

VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE À MORTE E O MORRER^a

Patrícia Gisele SANCHES^b
Maria Dalva de Barros CARVALHO^c

RESUMO

O estudo teve como objetivo compreender como os enfermeiros vivenciam o processo de morte e o morrer dos pacientes. Os sujeitos foram os enfermeiros que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva de adultos. Foi utilizada a metodologia fenomenológica e os dados foram colhidos por meio de uma entrevista semiestruturada. Na análise, procedeu-se segundo a descrição, redução e compreensão fenomenológica, e, a partir dela, foram desveladas as seguintes categorias: a obstinação terapêutica como um percalço no processo de morte e morrer; a difícil convivência com a equipe multiprofissional e o processo de morte e morrer; a dinâmica do trabalho e suas implicações na morte e morrer dos pacientes. Os profissionais precisam compreender que a morte e o morrer fazem parte inalienável da vida e não um desafio a ser sempre vencido.

Descritores: Morte. Atitude frente à morte. Enfermeiras. Unidades de terapia intensiva.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo comprender cómo los enfermeros vivencian el proceso de muerte y el morir de los pacientes. Los sujetos fueron los enfermeros que actúan en una Unidad de Terapia Intensiva de adultos. Fue utilizada la metodología fenomenológica y los datos recogidos por medio de una entrevista semiestructurada. El análisis se procedió según la descripción, reducción y comprensión fenomenológica y a partir de este análisis fueron desveladas las siguientes categorías: la obstinación terapéutica como un percance en el proceso de muerte y morir; la difícil convivencia con el equipo multiprofesional y el proceso de muerte y morir; la dinámica del trabajo y sus implicaciones en la muerte y morir de los pacientes. Los profesionales necesitan comprender que la muerte y el morir forman parte inalienable de la vida y no un desafío a ser siempre vencido.

Descriptores: Muerte. Actitud frente a la muerte. Enfermeras. Unidades de terapia intensiva.

Título: Vivencia de los enfermeros de unidad de terapia intensiva frente a la muerte y el morir.

ABSTRACT

This paper aims at understanding the way nurses experience their patient's death and their patients' dying processes. The researched subjects were nurses that have worked in an Intensive Care Unit of adults. Making use of the phenomenological methodology approach, the data was obtained through a semi-structured interview. The analysis followed the phenomenological approach in the fields of description, reduction and understanding. From such analysis the following categories emerged: the therapeutic obstinacy as a disturbance in the death and dying processes; the hard coexistence among a group of professionals with multiple functions, death and the dying processes; the work dynamics and its implications in death and the patients' dying processes. The professionals need to comprehend that death and dying are an inalienable part of the life and not a challenge to be always overcome.

Descriptors: Death. Attitude to death. Nurses. Intensive care units.

Title: Experience of intensive care unit nurses dealing with death and the dying processes.

^a Este artigo originou-se da dissertação de Mestrado apresentada em 2006 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil.

^b Mestre em Enfermagem, Enfermeira do Hospital Universitário de Maringá, Paraná, Brasil.

^c Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

Este estudo originou-se da dissertação de mestrado e o interesse por sua realização advém do meu mundo-vida, da minha experiência profissional e do contato contínuo com o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A UTI é uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de doentes graves e recuperáveis, com assistência médica e de enfermagem integral e especializada. É dotada de recursos técnicos capazes de manter a sobrevivência do paciente, exigindo de seus profissionais paciência, habilidade e conhecimento. No entanto, mesmo sendo a UTI considerada uma unidade hospitalar destinada a atender pacientes recuperáveis, sabe-se que muitos deles se encontram em estágio terminal de vida, internados em uma unidade onde se tenta derrotar a morte iminente, numa busca desenfreada por prolongar a vida.

Nesta unidade hospitalar a morte é uma constante, as vivências e convivências são únicas e singulares, e isso me mostrou quanto nós, enfermeiros, estamos fragilizados e despreparados para atuar com qualidade e harmonia junto aos pacientes que estão morrendo.

