

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

PERCEÇÃO DA MORTE E DO MORRER

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Sílvia Jorge Delgado

Orientadores

Professor Doutor Carlos Manuel Torres Almeida

Mestre João Francisco de Castro



Vila Real, 2019

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Perceção da Morte e do Morrer por parte dos Enfermeiros do
Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Sílvia Jorge Delgado

Orientadores

Professor Doutor Carlos Manuel Torres Almeida

Mestre João Francisco de Castro

Composição do Júri:

Professora Doutora Maria Zita Pires Castelo Branco

Professora Doutora Darci de Oliveira Santa Rosa

Professor Doutor Carlos Manuel Torres Almeida

Vila Real, 2019

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

*“Vive como se fosses morrer amanhã
Aprende como se fosses viver para sempre”.*

(Mahatma Gandhi)

Agradecimentos

Quero agradecer a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho e cuja participação foi fundamental para a sua conclusão:

Aos meus orientadores, pela disponibilidade e ajuda que demonstraram neste processo;

À minha irmã, incansável e sempre disponível.

Aos meus filhos, por tornarem a minha vida mais desafiante;

E aos meus pais, que vivem em mim.

Resumo

Introdução: A morte faz parte do quotidiano da vida dos enfermeiros, principalmente daqueles que lidam com os doentes em situação crítica, cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Apesar da sua presença constante, a morte não é um tema fácil de abordar, pois trata-se de um processo multifatorial que abrange diversas ciências sociais cujo ónus é o ser humano, designadamente filosofia, psicologia, antropologia, sociologia, teologia e fisiologia, entre outras. Não é fácil definir nem vivenciar a morte pela sua complexidade, não obstante tratar-se de um tema complexo, é fundamental que os enfermeiros consigam lidar com a morte de forma a prestar cuidados holísticos de enfermagem, para além da mera manutenção da vida a todo o custo.

Objetivos: Identificar qual a perceção da morte e do morrer por parte dos enfermeiros do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica; compreender como os enfermeiros lidam com a morte dos doentes; indagar sobre a influência que a perceção da morte traz nos cuidados ao doente em fim de vida; perceber de que forma os enfermeiros encaram os cuidados à pessoa em fim de vida e, por último, perceber se os enfermeiros consideram a formação e a preparação adquiridas sobre a temática da morte suficientes para lidarem com o doente em fim de vida.

Método: Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, constituído por uma amostra intencional de 11 alunos do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, sendo a maioria do sexo feminino (n=7), com uma média de idades de 35,2 anos. A média de tempo de serviço dos participantes é de 11,6 anos. As entrevistas foram realizadas entre maio de 2018 e fevereiro de 2019, com uma duração média de 20 minutos. Procedeu-se à sua gravação e transcrição, sendo que esta foi processada através do método de Análise de Conteúdo de Bardin.

Resultados: A análise das respostas permitiu apurar que os principais sentimentos associados à morte relatados pelos participantes foram: impotência, frustração/revolta, tristeza/angústia, aceitação e alívio. Quando questionados sobre os sentimentos associados à morte dos doentes, os participantes relatam discursos dos quais emergem categorias semelhantes aos sentimentos associados à morte em geral: impotência, frustração/revolta, aceitação/sensação de dever cumprido e alívio, sendo que a impotência e frustração/revolta têm menos representatividade.

Surge, contudo, uma nova categoria: distanciamento. Todos os participantes referiram que aceitavam a morte como uma fase natural do ciclo de vida, apesar de a maioria a aceitar de forma restrita, como em situações terminais ou em idades avançadas. A maioria dos enfermeiros refere que não consegue desligar-se das situações de morte/morrer vivenciadas no local de trabalho, quando se encontra fora do contexto profissional. As opiniões dos participantes dividem-se em relação aos cuidados prestados aos doentes em fim de vida; mencionam bons cuidados; cuidados a melhorar e obstinação terapêutica. Consequentemente, a maioria dos participantes considera que não há uma especial atenção dedicada aos cuidados holísticos ao doente em fim de vida, nos seus locais de trabalho. Como aspetos a melhorar nos cuidados prestados ao doente em fim de vida, os participantes referiram um maior acompanhamento familiar; a necessidade de se privilegiar conforto; cuidados ao doente e à família e a necessidade de mais tempo para cuidar do doente em fim de vida. Os participantes consideraram que estavam pouco preparados para lidar com a morte/morrer, quando iniciaram a atividade profissional. A perceção deles sobre a abordagem da morte e do morrer na formação de base é que a temática foi abordada de forma subliminar e/ou insuficientemente para responder às necessidades verificadas no apoio aos doentes em fim de vida e às respetivas famílias.

Considerações finais: Consideramos fundamental a criação de espaços para discussão nas instituições hospitalares, para que os profissionais possam partilhar experiências e, desta forma, atenuar situações de extrema exigência emocional e potenciadoras de sofrimento psíquico. Evidenciamos a necessidade de serem implementadas políticas de saúde, nas instituições hospitalares, que levem ao cumprimento das dotações seguras; este princípio permitirá uma prestação de cuidados holísticos, atendendo a uma maior disponibilidade dos enfermeiros, com destaque para a vertente do suporte ao doente e à família. Acreditamos que devem ser abordados os temas da morte e do morrer, não só na formação de base mas também na sociedade em geral, numa vertente científica e holística, que sirva o propósito de preparar os futuros enfermeiros e profissionais para uma melhor gestão do processo de morte/morrer.

Palavras-chave: Perceção, Mestrado, Doente crítico, Enfermeiros, Morte.

Abstract

Introduction: Death is part of daily life for nurses, especially for those who deal with the critically ill patients whose life is threatened by failure or by the eminence of failure of one or more vital functions and whose survival depends on advanced means of surveillance, monitoring and therapy. Despite its constant presence, death is not an easy subject to deal with, since it is a multifactorial process that involves several social sciences centred in the human being, namely philosophy, psychology, anthropology, sociology, theology and physiology, among others. It is not easy to define or experience death because of its complexity, although it is a complex issue, it is fundamental that nurses manage to deal with death in order to provide holistic nursing care, beyond the mere maintenance of life at all costs.

Objectives: Identify the perception of death and dying of the MEPSC nurses; understand how nurses deal with the death of the patients; inquire about the influence that the perception of death brings in the care of the patients in the process of death and dying; understand how nurses view the care of the patients in the process of death and dying and, finally, see if nurses consider the training and preparation acquired on the subject of death to be sufficient to deal with the process of death and dying of their patients.

Methods: This was a qualitative study of phenomenological approach, consisting of an intentional sample of 11 MEPSC students, most of them female (n=7), with an average age of 35.2 years. The average service time of the participants is 11.6 years. The interviews were conducted between May 2018 and February 2019, with an average duration of 20 minutes. The interviews were recorded and transcribed, and they were processed through the Bardin Content Analysis method.

Results: The analysis of the answers allowed us to conclude that the main feelings associated with death reported by the participants were: impotence, frustration/revolt, sadness/distress, acceptance and relief. When asked about the feelings associated with the death of patients, participants reported answers from which emerged categories similar to feelings associated with death in general: impotence, frustration/rebellion, acceptance/sense of duty and relief, impotence and frustration/revolt are less representative. However, a new category emerges: detachment. All participants reported that they accepted death as a natural phase of the life cycle, although most accepted it in a restricted way, as in terminal situations or in advanced ages. Most nurses reported that they cannot get out of the death/dying situations experienced in

the workplace when they are out of the professional context. The views of the participants were divided on the care of patients in the process of death and dying. They referred to good care, care that required improvement and therapeutic obstinacy. Consequently, most participants considered that there is no particular focus on holistic care of patients in the process of death and dying, in their workplaces. With regard to care that requires improvement, the participants reported a greater family follow-up; the need to privilege comfort; care for the patient and the family, and the need for more time to care for the patient in the process of death and dying. The participants considered that they were little prepared to deal with death and dying when they started the professional activity. Their understanding of the approach to death and dying in professional training is that the issue has been subliminally and/or insufficiently addressed to meet the needs of patients in the process of death and dying and their families.

Final considerations: We consider it fundamental to create spaces for discussion in hospital institutions, so that professionals can share experiences and, in this way, attenuate situations of extreme emotional exigency and potentiators of psychic suffering. We demonstrate the need to implement health policies in hospital institutions that lead to the fulfilment of safe allocations; this principle will allow the provision of holistic care, considering the greater availability of nurses, with emphasis on the support of the patient and the family. We believe that the themes of death and dying should be addressed not only in professional training but also in society in general, in a scientific and holistic ways, to serve the purpose of preparing future nurses and professionals for a better management of the death and dying process.

Keywords: Perception, Master's Degree, Critically ill Patient, Nurses, Death.

Índice

Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xx
1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2.1. Breve perspectiva histórica da morte (no ocidente)	8
2.2. A morte nos hospitais	11
2.3. Os enfermeiros e a morte	14
3. METODOLOGIA	19
3.1. Tipo de estudo	19
3.2. População e participantes	20
3.3. Instrumento de recolha de dados	21
3.4. Recolha de dados	23
3.5. Considerações éticas	23
3.6. Procedimentos no tratamento e análise de dados	24
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
4.1. Caracterização dos participantes	27
4.2. Perceção da morte e do morrer	30
4.3. Perceção do processo de morrer dos doentes	40
4.4. Lidar com o doente em fim de vida	52
4.5. Perceção dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida	56
4.6. O ensino e a morte	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	79
Apêndice A - Guião da entrevista	80
Apêndice B - Autorização da comissão de ética da UTAD	83

Lista de Figuras

Figura 1: Tempo de serviço	52
Figura 2: Local onde exerce funções	52
Figura 3: Idade	53
Figura 4: Estado civil e género	53

Lista de Tabelas

Tabela 1: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “O tema da morte/morrer era abordado no seu contexto familiar?”	54
Tabela 2: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Qual a sua primeira experiência com a morte”	55
Tabela 3: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Que experiência com a morte o marcou mais?”	56
Tabela 4: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “O que representa para si a morte?”	57
Tabela 5: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Habitualmente pensa neste tema?”	60
Tabela 6: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Que sentimentos lhe provoca este tema?”	62
Tabela 7: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Como encara a morte dos doentes?”	65
Tabela 8: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Que sentimentos lhe provocam a morte dos doentes?”	66
Tabela 9: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “É difícil lidar com a morte dos doentes ou aceita-a como sendo uma fase natural do ciclo de vida?”	71
Tabela 10: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Consegue desligar das situações de morte/morrer dos doentes quando se encontra fora do contexto de trabalho?”	74
Tabela 11: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Tem dificuldade em cuidar de doentes em fim de vida?”	76
Tabela 12: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “A forma de lidar e encarar a morte influenciam os cuidados que presta ao doente em fim de vida?”	78
Tabela 13: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “O que acha dos cuidados prestados ao doente em fim de vida no seu ambiente de trabalho”	81
Tabela 14: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão: “Acha que é dada especial atenção aos cuidados holísticos ao doente em fim de vida?”	84

Tabela 15: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “O que acha que poderia ser melhorado nesses cuidados prestados ao doente em fim de vida?”	86
Tabela 16: Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Acha que a formação de base o/a preparou para lidar com a morte e o fim de vida?”	89

Lista de Abreviaturas e Siglas

cit. - citado

MEPSC - Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

nº - número

p. - página

UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

1. INTRODUÇÃO

Apesar de pouco falado e, por vezes, até evitado, o tema da morte e do morrer tem vindo a ser cada vez mais investigado. A evolução tecnológica e científica verificada nas últimas décadas deu-nos a ilusão do controlo absoluto sobre a doença e, efetivamente, vive-se mais e morre-se cada vez mais tarde, contudo a morte continua a ser algo que não controlamos: não decidimos quando morreremos nem quando os nossos entes queridos irão morrer. Continuam a morrer crianças e jovens e, por mais injusto que nos possa parecer, não se trata de uma questão de justiça, pois a morte não escolhe idades nem estrato social (Arantes, 2019).

É curioso pensarmos que, na era da informação e do acesso a variadíssimos conteúdos através de um simples toque nos nossos indispensáveis *gadgets*, o tema da morte e do morrer continue a ser evitado e até considerado tabu. Paradoxalmente, Pacheco (2004) refere que a morte é uma presença constante nas nossas vidas, cercando-nos constantemente, ao entrar nas nossas casas através da televisão, da rádio, dos jornais e das revistas. No entanto, esta informação chega-nos algo despersonalizada; fala-se em números de mortes, nesta ou naquela catástrofe; de acidentes rodoviários ou de mortes provocada por determinada doença. É sobretudo quando a morte nos toca mais de perto, quando morre alguém que amamos ou alguém que conhecíamos, que a sua presença se torna mais palpável; somos confrontados com a nossa própria mortalidade (Pacheco, 2004). À parte dos debates em redor da eutanásia, o tema da morte ainda é poucas vezes abordado na sua dimensão humana, nos meios da comunicação social, no seio familiar, na sociedade em geral e, quando o é feito, encontra-se envolto em negatividade.

Os avanços científicos dos últimos séculos, melhores cuidados de saúde e o aumento da esperança de vida deram-nos a falsa ideia de imortalidade, algo que ainda não alcançamos e que dificilmente alcançaremos. Portanto, a morte é uma realidade. Temos de lidar com ela e temos o dever de cuidar de pessoas em “processo de morte”, tornando-se vital encarar esta temática de forma equilibrada, a fim de prestar bons cuidados de saúde e evitar sentimentos disfóricos.

É fácil esquecer a morte e nem sequer pensar nela quando não somos confrontados com esta realidade. A vida quotidiana é pouco marcada pela morte, uma vez que é marcada por rotinas, trabalho e outras atividades; a inconsciência da morte sobrepõe-se à consciência humana da

morte, que, sem a negar, apenas a esconde (Morin, 1970). Edgar Morin (1970) refere ainda que “a morte só regressa quando o *eu* a olha ou se olha a si próprio” (p.60).

A maioria dos enfermeiros terá inevitavelmente de lidar com a morte, por vezes diariamente, nos locais de trabalho e “olhá-la nos olhos”, retomando a imagem usada por Morin. Torna-se, assim, premente conseguir encarar a morte como parte da vida, sem a desvalorizar ou evitar. Machado, Lima, Silva, Monteiro e Rocha (2016) consideram necessária a discussão sobre o tema da morte, não só entre os profissionais de saúde, mas também na sociedade em geral. Estes autores consideram que os profissionais possuem formação académica vocacionada para a manutenção da saúde, sendo o objetivo o prolongamento da vida e vêm a morte como um insucesso e fracasso profissional, os quais podem levar a sentimentos de culpa e tristeza. Consideram, ainda, fundamental que os profissionais de saúde sejam preparados científica e psicologicamente para lidar com o tema.

As dificuldades sentidas ao lidar com os doentes em fim de vida e a observação dos cuidados prestados a estes doentes, ao longo do trajeto profissional, fizeram-nos questionar a necessidade de uma maior discussão sobre o tema. Optamos, deste modo, pela elaboração desta dissertação com o objetivo de desenvolver competências no âmbito da investigação em enfermagem, designadamente na área da pessoa em situação crítica, bem como aprofundar os conhecimentos nas temáticas da morte e do morrer.

Nos vários estudos analisados, podemos constatar que os enfermeiros manifestam dificuldade em lidar com esta fase do ciclo de vida. Os temas da morte e do morrer provocam desconforto e remetem-nos para a nossa própria finitude (Espinoza-Venegas, Luengo-Machuca & Sanhuesa-Alvarado, 2016).

Não obstante tratar-se de um tema incómodo, é extremamente importante que os enfermeiros ultrapassem este desconforto e contornem mecanismos de defesa que podem surgir, tais como afastamento ou negação, perante os doentes em fim de vida (Souza et al., 2013). Sendo esta uma fase extremamente crítica, é fundamental prestarmos cuidados de forma holística e não nos limitarmos a aliviar o desconforto e a sintomatologia física, sem considerarmos o sofrimento psicológico que poderá estar presente no processo da morte e do morrer.

Apesar de fundamental, a vertente relacional com os doentes em situação crítica é, por vezes, secundarizada face à necessidade de estabelecer o equilíbrio fisiológico que está na iminência de falência ou francamente comprometido. Numa revisão integrativa realizada por Almeida,

Barlem, Barlem e Lunardi (2013), sobre o tema da morte e do morrer em unidades de cuidados intensivos, os autores concluíram que existe a necessidade de se investir na formação e preparação dos profissionais para estes atuarem no processo de morte/morrer e refletirem sobre a prática quotidiana, tornando-os, estes aspetos, mais conscientes da filosofia dos cuidados paliativos, assim como dos desafios éticos a serem enfrentados. Nunes (2008) refere que o sentido ético da morte está presente quando cada um de nós toma consciência de que temos os dias contados. Esta tomada de consciência exige uma grande maturidade e introspecção por parte daqueles que se dispõem a refletir sobre a temática. A autora refere, ainda, que é possível encontrar pessoas com personalidades mais ou menos amadurecidas atendendo ao grau de consciência e responsabilidade na ação e no pensamento face ao mundo, face aos outros e face ao absoluto. A impermanência não é um conceito do qual tenhamos consciência, mas é uma certeza que nos acompanha.

Os temas da morte e do morrer são abordados e investigados, de acordo com a revisão literária efetuada, essencialmente no ensino, na formação de base e na prática dos enfermeiros dos serviços oncológicos, dos cuidados paliativos e dos cuidados intensivos (Almeida et al., 2013; Dias et al., 2014; Espinoza-Venegas et al., 2016). Os enfermeiros que decidem continuar os estudos e enveredar por um mestrado, estarão eles despertos para a complexidade dos temas da morte e do morrer?

A decisão de prosseguir os estudos e, particularmente, de frequentar um mestrado demonstra um grande interesse pelo aperfeiçoamento profissional e requer a incorporação do método científico aplicado à prática, de modo a obter um conhecimento baseado no rigor metodológico e nos fundamentos científicos. Questionamos contudo se o incremento científico na prática virá acompanhado de uma maior compreensão e capacidade de lidar com a morte e o morrer.

A esse propósito e retomando pontos anteriormente enunciados, Nunes (2008) refere que:

Parece que pode existir uma tendência para investigar e tratar excessivamente alguns doentes, com prejuízo grave da qualidade de vida no tempo que lhe resta. Interrogo-me se o empenhamento terapêutico excessivo não refletirá também a dificuldade de aceitar a morte como facto natural da vida, e talvez, tanto ou mais, a dificuldade em aceitar as limitações da intervenção dos médicos e da ciência. (p.47)

Adquirimos inúmeros conhecimentos e competências técnicas, contudo, aspetos relacionados com o cuidar, neste enriquecimento curricular, podem ser secundarizados e:

... existem limites aos cuidados, porque os cuidados têm de fazer sentido para quem os presta e para aquele a quem são prestados. Há que orientar o sentido, a razão de

ser, a oportunidade desses cuidados. Os cuidados só ganham sentido e têm valor se tiverem em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, clarificando o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida. (Nunes, 2008, p.48)

O Regulamento nº 361/2015, de 26 de junho, que define os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, refere que:

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. (...). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (pp. 17240-17241)

Quando a recuperação total não é possível, haverá lugar a “utilização de habilidades de relação de ajuda facilitadora dos processos de luto e morte digna” (Regulamento nº 361/2015, de 26 de junho, p.17242). É, desta forma, fundamental que os enfermeiros que optam pelo presente mestrado adquiram e demonstrem competências para lidar e estabelecer relação de ajuda com os seus doentes em fim de vida e familiares que os acompanham. Quando toda a tecnologia, monitorização e terapêutica não conseguem dar resposta, estaremos preparados para lidar com o processo natural que é a morte sem a considerar uma derrota?

É a partir destas questões que decidimos elaborar o presente estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, com a questão de partida: “Que perceção da morte e do morrer têm os alunos do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (MEPSC)?”

De forma a dar resposta a esta questão, definiram-se como objetivos:

- Identificar qual a perceção da morte e do morrer por parte dos enfermeiros do MEPSC;
- Compreender como é que os enfermeiros lidam com a morte dos doentes;
- Indagar sobre a influência que a perceção da morte por parte dos enfermeiros do MEPSC traz nos cuidados aos doentes em fim de vida;
- Perceber de que forma os enfermeiros do MEPSC encaram os cuidados à pessoa em fim de vida.
- Perceber se os enfermeiros do MEPSC consideram a formação e a preparação adquiridas sobre a temática da morte suficientes para lidarem com o doente em fim de vida.

