstico e, dizemos porque que foi admitido? Para quê? E porquê? Penso, que acima de tudo devia ser feita uma grande triagem em CI para a admissão dos doentes. Presumo que diminuiria bastante o número de casos de morte em CI” (E5).

“E depois há casos de doentes que entram na unidade que no meu ver não têm critérios para entrar, alguns acabam por morrer logo na entrada no serviço, ainda a semana passada aconteceu um caso” (E24).

Rios (2001, p. 482) defende que “O tratamento em UCI deve ser reservado para doentes com boa perspetiva de recuperação substancial e sobrevivência funcional. Teoricamente, um doente deve ser internado numa UCI se disso resultar uma redução do seu risco de morte”. As narrativas do nosso estudo parecem indiciar que algumas admissões não corroboram a opinião de Rios (2001). Por outro lado, a experiência de muitos anos em CI, permite aos enfermeiros adquirirem um tom crítico relativamente à admissão de alguns doentes, o que gera nos mesmos um certo conflito interno, reflexo da pouca importância, que provavelmente é dada à sua opinião.

- **Discordância na transferência do doente face à sua situação clínica**

Em determinados casos, o enfermeiro revela o seu descontentamento relativamente à transferência de doentes que estão na iminência de morrer, sem que, por vezes, haja uma razão plausível para esta decisão.

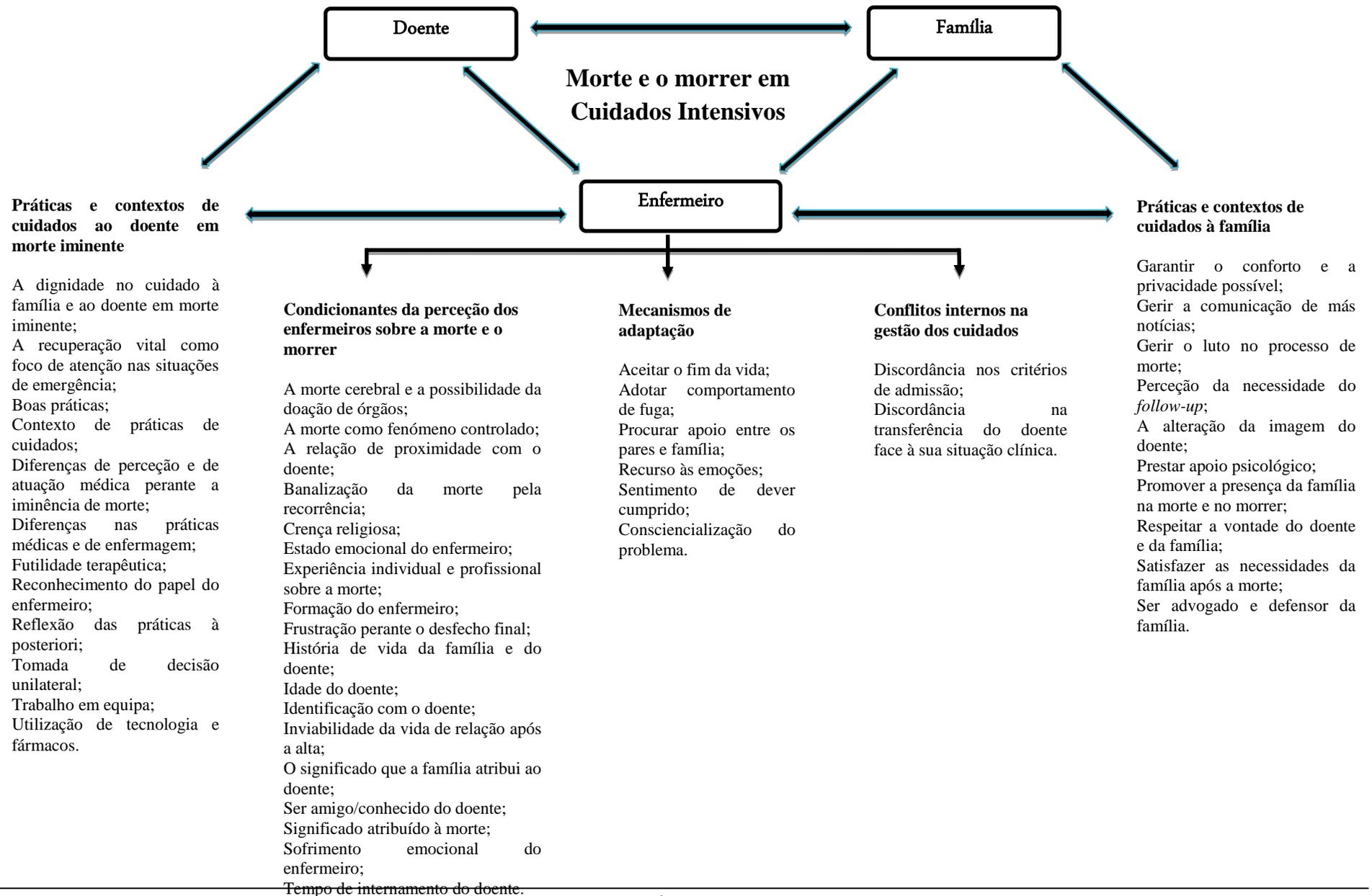
“Outro aspeto, que também vou falar e este é mais recente... é transferir o doente para outro hospital sem viabilidade, ou seja, o doente vai em peça em T, mas vai com indicação para não investir, porque não tem viabilidade. Para mim é assustador e é assustador porquê? Porque em fim de vida vai andar uma pessoa de maço para cabaço, ou seja, sai da unidade, vai para outro hospital transferido. Nem tão pouco é dentro do próprio hospital, é enviada para outro hospital e em fim de vida, não faz sentido” (E6).