Há situações em que, a despeito de todo o esforço da equipe de saúde, o paciente morre, e isso passa a ser vivenciado como frustração intensa por parte dos profissionais, que sentem não ter sido capazes de salvar a vida que lhes foi confiada⁽¹⁾.

O enfermeiro é o profissional que passa mais tempo ao lado do paciente e seus familiares, por isso tem maiores possibilidades de vivenciar o processo saúde-doença, desde o diagnóstico até a recuperação ou óbito. Não obstante, minha vivência possibilitou perceber que esse profissional em geral não tem preparo nem formação para enfrentar o sofrimento que é observado durante o agravamento da doença e a aproximação da morte⁽²⁾.

Os profissionais de enfermagem relatam que a proximidade da morte de um paciente, ao qual dedicou horas de trabalho, pode despertar sentimentos como impotência e culpa. Neste sentido, a morte do doente pode trazer certo alívio, mas pode também incitar sentimentos de culpa, pois a pessoa acredita que não tratou o outro da melhor forma possível e com isso não evitou a sua morte⁽³⁾. “O serviço de enfermagem sofre o impacto total, de modo imediato e concentrado, das tensões que advém do cuidado direto dos doentes. Isto ocorre

pelo fato de a equipe de enfermagem estar permanentemente em contato com as pessoas que estão fisicamente doentes ou lesadas, compreendendo que o restabelecimento dos pacientes não é certo e nem sempre será completo”⁽⁴⁾.

A simples convivência diária com a morte não isenta os profissionais de expressão de sentimentos ruins; pelo contrário, é necessário que tenham melhor compreensão sobre este fato, para poderem sofrer menos, controlar as emoções e melhor ajudar os pacientes e seus familiares.

Embora a morte faça parte da vida e seja exatamente esta perspectiva que vai ressignificar a própria vida, falar sobre o tema sempre assustou o ser humano, mesmo em se tratando dos profissionais de saúde, cômicos da impotência humana e da própria morte⁽⁵⁾.

Esta caminhada direcionou o meu olhar para o mundo dos enfermeiros intensivistas, e o intuito de desvelar as suas vivências em face da morte e do morrer foi o motivador desta pesquisa.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi compreender como os enfermeiros que trabalham em uma UTI de adultos de um hospital-escola vivenciam o processo de morte e morrer dos pacientes.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Tendo-se como objetivo a compreensão da morte e do morrer por meio da vivência/experiência dos enfermeiros, a pesquisa qualitativa na vertente fenomenológica, na modalidade da estrutura do fenômeno situado mostrou-se a mais adequada.

A Fenomenologia busca a compreensão do fenômeno interrogado. O pesquisador não parte de um problema, mas orienta sua pesquisa por uma interrogação acerca de um fenômeno que precisa ser situado e estar sendo vivenciado pelo sujeito, como decorrência do mundo-vida. Na Fenomenologia o pesquisador se defronta com a tarefa de desvelar e tornar explícita a constituição dos acontecimentos da vida diária⁽⁶⁾.

O estudo foi realizado na UTI-adulto de um hospital-escola situado em uma cidade de médio porte no Noroeste do Paraná, entre os meses de abril e julho de 2007.

Os sujeitos foram os enfermeiros que atuam na UTI-adulto. Esta unidade conta com oito leitos de internação e dez enfermeiros assistenciais, que

são escalonados em número de dois pela manhã, dois à tarde e dois para cada noite (num total de três noites). Conta ainda com 20 técnicos de enfermagem, equipe médica nas 24 horas e serviço de fisioterapia no turno da manhã.

Para a identificação dos sujeitos foi utilizado a letra “E”, significando entrevistado, e a numeração de 1 a 8 indicando a ordem de realização das entrevistas.

Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada composta de duas partes. A primeira delas refere-se à caracterização do perfil sociodemográfico e profissional, e a segunda fundamentou-se em um único fio condutor com a seguinte questão norteadora: “O que é para você vivenciar a morte e o morrer de um paciente que está sob seus cuidados?”.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para preservar as expressões de linguagem e gramaticais utilizadas pelos colaboradores. Encerram-se no momento em que foi constatada a invariância do fenômeno⁽⁶⁾.