Este trabalho está dividido em quatro capítulos: Enquadramento Teórico, onde se faz uma breve abordagem à perspectiva histórica da morte, no ocidente, fala-se ainda da temática da morte em meio hospitalar e aborda-se a questão dos enfermeiros e a morte; Metodologia, onde se descreve as fases e procedimentos da investigação, nomeadamente: tipo de estudo, população e participantes, instrumento de recolha de dados, procedimentos na recolha de dados, considerações éticas e procedimentos no tratamento e análise de dados; Apresentação, análise e discussão dos resultados, onde se faz a caracterização sociodemográfica dos participantes e se expõe e analisa a perceção da morte e do morrer por parte dos enfermeiros do MEPSC; finalmente, Considerações finais, onde se faz uma reflexão crítica dos dados obtidos e apresentam-se sugestões.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A morte tem sido definida como a perda de fluídos vitais, a separação da alma, a perda irreversível da capacidade de consciência e integração social (Lima, 2017). Na biologia e nas ciências da natureza, a morte define-se simplesmente por cessação das funções vitais, tais como respiração e circulação (Osswald, 2013). Apesar desta definição aparentemente simples, que se limita à parte fisiológica do ser humano, a morte é um processo multifatorial que abrange diversas áreas das ciências sociais, tais como a filosofia, a psicologia, a antropologia, a sociologia, a teologia e a fisiologia, não sendo fácil de definir pela sua complexidade. O morrer ocorre em cada momento e em qualquer altura e, dependendo da forma como se vive, tem-se um medo intenso da morte e, consequentemente, em lidar com a terminalidade: “Nenhuma sociedade conheceu ainda a vitória total, quer da imortalidade, quer da consciência desmitificada da morte, quer do horror da morte, quer da vitória sobre o horror da morte” (Morin, 1970).

O ciclo de vida obedece ao percurso de nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer. A morte é, de certa forma, o culminar do processo de morrer. Para Oliveira e Neto (2004), a morte relaciona-se com o consciente e o inconsciente, pois não se trata apenas de um facto biológico, mas de um facto profundamente humano. Estes autores referem ainda que é fundamental uma educação para a morte, porque esta, paradoxalmente, pode ensinar a viver. Falar sobre a morte e o morrer, humanizar o tema e tomar consciência da nossa finitude exigem, como anteriormente referido, uma grande maturidade e capacidade de introspeção. Afastarmo-nos do tema por temor será contraproducente. O estudo de White e Handal (1991), cit. por Oliveira e Neto (2004), demonstrou que as pessoas com alta ansiedade face à morte viviam mais abatidas e menos satisfeitas com a vida do que aquelas que demonstram uma baixa ansiedade face à morte. Para Arantes (2019), pessoas que evitam falar ou pensar na morte são como crianças que brincam às escondidas numa sala vazia, tapando os olhos ingenuamente: “Se eu não olho para a morte, ela não me vê. Se eu não penso na morte, ela não existe” (Arantes, 2019, p.91). Discutir sobre este assunto torna-se assim essencial. Um maior conhecimento sobre o tema ajudará a lidar com as pessoas em processo de morte e a morrer com dignidade, sem ingenuidade, complacência ou afastamento emocional, humanizando a morte, evitando sentimentos negativos a quem presta os cuidados a pessoas em risco de vida.

2.1. Breve perspectiva histórica da morte (no ocidente)

O conceito de morte e do morrer tem-se alterado ao longo dos tempos, dependendo do momento histórico e do contexto sociocultural nos quais as pessoas se encontram inseridas; corresponde a um processo construído pela interação social entre grupos e culturas (Silva, Pereira & Mussi, 2015):

...os paleontólogos apontam o culto dos mortos como o início 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. (Osswald, 2013, p.11)

Os mortos musterianos eram parcialmente enterrados, sob pedras amontoadas (Morin, 1970). Posteriormente, o morto passa a ser acompanhado por utensílios, armas e alimentos. A morte era assim vista como uma continuidade da vida, não representando, contudo, uma negação da morte, mas antes o reconhecimento da sua chegada (Morin, 1970). Ainda não existia a noção de imortalidade, para a qual seria necessário um pensamento abstrato.

Kubler-Ross (1998) refere que os hebreus viam o cadáver como algo impuro e intocável. Esta autora cita exemplos, como os dos antigos índios americanos, que lançavam flechas para o ar a fim de afugentar os espíritos do mal; estas e outras cerimónias demonstrariam de forma clara e evidente que o homem, desde a antiguidade, tem um “medo de morte” à morte. Machado et al. (2016) corroboram esta teoria, salientando que, ao longo dos tempos, os rituais de morte ajudariam na tentativa de minimizar a separação abrupta provocada por ela, facilitando a superação do luto; a aproximação do homem à morte ajudaria a diminuir o terror causado por esta.

Para Kubler-Ross (1998), do ponto de vista psiquiátrico, no inconsciente humano, a morte nunca é possível quando se trata da própria morte. Freud, cit. por Morin (1970), diz que “...no fundo, ninguém acredita na sua própria morte, ou, o que vem a ser o mesmo, que cada um no seu inconsciente, está persuadido da sua própria imortalidade” (p.59). Morin (1970) acrescenta ainda que já, a partir das sepulturas pré-históricas, podemos desvendar um certo “mal-estar” relacionado com a morte, podendo interpretar-se que o facto de morrer estaria relacionado com a doença, um acidente ancestral que passava de geração em geração ou mesmo com um castigo aplicado por um feiticeiro ou por um deus ou ainda com uma falha e até um mal.

Na Antiguidade Clássica, havia deuses da morte: Hades, para os gregos e Plutão, para os romanos. Estas divindades eram também responsáveis pelo mundo inferior: o mundo dos mortos. Os estoicos consideravam a morte como parte integrante da vida e não apenas o seu desfecho, pois cada momento da vida era um momento de morte (Pacheco, 2004). Por outro lado, os epicuristas consideravam a morte como oposição à vida e como o seu próprio desfecho, mas não a temiam porque, com ela, a pessoa deixava de existir e tudo terminava (Pacheco, 2004). Para Platão, a alma era a parte essencial, racional, perfeita e imortal da pessoa e, quando o corpo morria, a alma era libertada e só aí, sem a prisão do corpo material, conseguiria aceder à verdade das coisas tal como elas são. A morte representava, assim, o fim da provação e a liberdade (Pacheco, 2004).

Nas sociedades medievais, a morte era um tema incontornável, uma presença habitual, omnipresente e trágica. Frequentemente, surge na iconografia da época; arrebatava recém-nascidos, parturientes e crianças; derrubava os poderosos e os indigentes (Ariès, 2003). Era frequentemente retratada como castigo divino, sob a forma de peste e dizimando populações. A sua frequência era tão habitual que deixou de inspirar tanto medo e repulsa (Osswald, 2013). No filme “O Físico”, de Philips Stölzl, quando Ibn Sina (Avicena), perto do seu fim, declarou: *“A morte é só uma linha que temos de cruzar, o silêncio depois do coração parar, nada além disso, após o último suspiro, rumo à paz eterna”*. A crença na vida para além da morte dava alento aos moribundos e, à luz da religião cristã, o sofrimento que antecedia a morte iria permitir alcançar a vida eterna. Ariès (2003) refere-se a esta morte como sendo a *morte domada*, quase familiar. Idealmente e quando pressentida, a morte era acolhida pelo moribundo que reunia a família para as últimas recomendações, confessava os pecados para conseguir aceder ao reino dos céus; despedia-se do mundo terrestre e aguardava serenamente o seu fim. Por outro lado, a morte repentina era considerada feia e vil, bem como a morte clandestina, sem testemunhas nem cerimónias fúnebres (Ariès, 2003). A aceitação da morte pode ser vista como uma resignação perante o inevitável fim, visto as populações não terem outra alternativa, pois eram expostas a condições de vida extremamente duras e insalubres.

O Romantismo, não negando a morte, tornou-a admirável, por vezes desejável, libertando o indivíduo de um mundo que não lhe agradava, cheio de amores impossíveis e o amor, visto como imortal e eterno, tornava-se assim um meio de vencer a morte (Osswald, 2013).

A partir do século XIX, segundo Ariès (1988), surgiu a tendência para poupar o moribundo à gravidade da situação. Com a industrialização, as populações abandonaram os campos

agrícolas, concentrando-se nas cidades em grande expansão, o que, conseqüentemente, alterou os estilos de vida (Ariès, 1988).

O século XX, assolado por guerras e conflitos, trouxe uma nova percepção da morte, a qual resultou numa atitude de ocultação: não podendo negá-la, silenciava-se, tornando-a inaparente (Osswald, 2013): “Muito se tem escrito acerca desta atitude dominante: a morte seria o último tabu, assunto de que se não fala, ou, melhor, o não assunto” (Osswald, 2013, p.15).

Heidegger considerava o homem um *ser-para-a-morte*, pois desde o seu nascimento, todo o ser humano inicia o processo de morte, advindo dele o fim da nossa existência (Pacheco, 2004). Por outro lado, Sartre considerava a morte como algo exterior à pessoa, perspetivando o nascer e o morrer como absurdos, pois neles toda a liberdade e iniciativa do homem ficavam limitadas (Pacheco, 2004).

Nos termos modernos, à medida que a morte se tornou menos frequente, sentimos cada vez menos necessidade de nos prepararmos para a ela; a morte passou a ser encarada como uma estranha a evitar, acabando por ser afastada do ambiente familiar (Osswald, 2013). A concepção de morte natural, presente nas sociedades primitivas, como parte do quotidiano, tornou-se muito diferente na sociedade contemporânea, em que a juventude e a cura são valorizadas como prioridades da vida (Ariès, 2003).

Da morte domada passa-se, deste modo, para a morte escondida. No seu livro autobiográfico, “A roda da vida”, Kübler-Ross refere que, no início da sua prática clínica, os doentes em fim de vida eram colocados nos quartos mais afastados das enfermarias, sob luzes intensas que não podiam apagar, limitando as horas das visitas. Refere ainda que “Eram deixados sozinhos a morrer, como se a morte fosse contagiosa” (Kübler-Ross, 2008, p.139).

Os avanços tecnológicos da medicina e a melhoria da qualidade de vida contribuíram enormemente para o aumento da esperança de vida e para a redução da taxa de mortalidade infantil. Morre-se menos e as famílias são mais reduzidas, pelo que é frequente chegar à idade adulta sem termos vivenciado a morte de alguém próximo. A morte passa a ser uma estranha e a experiência de morte passa a ser marginalizada e reprimida (Osswald, 2013). Segundo Pacheco (2004), na atualidade, a morte deixou de ser vista como um fenómeno natural e passou a ser entendida como um problema que ainda não conseguimos resolver, considerada frequentemente como um fracasso da medicina, em vez do fim natural. Esta é a razão pela qual a morte tem sido afastada, repudiada, institucionalizada e, por vezes, esquecida.

Torna-se fundamental pensarmos e falarmos sobre a nossa própria finitude para que, em pleno século XXI, este último tabu seja derrubado. A morte é encarada como a inimiga, algo a evitar a todo o custo. Machado et al. (2016) evidenciam esta luta contra a morte por parte da sociedade atual no uso de expressões bélicas: frequentemente dizemos que determinada pessoa “perdeu a batalha contra a morte” ou que “lutou pela vida”. Segundo Osswald (2013), falar e pensar na morte pode ser positivo e útil, pois inevitavelmente iremos lidar com ela. Como anteriormente referimos, as pessoas com alta ansiedade perante a morte vivem menos satisfeitas com a vida que aquelas que revelam uma baixa ansiedade com a morte.

2.2. A morte nos hospitais

A visão holística do homem não nos permite encarar a morte como um mero fenómeno físico, “assim, quando uma pessoa morre, há que considerar sempre a morte biológica, objetiva e cientificamente observável, e uma outra vertente subjetiva, uma vez que a morte é experimentada apenas pela pessoa que morre” (Pacheco, 2004, p.24). Esta autora refere ainda que a morte da pessoa deve ser vista como única, concreta, subjetiva, singular e humana, de uma pessoa que nunca deixará de o ser. Acrescenta que a priorização do cuidado ao corpo físico deve ser evitada, sob pena de segmentar e empobrecer os cuidados prestados aos doentes em processo de morte/morrer. Por outro lado, eticamente falando, a pessoa que cuida dos doentes em fim de vida, deve evidenciar maturidade e reconhecimento das suas emoções, limites e potencialidades, de forma a lidar com o sofrimento dos outros, demonstrando sensibilidade e apoio sem desenvolver sentimentos negativos.

A evolução tecnológica trouxe-nos o aumento da esperança média de vida e melhor qualidade nos cuidados de saúde, acompanhadas de uma progressiva hospitalização da morte. A transição da morte do domicílio para os hospitais deve-se, segundo Machado et al. (2016), ao facto de, nos hospitais, existirem melhores e mais recursos humanos e tecnológicos, o que traz, por sua vez, um sentimento de maior segurança no controlo de sintomas, tais como a dor, no processo de morrer.

Segundo dados do Observatório Português dos Cuidados Paliativos, cerca de 62% das mortes em Portugal ocorre no hospital, tendo existido, entre 1988 e 2010, um crescimento das mortes nos hospitais, de 45% para 62%. Prevê-se que, a manter-se esta tendência, em 2030, três em

quatro óbitos ocorrerão em ambiente hospitalar (Gomes, Sarmiento, Ferreira & Higginson, 2013).

Para Frias (2012), a transferência da morte do domicílio para os hospitais, concebidos como local de cura, representa em parte uma tentativa de “dissimulação” da morte. Os hospitais, dotados de recursos humanos e materiais passaram, assim, a ser vistos como o local onde, eventualmente, se poderia evitar a morte. Este facto conduz-nos ao conceito de medicalização da morte o qual contrasta com a morte decorrente de causas naturais. No contexto da medicalização da morte, existe uma fragmentação dos cuidados, associada à complexidade crescente de tratamentos médicos, negligenciando-se por vezes a vontade do doente (Machado et al., 2016).

O tempo de morte alongou-se através de medidas artificiais, ditadas por decisão médica, que, apesar de não a poder suprimir, pode regular a sua duração, de algumas horas, dias, semanas e até meses (Ariès, 1988). Este autor alerta para o facto de que, em certas circunstâncias, o objetivo principal dos cuidados de saúde extrapolar para o prolongamento da vida a todo o custo, verificando-se, por parte dos profissionais de saúde, uma recusa em parar com os cuidados que mantêm a vida artificialmente. A família, anteriormente parte ativa nos cuidados ao doente moribundo, passou a delegar as difíceis decisões a tomar sobre as medidas terapêuticas a adotar no profissional de saúde, o “taumaturgo sábio que possuía os segredos da saúde e do sofrimento, que sabia melhor do que ninguém o que era preciso fazer e a quem competia, por conseguinte escolher com toda a soberania” (Ariès, 1988, p.340).

Das suas casas para o leito dos hospitais, os moribundos passaram a ser acompanhados, não pelos familiares, mas por profissionais de saúde treinados na visão tecnicista da busca de cura (Vasconcelos & Dutra, 2018). O desenvolvimento científico dos últimos séculos permitiu ao Homem vitórias sobre a doença em situações anteriormente invencíveis. Desta forma, a ideia de aguardar pela evolução natural da doença, encarando a cura, cronicidade e a morte com paralela naturalidade, tornou-se obsoleta e deu lugar a uma luta a todo o custo contra a morte (Pacheco, 2004). Esta autora refere ainda que o que era anteriormente impensável, tal como recuperar o funcionamento normal de um órgão através da transplantação ou reanimação, é hoje uma prática diária, levando à falsa ideia de invencibilidade e eventual cegueira para limites e capacidade de reconhecer quando parar e também originando dilemas éticos, tais como a distanásia ou obstinação terapêutica que, segundo Nunes (2016), é “o recurso a medidas

terapêuticas que não aumentam a sobrevida mas simplesmente prolongam o processo de morrer” (p.20).

Para Nunes (2008), é importante que os profissionais de saúde tenham presente que não têm como único objetivo “manter índices fisiológicos”, mas também “cuidar de uma pessoa”. Esta autora alerta ainda para o facto de que alguns profissionais de saúde (e acrescentamos doentes e familiares), numa época com tanta tecnologia à disposição, podem facilmente criar a falsa expectativa de que só há tratamento quando se investe, podendo esta atitude funcionar como um escudo, pois ao investir-se, mesmo com medidas excessivas, “... está a fazer alguma coisa, aliviando-se a consciência por fazer algo” (p.79).

A morte assusta e evitamos pensar nela (incluindo profissionais de saúde), o que muitas vezes se traduz pela falta de comunicação com o doente moribundo e com o isolamento deste (Pacheco, 2004). Esta autora refere ainda que “é hoje frequente perante um doente em fase terminal levá-lo para os hospitais, onde muitas vezes vai morrer sozinho e isolado de tudo e de todos” (Pacheco, 2004, p.7).

Neste contexto, lidar com a morte torna-se num aspeto imperativo a ser trabalhado e desenvolvido pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros. Ao longo da formação académica, os enfermeiros são preparados para salvar e cuidar dos doentes, aliviá-los a dor e o sofrimento, evitando a morte a todo o custo. Quando esta surge, incluindo para os mais incautos, pode provocar sentimentos de desilusão, de sofrimento ou, por outro lado, de distanciamento dos enfermeiros em relação àqueles que são cuidados, numa tentativa de se protegerem.

Assistir à morte dos doentes poderá levar o enfermeiro a refletir sobre a finitude da vida humana. Para Silva (2005), apesar de dispormos de vários recursos científicos e tecnológicos que permitem o prolongamento da vida, no momento em que a morte chega, percebemos que não há nada a fazer: “Ficam pensativos, refletindo sobre a condição humana de que somos finitos, constituindo-se o problema central da existência humana, pois não somos seres eternos” (Silva, 2005, p.365). Isso remete-nos para a ideia de que a única maneira de o Homem se realizar autenticamente, assumindo a responsabilidade da sua própria vida, é enfrentar, fria e corajosamente, a sua finitude e contingência, isto é, a sua inevitável morte (Lima, 2017).

Refletir sobre a morte é incómodo e desconfortável. Entender a morte poderá ser uma utopia pois nunca é uma experiência contada na primeira pessoa, na medida em que, quem a

experienciou, nunca regressou para a contar. Sendo um processo que nunca se descreve na primeira pessoa, com grande carga emocional, torna-se difícil de entender, pois a morte é tão subjetiva como variados e únicos são os seres humanos. A morte é, pois, o desconhecido, é irreversível, é o “ponto final”.

Num estudo sobre a experiência de morte de doentes para os profissionais de enfermagem, Vasconcelos e Dutra (2018) alertam para o facto de aqueles sofrerem perante a morte dos doentes e de nem sempre conseguirem lidar com as situações de morte ou proporcionar conforto aos familiares. Referem, ainda, possíveis consequências desta situação para os profissionais de saúde, podendo resultar em problemas físicos e emocionais. As autoras expõem a importância de refletir sobre a preparação dos enfermeiros para as vivências da morte e do morrer.

Como anteriormente referimos, os enfermeiros são confrontados diariamente com a morte dos seus doentes e com a sensação de perda que fica nos seus familiares. Tal facto remete para a importância da reflexão sobre este tema, consciencializando os profissionais para os seus medos e angústias em relação à morte. Se não estiverem preparados para lidar com esta fase do ciclo de vida, os enfermeiros dificilmente conseguirão prestar cuidados de qualidade aos doentes que vivenciam o processo de morte/morrer.

Machado et al. (2016) salientam a necessidade de formação dos profissionais em tanatologia, a fim de os preparar para a promoção de uma morte digna e humanizada de todos os que vivenciarem os processos de morrer sob os seus cuidados. Daí o interesse em entender a perceção da morte dos que prestam cuidados diferenciados.