“Aqui também acontece uma coisa que para mim é bastante penosa, normalmente os doentes não morrem aqui, ou seja, a partir do momento em que se decide suspender medidas, o doente é colocado, ou em peça em T, ou outra e, é transferido para outro serviço. A mim custa-me um bocado...” (E12).

O estudo de King & Thomas (2013) realça a importância do conforto, para com o doente em fim de vida, muito embora também seja referido por um dos participantes que, por vezes, esses mesmos doentes são transferidos para outros serviços, de modo a não ocuparem a cama da UCI, pela necessidade de vagas. Não é claro a existência de qualquer tipo de discordância quanto à aplicação desta medida, por parte do participante do referido estudo, nem se as transferências ocorrem para outro hospital. No entanto, parece-nos que o enfermeiro, enquanto membro da equipa multidisciplinar, advogado e defensor dos interesses do doente, deveria ter um papel ativo na condução de todo o processo que visasse a transferência dos doentes internados na UCI e em fim de vida.

Neste capítulo apresentamos e discutimos o perfil biográfico e social dos participantes, bem como a data da última experiência de morte dos enfermeiros da UCIP. Foram ainda apresentadas e discutidas as narrativas dos participantes que integram os temas e subtemas, que ajudaram a compreender a estrutura da experiência em estudo, relativa ao significado que os enfermeiros atribuem à morte e ao morrer na UCIP. Este capítulo termina com a apresentação do diagrama esquemático (Figura 1) que traduz a experiência anteriormente referida.

Figura 1 - Diagrama da estrutura da experiência dos enfermeiros sobre a morte e o morrer na unidade de cuidados intensivos polivalente



5 - Conclusão e sugestões

Os conceitos de morte e do morrer foram-se alterando ao longo dos séculos, reflexo de uma vida cada vez mais longa, mas também de uma morte mais lenta. A hospitalização da morte, os avanços tecnológicos e a especialização dos recursos humanos, levaram à alteração do paradigma da vida e da morte. A morte passou do conforto do lar para o hospital assético e frio, ao qual se associam a solidão e o desconhecido, que parecem arredar a pessoa da sua própria consciência de morte.

As UCI diferenciam-se pela tecnologia sofisticada, nível de monitorização e intervenção, bem como pela especialização dos recursos humanos. Estas unidades são associadas aos cuidados em fim de linha, onde prevalecem os tratamentos curativos e agressivos. O fim da linha leva a equacionar a morte, mesmo não a desejando. No entanto, assiste-se a uma mistura de sentimentos e de comportamentos, principalmente nos momentos em que a dura realidade da morte passa a ser a única verdade, gerando por isso uma complexa teia de emoções e de sentimentos, quer no enfermeiro, quer na família e no doente que se vê perante o seu fim.