Aos colaboradores desta pesquisa informei o seu objetivo, e todos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a realização do estudo, solicitei o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁷⁾, ao qual o hospital é vinculado, recebendo a aprovação com o parecer de número 358/2006 e a anuência do diretor-superintendente do hospital.

Ao deter-se no significado expresso pelo sujeito sobre sua experiência, o pesquisador descobre certos determinantes sobre as situações e sobre o sujeito, e essas situações apresentam-se ao pesquisador como forma de dados. Os dados obtidos são as situações vivenciadas que foram tematizadas pelo sujeito⁽⁶⁾.

Os dados das experiências foram obtidos por meio das descrições dos sujeitos que a vivenciam e a análise no referencial fenomenológico se deu por meio da descrição, redução e compreensão fenomenológica⁽⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: compreendendo o fenômeno

A partir de certo número de sujeitos as descrições tendem a evocar significados percebidos

como equivalentes pelo pesquisador e só ele, ao olhar atentamente as descrições obtidas, é que se declara satisfeito e considera que é suficiente⁽⁹⁾; desta forma, do total de dez enfermeiros, realizei entrevista com oito, e a partir de então constatei a “saturação dos dados”⁽⁶⁾.

Em relação ao sexo dos entrevistados, todos eram mulheres. A idade ficou entre 26 e 47 anos. O tempo de formação acadêmica variou entre quatro e 20 anos e o tempo de atuação em UTI entre dois e 21 anos. Todos os entrevistados afirmaram possuir especialização, porém somente um a possuía na área de UTI. A maioria se declarou católica e somente um se declarou ateu. O estado civil mais encontrado foi a união estável, seguido de solteiro.

Da análise criteriosa das entrevistas foram desveladas as seguintes categorias: a obstinação terapêutica como um percalço no processo de morte e morrer; a difícil convivência com a equipe multiprofissional e o processo de morte e o morrer; a dinâmica do trabalho e suas implicações na morte e no morrer dos pacientes.

A obstinação terapêutica como um percalço no processo de morte e morrer

Não se define obstinação terapêutica em termos absolutos. Um conjunto de medidas terapêuticas pode ser considerado necessário e desejável para determinada pessoa e excessivo e agressivo para outra. Essa fronteira entre o necessário e o excesso nem sempre é consensual, pois o que há detrás dessa ambiguidade são também diferentes concepções sobre o sentido da existência humana⁽¹⁰⁾.

Na luta pela vida em circunstâncias de morte iminente e inevitável, a utilização de todo um arsenal tecnológico disponível traduz-se em obstinação terapêutica, que ao negar a dimensão da mortalidade humana submete a pessoa na fase final da vida a uma morte dolorosa⁽¹¹⁾.

Cada vez mais se discute o tema obstinação terapêutica, que também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil, futilidade médica ou distanásia⁽¹¹⁾. Distanásia pode ser conceituada como “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”. O prefixo grego *dys* tem o significado de “afastamento” ou “ato defeituoso” e *thanatos* significa morte; portanto distanásia é o prolongamento exagerado da morte de um paciente^(12,13).

Durante a realização das entrevistas, constatei grande ansiedade por parte dos enfermeiros e até certa insatisfação no que se refere a essa questão.

É também uma discussão que deve ser levantada, a distanásia. E nós temos que discutir isso abertamente: A distanásia, a relação da família, a relação da qualidade de vida desse paciente são questionamentos que eu tenho feito com bastante frequência (E2).

Ah, acho que mais essa questão de rediscutir bioética. Até quando a gente pode dizer não para o paciente, estar internando realmente quem precisa, quem vai ter uma expectativa de vida com qualidade se sair da UTI, para estar realmente investindo [...] (E8).

A questão da distanásia surge num contexto da medicina e da tecnologia que, diante de uma doença incurável, transforma em obsessão a “cura da morte”, como se isso fosse possível, negando-se a dimensão da finitude da humanidade⁽¹²⁾.