2.3. Os enfermeiros e a morte

Os enfermeiros são treinados para o cuidado, no sentido de recuperação e estão familiarizados com o sucesso em relação à doença, resultado dos avanços científicos e tecnológicos. Como anteriormente referimos, os profissionais possuem formação académica vocacionada para a manutenção da saúde, tendo como objetivo o prolongamento da vida e vendo a morte como um insucesso e fracasso profissional. As crescentes exigências tecnológicas e necessidade de constante atualização científica levam os profissionais de saúde a um maior investimento no conhecimento científico e técnico. Este conhecimento deverá ser acompanhado de um enorme sentido ético, porque os cuidados só fazem sentido “se tiverem em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, clarificando o que tem sentido ou

contribui para dar sentido a sua vida” (Nunes, 2008, p.48). É, desta forma, fundamental para os enfermeiros que optem pelo MEPSC, sendo preparados para trabalhar em serviços altamente diferenciados e com tecnologia de ponta, adquiram e demonstrem competências, não só técnicas, mas também humanas, para lidar e estabelecer relação de ajuda com os doentes em fim de vida e com os familiares que os acompanham. Quando toda a tecnologia, monitorização e terapêutica não conseguem dar resposta, estarão preparados para lidar com o processo natural, que é a morte, sem a considerar uma derrota?

Adquirimos inúmeros conhecimentos e competências técnicas, contudo, aspetos relacionados com o cuidar podem ser secundarizados:

Não me parece que sejamos formados para lidar com a inevitabilidade da morte, de tal modo que me interrogo se, em algumas reanimações, em vez de lutar pela vida o combate não é, simplesmente, contra a morte. ... Ademais a medicalização da morte é fácil, caracterizando-se pela relação impessoal com o doente, estudos diagnósticos excessivos e agressivos, terapêutica de alta tecnologia ineficaz, hospitalização desnecessária e morte institucional. Essas estratégias afastam a reflexão sobre a morte e sua inevitável proximidade. Ao contrário, quando se orientam as intervenções para o alívio do sofrimento está-se mais preocupado com a pessoa doente do que com a doença da pessoa. (Nunes, 2008, p.48)

Ao lidar com a morte, os enfermeiros demonstram falta de preparação em relação a ela, como se de um insucesso se tratasse, principalmente nas primeiras experiências profissionais com a morte (Nunes, 2008). Esta autora fala da importância da “educação para a morte” e integra a morte numa lógica de vida; desta forma os enfermeiros consciencializam-se que morte faz parte da vida e que constitui o seu término, do mesmo modo que o nascimento representa o seu início. À primeira vista, o conceito parece simples de integrar e facilmente o declaramos com a maior das naturalidades. Mas será realmente assimilado e integrado? Como já anteriormente referimos, ao falarmos da morte, dificilmente o fazemos na primeira pessoa, sendo a terminalidade difícil de assimilar quando falamos da nossa. Por outro lado, só conseguiremos cuidar de pessoas em processo de morte/morrer, bem como proporcionar o adequado apoio aos familiares, de forma humana, sincera e completa se assimilarmos este conceito e lidarmos com a nossa fim sem ingenuidade, sem complacência e sem afastamento emocional.

O estudo de Baldissera et al., levado a cabo em 2018, sobre a perspetiva dos profissionais de enfermagem sobre a morte na emergência, revela que, mesmo entendendo que a morte faz parte do processo de vida, ela provoca sentimentos de tristeza, frustração e impotência, principalmente quando o doente permanece mais tempo no serviço de urgência. Será possível

haver envolvimento emocional com o doente sem sofrer “com ele”? Sobre este tema torna-se importante falar de empatia e compaixão. Segundo Arantes (2019), empatia - que é a capacidade de se colocar no lugar do outro - pode ser a característica mais importante de um profissional de saúde que cuida de doentes em fim de vida; por outro lado, pode constituir o maior risco de se tornar incapaz de cuidar. Esta autora acrescenta que, ao contrário da empatia, a compaixão não possui o mesmo perigo, pois vai para além da capacidade de se colocar no lugar do outro, ao permitir compreender o sofrimento do outro sem ser “contaminado” por ele:

A empatia pode acabar, mas a compaixão nunca tem fim. Na empatia, às vezes cega de si mesma, podemos ir na direção do sofrimento do outro e nos esquecermos de nós. Na compaixão, para irmos ao encontro do outro, temos de saber quem somos e do que somos capazes. (Arantes, 2019, p.65)

Torna-se, assim, urgente a apropriarmos-nos destes conceitos e das suas limitações no sentido de não sofrer com o doente em risco de vida:

Se eu for sentir a dor do outro, então não consigo estar presente pois será a minha dor. Se eu sinto dor estou em mim e não no outro. Quando tenho compaixão pela dor do outro, respeito essa dor, mas sei que ela não me pertence. Consigo estar presente a ponto de proporcionar socorro, levar conforto. (Arantes, 2019, p.119)

O objetivo para qualquer enfermeiro é usar a compaixão para proporcionar ao doente em fim de vida, os melhores cuidados que lhe é possível prestar naquele momento, tendo em conta os recursos que possui e o que é exequível fazer.

Esta aprendizagem deveria ser parte integrante do curso de base e inclusivamente fazer parte do currículo nacional do ensino básico (idealmente deveria fazer parte da educação familiar e da sociedade, em geral) e prolongar-se ao longo de toda a atividade profissional numa perspectiva de formação contínua. Santos, Corral-Mulato, Bueno e Robazzi (2016) referem a importância de aprofundar o tema da morte e do morrer no percurso académico, bem como a importância de os futuros profissionais de enfermagem assimilarem a noção de finitude, abrindo espaço para a reflexão, para a troca de experiências e para a expressão de sentimentos sobre este tema.

O objetivo de proporcionar cuidados globais ao doente crítico, em risco e eminência de falência multiorgânica, nomeadamente no que diz respeito ao conforto, deve ser visto de uma forma personalizada, ou seja, o enfermeiro não deve ter como parâmetro o que deseja para si, mas respeitar o que “essa pessoa” necessita e deseja, ouvindo a família quando aquela não se puder expressar (Silva et al., 2015). Estes autores alertam ainda para o facto de o ser humano ser único

e irrepetível que não fica limitado a manifestação da doença; o objetivo principal no cuidado ao doente é a preservação da sua autonomia e individualidade.

Apesar de reconhecerem a morte como parte do ciclo de vida, os enfermeiros, orientados e preparados para a cura e para o tratamento da doença, revelam dificuldades quando confrontados com a morte (Santos et al., 2016). As dificuldades sentidas nos primeiros anos de prática profissional vão sendo ajustadas com a experiência no trabalho como fonte de conhecimento sobre o tema (Barbosa & Massaroni, 2016). Silva, Lage e Macedo (2018) referem que os enfermeiros vocacionados para a cura e para os sucessos terapêuticos, quando confrontados com a morte, podem demonstrar sentimentos de ansiedade, depressão e falta de esperança.

Perante estas constatações, torna-se premente quebrar este último reduto e falar sobre a morte e o morrer, começando por perceber como percebem os enfermeiros este tema, com o qual lidam diariamente ou quase diariamente.

3. METODOLOGIA

Entende-se que as metodologias de investigação “...pressupõem ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.19). Para um melhor entendimento, impõe-se um enquadramento conceptual da metodologia; na verdade, a metodologia, consiste num conjunto de atividades sistemáticas e racionais com o objetivo de adquirir conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando, para isso, o caminho a ser seguido (Marconi & Lakatos, 2007).

Sendo a percepção da morte e do morrer algo eminentemente pessoal e que constitui uma realidade sobremaneira diferente para cada indivíduo, as características do tema em estudo não podem, ainda assim, interferir com a objetividade do tema a ser estudado. Desta forma, a metodologia deve ser rigorosa e sistematizada, pressupostos fundamentais a serem considerados, independentemente do objeto de investigação científica.

3.1. Tipo de estudo

Este estudo baseou-se na metodologia qualitativa que, segundo Fortin et al. (2009),

teve origem no paradigma naturalista, baseada numa forma holística de conceber os seres humanos, comportando um certo número de crenças. Cada realidade decorre das percepções individuais e varia com o tempo. O conhecimento desta realidade não tem sentido senão numa dada situação. As crenças sobre as quais assenta a investigação qualitativa tomam em conta a globalidade dos seres humanos, compreendendo nesta sua experiência de vida e os meios naturais. As questões de investigação são exploratórias e interessam-se pelo vivido, sendo o objetivo descobrir, explorar desrever e compreender os fenómenos. (p.290)

Trata-se, deste modo, de um estudo qualitativo de abordagem fenomenológica no sentido em que visa explorar uma experiência de vida (neste caso, o tema da morte), do ponto de vista de quem a experimenta.

Como se trata de descrever e relatar em detalhe uma experiência de vida, trata-se de um estudo fenomenológico, que Fortin et al. (2009) consideram adequado à observação e análise de experiências humanas, tal como elas são descritas pelos participantes. Estes autores referem que a investigação fenomenológica coloca um enfoque no processo interativo através do qual os indivíduos atribuem um significado a uma determinada situação social. Importa ainda referir que, na investigação qualitativa, deve existir uma recolha de informação fiável e sistematizada

com o intuito de gerar e interrelacionar conceitos que permitam interpretar essa realidade (Afonso, 2005).

Apresentamos de seguida a questão de partida que nos propusemos lançar para o presente estudo: “Que percepção da morte e do morrer têm os alunos do MEPSC?”

A partir desta questão inicial, foram elaborados cinco objetivos que nortearam o guião da entrevista, designadamente:

- Identificar qual a percepção da morte e do morrer por parte dos enfermeiros do MEPSC;
- Compreender como os enfermeiros lidam com a morte dos doentes;
- Indagar sobre a influência que a percepção da morte por parte dos enfermeiros do MEPSC traz nos cuidados aos doentes em fim de vida;
- Perceber de que forma os enfermeiros do MEPSC encaram os cuidados à pessoa em fim de vida.
- Perceber se os enfermeiros do MEPSC consideram a formação e a preparação adquiridas sobre esta temática suficientes para lidarem com os doentes em fim de vida.

Destaca-se que a investigação qualitativa se baseia numa abordagem holística do ser humano, em que o estudo dos fenómenos específicos é feito numa base em que as interações ocorrem de forma natural, sem controlo rigoroso nem manipulação das variáveis (Fortin et al., 2009). Estes autores referem que alguns dos elementos do desenho de investigação evoluem ou surgem ao longo da investigação qualitativa, de acordo com o decorrer deste mesmo estudo, não perdendo de vista a questão de partida.

3.2. População e participantes

A população é constituída pelos alunos do MEPSC. Tomamos esta opção por o mestrado ter como objetivo preparar os mestrandos para lidar com pessoas cuja “vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais...” (Regulamento nº 361/2015, de 26 de junho, p.17240), resultando por vezes na sua morte. Os participantes foram selecionados entre os alunos do MEPSC da Escola Superior de Saúde, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD).

Segundo Streubert e Carpenter (2002), os investigadores qualitativos não designam os indivíduos que participam no seu estudo por sujeitos, mas antes por participantes e são selecionados de acordo com as suas experiências face ao fenómeno a investigar. Estas autoras salientam que a amostra intencional, usada neste tipo de estudo, surge quando a preocupação dos investigadores é desenvolver uma descrição do fenómeno, em vez de utilizar técnicas de amostragem que apoiem a generalização dos dados obtidos. Fortin et al. (2009) dizem que, contrariamente à investigação quantitativa, na investigação qualitativa, o número de participantes não é definido à partida, pois depende dos dados recolhidos, o número de participantes depende da saturação dos dados. A saturação refere-se à informação descoberta e à confirmação de dados previamente recolhidos, ou seja, mais importante que a amostra ser um número definido, o investigador qualitativo procura a repetição e confirmação dos dados previamente recolhidos (Streubert & Carpenter, 2002).

Neste sentido, a amostra é não probabilística e intencional, accidental ou de conveniência, que segundo Fortin et al. (2009) “... é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos. Noutros termos, a amostragem accidental permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo” (p.321).

Sendo assim, consideramos como critério de inclusão ser alunos do MEPSC que, no seu local de trabalho, lida com a morte e o morrer e, da mesma forma, excluímos os enfermeiros que apresentaram a sua recusa em participar no estudo e aqueles que não preenchiam o critério definido para a inclusão no mesmo.

Num estudo qualitativo, em que se pretende entender o fenómeno observado, com vista ao aprofundamento da informação obtida, o número de participantes é menos relevante que a qualidade das estratégias utilizadas para obter a informação (Fortin et al., 2009). Em suma, para este estudo contribuíram 11 participantes, tendo-se cumprido o princípio da saturação dos dados.

3.3. Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados, recorreremos à entrevista semiestruturada. Fortin et al. (2009) consideram as entrevistas como o principal método de recolha de dados, nas investigações qualitativas, permitindo examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes, objetivo este que se aplica ao presente estudo, em que o

fenômeno a perceber é a forma como cada participante entende a morte e o processo de morrer. Esta entrevista é semiestruturada ou semidirigida porque, tal como é descrito por Fortin et al. (2009), é usada quando o investigador pretende obter e entender o significado de um fenómeno vivido pelos participantes, assemelhando-se a uma conversa informal, mas em que o investigador determina uma série de questões a abordar e as apresenta na sequência que ele julga apropriada. Esta “conversa” permite ao entrevistado a expressão de sentimentos e opiniões sobre o tema abordado.

A entrevista encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte é constituída por questões fechadas destinadas a recolhas de dados sociodemográficos que permitam a caracterização dos participantes dos participantes: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, tempo de serviço e serviço onde exerce funções. A segunda parte é composta por 18 questões norteadoras que abordam aspetos inerentes à percepção da morte e do morrer. Com base na questão de partida, **“Que percepção da morte e do morrer têm os alunos do MEPSC?”**, definimos cinco objetivos que nortearam a elaboração do guião da entrevista (*Apêndice A*). As questões: “O tema da morte/morrer era abordado no seu contexto familiar?”; “Qual a sua primeira experiência com a morte?”; “Que experiência com a morte o marcou mais?”; “O que representa para si a morte?”; “Habitualmente, pensa neste tema?” e “Que sentimentos lhe provoca este tema?” visam dar resposta ao primeiro objetivo definido no presente estudo :**“Identificar qual a percepção da morte e do morrer por parte dos enfermeiros do MEPSC”**.

Para dar cumprimento ao segundo objetivo: **“Compreender como os enfermeiros lidam com a morte dos doentes”**, elaboramos as seguintes questões: “Como encara a morte dos doentes?”; “Que sentimentos lhe provoca a morte dos doentes?”; “É difícil lidar com a morte dos doentes ou aceita-a como sendo uma fase natural do ciclo de vida?”; “Consegue “desligar” das situações de morte/morrer dos seus doentes quando se encontra fora do contexto de trabalho?”.

Com o objetivo de **“Indagar sobre a influência que a percepção da morte por parte dos enfermeiros do MEPSC traz nos cuidados aos doentes em fim de vida”**, questionamos cada um dos participantes sobre se “Tem dificuldade em cuidar de doentes em fim de vida?” e “Acha que a sua forma de lidar e encarar a morte o influencia nos cuidados que presta ao doente?”.

Para **“Perceber de que forma os enfermeiros encaram os cuidados à pessoa em fim de vida”**, colocamos as seguintes questões: “O que acha dos cuidados prestados ao doente no fim de vida no seu ambiente de trabalho?”; “Acha que é dada especial atenção aos cuidados holísticos

ao doente em fim de vida?” e “O que acha que poderia ser melhorado nesses cuidados prestados em fim de vida?”.

Finalmente, de maneira a dar resposta ao objetivo **“Perceber se os enfermeiros do MEPSC consideram a formação e a preparação adquiridas sobre esta temática suficientes para lidarem com os doentes em fim de vida.”** colocamos as questões: “Tem formação adicional nesta área?”; “O que o levou a escolher o MEPSC?” e “Acha que a formação de base o/a preparou para lidar com a morte e o fim de vida?”

3.4. Recolha de dados

Para Marconi e Lakatos (2007), na realização das entrevistas, dever-se ter em conta alguns princípios para o sucesso das mesmas: conhecimento prévio do entrevistado; oportunidade da entrevista: marcar com antecedência a hora e o local e condições favoráveis: garantir ao entrevistado o segredo das suas confidências e da sua identidade.

Dando cumprimento a estes princípios, contactamos os alunos do MEPSC no sentido de perceber quem estaria disponível para participar no estudo. Para aqueles que demonstraram disponibilidade e abertura, agendamos o dia e a hora, para a realização da entrevista.

Realizamos as entrevistas num ambiente calmo e com recurso a gravação áudio. Antes da entrevista, explicamos o objetivo do estudo, obtivemos o consentimento informado verbal e a autorização para a gravação das entrevistas. Asseguramos o direito à recusa em qualquer momento da recolha de dados, bem como a garantia do anonimato.

No total entrevistamos 11 alunos do MEPSC, entre os meses de maio de 2018 e fevereiro de 2019. As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos; foram gravadas e posteriormente transcritas, a fim de serem processadas através do método de análise de conteúdo. Salvaguardamos que, na transcrição das entrevistas, respeitamos o registo de língua utilizado pelos participantes o qual se apresenta maioritariamente nas modalidades do registo corrente e familiar.

3.5. Considerações éticas

No procedimento de recolha, de tratamento e de análise de dados tivemos em conta as considerações éticas, pelo que solicitamos uma autorização prévia à Comissão de Ética da

UTAD para a elaboração das entrevistas (*Apêndice B*), bem como o supramencionado consentimento informado dos participantes, garantindo-se o seu anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

3.6. Procedimentos no tratamento e análise de dados

Para o tratamento de dados, recorreremos à estatística descritiva para a caracterização sociodemográfica e à análise de conteúdo para o tratamento de informações constantes da segunda parte da entrevista, resultantes de questões a percepção da morte e do morrer.

Na revisão literária sobre a opção metodológica que adotamos, verificamos que o método de análise de conteúdo visa uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das comunicações de acordo com a aplicação de processos de codificação, categorização e inferência (Espírito Santo, 2010). Pretende-se, assim, entender o sentido ou os sentidos de um texto, documento ou relato. A partir dos discursos dos participantes, enunciam-se traços característicos do ponto de vista das tendências dos conteúdos comunicacionais, tendo como objetivo último a sua sistematização (Espírito Santo, 2010). Esta técnica de análise de conteúdos de comunicação exige do investigador disciplina, dedicação, paciência e tempo, bem como um certo grau de intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição das categorias de análise (Silva & Fossá, 2015).

De acordo com o supramencionado, após a realização e a gravação das entrevistas, transcrevemo-las rapidamente no sentido de não perder nenhum tipo de conteúdo ou de comunicação não-verbal, que sobressaiu no seu decorrer, visto ainda se encontrarem vivas as memórias das pausas e expressões dos participantes à medida que colocamos as questões.

No seguimento respeitamos criteriosamente os procedimentos descritos por Bardin (2006) quando se refere à análise de conteúdo como uma técnica sistemática de análise de conteúdos comunicacionais, que se organiza em torno de três fases: i) pré-análise, ii) exploração do material e iii) tratamentos dos resultados, das inferências e da interpretação.

Para um melhor entendimento da relevância de cada fase passamos a descrever os pressupostos inerentes a cada uma segundo a autora: na fase da pré-análise (i), Bardin (2006) refere-se à leitura “flutuante” dos textos, neste caso, à leitura geral das entrevistas transcritas. Para Espírito Santo (2010), um aspeto fundamental na fase de pré-análise prende-se com a possibilidade de reformulação e de melhor adequação das hipóteses no âmbito da análise.

Na segunda fase (ii), exploração do material, procede-se à codificação do material através do corte do texto em unidades de registo, a definição das regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas (Bardin, 2006). Ainda segundo a autora, a codificação consiste numa transformação dos dados brutos do texto, através de recorte, agregação e enumeração, com o objetivo de atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto. Por unidades de registo entende-se unidades de significação que apontam para a qualificação ou a quantificação face aos objetivos da investigação (Silva & Fossá, 2015).

Nesta fase de análise dos relatos dos participantes, vimos emergir categorias que permitiram agrupar os conteúdos, os quais foram posteriormente reorganizados tendo em conta a bibliografia e outros estudos efetuados sobre o tema.

A terceira fase (iii) corresponde ao tratamento dos resultados, das inferências e da interpretação e traduz-se na implementação de operações de contagem e de estatística de inferências ou de interpretações e por fim fundamenta-se a sustentabilidade dos objetivos inicialmente propostos (Silva & Fossá, 2015).