As narrativas que dão voz aos participantes permitiram uma melhor compreensão do significado que os enfermeiros da UCIP atribuíram à morte. Estes resultados emergentes ancoraram-se em cinco (5) temas e subtemas correspondentes, que permitiram uma compreensão mais abrangente do fenómeno da morte e do morrer neste contexto.

A perceção da morte e do morrer é condicionada pela perceção dos enfermeiros, onde diversos fatores geram diferentes entendimentos, designadamente, a valorização das experiências pessoais, a frequência da morte na UCIP, e a forma de entender a morte e o morrer. Foi evidente a dificuldade de alguns participantes em aceitarem a morte dos doentes mais jovens, bem como histórias de vida, onde o drama assumia grandes proporções, levando a que alguns enfermeiros sentissem a necessidade de se afastarem da família e do doente, como forma de se

protegerem emocionalmente, embora assumissem que a morte era entendida como um fenómeno natural, mas por vezes banalizado. Esta forma de atuar foi contornada por alguns, através da crença religiosa e da formação. Para além das *Condicionantes da perceção dos enfermeiros sobre a morte e o morrer*, também foram reportadas diferentes práticas. Nessa medida, as *Práticas e contextos de cuidados ao doente em morte iminente*, assumiram relevo, nomeadamente na prestação do cuidado digno e humanizado para com a família e o doente em fim de vida. A dignidade e a humanização dos cuidados foram igualmente relacionadas com o contexto dos mesmos. Alguns participantes revelaram que a morte e o morrer na UCIP era mais digno, quando comparado com as unidades de internamento, fruto de um apertado controlo sintomático e de uma maior disponibilidade. Todavia, ainda assistem a determinadas práticas, que vão para além do eticamente aceitável, deixando transparecer a falta de poder na tomada de decisão.

Também as *Práticas e contextos de cuidados à família* foram um dado emergente sendo dado a observar através das narrativas, o sofrimento das famílias nomeadamente quando o doente estava perante o fim de vida. A família foi considerada como um dos principais fatores a ter em conta, o que exigia dos enfermeiros, competências adequadas de comunicação, relativamente à gestão do luto e das más notícias. Os participantes demonstraram agir em defesa dos interesses da família, bem como na promoção da presença da família no momento da morte, ao mesmo tempo que promoviam a privacidade de acordo com as características físicas da UCIP.

A morte e o morrer geram uma grande carga emocional nos enfermeiros da UCIP, levando-os a adotar *Mecanismos de adaptação*, designadamente o sentimento do dever cumprido, as emoções refletidas no choro e a plena consciência de que tudo foi feito, tendo presente que a finitude é uma inerência do ciclo vital. No entanto, alguns participantes também adotaram comportamentos de fuga em relação ao processo de morte do doente e ao sofrimento da família. Emergiram, ainda, *Conflitos internos na gestão dos cuidados*, nos enfermeiros, fundamentalmente pela discordância nos critérios de admissão dos doentes com mau prognóstico e com baixa perspetiva de recuperação. Por outro lado, também foi manifestado desacordo relativamente às transferências dos doentes que se encontravam em morte iminente.

A realização deste trabalho permitiu descrever e compreender melhor a forma como os enfermeiros experienciam as vivências da morte e do morrer na UCIP e que significado lhe atribuem. Nesse sentido, pensamos que estes resultados podem dar um contributo significativo para que a morte seja um acontecimento cada vez mais humanizado e mais digno, tanto para quem o vive, como para os profissionais que assistem à derradeira etapa da vida dos seus doentes.

Uma vez plasmadas as principais conclusões pensamos ser oportuno tecer algumas sugestões:

- **Formação:** Pela nossa experiência e pelo benefício que a formação acrescida em fim de vida nos trouxe, somos da opinião que os programas curriculares devem contemplar uma abordagem abrangente sobre o tema, de modo a preparar e dotar os estudantes de competências, que lhes permitam lidar com a morte e o morrer centrando o seu foco de atuação no doente e família. Relativamente à formação contínua dos enfermeiros devem ser contempladas ações de atualização contínua, que visem a abordagem da morte e do morrer e o impacto deste fenómeno, quer ao nível profissional, quer pessoal.
- **Consultas de *follow-up*:** Da compreensão resultante do estudo somos da opinião que se poderiam iniciar um conjunto de ações que visasse numa fase inicial, um número reduzido de consultas, com as famílias que experienciaram a morte dos seus familiares na UCIP. Após o término da primeira fase, avaliar-se-ia o grau de satisfação das mesmas e o contributo da consulta para a fase de luto.
- **Estudos semelhantes noutras UCI:** A realização de estudos que abordassem o fenómeno da morte e do morrer noutras UCI portuguesas poderia trazer um contributo mais abrangente à compreensão sobre a experiência da morte e do morrer e dos cuidados prestados à família e ao doente em fim de vida. Esses estudos permitiriam uma reflexão sobre as práticas de enfermagem na morte e no morrer nas UCI portuguesas, com o objetivo de promover cada vez mais um cuidar humanizado, digno e, confortador para o doente e para a família, sendo igualmente satisfatório para os que o prestam.

Este trabalho foi desafiante, no que concerne à pesquisa bibliográfica, à relação tida com os enfermeiros e aos seus testemunhos, fundamentais para o nosso enriquecimento pessoal, profissional e acadêmico, relativamente à compreensão de um conhecimento mais profundo sobre a morte e o morrer, bem como sobre a metodologia de investigação fenomenológica.

6 - Referências bibliográficas

- Amaral, M., Soares, E., & Souza, R. (2010). Relacionamento interdisciplinar de profissionais de saúde que atuam em unidades de alta complexidade. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online*, 2 (1), p. 646-654.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010). *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Basterra, F. (2007). *10 palabras clave ante el final de la vida*. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (1995). *Parecer sobre o critério de morte (10/CNECV/95)*. Acedido abril 10, 2015, em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273059437_P010_CriterioDeMorte.pdf
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2005). *Relatório sobre o estado vegetativo persistente*. Acedido junho 6, 2015, em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273055807_P045_RelatorioEVP.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento*. Acedido outubro 1, 2014, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido maio 20, 2015, em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1->

E3AB-46CF-B79C-

E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf.

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. Acedido maio 25, 2015, em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>.
- Espinosa, L., Young, A., Symes L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU nurses experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33 (3), p. 273-281. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181d91424.
- Forsberg, A., Flodén, A., Lennerling, A., Karlsson, V., Nilsson, M., & Fridh, I. (2014). The core of after death care in relation to organ donation – a grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30 (5), p. 275-282. doi:10.1016/j.iccn.2014.06.002.
- Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Doing one's utmost: nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25 (5), p. 233-241. doi: 10.1016/j.iccn.2009.06.007.
- Gonçalves, F. (2006). *A boa morte: ética no fim da vida*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Gonçalves, F. (2007). Conceitos e critérios de morte. *Nascer e crescer - Revista do hospital de crianças maria pia*, 16 (4), p. 245-248.
- Henezel, M. (2006). *Morrer de olhos abertos*. Cruz Quebrada: Casa das Letras/Editorial Notícias.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Risco de morrer em 2012*. Acedido março 2, 2015, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=216382393&PUBLICACOESmodo=2.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major., F. (1994). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

- King, P., & Thomas, S. (2013). Phenomenological study of icu nurses experiences caring for dying patients. *Western Journal of Nursing Research*, 35 (10), p. 1292-1308. doi: 10.1177/0193945913492571.
- Kongsuwan, W., & Locsin R. (2010). Aesthetic expressions illuminating the lived experience of thai icu nurses caring for persons who had a peaceful death. *Holistic Nursing Practice*, 24 (3), p. 134-141. doi: 10.1097/HNP.0b013e3181dd4000.
- Lima, C. (2005). Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 12 (1), p. 6-10.
- Macedo, J. (2011). *Educar para a morte: Uma abordagem a partir de Elisabeth Kübler-Ross*. Coimbra: Edições Almedina.
- Machado, M., Couceiro, L., Alves, I., Almendra, R., & Cortes, M. (2011). *A morte e o morrer em Portugal*. Coimbra: Almedina.
- Morgado, M. (2012). *A vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Oliveira, A. (1999). *O desafio da morte*. Lisboa: Editorial notícias.
- Oliveira, J. (1998). *Viver a morte abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Consentimento informado para intervenções de enfermagem*. Acedido Janeiro 6, 2014, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Acedido fevereiro 3, 2015, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.
- Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Pearson, A., Robertson, S., Walsh, K., & Fitzgerald, M. (2001). Intensive care nurses experiences of caring for brain dead organ donor patients. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (1), p. 132-139.
- Pereira, A. (2013). *Morte em contexto hospitalar: vivências dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau.
- Rios, M. (2001). Ética em cuidados intensivos. In Serviço de Cuidados Intensivos – Hospital de S. João (Ed.), *Manual do Interno de Cuidados Intensivos* (481-487). Porto: Medisa.
- Robichaux, C., & Clark, A. (2006). Practice of expert critical care nurses in situations of prognostic conflict at the end of life. *American Journal of Critical Care*, 15 (5), p. 480-491.
- Ronayne, C. (2009). A phenomenological study to understand the experiences of nurses with regard to brainstem death. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25 (2), p. 90-98. doi: 10.1016/j.iccn.2008.06.001.
- Roque, A., Fabião, D., & Oliveira, V. (2013). Cuidar em família. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, (32), p. 2-53.