Os profissionais de saúde são socializados em um *ethos* que, erroneamente, associa a morte ao fracasso. O paradoxo dessa associação moral é que se, por um lado, são os profissionais de saúde os que mais intensamente lidam com o tema da morte, por outro, são eles também os que mais resistem a reconhecer a morte como um fato inexorável da existência⁽¹⁰⁾.

Essa postura diante da morte, que vem tomando conta da assistência prestada aos pacientes, pode ser claramente evidenciada pelas seguintes falas:

Porque eu acho que quando a gente tem um paciente jovem a gente deve fazer todos os investimentos, mas o que eu vejo aqui dentro é que a gente está lutando contra a própria natureza. Eu ando me questionando muito assim, muito, será que está valendo a pena, o que eu estou fazendo aqui dentro? Será que é isso mesmo que eu tenho que fazer? Será que esse é que é o certo? Será que eu não estou impedindo a vida? Porque a gente trabalha muito com pessoas idosas, então eu acho que teria que deixar essas pessoas seguir o ciclo normal delas (E6).

A gente sabe que dentro da UTI, esses pacientes que vêm praticamente sem critério nenhum e que “todo” mundo sabe que não vai ter nenhuma sobrevivência depois dali, que se não for a óbito ou no mesmo setor tiver alta, vai ter pouquíssimo tempo de vida depois disso, que já superou a expectativa e mesmo assim se investe muito (E8).

Sobressaiu nos relatos a busca pela valorização da vida e do ciclo vital. Os entrevistados compreendem que a existência do ser-no-mundo tem um começo, um meio e um fim e que isso precisa ser respeitado e considerado.

O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas serviram para tornar o morrer mais problemático, difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras de angústia, ambivalência e incertezas. Este conhecimento não tornou a morte um evento mais digno⁽¹²⁾.

Para os entrevistados o processo de morrer é marcado como um gerador de ansiedade, porque o profissional ou a equipe não aceita a morte naturalmente, fazendo inúmeros procedimentos para tentar salvar a vida do paciente. No entanto, o resultado é apenas o prolongamento do tempo para o paciente morrer, o que acentua o sofrimento deste doente, de sua família e dos profissionais de saúde envolvidos neste processo.

[...] a gente tem que ter essa noção que a gente tem um prazo de validade. [...] A tecnologia fez com que nós tenhamos essa falsa esperança de que a vida é eterna (E2).

Tem procedimentos caríssimos, diálise que a gente faz no paciente, o kit custa 2 mil reais, então assim, precisa? É para uma pessoa. Olha o quanto que carece a população em atenção primária e o tanto que a gente gasta aqui, para às vezes não ter retorno nenhum. Para simplesmente dar uma satisfação para a família sabendo que não ia sair, que é velhinho, que tem 90 anos já, e [...]: Não, nós tentamos [...] Tentamos às custas de quê? Com tanta gente carecendo de tantas outras coisas no setor de saúde (E8).

A morte então é compreendida não como uma doença a ser curada, mas algo que faz parte da vida. Ter a coragem de aceitá-la, em vez de lutar contra ela, contribui para mudar a mentalidade de anti-morte que está arraigada em nossa cultura.

A difícil convivência com a equipe multiprofissional e o processo de morte e o morrer

A UTI é uma área de convergência multiprofissional e os resultados de suas atividades dependem sensivelmente do estreito relacionamento entre os membros da equipe e da colaboração interdisciplinar⁽¹⁴⁾.

Neste sentido, as entrevistas revelaram que o relacionamento com a equipe multiprofissional também interfere negativamente no processo de morte e morrer do paciente, conforme as falas:

Por isso que eu prezo muito o trabalho em equipe, o trabalho não é do médico, as coisas não têm que centralizar nele, têm que centralizar na equipe. Então a partir do momento em que isso não acontece, as pessoas vêm trabalhar sim, só que a diferença é que ela não vem comprometida (E3).

[...] nós investimos demais nesse paciente que tem essa finitude, que ele tem uma idade avançada, que ele tem múltiplas patologias associadas, que nós sabemos que a qualidade de vida dele depois não vai ser a que a gente espera de um ser humano e que a equipe, principalmente a equipe médica investe o máximo e não discute isso com o restante da equipe (E2).