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No sentido de dar resposta aos objetivos do estudo: Identificar qual a percepção da morte e do morrer por parte dos enfermeiros do MEPSC; Compreender como os enfermeiros lidam com a morte dos doentes; Indagar sobre a influência que a percepção da morte por parte dos enfermeiros do MEPSC traz nos cuidados aos doentes em fim de vida; Perceber de que forma os enfermeiros do MEPSC encaram os cuidados às pessoas em fim de vida e Perceber se os enfermeiros do MEPSC consideram a formação e a preparação adquiridas sobre esta temática suficientes para lidarem com os doentes em fim de vida, as entrevistas realizadas foram objeto de análise de conteúdo, cujos resultados obtidos passamos a expor no presente capítulo.

Procedemos, desta forma, à descrição e à interpretação da informação obtida a partir das entrevistas aos participantes. Os dados recolhidos foram de seguida comparados, fundamentados e confrontados com os resultados constantes de outros estudos efetuados sobre o tema. Na sequência, codificamos os relatos dos participantes com a sigla E, para “Entrevistado”, agregada a um número - entre 1 e 11 - resultando em E1, E2, E3 (...) e E11, de forma a individualizar e preservar anónima a identidade dos participantes.

4.1. Caracterização dos participantes

Participaram no estudo 11 alunos do MEPSC, com uma experiência profissional entre 4 e 23 anos (Figura 1). Os resultados sugerem uma grande disparidade na experiência profissional, que poderá influenciar as percepções perante a morte e o morrer relatadas. A média de tempo de serviço é de 11,6 anos (com uma forte influência da moda, na faixa dos 11-15 anos), o que remete para o domínio de uma faixa etária relativamente jovem dos enfermeiros mestrados, o que, mais uma vez, pode influenciar as suas percepções sobre o tema tratado. A maioria dos participantes possui uma licenciatura e apenas o possui grau de mestre.

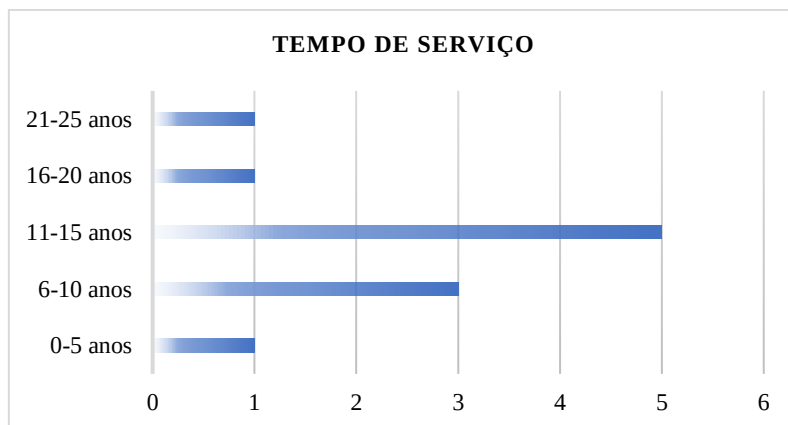


Figura 1: Tempo de serviço

Quanto ao local onde exercem funções, 27,25% dos participantes trabalha no serviço de urgência e 27,25% trabalha no serviço de medicina, perfazendo um total de 54,5%. Cada um dos cinco restantes inquiridos trabalha em serviços diferentes, perfazendo uma percentagem de 9,1 para cada participante e 45,5% no seu total. Salienta-se que o participante que trabalha num hospital privado não especificou o serviço nem o âmbito dos cuidados de enfermagem prestados (Figura 2).

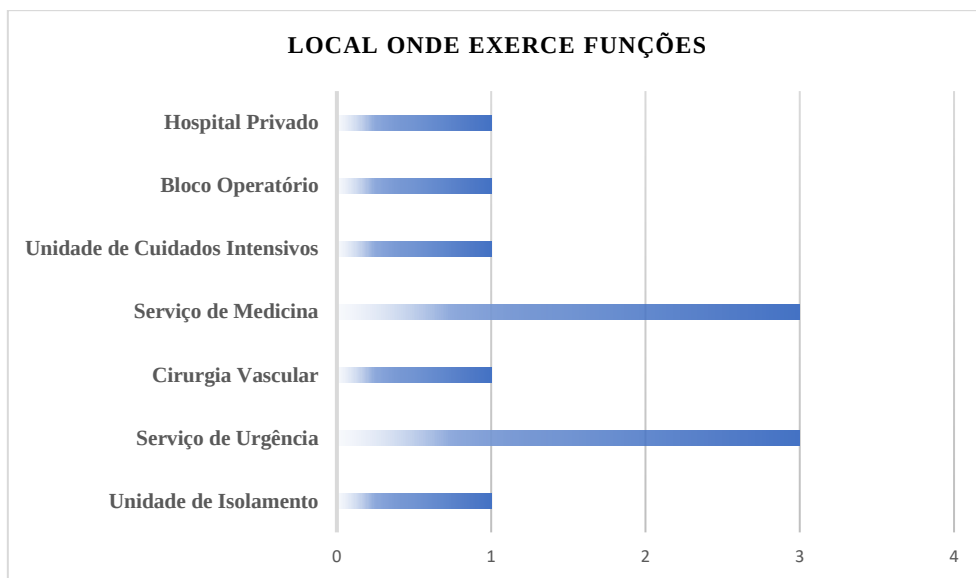


Figura 2: Local onde exerce funções

As idades dos participantes estão compreendidas entre os 28 e 49 anos, com uma média de 35,2 anos de idade e uma moda de 31-35 anos. Os dados confirmam o domínio da faixa etária suprarreferida (Figura 3).

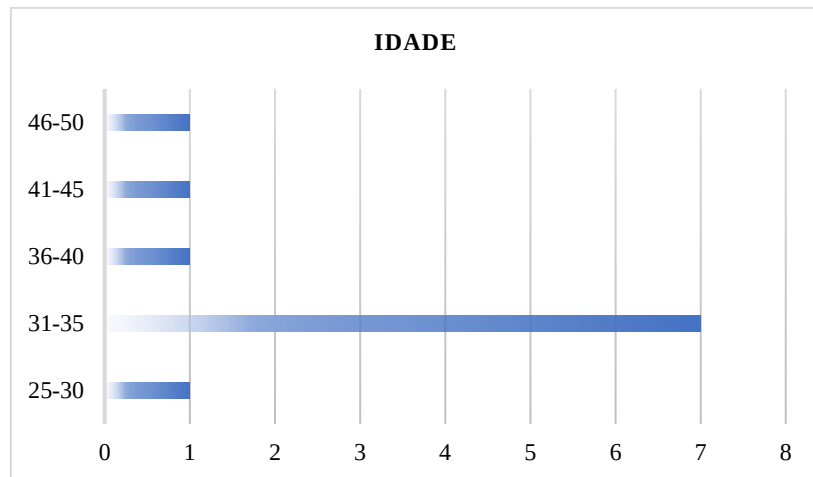


Figura 3: Idade

No que concerne ao estado civil, oito participantes são casados e três são solteiros. Relativamente ao género participaram sete alunos do sexo feminino e quatro do sexo masculino (Figura 4).

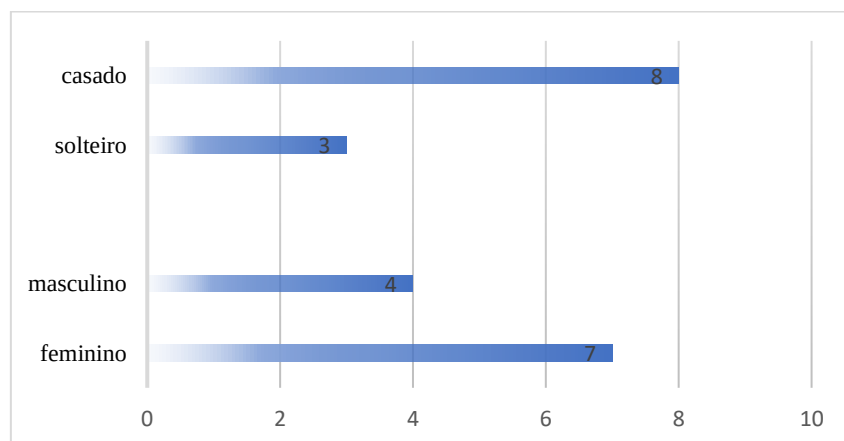


Figura 4: Estado civil e género

Entre os motivos revelados para a escolha do MEPSC, destaca-se o interesse pela área da urgência/emergência (90,9% dos participantes), sendo que um dos participantes mencionou este motivo associado à valorização profissional. A proximidade geográfica da universidade é referida por um dos participantes como um dos motivos para a escolha do mestrado. Por último, a necessidade de mais formação é referida por um dos participantes.

De entre os 11 participantes, um refere possuir formação sobre “Noções básicas de luto”. Os restantes participantes não possuem formação adicional na área de cuidados ao doente em fim

de vida. Nenhum deles manifestou interesse na área de cuidados ao doente em fim de vida, manifestando preferência pelo doente crítico em situações de urgência/emergência.

4.2. Percepção da morte e do morrer

Para entender qual a percepção que os enfermeiros do MEPSC têm da morte, começamos por questionar os participantes se o tema da morte/morrer era abordado no seu contexto familiar, as unidades de registo e de significação que obtivemos estão agrupadas na Tabela 1:

Tabela 1

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “O tema da morte/morrer era abordado no seu contexto familiar?”

O tema da morte/morrer era abordado no seu contexto familiar?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Não		E1- Não muito. Mais agora, por causa da minha profissão. E3 - Não era muito habitual falar-se da morte. Eu tenho algum receio em falar da morte, por causa dos meus pais, da idade dos meus pais. E5 - Habitualmente não se falava. E7 –Lembro-me de quando era criança, era sempre um tema tabu, ou seja, nós éramos muito resguardados quando havia algum familiar que morria, nós íamos para casa dos tios e ficávamos com eles durante aqueles dois dias E9 - Quando éramos miúdos não falávamos muito na morte, talvez por uma questão cultural.
Sim		E2 – Sim, quando morria alguém conhecido ou assim, falava-se em casa (...) e falava-se naturalmente sobre a morte. E4 - Sim. De uma forma perfeitamente natural sem grandes constrangimentos. E6 – Foram situações familiares que me fizeram lidar com a morte, e falávamos abertamente sobre o assunto. E8 - Sim. De uma forma muito natural E10 - Sim. (...) de forma natural. E11 - Falávamos, sim. Nós abordávamos o tema muito pouco porque a nossa família é pequena.

Não obstante o tema da morte e do morrer provocar desconforto na maioria das pessoas, havendo inclusivamente quem evite de todo falar sobre o tema, os enfermeiros lidam diariamente com ela (Jaskowiak, Zamberlan & Fontana, 2013). A temática é frequentemente ocultada e evitada no seio familiar. À questão colocada “O tema da morte/morrer era abordado no seu contexto familiar?”, cinco participantes mencionaram não ser um tema habitualmente falado, referindo um deles tratar-se de um assunto tabu e até escondido na sua infância.

“Lembro-me de quando era criança era sempre um tema tabu, ou seja, nós éramos muito resguardados quando havia algum familiar que morria, nós íamos para casa dos tios e ficávamos com eles durante aqueles dois dias.” (E7)

Vários autores referem a necessidade de trazer o tema o debate público, no sentido de educar para a morte (Jaskowiak et al., 2013; Silva et al., 2015). O tema da morte e do morrer era abordado de forma natural e falado em contexto familiar de seis enfermeiros, nomeadamente quando faleciam familiares ou conhecidos. A desmistificação da morte, como uma abordagem natural da vida, revela-se essencial, pois o ser humano constrói diferentes simbolismos sobre a morte durante o processo de interação social (Silva et al., 2015).

Colocada a questão: “Qual a sua primeira experiência com a morte?”, obtivemos os dados apresentados na Tabela 2, agregados numa única categoria, uma vez que, a primeira experiência dos participantes com a morte ocorreu no ambiente familiar ou no círculo de amigos.

Tabela 2:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Qual a sua primeira experiência com a morte”

Qual a sua primeira experiência com a morte?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Familiar/amigo		E1 – (...) familiares próximos e eu era pequenina. E2 - Foi a morte da minha avó. E3 - A primeira experiência foi o falecimento do meu avô. E4 - Aí por volta dos 6/7 anos a morte do meu avô. E5 - Foi do meu avô. E6 - Foi o meu avô paterno. E7 - A do meu pai. E8 - Foi com uma senhora a quem eu chamava avó (...) o velório ainda era feito em casa, eu era pequenina e andava por ali e tenho perfeita consciência disso, mas não ficou nada, nenhum trauma. E9 - A minha avó. E10 - Lembro-me de ser miúda e ter falecido uma cunhada da minha avó, que se envenenou. E11 - Tinha 15 anos e foi um amigo meu que morreu.

Todos os participantes referem ter tido um primeiro contacto com a morte no contexto familiar e não no contexto profissional. Todos eles lidaram com a morte de alguém próximo antes de lidar com ela profissionalmente. Curiosamente, no ensaio intitulado “Sobre a Morte e o Morrer” Osswald (2013) refere que “...é frequente chegar à idade adulta, ter constituído família e não se ter experimentado o acontecer da morte próxima ou íntima.” (p.17)

Quando questionamos os participantes sobre “Que experiência com a morte o marcou mais?”, obtivemos as categorias infra descritas, na Tabela 3.

Tabela 3:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Que experiência com a morte o marcou mais?”

Que experiência com a morte o marcou mais?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Familiar/ Proximidade	•••••	E1 - Esta de familiares próximos pois eu era pequena e não entendia. E3 - Ela cuidou de mim quando eu era pequenina, tinha aquela ligação. E5 - Quando é de familiares, é difícil. E6 - A do meu pai. E7 - A do meu pai, pela proximidade. E8 - Foi a do meu avo materno há mais ou menos 8 anos, pela proximidade que eu tinha com ele e pela pessoa que ele era. E10 - Foi a morte do meu pai.
Acompanhamento/ Cuidar	••	E2 - Foi o meu avô, apesar de ele ter falecido depois da minha avó (...) claro que me marcou mais porque eu estive com ele nessa fase, foram cerca de três meses que ele esteve acamado. E3 - Já estava no curso de enfermagem, a terminar o curso e foi uma pessoa que eu acompanhei muito, cuidei muito dela.
Inesperado	•••	E4 - A morte do rapaz porque era praticamente da minha idade. E9 - Foi essa morte. (...) não sabia que ela tinha morrido e entrei num compartimento onde estavam a prepará-la, e foi uma situação nova, eu tinha cerca de 6 anos, foi chocante. E11 - Um outro amigo nosso quando tinha 17 anos.

Desta forma, quase todos os participantes (n=8) referem ser a morte de familiares que mais os marcou, não só pelo envolvimento emocional e pela proximidade, mas também por fatores relacionados com o acompanhamento e cuidados prestados aos familiares em fim de vida. Três dos participantes referem a morte inesperada como algo que os marcou; dois por se tratar de jovens como eles, na altura do sucedido; um participante refere ter-se deparado com a preparação do corpo de um familiar, não sabendo ele que teria falecido. O mesmo participante referiu, na questão anterior, que não se falava habitualmente na morte e no morrer no seu ambiente familiar, resposta que nos parece consistente com a tendência para esconder esta fase do ciclo de vida, principalmente dos mais jovens. Sendo a morte um evento não apenas biológico, como também de dimensão religiosa, social, filosófica e antropológica, existe na sociedade ocidental uma tendência para se afastar da ideia da morte, levando a uma visão da morte como injustificada ou inesperada (Machado et al., 2016).

Quando questionamos os participantes sobre a representação da morte, emergiram as cinco categorias a seguir apresentadas (Tabela 4).

Tabela 4:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “O que representa para si a morte?”

O que representa para si a morte?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Perda		E1 - Olha (suspiro), nem sei, (...) para nós ausência da pessoa. E2 - A morte para mim significa uma perda...uma perda de alguém. E10 - É sempre algo que nos marca, há ali sempre uma quebra, um corte E11 - Represente o desaparecer de alguém.
Paz (fim do sofrimento)	..	E1 - Às vezes paz para a pessoa. E4 - Por vezes representa o final do sofrimento.
Fase Natural		E2 - Mas acima de tudo para mim tem de ser aceite e é aceite como uma fase natural da nossa vida. E5 - O fechar de um ciclo. E6 - Representa o término da vida, basicamente, para algumas pessoas é o fim do sofrimento, para outras é o fim de uma vida boa. E8 - É o fim um ciclo. E9 - O fim de um ciclo.
Medo de sofrer	•	E3 - Medo, medo do sofrimento, não é medo de morrer, é medo de sofrer para morrer.
Espiritualidade/ incerteza/ desconhecido	...	E5 - O fim desta vida terrena. E7 - Perceber o que se passa do lado de lá e o que se passa antes de irmos também, é mesmo uma incógnita é o desconhecido. E10 - ... mas, pode ser o fim de nada (...) não sabemos o que está para “além de”.

As categorias emergentes sugerem uma representação positiva e negativa da morte. As categorias associadas a representação positiva são: paz (fim de sofrimento); fase natural da vida e espiritualidade. As categorias associadas a representação negativa foram são perda e medo de sofrer.

Retomando a apresentação das categorias, a representação da morte como **paz (fim de sofrimento)** é evidenciada nos seguintes relatos:

*“Às vezes, **paz** para a pessoa.” (E1)*

*“Por vezes, representa o **final do sofrimento**.” (E4)*

Ao lidarem diariamente com a morte, os enfermeiros, por vezes, veem nela uma fuga, o fim de uma existência penosa e sofrida. Dependendo dos valores pessoais, da história de vida e, neste caso, da “história da morte” (circunstâncias em que decorrem o processo de morte e morrer), a morte assume o papel de descanso final e alívio do sofrimento (Souza et al., 2013). frequentemente, o sentimento de alívio pode vir acompanhado de um sentimento de culpa (Santos et al., 2016), o qual não foi relatado nem evidenciado pelos participantes no decorrer das entrevistas realizadas.

A categoria mais relevante em termo de respostas foi a da morte como uma **fase natural do ciclo de vida**, evidenciada nos seguintes relatos:

*“Mas acima de tudo, para mim, tem de ser aceite e é aceite como uma **fase natural** da nossa vida.” (E2)*

*“O fechar de um **ciclo**.” (E5)*

*“Representa o **términus da vida**, basicamente, para algumas pessoas é o fim do sofrimento, para outras é o fim de uma vida boa.” (E6)*

*“É o fim de um **ciclo**.” (E8)*

*“O fim de um **ciclo**.” (E9)*

A representação da morte como um acontecimento natural é altamente desejável para quem lida com ela diariamente. A visão da morte, como parte natural e integrante do ciclo da vida, não está alinhada com os conteúdos dos relatos infracitados, a propósito dos sentimentos provocados pela morte e o morrer. Souza et al. (2013) referem que os enfermeiros demonstram uma compreensão da morte como uma fase natural do ciclo da vida humana, apesar de revelarem algum medo e rejeição em falar do tema. No estudo sobre “A morte e o morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros” Souza et al. (2013) concluíram que, apesar de, nos seus discursos, os enfermeiros percecionarem a morte como um facto natural, eles acabam por desenvolver mecanismos de defesa frente à dor e ao sofrimento, traduzidos por uma postura de distanciamento, como forma de evitar danos psicológicos e emocionais.

Numa outra categoria, **espiritualidade/ incerteza/ desconhecido**, três descreveram a morte como o fim da vida terrena e eventualmente o início do desconhecido:

*“O fim desta **vida terrena**.” (E5)*

*“Perceber o que se passa do lado de lá e o que se passa antes de virmos também, é mesmo uma **incógnita é o desconhecido**.” (E7)*

Do ponto de vista espiritual, a morte é vista como o fechar de um ciclo, o fim da angústia e o início de outra vida, como se, depois da adversidade, surgisse uma nova experiência de vida noutra dimensão (Angelim, Brandão, Freire & Abrão, 2017). A visão espiritual da morte como “Pode ser o fim de nada, não sabemos o que está para *“além de”* (E10), ajuda a lidar com o sofrimento e funciona como estratégia para tentar proporcionar conforto quando confrontados

com a morte, uma vez que a crença na vida após a morte poderá ajudar a aceitar a finitude (Barbosa & Massaroni, 2016).