- Santos, J., & Bueno, S. (2011). Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (1), p. 272-276.
- Serviço de Cuidados Intensivos – Hospital de S. João. (2001). *Manual do Interno de Cuidados Intensivos*. Porto: Medisa.
- Shimizu, H. (2007). Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), p. 257-262. doi: 10.1590/S0034-71672007000300002.
- Shorter, M., & Stayt, L. (2009). Critical care nurses experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (1), p. 159-167. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x.
- Silva, A., & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência.
- Silva, J. (2012). *A morte e o morrer entre o deslugar e o lugar. Precedência da antropologia para uma ética da hospitalidade e cuidados paliativos*. Porto: Edições Afrontamento.
- Souza, L., Ribeiro, J., Rosa, R., Gonçalves, R., Silva, C., e Barbosa, D. (2013). A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 12 (32), p. 230-237.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Thompson, G., Austin, W., & McGrath, J. (2010). Novice nurses first death in critical care. *Dynamics*, 21 (4), p. 26-36.

- Trzepacz, T., & Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos. Diagnóstico e intervenção* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Valiee, S., Negarandeh, R., & Nayeri, N. (2012). Exploration Iranian intensive care nurses experience of end-of-life care: a qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 17 (6), p. 309-315. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00523.x.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. New York: Suny Press.
- Veiga, A., Barros, C., Couto, P., & Vieira, P. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Revista Referência*, 2 (10), p. 47-56.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Anexos

Anexo I - Guião de entrevista

Guião de entrevista

I

- Idade:
- Sexo:
- Habilitações literárias:
- Tempo de exercício profissional:
- Data da última experiência de morte na UCIP:

II

Bloco temático	Questão	Objetivo/Informação pretendida
<ul style="list-style-type: none">• A perspetiva dos enfermeiros sobre a morte e o morrer em cuidados intensivos.	<ul style="list-style-type: none">• <i>Sendo a morte e o morrer um acontecimento com o qual lida frequentemente, na unidade de cuidados intensivos polivalente, que significado atribui a esta experiência?</i>	<ul style="list-style-type: none">• Obter informação que permite explorar, descrever e compreender o significado que os enfermeiros atribuem à morte e ao morrer na unidade de cuidados intensivos polivalente.

Anexo II - Parecer favorável da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS – 034/2014

Título do projeto: *A morte em cuidados intensivos: vivências dos enfermeiros*

Investigador(a) responsável: Doutora Isabel Lage, da Escola Superior de Enfermagem, da Universidade do Minho, Doutora Ermelinda Macedo, da Escola Superior de Enfermagem, da Universidade do Minho, e Ricardo Silva, aluno do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Outras Unidades: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – UCIP,

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *"A morte em cuidados intensivos: vivências dos enfermeiros"*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 23 de junho de 2014.