Os relatos dos sujeitos revelam também as dificuldades encontradas com a equipe médica que pouco valoriza as diferenças disciplinares, não deixando muitas vezes os enfermeiros a par das decisões/informações, o que tem gerado sentimentos de frustração, insatisfação e desânimo.

É certo que, mesmo trabalhando em conjunto, os profissionais difiram em suas crenças e atitudes a respeito dos problemas que afetam fatores pessoais e éticos relacionados aos cuidados de um paciente gravemente enfermo, principalmente nos casos que urgem decisões sobre a vida e a morte, ou cujo desfecho final é desconhecido. Esses são alguns dos dilemas éticos e profissionais vivenciados cotidianamente pela equipe que atua em terapia intensiva. Essas situações criam tensão entre os profissionais e, em geral, influenciam, negativamente, a qualidade da assistência prestada aos clientes⁽¹⁵⁾.

Nós fizemos tudo o que estava a nosso alcance, nós da enfermagem, entendeu? Agora, quem pode fazer não faz [...] Vem aqui, só faz plantão e cai fora, não tem o comprometimento que a gente tem. E aí que fica nossa angústia, nesse sentido. Quem pode não faz, e nós que podemos fazer, não podemos (E5).

E a gente convive com esse tipo de coisa, entendeu, diariamente, que angustiam a gente nesse sentido, que estressam, que angustiam, que são coisas que a gente não acha certo, mas a gente não pode falar, a conduta médica. Como dizem: "Conduta médica não se discute, faz. Se faz [...]" [risos]. Pelo menos aqui na UTI

essa é uma regra muito clara". Então nós temos que falar [...]" (E5).

Ficou claro que o ato de cuidar não consiste apenas em salvar vidas a qualquer preço, mas antes de tudo preservar a vida com dignidade e respeito. Isso se evidencia mais ainda quando os discursos apontam a dificuldade que a equipe médica tem de perceber o fato de estarem lutando contra a própria vida e o quanto isso repercute negativamente na assistência e percepção profissional dos entrevistados.

Muitas vezes eu fico perguntando, eu queria entender, eu queria ter a visão que alguns médicos têm que eu não consigo enxergar. O que eles enxergam que eu não consigo vê? (E6).

Eu acho que tinha que ser discutido critérios para a internação. Que o maior problema é a característica do paciente. Problema de saúde pública, tudo bem, mas tem uma hora que todo mundo morre [...] (E8).

Em um trabalho realizado sobre os papéis dos profissionais de uma equipe de saúde destacou-se o fato de que nem todos os profissionais conheciam o papel, a função ou a competência de seus colegas de equipe. A disputa pelo poder, o medo de perder espaço e o *status* profissional, bem como a existência de "feudos" profissionais difíceis de penetrar foram citados como fontes de conflitos⁽¹⁶⁾. Essa dificuldade, segundo os autores, é decorrente do precário diálogo entre os profissionais. As conclusões deste estudo vêm corroborar os dados encontrados nesta pesquisa, evidenciando uma realidade semelhante de conflitos.

A dinâmica do trabalho e suas implicações na morte e no morrer dos pacientes

Um dos achados relevantes deste estudo foi o fato de a UTI possui especificidades que acarretam nos entrevistados algumas insatisfações no que se refere à idade dos pacientes, à taxa de permanência, ao prognóstico e às condutas tomadas pela equipe.

Essas peculiaridades podem ser evidenciadas nas seguintes falas:

E a gente já sabe qual vai ser o fim. A gente sabe que vai acabar evoluindo para óbito e ele fica com a gente 40, 60, 90, 100 dias [...] (E1).

Têm pacientes que estão com a gente 70 dias internados [...] (E5).

Os discursos apontam características próprias dessa unidade. Relatam que os pacientes ficam muitos dias internados e isso gera insatisfação, porque reconhecem que o investimento, o tempo e a dedicação dispensada serão em vão.