Dada a sua condição irreversível, a morte é vista por alguns participantes como uma **perda**, tal como ilustrada nos seguintes relatos:

*“Olha (suspiro), nem sei, para nós, **ausência** da pessoa.”* (E1)

*“A morte para mim significa uma **perda**, uma **perda** de alguém.”* (E2)

*“É sempre algo que nos marca, há ali sempre uma quebra, um **corte**.”* (E10)

*“Representa o **desaparecer** de alguém.”* (E11)

O corte é absoluto e definitivo e não há a possibilidade de voltar atrás, pois morrer é deixar de existir. A perda de que falamos neste contexto representa a perda do outro, mas pode eventualmente projetar-se para a futura morte do “eu”. A morte confronta-nos com a real existência do fim (Jaskowiak et al., 2013). Bretas, Oliveira e Yamaguti (2006) referem que a grande angústia do homem é a sua própria extinção, isto é, o medo da morte representa a destruição do *Eu* e do próprio corpo. Para Souza et al. (2013), a morte pode significar sentimentos de dor e de solidão para os que ficam, não se tratando apenas da destruição de um estado físico e biológico, mas também o fim de um ser em relação com o outro.

A representação da morte é, por vezes, acompanhada pelo **medo de sofrer**, evidenciado por um participante no seguinte relato: *“Medo, medo do sofrimento, não é medo de morrer, é medo de sofrer para morrer.”* (E3). Neste caso, o participante refere-se ao período que antecede a morte, ou seja, ao processo de morrer e não propriamente ao seu culminar, isto é, a morte, o que de facto lhe provoca medo. Para alguns enfermeiros, a morte representa um evento que causa dor, sofrimento e incerteza, podendo estes sentimentos, na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, influenciar as suas ações (Dias et al., 2014). Apesar de todos os avanços científicos e tecnológicos, os enfermeiros são confrontados com o sofrimento do doente em fim de vida, o que gera angústia para quem presta cuidados (Barbosa & Masaroni, 2016).

Para Souza et al. (2013), é notória a dificuldade de alguns enfermeiros em falar sobre a morte e o morrer, tratando-se de um tema desconfortável. Quando questionados sobre se habitualmente pensavam no tema, obtivemos os relatos infra apresentados (Tabela 5).

Tabela 5:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Habitualmente pensa neste tema?”

Habitualmente pensa neste tema?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Sim		E1 - Sim, agora com o passar do tempo acho que sim, pensa-se, pensa-se mais. E2 – Sim, lidamos com ela no dia a dia (...) porque temos muitas experiências com ela. E4 - Com o passar do tempo começa-se a aproximar de pessoas que me dizem muito mais (...) e começa então a ser assim um tema mais recorrente. E7 – À medida que vamos ficando mais velho, penso mais nisso (...) comecei a ter amigos meus, da minha idade que já faleceram. E8 - Nós lidamos tão de perto com o tema que acho que pensamos nele todos os dias.
Não		E3 - Não penso muito. E5 - Não. E6 - Não. E9 -Não (...) só quando por algum motivo se aborda este tema, mas pensar habitualmente não. E10 - Não é pensar na morte, às vezes pergunto-me porque, porque é que foi tão cedo, porque é que as pessoas de quem nós realmente gostamos tem de partir (...) não é a morte em si, é a ausência da pessoa, é aquela saudade que de vez em quando bate! E11 - Não é um tema que pense muito, não penso nisso.

Na categorização dicotómica da análise dos relatos dos 11 participantes verificamos que, perante a questão colocada, as opiniões dividem-se em duas fações quase equivalentes. Cinco participantes responderam que habitualmente pensavam no tema da morte, inclusive dois deles referiram que, com o passar do tempo, o tema era mais recorrente:

“Sim, agora com o passar do tempo, acho que sim, pensa-se, pensa-se mais.” (E1)

“À medida que vamos ficando mais velhos, penso mais nisso (...) comecei a ter amigos meus, da minha idade, que já faleceram.” (E7)

Pelo facto de lidarem com a morte no quotidiano, dois participantes referiram que se trata de um tema incontornável:

“Sim, lidamos com ela no dia a dia (...) porque temos muitas experiências com ela.” (E2)

“Nós lidamos tão de perto com o tema que acho que pensamos nele todos os dias.. (E8)

Um participante refere pensar habitualmente na morte por dois motivos: por lidar com a morte, no dia a dia, e pelo facto de ele próprio estar a envelhecer, bem como aqueles que lhe são próximos.

Apesar de ser um tema incontornável e com o qual os participantes têm de lidar muito frequentemente, seis deles referiram não pensar habitualmente no tema:

“Não... só quando por algum motivo se aborda este tema, mas pensar habitualmente, não.” (E9)

“Não é um tema em que pense muito, não penso nisso.” (E11)

A negação do pensamento da morte, relatada pelos participantes, pode ser interpretada como uma tentativa de distanciamento por forma a se protegerem dos sentimentos negativos e medo que o tema comporta em si. Jaskowiak et al. (2013) aludem ao facto de os profissionais de saúde evitarem pensar na própria morte, podendo tal ser associado a uma forma de negação, pois pensar na própria finitude é desconfortável e eventualmente assustador. No estudo de Barbosa e Massaroni (2016), intitulado “Convivendo com a morte e o morrer”, as autoras também referem um distanciamento por parte dos profissionais como forma de proteção contra o sofrimento caudado pela morte. Souza et al. (2013) alertam para a importância de os enfermeiros serem estimulados para pensar, discutir e compreender melhor a morte e o processo de morrer e destacam o papel das emoções no que concerne ao reconhecimento de sentimentos negativos ligados à temática da morte.

Sentimentos associados à morte

Após uma breve abordagem da percepção da morte, os participantes foram questionados sobre quais os sentimentos que o tema da morte lhes provocava. Dos relatos emergiram cinco categorias (Tabela 6).

Tabela 6:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Que sentimentos lhe provoca este tema?”

Que sentimentos lhe provoca este tema?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Impotência	...	E1 - Que realmente não somos nada neste mundo (...) Porque uma pessoa tem tantos planos, tantos objetivos e as vezes de um momento para o outro tudo isso termina! E5 - Quando são pessoas mais jovens fica-se com um sentimento de impotência. E9 - Se pensar na minha morte, impotência, se pensar em tudo que ainda quero fazer.
Frustração/ revolta		E2 - Se calhar aquele sentimento, como hei de explicar, de ineficácia (...) não te deram mais tempo para conseguires fazer mais alguma coisa na tua vida (...) acabaste por desaparecer precocemente. E3 - Porque mesmo sendo profissionais de saúde as pessoas ficam num sofrimento emocional (...) por mais que as queiras confortar, não consegues. E6 - Se forem pessoas mais novas ou coisas súbitas é um bocado sentimento de revolta. E10 - Senti mesmo revolta (...) porquê ele?
Tristeza/ angústia		E2 - Tristeza, porque há uma pessoa que acaba por “ir”. E3 -Porque mesmo sendo profissionais de saúde as pessoas ficam num sofrimento emocional, por mais que as queiras confortar, não consegues (...) Tristeza, medo, mas sobretudo tristeza. E4 - Em situações de acidente a reação inicial é de algum choque. E7 - Tristeza do que deixo ficar E8 - Quando é ligado diretamente a alguém próximo provoca-me angústia. E10 - Entretanto essa revolta vai passando e vais ficando com aquela sensação de vazio, de não voltar a ver, não voltares a falar, aquela saudade vai ficando! E11 - Sei lá, talvez tristeza, aquela sensação de perda.
Aceitação	...	E2 - Lidamos de forma natural com a morte quando as pessoas têm mais idade. E5 - Quando são pessoas mais idosas, que já estão em sofrimento, talvez o melhor para eles seja o fim, aceito. E7 -Também uma sensação de tranquilidade como é um desconhecido, não há nada que tu possas para o evitar, portanto é o aceitar.
Alívio	...	E4 - Quando eu noto que é um utente que está mesmo a sofrer, é de alívio. E6 - Muitos deles já estão a sofrer, acaba por ser um alívio. E9 - As mortes que presenciei, a maior parte delas, alívio.

Optamos por agregar as categorias “Tristeza” e “Angústia” e ainda “Frustração” e “Revolta” por se enquadrarem no mesmo registo de emoções. Sem esta agregação, as categorias teriam sido menos significativas e mais dispersas no que diz respeito às unidades de registo. A categoria mais relevante foi a da “**Tristeza/Angústia**”, retratada nos seguintes relatos:

*“Porque mesmo sendo profissionais de saúde, as pessoas ficam num sofrimento emocional, por mais que as queiras confortar, não consegues (...) **tristeza**, medo, mas sobretudo **tristeza**.” (E3)*

*“Sei lá, talvez **tristeza**, aquela sensação de perda.” (E11)*

Apesar de a maioria dos participantes considerar a morte como uma fase natural do ciclo de vida, o tema provoca sentimentos negativos de tristeza, angústia e impotência, evidenciados também nos estudos de Jaskowiak et al. (2013). Souza et al. (2013) descrevem os sentimentos

de impotência, angústia, sofrimento, tristeza e medo, provocados pela morte e pelo morrer, relatados por enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos.

Os participantes evidenciaram sentimentos de **frustração/revolta**, associados a morte, presentes nos seguintes relatos:

“Se calhar aquele sentimento, como hei de explicar, de ineficácia, isto é, não te deram mais tempo para conseguires fazer mais alguma coisa na tua vida, acabaste por desaparecer precocemente.” (E2)

*“Porque mesmo sendo profissionais de saúde, as pessoas ficam num sofrimento emocional... por mais que as queiras confortar, **não consegues**.”* (E3)

*“Se forem pessoas mais novas ou coisas súbitas é um bocado sentimento de **revolta**”* (E6)

*“Senti mesmo **revolta**(...)porquê ele?.”* (E10)

Machado et al. (2016) relembram que, na sociedade ocidental, existe uma tendência para o afastamento da ideia da morte, o que pode induzir uma falsa ideia de antecipação e de controlo da doença. Tal facto pode dificultar a aceitação da morte quando ela ocorre. Os relatos dos participantes evidenciam uma **impotência** perante a finitude:

*“Que realmente **não somos nada** neste mundo (...) Porque uma pessoa tem tantos planos, tantos objetivos e, às vezes, de um momento para o outro tudo isso termina!”* (E1)

*“Quando são pessoas mais jovens fica-se com um sentimento de **impotência**.”* (E5)

*“Se pensar na minha morte, **impotência**, se pensar em tudo que ainda quero fazer.”* (E9)

São também referidos nos estudos de Vasconcelos e Dutra (2018), os sentimentos de perda, tristeza, impotência, culpa e raiva perante a morte. Machado et al. (2016) alertam para o facto de vivermos numa sociedade que impugna a morte, associando-a principalmente a sentimentos negativos.

Por outro lado, perante o tema da morte, alguns participantes relataram um sentimento de **alívio**, principalmente em situações de sofrimento dos doentes, conforme os seguintes relatos:

*“Quando eu noto que é um utente que está mesmo a sofrer, é de **alívio**.”* (E4)

*“Muitos deles já estão a sofrer, acaba por ser um **alívio**.”* (E6)

*“As mortes que presenciei, a maior parte delas **alívio**.”* (E9)

O sentimento de alívio perante a morte é também referido por Machado et al. (2016), que defende que, com a medicalização, a morte não ocorre de forma pacífica nem de causas naturais, como seria desejável.

A **aceitação** é outro sentimento mencionado pelos participantes perante o tema da morte. A aceitação surge associada à “temporalidade da morte”, conceito referido por Barbosa & Massoni (2016), que traduz uma melhor aceitação da morte em pessoas idosas. Os seguintes relatos sugerem a aceitação:

“Lidamos de forma natural com a morte quando as pessoas têm mais idade.” (E2)

*“Quando são pessoas mais idosas, que já estão em sofrimento, talvez o melhor para eles seja o fim, **aceito**.” (E5)*

*“Também uma sensação de tranquilidade como é um desconhecido, não há nada que tu possas para o evitar, portanto é o **aceitar**.” (E7)*

Os sentimentos acima mencionados referem-se á morte, num âmbito alargado, sendo que, os sentimentos associados à morte em contexto profissional serão posteriormente analisados no capítulo seguinte.

4.3. Perceção do processo de morrer dos doentes

Numa primeira abordagem, questionamos os participantes sobre a perceção da morte num âmbito alargado, não relacionado diretamente com o contexto de trabalho. Verificamos que a maioria dos participantes não estabelece uma clara distinção entre a vivência de morte fora e em contexto de trabalho, pois muitos relatos fazem referência às situações vividas em ambiente laboral.

No seguimento da entrevista, abordamos questões relacionadas diretamente com o processo de morte/morrer dos doentes. A partir da questão “Como encara a morte dos doentes”, obtivemos as categorias apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Como encara a morte dos doentes?”

Como encara a morte dos doentes?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Impotência	•	E8 – (...) então esta pessoa morreu e eu não pude fazer mais nada?
Frustração/ revolta	•	E10 - Sentes-te um bocadinho frustrada, porque é novo (...) mas porquê?! Fizemos tudo? Não fizemos?
Tristeza/ angústia		E1 - Choca-me mais quando são jovens. E5 - Quando são pessoas mais jovens (...) afeta-me mais. E6 - Se for uma coisa súbita, é mais complicado, pessoas mais novas. E11 - Como já anteriormente referi, tristeza e aquela sensação de perda.
Aceitação /sensação dever cumprido		E2 - Encaro a morte de forma natural E4 -Se for espectável encaro com alguma naturalidade E6 - Muitos deles é expectável, encaro de uma maneira tranquila E9 -Naturalmente
Alívio	•	E10 – (...) e que já não tem qualidade de vida, tu aceitas plenamente e pensas “acabou o sofrimento!”. (...) acaba por ser um alívio.
Distanciamento	...	E3 - O que se passa normalmente no meu serviço são mais situações de emergência, não é aquele doente que esta ali a sofrer, é uma coisa muito repentina...aquilo acontece, fazes tudo o que tens a fazer e é tão rápido que nem temos tempo para pensar no sofrimento da pessoa. E7 - Há pessoas, como é na unidade que estão muito instáveis e acabem por nem interagir muito contigo, portanto acabas por ver que aquilo vai correr mal, mas também a pessoa nem está a interagir contigo. E8 - Quando são pessoas com quem nos não criamos ligação, acabamos por aceitar melhor, é mais uma pessoa que chegou ao fim do seu ciclo de vida.

Apesar de, na entrevista, termos colocado separadamente as questões “Como encara a morte dos doentes?” e “Que sentimentos lhe provocam a morte dos doentes?”, verificamos que as respostas eram muito similares, não havendo por parte dos participantes diferenças significativas nas respostas às duas questões. Dada a repetição de categorias emergente das duas questões, iremos analisá-las em conjunto. A seguir apresentamos a Tabela 8, da qual constam as categorias emergentes à questão colocada aos participantes: “Que sentimentos lhe provocam a morte dos doentes?”.

Tabela 8:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Que sentimentos lhe provocam a morte dos doentes?”

Que sentimentos lhe provocam a morte dos doentes?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Impotência	•	E8 – (...) outras vezes, não diretamente pelos meus cuidados, aquele sentimento de “podíamos ter feito mais alguma coisa”.
Frustração/ revolta	••	E5 - Quando são pessoas mais jovens aí um bocadinho mais de revolta. E7 - Às vezes provocam-me revolta, nestes casos por exemplo em que chamam os paliativos muito tarde, nos casos em que os médicos, por exemplo chega um e diz que não é para fazer nada, chega outro e diz “eu sei que não é para fazer nada, mas ele também não vai morrer comigo!
Tristeza/ angústia	••••	E1 -Fico sempre mais magoada quando são doentes jovens. E2 -Com uma pessoa nova há um sentimento de angústia, por se perceber que não conseguimos fazer mais nada, porque acabou, ficou ali. E3 – (...) conheces mais o doente, tem vários reinternamentos, aí sim, ficas com pena da pessoa ter partido. E6 - Pessoas mais novas ou familiares, raiva e pena. E11 - Se tiveres ligação, se o doente tiver “relação de vida”, dá-nos mais aquela tristeza.
Aceitação / sensação dever cumprido	•••	E5 - Se são pessoas idosas, que estão em sofrimento, que já não têm vida de relação aceito com naturalidade (...) é um sentimento de aceitação. E7 - Por vezes também me provoca um sentimento de paz porque eu ainda não apanhei, ao longo da minha vida, nenhuma morte, estás a ver aquelas pessoas que estão muito sozinhas no mundo, que morrem sozinhas? E8 - Às vezes o sentimento de missão cumprida.
Alívio	•••	E2 - A maior parte das vezes é alívio (...) tu sabes que aquela pessoa estava a sofrer, que não havia muito mais a fazer. E6 – Se forem coisas espectáveis e fim de vida para terminar o sofrimento, as vezes é um sentimento de alívio, a pessoa teve a sua vida, mas por algum motivo está a terminar. E9 - Em muitos casos até é um sentimento de alívio porque acabou um sofrimento muito grande.
Distanciamento	••••	E1 - Não fico muito a pensar no assunto, dou sempre o melhor de mim. E2 – (...) agora com os doentes, a morte é mais fácil de aceitar porque não são nossos. E3 - Alguns, indiferença porque não estabelece aquela empatia com o doente. E4 - Torna-se relativamente mais fácil eu lidar “cá dentro” com a morte sem depois raciocinar muito com o que vais acontecer depois a posteriori, seja ele o sofrimento da família, aquelas fases do luto, se calhar é um mecanismo de autodefesa. Passa um bocadinho por aí, tentar afastar-me um bocadinho dessas situações, funerais e afins. E9 - Nas outras vezes não há sentimentos, para nos é uma situação tão normal, era o “fim de linha”.

Tal como mencionamos anteriormente, na Tabelas 7 na Tabela 8, as categorias coincidem todas, uma vez que, aparentemente, na perceção dos participantes, a forma de encarar a morte envolve sentimentos com forte carga emotiva. Ao mesmo tempo, a semelhança das questões permitiu-nos alcançar a saturação de dados a fim de obtermos respostas consistentes e convergentes.

Para além da semelhança detetada verificamos que as categorias emergentes dos relatos resultantes da questão “Que sentimentos lhe provoca este tema?” (Tabela 6) eram as mesmas,

excetuando a categoria “**distanciamento**”, emergente nos relatos resultantes das questões relativas a percepção da morte em contexto profissional (Tabela 7 e Tabela 8).

“Não fico muito a pensar no assunto (...) dou sempre o melhor de mim.” (E1)

*“Torna-se relativamente mais fácil eu lidar ‘cá dentro’ com a morte sem depois raciocinar muito com o que vai acontecer depois a posteriori, seja ele o sofrimento da família, aquelas fases do luto, se calhar é um mecanismo de autodefesa. Passa um bocadinho por aí, **tentar afastar-me um bocadinho dessas situações, funerais e afins.**”* (E4)

*“Há pessoas (...) que estão muito instáveis e acabam por nem interagir muito contigo, portanto acabas por ver que aquilo vai correr mal, mas também **a pessoa nem está a interagir contigo.**”* (E7)

O distanciamento surge como um mecanismo de defesa, pois confrontados com a dor, o sofrimento e a finitude, os enfermeiros acabam por questionar a própria finitude e a dos que lhes são próximos. O distanciamento também é descrito por Silva et al. (2018) e Barbosa e Massaroni (2016), quando se referem a comportamentos de fuga como forma de os profissionais se protegerem do sofrimento provocado pelo processo de morte do doente. Dias et al. (2014) defendem que o ser humano utiliza mecanismos de defesa em resultado de uma aparente desordem causada pela morte e pelo processo de morrer. Para Baldissera et al. (2018), o distanciamento emocional das experiências de morte em meio profissional torna-se necessário e é entendido como um mecanismo de defesa e de proteção para a maioria dos profissionais.