A Presidente

(Maria Cecília de Lemos Pinto Estrela Leão)

Anexo III - Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde de um hospital do norte do país

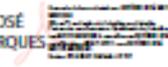


PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE BRAGA

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, e seguinte parecer sobre o projeto *A morte em cuidados intensivos: vivências dos enfermeiros*, que tem como Investigador Principal Ricardo Manuel Cardoso da Silva, como Orientadores a Professora Doutora Isabel Lage e a Professora Doutora Ermelinda Macedo, e irá decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) deste Hospital:

- a) O estudo visa explorar a experiência da morte vivida pelos enfermeiros e compreender qual o significado que os enfermeiros atribuem à morte numa unidade de cuidados intensivos polivalente; trata-se de um estudo exploratório descritivo de nível I, tendo por base a metodologia qualitativa, de âmbito fenomenológico, e a sua conceção é adequada para atingir esse objetivo;
- b) Não existem benefícios diretos do estudo, nem existem riscos previsíveis, por se tratar de um estudo descritivo;
- c) Estando perante um estudo exploratório - descritivo, a entrevista não estruturada ou livre, permitirá compreender os mais diversos aspetos das experiências vividas pelos enfermeiros durante o processo de morte numa UCIP, pelo que a conceção do protocolo é adequada para atingir os seus objetivos e inclui plano de divulgação do estudo; é garantida a confidencialidade dos dados obtidos;
- d) O investigador principal, e único, possui as aptidões necessárias à realização do estudo;
- e) Existem condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo clínico;
- f) O estudo não envolve custos nem financiamento;
- g) A população definida para este estudo será constituída por uma amostra aleatória dos enfermeiros que trabalham na UCIP do Hospital de Braga com entre 5 e 15 anos, tendo como premissa a vivência do processo de morte na sua prática de cuidados intensivos, o que é adequado ao seu objetivo;
- h) Não existem situações de conflito de interesses;
- i) Não haverá acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo clínico, nem o mesmo se justifica, porque aquele basear-se-á numa entrevista não estruturada ou livre aos enfermeiros do serviço;
- j) O procedimento de obtenção do consentimento informado, incluindo as informações a prestar aos participantes, é adequado.

Concluindo, a CESHB nada tem a opor à realização do presente estudo.

ANTÓNIO JOSÉ
MATOS MARQUES

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga

Anexo IV - Consentimento informado, livre e esclarecido

Consentimento informado, livre e esclarecido

No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho proponho-me realizar um Estudo de Investigação nível I, exploratório, descritivo de âmbito qualitativo fundamentado na abordagem fenomenológica intitulado “A morte em cuidados intensivos: vivências dos enfermeiros”, orientado pela Professora Doutora Isabel Lage e coorientado pela Professora Doutora Ermelinda Macedo. Acrescento que os seus objetivos são: i) “explorar a experiência da morte vivida pelos enfermeiros numa unidade de cuidados intensivos e; ii) compreender o significado que os enfermeiros atribuem à morte numa unidade de cuidados intensivos”. Neste estudo será aplicada uma entrevista não estruturada a enfermeiros, sendo constituída pela seguinte questão: *Sendo a morte um acontecimento com o qual lida frequentemente, na unidade de cuidados intensivos polivalentes, quais são as suas experiências e vivências inerentes ao processo de morte no contexto do seu serviço?* A amostra selecionada para o estudo inclui escolha aleatória dos enfermeiros que trabalham na UCIP há mais de cinco anos.

A recolha e análise dos dados culminarão na dissertação de mestrado e serão utilizados para uso exclusivo desta investigação. As gravações ficarão na posse do investigador, sendo destruídas após a análise dos dados. A realização da investigação não comporta qualquer tipo de custos, quer a nível pessoal ou profissional, para V/ Exa. sendo o investigador a assumir os encargos inerentes ao seu desenvolvimento. A sua participação é voluntária, podendo a qualquer momento optar por não participar no estudo ou mesmo desistir, não acarretando qualquer prejuízo para a sua pessoa. Toda a informação obtida será confidencial e o anonimato será garantido, sendo atribuída a cada entrevista a letra E, seguido do número que corresponde à mesma.

Os resultados do estudo serão divulgados aos participantes. O estudo mereceu parecer favorável pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho e pela Comissão de Ética para a Saúde de um hospital do norte do país. Para qualquer informação

não hesite em contactar o investigador responsável, Ricardo Manuel Cardoso da Silva, pelo número de telemóvel: ou pelo email: ricardosilvarici@hotmail.com.

Assinatura do investigador: _____.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura: _____ Data: __/__/____