Uma pesquisa caracterizou o perfil dos pacientes internados na UTI em estudo no ano de 2005 e evidenciou a predominância de pacientes masculinos, acima de 65 anos, com doenças do aparelho circulatório e respiratório, com um tempo de internação que variou de 01 a 145 dias. Outro dado importante é a alta incidência de óbitos nesta unidade: 49,13% dos internamentos⁽¹⁷⁾.

[...] para a gente discutir com a equipe para tentar desmistificar também essa idéia da morte e da nossa alta taxa de mortalidade que pode parecer como uma UTI terminal. Essa não é uma UTI terminal (E2).

É, a taxa de mortalidade realmente é grande mesmo, mas até a gente se questiona muito. A maioria é grave, os que vêm para cá, sem chance mesmo (E7).

Mas aqui, o índice de gravidade eu vejo que é muito alto (E4).

Os entrevistados compreendem que a UTI não é um local para a morte, mas sim para a vida. É grande o desalento observado quando citam que a unidade onde trabalham é vista como uma unidade terminal, como se os pacientes que para lá são encaminhados estivessem condenados a morte certa. Expressam que alguns profissionais iludem-se com a tecnologia e com isso perdem o senso crítico, o que resulta somente em mais sofrimento para a família, equipe e para o próprio paciente.

A nossa UTI evoluiu com a tecnologia, nós temos uma tecnologia de ponta e a gente não discutiu aonde é que nós vamos parar. Aonde nós vamos parar na assistência do doente. Isso é uma coisa que a gente devia discutir (E2).

[...] é a mecanização da assistência que acaba, infelizmente numa UTI, às vezes com um perfil muito crônico, que você acaba tendo essa mecanização (E3).

Os entrevistados também se questionam a respeito de suas próprias atribuições enquanto “seres cuidadores da vida”, e como tais, reconhecem a

morte como uma etapa da vida, a qual a equipe tenta manter a qualquer custo, sem levar em consideração as chances reais de qualidade de vida deste paciente.

Então eu sinto muitas vezes assim, que [...] sabe [...] um serviço assim perdido, sabe. Não tem aquele prazer. Nós passamos as duas últimas semanas com gente diferente, gente jovem, entrou, saiu então a gente sente mais ânimo para trabalhar. Ai a gente vem aqui, com esses pacientes, então a gente não sente ânimo disso [...] (E6).

Eu acho que realmente a taxa de óbito é grande, eu fico pensando: “Será que eu vou agüentar?” (E7).

As ocorrências inesperadas nas condições de um paciente são eventos altamente estressantes e redundam no aumento da ansiedade e do temor, principalmente quando sobrepujam as esperanças de um bom prognóstico. As pressões profissionais às quais se submete o pessoal de enfermagem têm seus efeitos potencializados pela própria dificuldade de enfrentar a morte de pacientes nos quais são investidos tantos recursos e tantas expectativas⁽¹⁸⁾.

Conviver diuturnamente com a morte faz parte do mundo-vida da enfermagem, mais ainda em situações de crise e emergência, como é o caso da UTI. Todavia, neste estudo esse fenômeno se revelou com um componente de dramaticidade especialmente pela dinâmica do trabalho e especificidade da UTI. É fonte de profundo sofrimento e de angústia para os enfermeiros desenvolver atividades, cuidar, conviver com pacientes e familiares já sabendo de antemão da pouca perspectiva de um bom prognóstico. Mais difícil se torna essa situação quando os enfermeiros se veem reféns dela, uma vez que não opinam e nem são consultados quanto aos critérios de internação na unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Somente com a proximidade da angústia experimentada com a iminência de morte é que surge a possibilidade de pensar mais acerca da vida, conferindo novas possibilidades de vir-a-ser.

Compreender a morte como a solução da dor, da angústia e de todo o processo que envolve o morrer é uma maneira que os enfermeiros encontraram para se proteger do sofrimento psíquico decorrente da perda do paciente sob os seus cuidados.