O distanciamento emocional em relação ao doente é visível nos seguintes relatos:

*“Alguns, **indiferença** porque não estabeleces aquela empatia com o doente.”* (E3)

*“Quando são **pessoas com quem nós não criamos ligação**, acabamos por aceitar melhor, é mais uma pessoa que chegou ao fim do seu ciclo de vida.”* (E8)

O segundo relato sugere alguma aceitação contudo, consideramos tratar-se, na verdade, de uma forma de distanciamento não assumido, uma vez que é referida, pelo participante, a ausência de ligação emocional ao doente, a qual por sua vez, acreditamos não comprometer emocionalmente o enfermeiro. Se não existe ligação emocional não existe sofrimento causado pela perda. Chegaram a mesma conclusão Souza et al. (2013) que mencionam o distanciamento dos enfermeiros em relação ao doente e à respetiva família como forma de atenuar o vínculo afetivo e como forma de diminuir o seu sofrimento quando se vislumbra a morte. A importância

da ligação emocional é sustentada por Salum et al. (2017), que defendem que a criação e fortalecimento de laços afetivos com o doente são indicadores de uma maior humanização e de uma maior abrangência de cuidados, podendo, contudo, condicionar os cuidados prestados ao doente em fim de vida.

Os sentimentos da categoria “**Tristeza/Angústia**” emergem dos seguintes relatos:

*“Numa pessoa nova há um sentimento de **angústia**, por se perceber que não conseguimos fazer mais nada, porque acabou, ficou ali.”* (E2)

*“(...) conheces mais o doente, tem vários reinternamentos, aí sim, **ficas com pena** da pessoa ter partido.”* (E3)

A ligação emocional bem como o tempo de permanência do doente no serviço constituem duas variáveis que podem aumentar o sentimento de tristeza perante a morte do doente (Jaskowiak et al., 2013; Salum et al., 2017). A proximidade, em casos de permanência prolongada no serviço ou em caso de vários reinternamentos, é difícil de contornar, uma vez que os enfermeiros são os profissionais que mais tempo permanecem junto dos doentes. Ao cuidar da pessoa, criam-se laços, empatia com os doentes e as respetivas famílias. Para além da ligação emocional e do tempo de permanência no serviço é também premente o fator idade, sendo para a maioria dos participantes uma condição que poderá levar ao incremento da sensação de “Tristeza/Angústia”, pois torna-se difícil para os participantes aceitar a morte que ocorre em jovens:

*“**Choca-me** mais quando são **jovens**.”* (E1)

*“Quando são pessoas **mais jovens** (...) **afeta-me mais**.”* (E5)

*“Pessoas **mais novas** ou familiares, raiva **e pena**.”* (E6)

Esta ideia é consensual nos estudos de Baldissera et al. (2018), quando referem a dificuldade em lidar com a morte em jovens, na medida em que não constitui a ordem natural da vida; o processo desejável de “nascer, crescer, envelhecer e morrer”, é violentamente alterado quebrando-se o ciclo espectável para os enfermeiros e, na sequência dos resultados do presente estudo, também para os participantes. Barbosa e Massaroni (2016) referem-se à “temporalidade da morte”, traduzida por uma melhor aceitação da morte em pessoas idosas, facto que respeita a coerência lógica da temporalidade do homem, em que a morte ocorre após o transcorrer de anos de vida.

Outros sentimentos referidos por três participantes perante a morte dos doentes são a **“Frustração/Revolta”**, espelhados no seguinte relato:

*“Às vezes provocam-me **revolta**, nestes casos por exemplo em que chamam os paliativos muito tarde, nos casos em que os médicos, por exemplo chega um e diz que não é para fazer nada, chega outro e diz “eu sei que não é para fazer nada, mas ele também não vai morrer comigo!” (E7)*

No quotidiano, os enfermeiros são confrontados com situações de morte ou eminência da morte, constituindo um processo muitas vezes agravado pela falta de autonomia na tomada de decisão, pela discordância das opções terapêuticas ou por achar que a informação fornecida aos familiares foi insuficiente (Vasconcelos & Dutra, 2018). Costa et al. (2008) defendem que a morte representa uma grande dificuldade para os enfermeiros, o que lhes provoca sofrimento agravado pela impotência perante as organizações hospitalares.

Os sentimentos de **“Frustração/Revolta”** encontram-se, ainda, relacionados com a “temporalidade da morte”, expressão utilizada por Barbosa e Massaroni (2016):

*“Quando são pessoas mais jovens aí um bocadinho mais de **revolta**.” (E5)*

*“Sentes-te um bocadinho **frustrada**, porque é novo (...), mas porquê?! Fizemos tudo? Não fizemos?.” (E10)*

A morte é percebida por alguns participantes como uma derrota, uma vez que foram treinados para a cura e para a manutenção da vida (Barbosa & Massaroni, 2016). Quando a morte ocorre, torna-se difícil de aceitar. As autoras alertam ainda para a importância do reconhecimento da morte como inelutável e inevitável, bem como para o reconhecimento dos limites humanos e da ciência médica.

Um dos participantes referiu o sentimento de **“Impotência”** perante a morte dos doentes:

“(...) então esta pessoa morreu e eu não pude fazer mais nada? (...) outras vezes, não diretamente pelos meus cuidados, aquele sentimento de “podíamos ter feito mais alguma coisa.” (E8)

O sentimento de impotência encontra-se retratado nos estudos de Baldissera et al. (2018), Souza et al. (2013) e Jaskowiak et al. (2013). Sobre o tema, Baldissera et al. (2018) realçam a falta de preparação dos enfermeiros para lidar com a morte e o morrer, bem como a ausência de apoio para lidar com situações que envolvem cuidados prestados a pessoas em fim de vida, o que provoca sofrimento nos profissionais, manifestado através de sentimentos de tristeza, frustração e impotência. As autoras referem que os enfermeiros estão alinhados com o objetivo de lidar

com a vida e vêm na morte um fracasso, o que lhes causa sentimentos de angústia, culpa, stress e impotência. Também abordado nos estudos de Santos et al. (2016), é o sentimento de impotência perante a morte dos doentes, traduzido na crença de não ter sido feito o suficiente para salvar a vida do doente.

O sentimento de “**Alívio**”, associado à morte dos doentes, é descrito por alguns dos participantes, principalmente em situações de doença crónica e incurável ou de sofrimento extremo:

*“A maior parte das vezes é **alívio**, tu sabes que aquela pessoa estava a sofrer, que não havia muito mais a fazer.”* (E2)

*“Se forem coisas espectáveis e fim de vida para terminar o sofrimento, às vezes é um sentimento de **alívio**, a pessoa teve a sua vida, mas por algum motivo, está a terminar.”* (E6)

*“Em muitos casos, até é um sentimento de **alívio** porque acabou um sofrimento muito grande.”* (E9)

*“(...) e que já não tem qualidade de vida, tu aceitas plenamente e pensas ‘acabou o sofrimento!’. (...) acaba por ser um **alívio**.”* (E10)

O sentimento de alívio dá eco ao sustentado por Souza et al. (2013), quando referem os sentimentos de conforto e alívio perante a morte dos doentes, pois apesar do fim de uma vida, os enfermeiros percecionam a morte como o fim do sofrimento para o doente. Santos et al. (2016) referem sentimentos de bem-estar e de sofrimento perante a morte - o primeiro poderá ser traduzido por alívio, neste contexto, principalmente quando o doente se encontra numa situação irreversível. A morte passa a ser vista como o fim do sofrimento, neste enquadramento. As autoras referem-se à sensação de dever cumprido perante a morte em situações em que os profissionais sentem que tudo foi feito para salvar uma vida ou para proporcionar conforto no momento da morte.

Dos discursos dos participantes emergiu também a categoria, “**Aceitação/Sensação de dever cumprido**”, evidenciada nos relatos:

*“Se são pessoas idosas, que estão em sofrimento, que já não têm ‘vida de relação’ **aceito** com naturalidade (...) é um sentimento de **aceitação**.”* (E5)

“Por vezes, também me provoca um **sentimento de paz** porque eu ainda não apanhei, ao longo da minha vida, nenhuma morte, estás a ver aquelas pessoas que estão muito sozinhas no mundo, que morrem sozinhas?” (E7)

“Às vezes, o **sentimento de missão cumprida.**” (E8)

Perante a inevitabilidade da morte, é possível para os enfermeiros sentir que o seu trabalho é muito válido, o que contraria o reconhecimento do fim da vida como insucesso profissional. A este propósito, Angelim et al. (2017) sustentam que o enfermeiro, ao dedicar-se ao doente, deve reconhecer que deu tudo de si e que deverá deixar de encerrar a morte como um fracasso na sua profissão, aceitando-a como uma fase do ciclo de vida.

Relativamente à questão colocada “É difícil lidar com a morte dos doentes ou aceita-a como sendo uma fase natural do ciclo de vida”, obtivemos as categorias constantes da Tabela 9.

Tabela 9:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “É difícil lidar com a morte dos doentes ou aceita-a como sendo uma fase natural do ciclo de vida?”

É difícil lidar com a morte dos doentes ou aceita-a como sendo uma fase natural do ciclo de vida?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Sim (fase natural)	...	E3 - Aceito como sendo uma fase natural (...) A vida é mesmo assim e nós como profissionais sabemos que as coisas são assim. Por mais dura que seja esta a realidade e mais frio que isto possa parecer, é assim! Reajo bem. E8 - Aceito como sendo uma fase natural do ciclo de vida. E9 - Considero uma fase normal.
Sim, mas...		E1 - Eu aceito, eu aceito, mas às vezes, há aquela revolta quando são jovens. Quando eles são velhinhos faz parte da vida.... E2 - A morte para mim é uma fase natural da vida que tem de ser aceite, não tem de ser tabu (...) é diferente quando lidamos com a morte de pessoas mais idosas do que com pessoas muito novas. E4 - Em fase terminal aceito como uma fase natural da vida. E5 - Se for uma idade avançada é uma coisa natural e acabo por aceitar, quando são pessoas mais jovens é sempre mais difícil e deixa-me sempre mais pensativa. E6 - Aceito, não aceito em todos igual, mas aceito como sendo uma fase natural da vida, exceto nas situações imprevisíveis ou de pessoas novas em que não é espetável E7 - Era como te estava a dizer, algumas aceito muito bem, outras custa-me um bocadinho mais a lidar com elas. Quando é uma pessoa mais nova ficas sempre com aquela sensação de perda de um projeto, de uma pessoa que ainda tinha muito para dar, quando é uma pessoa idosa também tem muito para dar, mas também, já deu muito. E10 - Depende do doente, depende da situação. Mesmo sendo novo...imagina é um doente com 35 anos [sem qualidade de vida]. Tem 35 anos é verdade, mas já sofreu tanto! É um alívio quando acontece, já chega! E11 - Aceito como sendo uma fase natural, é claro que se torna um bocadinho difícil quando nós temos uma relação muito próxima com os nossos utentes.

As respostas dos participantes foram todas positivas, evidenciando-se mesmo assim duas categorias: para três participantes, a morte é considerada uma fase natural do ciclo de vida, contudo, para os restantes é considerada uma fase natural, mas só em determinadas situações

tais como em fase terminal e em idades avançadas. A maioria dos participantes refere-se à idade dos doentes, isto é, a morte é aceite quando o doente tem uma idade avançada; um participante menciona ainda o fator da proximidade com a pessoa em fim de vida. Outro participante não foi muito objetivo na resposta, evidenciando a especificidade de caso para caso. Os relatos que mais significativos relacionam-se com a idade em que a morte ocorre:

“Eu aceito, eu aceito, mas às vezes, há aquela revolta quando são jovens. Quando eles são velhinhos faz parte da vida.” (E1)

“A morte para mim é uma fase natural da vida que tem de ser aceite, não tem de ser tabu (...) é diferente quando lidamos com a morte de pessoas mais idosas do que com pessoas muito novas.” (E2)

“Aceito (...) não aceito em todos igual, mas aceito como sendo uma fase natural da vida, exceto nas situações imprevisíveis ou de pessoas novas em que não é espectável.” (E6)

“Era como te estava a dizer, algumas aceito muito bem, outras custa-me um bocadinho mais a lidar com elas. Quando é uma pessoa mais nova, ficas sempre com aquela sensação de perda de um projeto, de uma pessoa que ainda tinha muito para dar; quando é uma pessoa idosa, também tem muito para dar, mas também, já deu muito.” (E7)

A dificuldade em aceitar a morte em pessoas mais jovens é também referida por Baldissera et al. (2018), que defendem que não se tratar da ordem natural da vida, pois quando a morte ocorre em jovens, fica-se com a sensação de perda de um projeto de vida ou de uma vida que foi bruscamente interrompida. As autoras realçam ainda o facto de a morte, em pessoas idosas, é mais bem aceite pelos enfermeiros. Barbosa e Massaroni (2016) falam em “temporalidade da morte” e acrescentam que a morte precoce fere a ordem cronológica aceite e esperada pela sociedade: nascer, crescer, amadurecer e morrer. Ora, como é evidente, a morte não acomete apenas pessoas idosas ou em fase terminal, pelo que aceitar a morte, mesmo quando ela não é expectável, torna-se fundamental para evitar o sofrimento quando ela surge inesperadamente. A “temporalidade da morte” também é abordada nos estudos de Jaskowiak et al. (2013), quando defendem que a morte de um doente idoso tem uma melhor aceitação por profissionais de saúde do que a morte dos jovens, com pouca ou nenhuma aceitação.

Na revisão literária efetuada os estudos demonstram a dificuldade de os enfermeiros lidarem com a morte em jovens ou com a morte inesperada. Silva et al. (2018) concordam com esta visão e acrescentam que a dificuldade em lidar com a morte em jovens é justificada pela

recriação do “eu”, por parte dos enfermeiros pois, quando os doentes são jovens, os enfermeiros identificam-se com o acontecimento, e perspetivam aquela realidade como podendo ser a sua. A proximidade resultante desta identificação com a situação do doente fá-los refletir sobre a própria morte, o que os deixa desconfortáveis:

“Se for uma idade avançada, é uma coisa natural e acabo por aceitar, quando são pessoas mais jovens, é sempre mais difícil e deixa-me sempre mais pensativa.” (E5)

A este propósito Jaskowiak et al. (2013) sustentam que os profissionais de saúde quase ou nada pensam na própria morte, o que representa uma forma de negação, já que o pensar na própria morte provoca um sentimento de pavor e de medo. Para Morin (1970), existe nos indivíduos uma “cegueira à morte” pois, mesmo tendo conhecimento dela e lidando com ela relativamente pessoas próximas, continuam a viver como se os parentes, os amigos e até os próprios não tivessem nunca de morrer. A recriação do “eu”, defendida por Silva et al. (2015), obriga os enfermeiros a “abrir os olhos” para a realidade da própria morte, bem como a dos seus familiares, provocando tristeza. Este fato remete-nos inevitavelmente para a questão “Consegue “desligar” das situações de morte/morrer dos doentes quando se encontra fora do contexto de trabalho?” que analisamos, a seguir (tabela 10).

Tabela 10:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Consegue desligar das situações de morte/morrer dos doentes quando se encontra fora do contexto de trabalho?”

Consegue “desligar” das situações de morte/morrer dos doentes quando se encontra fora do contexto de trabalho?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Sim	...	E2 – Sim, hoje em dia consigo aceitar mais facilmente. A mim o que me custa lidar, não é aceitar a morte, é aceitar que tenho de fazer determinado tipo de protocolos em doentes nos quais já sabemos que não vamos conseguir reanimar, que chegou a hora deles, que devíamos era estar quietinhos. E3 - Sim, abstraio-me, não penso muito nisso. E8 - Consigo sim.
Sim, mas		E1 - Às vezes sim, nem sempre. E4 - Sim (...) tens sempre uma ou outra situação que te marca e que por algum motivo não esqueces, as vezes pela violência da morte (...) mas, dado o volume de mortes que existem aqui no serviço, posso dizer que foi uma ou outra situação pontual e que consigo lidar relativamente bem com a situação. E5 - Nem sempre, as vezes há situações e pessoas que nos marcam. E6 - Geralmente sim. Só se for uma coisa muito peculiar, mas há muitos anos, morreu-me uma criança com 5 anos e andei vários dias mais abalado, mas passou. E7 - Algumas consigo, outras venho para casa e fico a pensar naquilo (...) mas, fica lá sempre guardado na memória. E9 - Na maior parte dos casos sim, mas tenho alguns que recordo porque houve um maior envolvimento da família (...) “E agora? E agora!” e morreu assim, agarrado a mim, a questionar-me. Foi uma situação que me marcou muito! Até porque tinha a família: a esposa, os meninos pequeninos. E10 - Depende, é o que já temos vindo a falar. (...) e andas durante algum tempo a pensar no assunto, mas depois acabas por te desligar, agora quando é num idoso, já não. E11 - Talvez fique a pensar nisso durante aquele dia, pronto, mas depois “desligo”.

Quando questionados se “consegue desligar” das situações de morte/morrer dos seus doentes quando se encontram fora do contexto de trabalho, a maioria dos participantes (oito) respondeu numa primeira abordagem que sim, apesar de, com a continuação dos relatos, podermos constatar afirmações em que, na verdade, não o conseguem fazer:

“Sim (...) tens sempre uma ou outra situação que te marca e que, por algum motivo, não esqueces, às vezes pela violência da morte (...) mas, dado o volume de mortes que existem aqui no serviço, posso dizer que foi uma ou outra situação pontual e que consigo lidar relativamente bem com a situação.” (E4)

“Geralmente sim. Só se for uma coisa muito peculiar (...), mas há muitos anos, morreu-me uma criança com 5 anos e andei vários dias mais abalado, mas passou.” (E6)

“Algumas consigo, outras venho para casa e fico a pensar naquilo (...) mas (...) fica lá sempre guardado na memória.” (E7)

“Na maior parte dos casos sim, mas tenho alguns que recordo porque houve um maior envolvimento da família (...) “E agora? E agora!” e morreu assim, agarrado a mim, a questionar-

me. Foi uma situação que me marcou muito! Até porque tinha a família: a esposa, os meninos pequenos.” (E9)

O facto de responder positivamente de forma quase imediata poderá refletir a necessidade de mostrar profissionalismo ao lidar com situações difíceis, no local de trabalho. É expectável, para sociedade em geral, que os enfermeiros consigam gerir situações dramáticas, pois acredita-se que, por um lado, foram preparados para lidar com situações de extrema carga emocional e por outro, as funções que desempenham enquadram-se neste âmbito. Apesar de conviver diariamente com o binómio vida/morte, e sendo os profissionais de saúde que mais tempo passam junto dos doentes, é-lhes exigida uma postura firme e quase insensível, no seu local de trabalho (Santos & Bueno, 2010).

As situações com que lidam diariamente, as quais envolvem sofrimento e morte podem, de alguma forma, influenciar saúde mental dos enfermeiros (Santos et al., 2016). Os participantes recorrem por vezes a mecanismos de defesa, tal como o distanciamento, para lidar com a morte. Os relatos a seguir fazem prova desse processo mental:

“Sim, abstraio-me, não penso muito nisso.” (E3)

“Talvez fique a pensar nisso durante aquele dia, pronto, mas depois 'desligo'.” (E11)

A tentativa de negação, de alheamento ou de evitar pensar no sofrimento e na morte, com que os enfermeiros lidam, por vezes diariamente, constitui um escape para a pressão causada pelo constante confronto com a morte (Santos et al., 2016).

Outras vezes não é da morte em si que os participantes não se conseguem desligar, mas de todo o contexto de trabalho onde ocorrem as situações da morte e do morrer:

“Sim (...), hoje em dia, consigo aceitar mais facilmente. A mim o que me custa lidar (...) não é aceitar a morte (...) é aceitar que tenho de fazer determinado tipo de protocolos em doentes nos quais já sabemos que não vamos conseguir reanimar (...), que chegou a hora deles (...), que devíamos era estar quietinhos.” (E2)

Neste último relato, observamos, de forma evidente, a futilidade terapêutica, a qual também é retratada por Silva et al. (2018), que se refere a ela como uma prática, por vezes presente, em detrimento de uma morte humanizada e centrada na pessoa.

Apenas um dos participantes referiu veementemente não pensar, fora do ambiente de trabalho, nas situações de morte/morrer que se encontra exposto profissionalmente. Para Souza et al.

(2013), “O modo de separar o sentimento do trabalho do quotidiano consiste na habilidade de reconhecer os próprios sentimentos” (p.236). Na nossa revisão literária, a grande maioria dos estudos aponta para a importância da criação de espaços para discussão, nas instituições hospitalares, de vivências dos profissionais com os doentes, de forma a aqueles poderem partilhar experiências para amenizar situações de extrema exigência emocional e potencializadoras de sofrimento psíquico (Angelim et al., 2017; Barbosa & Massaroni, 2016; Jaskowiak et al., 2013; Salum et al., 2017). Apesar da concordância patente nos estudos revistos, ainda não se verifica este tipo de apoio, em grande parte das instituições hospitalares nacionais.

4.4. Lidar com o doente em fim de vida

As dificuldades sentidas pelos participantes em lidar com algumas situações de morte/morrer refletir-se-ão nos cuidados que prestam aos doentes? Os relatos obtidos a partir das respostas dos participantes a esta questão constam da Tabela 11.

Tabela 11:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “Tem dificuldade em cuidar de doentes em fim de vida?”

Tem dificuldade em cuidar de doentes em fim de vida?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Sim	...	E1 - Principalmente na hora da visita quando estão lá os familiares, sabes, essa parte aí é bastante dolorosa. E6 - Alguma. Não fujo, mas muitos deles não comunicamos com eles (...) não é tão linear como cuidar de uma pessoa que comunica connosco (...) e que tem alguma capacidade de nos perceber. E9 - Às vezes, mais pela situação que envolvia o doente: a família, os filhos.
Não		E2 - não tenho dificuldade em lidar com a morte. até acho que aliviar o sofrimento ou o que antecede a morte deverá ser com pessoas que a pessoa conhece. E3 - Não, não tenho. (...) Apesar que costumamos sempre dizer: que não morra comigo! Costumamos sempre dizer isso. E4 - Não te posso dizer que tenho grande dificuldade, (...) começo a ter uma perspetiva um bocadinho diferente. Já não consigo ter o distanciamento que tinha há algum tempo. E5 - Não. Sempre lidei bem, com naturalidade, não me causa nenhum desconforto. E7 - Não, não tenho dificuldade, até gosto! (...) como eu já tenho alguma experiência com isso, (...) acabo se calhar por estar mais alerta para os cuidados digamos mais dirigidos. E8 - Se eu tiver a perceção que aquela pessoa não esta a sofrer, não tem dor...não, não me custa em lidar com as pessoas em fim de vida. E10 - Não. Lido muito bem com eles. E11- Não, não tenho de todo.

Numa análise aos relatos, observamos que, do ponto de vista de oito participantes, a resposta é não, pois quando questionados se “Tem dificuldade em cuidar de doentes em fim de vida?”,

responderam não ter qualquer tipo de dificuldade, principalmente quando sentem que estão a fazer um bom trabalho:

“Não, não tenho dificuldade, até gosto! (...) como eu já tenho alguma experiência com isso, (...) acabo, se calhar, por estar mais alerta para os cuidados, digamos, mais dirigidos.” (E7)

“(...) se eu tiver a percepção que aquela pessoa não está a sofrer, não tem dor (...) não, não me custa em lidar com as pessoas em fim de vida.” (E8)

É fundamental para os enfermeiros sentirem que estão a prestar um cuidado humanizado que proporcione conforto e bem-estar; em situações de extrema exigência emocional, podem chegar a sentir-se realizado profissionalmente. Segundo Angelim et al. (2017), é fundamental que o enfermeiro cuide do doente com sensibilidade, atenção e dignidade, para que, sabendo que deu tudo de si, possa deixar de encarar a morte como um fracasso das suas funções como profissional de saúde.

As dificuldades sentidas na prestação de cuidados ao doente em fim de vida relacionam-se, por vezes, com todo o envolvimento familiar, tal como verificamos nos seguintes relatos:

“Principalmente na hora da visita, quando estão lá os familiares, sabes, essa parte aí é bastante dolorosa”. (E1)

“Às vezes, mais pela situação que envolvia o doente: a família, os filhos”. (E9)

Apesar de ser uma experiência individual, única e irrepetível, a morte também constitui um construto coletivo, enquadrado num determinado contexto sociocultural. Ouvimos recorrentemente a expressão: “morreu-nos” um doente ou um familiar; a morte é sempre um acontecimento que diz respeito, não só à pessoa, mas também aos demais que a rodeiam. Segundo Arantes (2019), perante um mau prognóstico ou morte iminente, a família também adoece e sofre. Os enfermeiros formados para cuidar dos doentes, salientam a importância da atenção e do cuidado, não só prestados ao doente moribundo, mas também à sua família. A importância que os enfermeiros dão à família, no sentido de lhe prestar apoio psicológico e de se constituir como seu advogado e defensor, é corroborado por Salum et al. (2017) e Silva et al. (2018).

Quando questionados sobre se acham que a forma de lidar e encarar a morte influencia os cuidados que os participantes prestam, as opiniões dividem-se (Tabela 12).

Tabela 12:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “A forma de lidar e encarar a morte influenciam os cuidados que presta ao doente em fim de vida?”

A forma de lidar e encarar a morte influenciam os cuidados que se prestam ao doente em fim de vida?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Não		E1 - Uma pessoa tem de se abstrair e tentar superar as coisas e tentar sempre dar o melhor de nós. E3 - Não, não influencia (...) se tenho de proporcionar conforto a um doente não é por eu ter medo da morte que vou prestar piores cuidados. E5 - Não, apesar da pessoa estar em fim de vida presto sempre os melhores cuidados possíveis. E9 - Penso que não. E11 - Não. Acho que não.
Sim		E2 - Sim, sem dúvida... acho que consigo lidar de forma natural com a morte dos doentes...e isso influencia. E4 - Sim, influencia sempre (...) As nossas vivências pessoais ou profissionais influenciam-nos de forma positiva ou negativa. E6 - Sim. Já passei pela morte de alguns familiares, (...) e essas experiências fizeram-me tornar um bocadinho mais sensível as pessoas e também a família. E7 - Acho que sim, a gente por muito que tente ser um elemento que seja impermeável ao próximo isso é impossível porque tu és uma pessoa com as tuas características, com as tuas crenças. E8 - Diretamente aos doentes, talvez não, acho que talvez na forma como lido com a família. (...) acho que lido bem com a morte, acho que consigo transmitir um bocadinho mais de calma. E10 - Sim, sim! É a forma de pensar, é no que tu acreditas, na tua vida, até a tua religião te condiciona. (...) para mim que até acho que ter dignidade na morte é não ter dor (..) se ele [o doente] me disse-se que tinha dois de dor ou se eu achasse que ele tinha 2 de dor, tinha morfina de certeza!

Cinco participantes acreditam que não existe qualquer influência nos cuidados que prestam ao doente em fim de vida, enquanto seis participantes acreditam que são influenciados. Numa análise prévia, os resultados são mitigados e considerados equivalentes para ambas as situações em análise, com uma ligeira vantagem para a ausência de influência nos cuidados prestados ao doente em fim de vida. Numa análise mais aprofundada, os cinco participantes que consideram não ser influenciados relacionam diretamente tal facto com o sentido ético aplicado aos cuidados que prestam ao doente em fim de vida, à parte de qualquer opinião pessoal:

“Não, não influencia (...) se tenho de proporcionar conforto a um doente não é por eu ter medo da morte que vou prestar piores cuidados.” (E3)

“Não, apesar de a pessoa estar em fim de vida, presto sempre os melhores cuidados possíveis.” (E5)

Neste sentido, a frase “Não há nada a fazer!”, diversas vezes reiterada em situações irreversíveis é totalmente desprezada por estes participantes. Mesmo quando não existe uma cura possível, há sempre algo que pode ser feito: proporcionar bons cuidados e o máximo conforto ao doente.

Segundo Arantes (2019), pode não haver tratamentos disponíveis para uma doença, mas há sempre algo a fazer pela pessoa doente.

Os seis participantes que consideram ser influenciados pela forma como encaram e lidam com a morte, no que diz respeito aos cuidados que prestam ao doente em fim de vida, não consideram necessariamente esta influência negativa. No caso, as vivências e a experiência de vida que permitem prestar cuidados em situação complicada com mais serenidade são realçadas:

“Sim. Já passei pela morte de alguns familiares, (...) e essas experiências fizeram-me tornar um bocadinho mais sensível às pessoas e também à família.” (E6)

“Acho que sim, a gente, por muito que tente ser um elemento (...) impermeável ao próximo, isso é impossível porque tu és uma pessoa com as tuas características, com as tuas crenças.” (E7)

“Diretamente aos doentes, talvez não, acho que talvez na forma como lido com a família. (...) acho que lido bem com a morte (...) acho que consigo transmitir um bocadinho mais de calma.” (E8)

As experiências de morte e de cuidados a doentes em fim de vida, tanto pessoais como em meio profissional, podem, segundo os participantes, prepará-los para lidar com estas situações de forma mais humana. Segundo Espinoza-Venegas et al. (2016), as atitudes perante o cuidado em fim de vida, correlacionam-se positiva e significativamente com a preparação, a experiência profissional e com a quantidade de doentes em fim de vida com que os enfermeiros lidaram. Os autores defendem que as variáveis supramencionadas contribuem para o desenvolvimento de estratégias a fim de lidar com a morte e o morrer permitindo, deste modo, adquirir atitudes e crenças favoráveis perante o cuidado ao doente em fim de vida.

Conicionados pelas próprias experiências e convicções culturais, religiosas, sociais e filosóficas, os participantes assumem estas influências nos cuidados que prestam:

“Sim, sem dúvida...acho que consigo lidar de forma natural com a morte dos doentes...e isso influencia.” (E2)

“Sim, influencia sempre (...) As nossas vivências pessoais ou profissionais influenciam-nos de forma positiva ou negativa.” (E4)

“Sim, sim! É a forma de pensar (...) é no que tu acreditas, na tua vida, até a tua religião te condiciona. (...) para mim, que até acho que ter dignidade na morte é não ter dor.” (E10)

As atitudes perante a morte variam tendo de acordo com a cultura, a origem e as características individuais. A forma como cada indivíduo reage à morte vai depender de uma multiplicidade

de fatores que se conjugam entre si e que se correlacionam, principalmente no que diz respeito a aspectos espaço-temporais, socioculturais, pessoais e educacionais (Pacheco, 2004). A diferença básica entre leigos e profissionais de saúde, ao lidar com a morte, é que, para os últimos, a morte pode fazer parte do cotidiano, o que lhes permite um maior conhecimento sobre a morte e o morrer, não os isentando, ainda assim, de possíveis sentimentos negativos associados ao tema (Souza et al., 2013).

A personalidade, a faixa etária, o meio social, a família a que pertence, o contexto cultural, bem como os seus valores, costumes e tradições influenciam a forma como a pessoa lida com a morte e o morrer, quer se trate de um profissional de saúde ou não. É quase impossível descrever todas as atitudes individuais face à morte, dado a variabilidade e irrepetibilidade do ser humano: “A estruturação de padrões comportamentais face à morte não pode ser perspectivada de um modo fixo e determinado, mas antes flexível e orientador, utilizando modelos apenas como auxiliares que nos facilitem perceber a pluralidade de atitudes humanas face à morte” (Pacheco, 2004, p.9). A forma como o indivíduo vê a morte é influenciada pelas características únicas inerentes a cada ser humano e, no caso dos profissionais de saúde, tais características irão refletir-se, não só na sua relação com a morte, mas também no seu desempenho profissional perante o doente em situação crítica (Barbosa & Massaroni, 2016).

4.5. Perceção dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida

Depois de colocadas as questões sobre a perceção que os enfermeiros têm da morte, do processo de morrer dos seus doentes e a forma como lidam com o doente em fim de vida, foram questionados sobre a sua perceção dos cuidados prestados aos doentes em fim de vida, nos locais de trabalho (Tabela 13).

Tabela 13:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão “O que acha dos cuidados prestados ao doente em fim de vida, no seu ambiente de trabalho”

O que acha dos cuidados prestados ao doente no fim de vida no seu ambiente de trabalho?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Bons cuidados		E3 - Acho que são com qualidade. E6 - Depende muito da equipa do médico, do enfermeiro, do auxiliar. (...) São prestados cuidados adequados. E9 - Acho que o doente cada vez mais tem melhores cuidados. E11 - Acho que nós fazemos o melhor que conseguimos fazer por eles (...) que prestamos ótimos cuidados ao doente em fim de vida.
A melhorar		E1 - No meu serviço, os doentes em fim de vida nem deveriam estar lá, porque a visita é muito restrita, acho que estes doentes deveriam estar nos cuidados paliativos ou então na oncologia onde podem ter os familiares presentes 24 horas. E4 - Podemos sempre melhorar. E5 - Gostava de ter mais tempo para prestar melhores cuidados (...) o que acontece é que temos de fazer as “rotinas”, chegar ao fim do turno e estar tudo feito. E8 - (...) temos um grande caminho a percorrer (...) Ainda não prestamos os cuidados adequados ao doente em fim de vida.
Obstinação terapêutica	...	E2 – (...) no Suporte Imediato de Vida para mim é uma angústia perceber que aquela vítima já “partiu” e nós termos de fazer aquele tipo protocolo porque não nos deixam outra alternativa. E7 - Porque há médicos que não tem problemas nenhuns em prescrever este tipo de medicação de conforto e há outros que veem lá fazer o trabalho deles, aguentar o doente, querem é aguentá-lo e depois passá-lo ao colega e depois o colega que se desenrasque, e isso não é o mais adequado. E10 - Se o doente tem uma ordem de não reanimação, mas depois andamos a colher hemoculturas, uroculturas a fazer antibiótico, acho que isso é não ter dignidade na morte.

Quando questionados sobre: “O que acha dos cuidados prestados ao doente em fim de vida, no seu ambiente de trabalho?”, as opiniões dividiram-se, surgindo três categorias qualitativas baseadas na análise dos relatos: *bons cuidados* (quatro participantes), *a melhorar* (quatro participantes) e *obstinação terapêutica* (três participantes).

Longe vai o tempo em que os doentes em fim de vida eram “abandonados à sua sorte” e colocados nas enfermarias mais afastadas, condenados a morrer sozinhos ou sem os cuidados adequados. Os cuidados ao doente em fim de vida são uma temática cada vez mais presente e na ordem do dia, verificando-se na prática clínica uma maior humanização e cuidados adequados a esta fase, tendo em conta os relatos de quatro participantes, que acreditam serem prestados *bons cuidados*:

“Acho que o doente cada vez mais tem melhores cuidados.” (E9)

“(...) acho que são com qualidade.” (E3)

“Depende muito da equipe do médico, do enfermeiro, do auxiliar. (...) São prestados cuidados adequados.” (E6)

“Acho que nós fazemos o melhor que conseguimos fazer por eles (...) que prestamos ótimos cuidados ao doente em fim de vida.” (E11)

Silva et al. (2018) também realçam a prática de cuidado dignos prestados ao doente em fim de vida e à sua família, a qual privilegia o conforto e a privacidade, promove a presença da família na morte e no morrer e respeita a vontade do doente e da família neste processo. Apesar desta visão positiva, outros quatro participantes consideram ainda só estarmos no início do percurso no que diz respeito aos cuidados ao doente em fim de vida, e destacam aspetos a melhorar:

“(...) temos um grande caminho a percorrer (...) Ainda não prestamos os cuidados adequados ao doente em fim de vida.” (E8)

“(...) no meu serviço, os doentes em fim de vida nem deveriam estar lá, porque a visita é muito restrita, acho que estes doentes deveriam estar nos cuidados paliativos ou então na oncologia onde podem ter os familiares presentes 24 horas.” (E1)

Os participantes apontam para a necessidade de existirem serviços especializados onde os doentes possam usufruir de cuidados direcionados. Contudo, não existem situações estandardizadas para doentes em fim de vida, não sendo, por isso, possível alocar pessoas a espaços restritos, nos hospitais. Na verdade, os serviços de cuidados paliativos estão direcionados para cuidados ao doente com doença prolongada ou irreversível, mas as especificidades de cada utente (tal como a necessidade de monitorização contínua, isolamento ou outras) determinam qual o serviço onde é acolhido, numa organização hospitalar baseada no modelo biomédico.

Outro aspeto que os participantes referem como aspeto a melhorar é uma maior permanência da família junto do doente em fim de vida, livre de constrangimentos, tais como horários rígidos ou limitação de visitantes. A importância da presença da família junto do doente em fim de vida vai ao encontro dos resultados do estudo de Silva et al. (2018).

Um participante alerta para a necessidade de os enfermeiros disporem de mais tempo para cuidarem dos seus doentes de forma humana e personalizada:

“(...) gostava de ter mais tempo para prestar melhores cuidados (...) o que acontece é que temos de fazer as “rotinas”, chegar ao fim do turno e estar tudo feito.” (E5)

Três participantes fazem referência à obstinação terapêutica como uma realidade nos seus locais de trabalho. O conceito de obstinação terapêutica (ou *encarniçamento terapêutico*, para os

autores francófonos, mencionados por Freire, 2015) refere-se a, “... procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionais e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advinha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido” (Lei de Base dos Cuidados Paliativos, nº 52/2012, de 05 de setembro, p.5119). Os participantes relatam situações onde são visíveis estas medidas desproporcionais e fúteis:

“(...) se o doente tem uma ordem de não reanimação, mas depois andamos a colher hemoculturas, uroculturas a fazer antibiótico, acho que isso é não ter dignidade na morte.” (E10)

“(...) porque há médicos que não têm problemas nenhuns em prescrever este tipo de medicação de conforto e há outros que vêm lá fazer o trabalho deles, aguentar o doente, querem é aguentá-lo e depois passá-lo ao colega e depois o colega que se desenrasque, e isso não é o mais adequado.”(E7)

O uso abusivo de tecnologia que permite o prolongamento da vida também é apontado por Barbosa e Massaroni (2016) como gerador de angústia e sofrimento para os enfermeiros que trabalham nos cuidados intensivos.

A este propósito, Silva et al. (2018) alertam para a existência de medidas fúteis aplicadas em detrimento de ações que visam apenas a humanização da morte, o que leva, por vezes, a um investimento excessivo assente na farmacologia e na tecnologia avançada. No abstrato, nada é fútil, alerta Freire (2015), contudo, uma intervenção pode tornar-se fútil quando à partida se sabe, que os objetivos não podem ser atingidos mesmo que a intervenção seja repetida muitas vezes. Na atualidade a obstinação terapêutica emerge efetivamente como prática que recorre frequentemente ao uso de fármacos e tecnologia como forma de prolongar a vida (Silva et al., 2018).

Ainda neste âmbito, os participantes referem a existência de protocolos rígidos, bem como a imposição de medidas desproporcionais e desadequadas, quando se referem à obstinação terapêutica:

“(...) no Suporte Imediato de Vida, para mim, é uma angústia perceber que aquela vítima já “partiu” e nós temos de fazer aquele tipo protocolo porque não nos deixam outra alternativa.” (E2)

No seguimento, apresentamos as categorias emergentes nos relatos dos participantes no que concerne a questão “Acha que é dada uma especial atenção aos cuidados holísticos ao doente

em fim de vida” (Tabela 14). Desde os tempos de Florence Nightingale, a enfermagem tem vindo a construir um paradigma holístico, presente em todas as escolas de pensamento, com vista a uma abordagem humanística do ser humano na sua relação indivisível com o meio ambiente (Neto & Nóbrega, 1999). Neste sentido, por cuidados holísticos entende-se todos os cuidados prestados de forma a que o ser humano, o ambiente, a saúde e a enfermagem sejam trabalhados numa harmoniosa e totalitária união (Neto & Nóbrega, 1999).

Tabela 14:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente à questão: “Acha que é dada especial atenção aos cuidados holísticos ao doente em fim de vida?”

Acha que é dada especial atenção aos cuidados holísticos ao doente em fim de vida?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Não		E1 - Muitas vezes não há. “(...)”. Só podem ter uma visita e num período de meia hora. E2 - Não propriamente, como já disse é muito mecanizado. E4 - Tu tens doentes que são classificados como paliativos ou ONR, e a seguir o que tu vês é um investimento muito grande de antibióticos de largo espectro, tudo e mais alguma coisa. E5 - Nem por isso. E8 - Não. Ainda não estamos preparados para isso. E9 - Talvez não, talvez seja uma questão a melhorar. E10 - Não. E11 - Se tu tens tempo para prestar cuidados de qualidade ao utente, tu consegues ter um “todo”, mas se for um turno complicado ou que tenhas outros doentes mal ou assim, acabas por deixar um bocadinho de parte, não quer dizer que faças sempre isso, certo?
Sim	...	E3 - Sim, sim! E6 - Sim, acho que sim. (...) tratamos do que é preciso, cuidamos da pessoa o melhor que podemos, o melhor que nos permitem. As vezes até num corredor, numa maca, depende da afluência. E7 - Acho que sim.(...) Tentamos fazer com que os cuidados de enfermagem sejam dirigidos ao encontra das vontades dele, por exemplo, se quiser tomar banho ao fim do dia toma, se não quiser tomar banho não toma, se quer ser posicionado é, se não quiser ser posicionado não é.