Os entrevistados levantaram a questão da obstinação terapêutica que envolve o processo de morte e de morrer e questionaram a sua própria assistência enquanto cuidadores de vidas. Convivem com a dificuldade que alguns membros da equipe médica possuem de não reconhecer a morte como mais uma etapa do ciclo vital e a necessidade de se discutir critérios de internação e tratamentos.

Ao assistirem o paciente em processo de morrer, os enfermeiros demonstraram que o relacionamento com a equipe multidisciplinar é algo que vem dificultar esse processo, porque alguns membros da equipe médica não respeitam seus pontos de vista e não consideram as peculiaridades de cada profissão. As decisões são tomadas individualmente, deixando-os fora deste processo. Alguns membros da equipe médica têm pouco comprometimento com o paciente e não seguem as condutas tomadas por outros plantonistas, e isso também decorre do precário diálogo entre a própria equipe.

A morte e o morrer dos pacientes da UTI e a vivência dos entrevistados estão intimamente ligados às características próprias dessa unidade, ou seja: alta permanência, prognósticos reservados, múltiplas patologias de base, alta taxa de mortalidade, características essas que foram levantadas como pontos importantes no desgaste emocional frente a assistência dessa clientela. São de difícil aceitação algumas atitudes relativas à tomada de decisão, como a utilização de todos os recursos possíveis para manter a vida do paciente sem considerar o sofrimento que esta conduta possa lhe causar.

É possível que grande parte deste conflito possa ser atribuída às características do hospital, e que, por ser um hospital de ensino, a obstinação em manter determinada conduta terapêutica sirva mais ao processo de aprendizagem que aos possíveis benefícios ao paciente.

É dentro desta perspectiva que, ao encerrar minha fala neste estudo sobre a vivência da morte e morrer dos pacientes, aponto que se os profissionais que atuam na área da saúde não compreenderem a morte como parte da existência, não poderão estar-com-o-paciente em situação de terminalidade de maneira autêntica. Essa compreensão se mostrou presente entre os enfermeiros, mas na prática é afetada pela conduta da equipe da qual fazem parte, situação que potencializa o sofrimento e a angústia emocional consequentes de constantes perdas.

REFERÊNCIAS

- 1 Souza LGA, Boemer MR. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. Medicina (Ribeirão Preto). 2005;38(1):49-54.
- 2 Sanches PG. Convivendo com a morte e o morrer: o ser-enfermeiro em unidade de terapia intensiva [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2007.
- 3 Brêtas JRS, Oliveira JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):477-83.
- 4 Shimizu HE, Ciampone MHT. Sofrimento e prazer vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(1):95-106.
- 5 Carvalho MVB. O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
- 6 Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5ª ed. São Paulo: Centauro; 2005.
- 7 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 8 Martins J. Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíesis. São Paulo: Cortez; 1992.
- 9 Bicudo MAV, Espósito VHC. Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico. Piracicaba: Unimep; 1994.
- 10 Diniz D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. Cad Saúde Pública. 2006;22(8):1741-8.
- 11 Garrafa V, Pessini L. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2002.
- 12 Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Bioética [Internet]. 1996 [citado 2007 jun 08];4(1):31-43. Disponível em: <http://www.portal.medico.org.br/revista/bio1v4/distanasia.html>.
- 13 Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicol USP. 2003;14(2):115-67.

- 14 Orlando JMC. UTI: muito além da técnica: a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu; 2001.
- 15 Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(2): 145-50.
- 16 Saar SRC, Trevisan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007;15(1):106-12.
- 17 Sanches PG, Carvalho MDB. Caracterização dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital escola no ano de 2005. In: Anais do 2º Congresso Interdisciplinar de Saúde; 2006 ago 29-31; Maringá, Brasil. Maringá: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá; 2006. p. 175-6.
- 18 Benincá CRS. Apoio psicológico à enfermagem diante da morte: estudo fenomenológico [tese]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Endereço da autora / Dirección del autor /

Author's address:

Patrícia Gisele Sanches

Rua Profª. Maria Cleusa Milleo Romano, 633/A

87060-025, Maringá, PR

E-mail: patriciagiselesanches@hotmail.com

Recebido em: 10/04/2008

Aprovado em: 26/03/2009