Quando questionados sobre “Acha que é dada especial atenção aos cuidados holísticos ao doente em fim de vida?”, oito participantes responderam que não:

“Não. Ainda não estamos preparados para isso.” (E8)

“Talvez não, talvez seja uma questão a melhorar.” (E9)

Como justificação para esta perceção são apontados diversos argumentos. Os horários rígidos de visitas são, mais uma vez, abordados um como fator constrangedor na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, sonhando a relevância da permanência da família junto do doente:

“Muitas vezes não há. “(...)”. Só podem ter uma visita e num período de meia hora”. (E1)

O suporte emocional e social, preconizado nos cuidados holísticos, significa favorecer a presença constante da família ao lado daquele que está em processo de morte, mesmo que isso

implique flexibilizar as normas e rotinas hospitalares, bem como manter a família informada sobre a situação clínica do doente (Silva et al., 2015).

De uma forma óbvia, a obstinação terapêutica, categoria abordada no ponto anterior, é também apontada como um fator constrangedor na prática de cuidados holísticos:

“Tu tens doentes que são classificados como paliativos ou ONR, e a seguir o que tu vês é um investimento muito grande de antibióticos de largo espectro, tudo e mais alguma coisa.” (E4)

Esta é também a opinião de Silva et al. (2015) quando se referem aos “procedimentos invasivos incapazes de oferecer qualquer alternativa real de reverter a situação de terminalidade, ou seja, que prolongam a vida e não resultam em cura, apenas no prolongamento do sofrimento da pessoa em processo de morrer e de seus familiares” (p.45), como obstáculo para os cuidados a implementar no processo de “boa morte”.

Outro aspeto apontado como condicionante para a prestação de cuidados holísticos é a disponibilidade dos profissionais e a sobrecarga laboral evidenciadas no seguinte relato:

“Se tu tens tempo para prestar cuidados de qualidade ao utente, tu consegues ter um “todo”, mas se for um turno complicado ou que tenhas outros doentes mal ou assim, acabas por deixar um bocadinho de parte (...) não quer dizer que faças sempre isso, certo?” (E11)

Este aspeto foi abordado no estudo de Hopkinson, Hallett e Luker (2003), nos quais é referido o uso do tempo como fator de potencial conflito interno e gerador de sentimentos de impotência para os enfermeiros, que se sentem divididos pelos princípios de acompanhar o doente em fim de vida e de cuidar dos outros doentes.

Por outro lado, três participantes consideraram que são prestados cuidados holísticos, até mesmo em situações de sobrecarga de trabalho, tomando por máxima a individualização dos cuidados:

“Sim, acho que sim. (...) tratamos do que é preciso, cuidamos da pessoa o melhor que podemos, o melhor que nos permitem. Às vezes até num corredor, numa maca, depende da afluência.” (E6)

“Acho que sim. (...) Tentamos fazer com que os cuidados de enfermagem sejam dirigidos ao encontro das vontades dele, por exemplo, se quiser tomar banho ao fim do dia, toma; se não quiser tomar banho, não toma, se quer ser posicionado, é, se não quiser ser posicionado, não é.” (E7)

Depois de questionados acerca da sua percepção sobre a prestação de cuidados holísticos, consideramos oportuno apresentar a seguinte questão: “O que acha que poderia ser melhorado nesses cuidados prestados ao doente em fim de vida?” a fim de percebermos qual o caminho a percorrer, do ponto de vista dos participantes para se conseguir melhorar os cuidados prestados aos doentes em fim de vida. As respostas a esta questão encontram-se categorizadas na Tabela 15.

Tabela 15:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente a questão “O que acha que poderia ser melhorado nesses cuidados prestados ao doente em fim de vida?”

O que acha que poderia ser melhorado nesses cuidados prestados em fim de vida		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Acompanhamento familiar	•••	E1 - Deviam deixar os familiares permanecer junto dos doentes durante 24 horas. E2 - As pessoas deveriam poder morrer em casa...com os entes queridos...no seio familiar. E10 - Deveria existir uma zona mais resguardada para o doente em fim de vida e para a sua família. Não era melhor um doente morrer num quarto calmo do que sozinho no meio de um corredor de urgências!
Privilegiar o conforto	••	E3 - privilegiar as medidas de conforto ao doente. E4 - controle de sintomas e alívio da dor. Os cuidados deviam ser direccionados para isso.
Cuidado ao doente e a família	••	E6 - privacidade para o doente e a sua família nesse momento. E8 - Tem de haver muita formação nesta área, nos cuidados aos doentes em fim de vida, e nos cuidados á família do doente em fim de vida porque a família, está sempre a espera que façamos um milagre, e eles não existem não é. A sociedade não esta preparada para a morte, cada vez menos preparada, principalmente os mais jovens
Profissionais preparados para lidar com a morte	••	E7 - Existir um serviço especializado em cuidados paliativos, com profissionais vocacionados para essa área. E9 - Mesmo sabendo que o doente está numa fase terminal, muitas vezes mantemos aquela conversa “vai ficar tudo bem, vai melhorar” e muitos deles nunca chegam à fase da aceitação.
Tempo	••	E5 - Precisávamos de mais tempo para nos podermos dedicar aos doentes e as suas famílias de forma a conseguir apoiá-los. E11 - É nós termos tempo para dar atenção ao doente, para todos os doentes.

Dos resultados obtidos, destaca-se a categoria “**Acompanhamento Familiar**”, como sendo a mais relevante para os participantes do presente estudo. Efetivamente, a presença da família junto da pessoa em fim de vida é vista como fundamental e dignificante para a pessoa nesta fase crítica:

“Deviam deixar os familiares permanecer junto dos doentes durante 24 horas.” (E1)

Neste âmbito, a transferência da morte do doente do domicílio para as instituições hospitalares é vista como algo a modificar e a reverter, inserindo-se este pressuposto na valorização do acompanhamento familiar:

“As pessoas deveriam poder morrer em casa (...) com os entes queridos (...) no seio familiar.”
(E2)

“Deveria existir uma zona mais resguardada para o doente em fim de vida e para a sua família. Não era melhor um doente morrer num quarto calmo do que sozinho no meio de um corredor de urgências!” (E10)

Estas opiniões vão ao encontro dos estudos de Silva et al. (2015), que consideram fundamental o suporte emocional e social que, por sua vez, se traduz pela presença constante da família ao lado daquele que está a morrer, devendo flexibilizar-se as normas e rotinas hospitalares sempre que possível. Silva et al. (2018) abordam este tema, referindo-se à importância de promover a presença da família na morte e no morrer, bem como o respeito pela vontade da família.

“Privilegiar o conforto” constituía a segunda categoria emergente dos relatos dos participantes. Dois deles consideram como aspetos a melhorar o privilégio do conforto em detrimento da adoção de medidas invasivas, desnecessárias e desproporcionais na fase de vida que precede a morte:

“(...) privilegiar as medidas de conforto ao doente.” (E3)

“(...) controlo de sintomas e alívio da dor. Os cuidados deviam ser direcionados para isso.” (E4)

Estes relatos são consistentes com os resultados apurados nos estudos de Silva et al. (2015), onde se conclui que a promoção do conforto foi associada ao conceito de uma “boa morte”, no entendimento de enfermeiros a desempenhar funções no serviço de cuidados intensivos. Os autores referem que “em face da iminência da morte, espera-se que a promoção do conforto seja o objetivo primordial do cuidar em saúde” (p.44), e que “as práticas de cuidar precisam estar orientadas para o alívio do sofrimento, centrados na pessoa e não na sua doença e o encontro autêntico de respeito e solidariedade entre quem cuida e quem é cuidado” (p.45).

A terceira categoria, **“Cuidado ao doente e a família”** envolve o apoio e o respeito pela privacidade não só do doente, mas alargado também à família:

“(...) privacidade para o doente e a sua família nesse momento.” (E6)

“Tem de haver muita formação nesta área, nos cuidados aos doentes em fim de vida, e nos cuidados à família do doente em fim de vida porque a família, está sempre á espera que façamos um milagre, e eles não existem, não é? A sociedade não está preparada para a morte, cada vez menos preparada, principalmente os mais jovens.” (E8)

Torna-se fundamental oferecer um suporte consistente aos familiares, o qual lhes permite compreender a inevitabilidade da perda bem como a situação clínica do seu familiar. A este propósito, Silva et al. (2015) alertam para a necessidade de estender à família os cuidados e a atenção dirigidos ao doente. Nos cuidados intensivos, o principal destinatário do apoio psicológico prestado pelo enfermeiro é a família (Silva et al., 2018), uma vez que, nem sempre, os doentes estão permeáveis ao apoio por se encontrarem sedados ou inconscientes.

Numa outra categoria, “**Profissionais preparados para lidar com a morte**”, os participantes evidenciaram o sentimento de falta de preparação para lidar com as situações de doentes em fim de vida, nos seguintes relatos:

“(...) deveria existir um serviço especializado em cuidados paliativos, com profissionais vocacionados para essa área.” (E7)

“Mesmo sabendo que o doente está numa fase terminal muitas vezes mantemos aquela conversa ‘vai ficar tudo bem, vai melhorar’ e muitos deles nunca chegam à fase da aceitação.” (E9)

Esta categoria apresenta duas facetas distintas: no primeiro relato o participante assume que a prestação de cuidados aos doentes em fim de vida deveria estar a cargo de uma “equipa” especializada na área, enquanto, no segundo, o participante denuncia uma comunicação pouco transparente e assertiva o que, na verdade, não traz quaisquer benefícios e pode comprometer a relação de confiança entre o enfermeiro e o doente/família. A aquisição de competências no que diz respeito à comunicação e à gestão de más notícias é defendida Silva et al. (2015). A relação de confiança com o doente e família só poderá ser estabelecida se houver honestidade por parte de quem cuida.

O fator “**Tempo**” foi mencionado pelos participantes como aspeto a melhorar nos cuidados prestados, numa última categoria. O tempo disponibilizado (mais concretamente a sua escassez) deve ser altamente considerado e alargado, de modo a que o apoio permita uma prestação de cuidados atentos, eficientes e condignos.

“Precisávamos de mais tempo para nos podermos dedicar aos doentes e as suas famílias de forma a conseguir apoiá-los.” (E5)

“É nós termos tempo para dar atenção ao doente, para todos os doentes.” (E11)

Este aspeto foi abordado no estudo de Hopkinson et al. (2003), anteriormente referido, a propósito da pouca disponibilidade de tempo dos enfermeiros para prestarem cuidados aos

doentes em fim de vida e às respetivas famílias, gerando sentimentos de no acompanhamento ao doente em fim de vida e no cuidado aos outros doentes.

4.6. O ensino e a morte

A morte é uma experiência única e intransmissível, imbuída de uma enorme carga emotiva dada a sua irreversibilidade. Sendo assim, a questão que se impõe agora é “Como se prepara alguém para lidar com a morte, no dia a dia?”.

Para darmos contornos mais definidos a uma possível resposta, colocamos a questão “Acha que a formação de base o/a preparou para lidar com a morte e o fim de vida?” e, a seguir, apresentamos as categorias emergentes dos relatos dos participantes (Tabela 16).

Tabela 16:

Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente a questão “Acha que a formação de base o/a preparou para lidar com a morte e o fim de vida?”

Acha que a formação de base o/a preparou para lidar com a morte e o fim de vida?		
Categoria	Unidades de registo	Unidades de significação
Sim	•	E6 - Globalmente sim. (...) só a experiência é que nos ensina depois as coisas.
Não	••••••••	E1 - Não. E isso faz falta... agora fala-se mais em cuidados paliativos. E2 - Não, nem pensar! (...) pois nas primeiras vezes é difícil lidar com a morte e nós acabamos por aprender uns com os outros...com o dia a dia. (...) A primeira vez que me morreu um doente já como profissional foi difícil porque somos treinados para a “vida”: promover a saúde, para sermos todos muito saudáveis, mas nos, mesmo saudáveis também chegamos ao nosso fim. E3 - Acho que não. (...) Era interessante investirem mais nessa área porque nos lidamos muito com a morte (...) a doente morreu a segurar na mão dela [uma colega recém-licenciada] e ainda andou uns dias abalada, até deixou de ir trabalhar e tudo, porque não consegui lidar com a situação (...) Somos preparados para a parte técnica (...) mas para estas situações não estamos preparados. E4 - Não minimamente. (...) tens toda esta parte do sofrimento psicológico por cuidar dos outros e lidar com o sofrimento dos outros. E5 - Talvez não o suficiente (...) não na parte técnica, mas na parte psicológica de darmos apoio a família, de saber lidar com as situações. E7 - Não! Acho que não! Tudo bem que a gente fica com umas ideias, mas... é a mesma coisa que quando vais tirar a carta, não é? Só aprendes realmente a conduzir quando te sentas ao volante de um carro teu, sozinha e sem ninguém, aí é que tu aprendes a conduzir! E8 - Não, nem pensar! Talvez não se possa fazer muito mais na formação de base, acho que se poderia fazer alguma coisa depois de já termos começado a trabalhar, depois de lidarmos com situações de morte. E9 - Muito pouco, penso eu (...). Era importante na formação de base nos prepararem mais em termos psicológicos, para lidar com estas situações e essencialmente para lidar com este tipo de doentes. E10 - Não! Nem ninguém, isso ajuda-te a vida. E11 - Não, nem pensar. Nós como alunos, o que lhes interessa mesmo é dar-nos ferramentas para prestar cuidados e praticar ações. (...) a morte e o luto não eram assim muito abordados.

Quando questionados sobre se a formação de base preparou os participantes para lidar com a morte e o fim de vida, apenas um deles respondeu afirmativamente:

“Globalmente sim. (...) só a experiência é que nos ensina depois as coisas.” (E6)

Os participantes responderam, de forma muito significativa (n=10), que a formação de base não os preparou para lidar com a morte e o fim de vida. Para além deste resultado marcante, três participantes referiram que, para além da formação teórica, consideravam a experiência neste âmbito, essencial para lidarem melhor com o fim de vida e a morte:

“Não! Acho que não! Tudo bem que a gente fica com umas ideias, mas (...) é a mesma coisa que quando vais tirar a carta, não é? Só aprendes realmente a conduzir quando te sentas ao volante de um carro teu, sozinha e sem ninguém, aí é que tu aprendes a conduzir!” (E7)

“Não, nem pensar! Talvez não se possa fazer muito mais na formação de base, acho que se poderia fazer alguma coisa depois de já termos começado a trabalhar, depois de lidarmos com situações de morte.” (E8)

“Não! Nem ninguém, isso ajuda-te a vida.” (E10)

Este princípio é corroborado por Barbosa e Massaroni (2016) que aludem que, para alguns profissionais de saúde, a preparação para lidar com a morte passa diretamente pela prática, sendo a experiência profissional uma fonte de conhecimento sobre o tema. Salum et al. (2017) também referem que, apesar do conhecimento obtido durante a formação académica, só é possível adquirir experiência e maturidade para lidar com situações de morte e de morrer com a prática diária, na qual se tem sempre em conta a unicidade e individualidade do ser humano na sua experiência de morte. O enfermeiro precisa de articular saberes e somá-los à sua própria vivência, de forma a ultrapassar barreiras pessoais, tais como o medo e a angústia, para ser capaz de lidar com os sentimentos associados à morte. Um enfermeiro seguro das suas emoções, reconhece os seus limites e as suas potencialidades e demonstra uma melhor preparação para lidar com o sofrimento do outro, sem ele próprio sofrer emocionalmente nesta demanda (Sampaio et al., 2018).

A ênfase dada à dimensão técnica dos cuidados, em detrimento da preparação psicológica que permita ao futuro profissional apoiar o doente em fim de vida e a respetiva família, é apontada como um constrangimento na forma como os participantes lidam com as situações de morte, no ambiente de trabalho:

“Somos preparados para a parte técnica (...) mas para estas situações não estamos preparados.”
(E3)

“Não, nem pensar. Nós como alunos, o que lhes interessa mesmo é dar-nos ferramentas para prestar cuidados e praticar ações. (...) a morte e o luto não eram assim muito abordados.” (E11)

“Talvez não o suficiente (...) não na parte técnica, mas na parte psicológica de darmos apoio a família, de saber lidar com as situações.” (E5)

Uma formação de base que inclui os temas que abordam a morte e o processo de morrer pode resultar em cuidados mais humanizados e menos sofrimento para quem cuida (Barbosa & Massaroni, 2016). Souza et al. (2013) defendem que esta temática deve ser mais debatida na formação académica, com um especial destaque para questões ligadas a gestão emocional, de forma a preparar melhor os profissionais de saúde para encarar a morte e o processo de morrer com menos sentimentos negativos (sentimentos como o fracasso, a impotência ou a frustração são deveras arrasadores). A relevância da abordagem em profundidade do tema da finitude na formação académica é também referida por Santos et al. (2016).

A maioria dos participantes sente-se pouco preparada para enfrentar o processo da morte e do morrer; três deles demonstram igualmente dificuldade em lidar com o sofrimento do outro. Estas dificuldades encontram-se igualmente refletidas no estudo de Barbosa e Massaroni (2016).

“(...) a doente morreu a segurar na mão dela [uma colega recém-licenciada] e ainda andou uns dias abalada, até deixou de ir trabalhar e tudo, porque não conseguiu lidar com a situação”. (E3)

“Não minimamente. (...) tens toda esta parte do sofrimento psicológico por cuidar dos outros e lidar com o sofrimento dos outros.” (E4)

“Muito pouco, penso eu (...) Era importante na formação de base nos prepararem mais em termos psicológicos, para lidar com estas situações e essencialmente para lidar com este tipo de doentes.”
(E9)

A perceção dos participantes sobre a abordagem da temática da morte e do morrer, na formação de base, é que a temática é abordada de forma subliminar e/ou insuficiente para responder às necessidades verificadas no apoio aos doentes em fim de vida e às respetivas famílias, sendo esta perspetiva partilhada por Baldissera et al. (2018). Na verdade, verificamos uma falta de preparação, por parte do enfermeiro, para lidar com doentes em fim de vida, nas dimensões afetiva e cognitiva, o que compromete o apoio eficaz aos doentes e familiares nesta fase

complexa (Vasconcelos & Dutra, 2018). Mais uma vez, a discussão do tema da morte e do morrer, na formação de base, com a exploração da temática, ao longo de todo o curso, de forma científica e holística, serve o propósito de preparar os futuros enfermeiros para gerirem melhor todo o processo (Angelim et al., 2017; Jaskowiak et al., 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte configura um fenômeno único e individual, que não se limita ao condicionamento fisiológico do término da vida, mas que resulta igualmente de um processo socialmente construído na história da humanidade, com diferentes representações na sociedade, ao longo dos tempos (Salum et al, 2017). Os enfermeiros que cuidam de doentes em situação crítica lidam com situações em que a iminência da morte é uma constante. Os mestrandos de enfermagem da pessoa em situação crítica, ao prosseguir os estudos nesta área, demonstram interesse pelo aperfeiçoamento profissional, sendo que, de entre os motivos referidos para a escolha do mestrado de enfermagem da pessoa em situação crítica, se destaca um interesse pela área de urgência/emergência. Deste modo, os enfermeiros terão invariavelmente de, no exercício das suas funções, estar preparados para lidar com a morte e o morrer.

Participaram no presente estudo 11 alunos do MEPSC, com uma experiência profissional entre 4 e 23 anos. Os resultados do estudo sugerem uma grande disparidade na experiência profissional, a qual poderá influenciar as percepções perante a morte e o morrer relatadas. As idades dos participantes vão dos 28 aos 49 anos (com uma média de 35,2 anos de idade). Participaram sete alunos do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Oito são casados e três solteiros. Nenhum dos participantes manifestou interesse na área de cuidados ao doente em fim de vida, manifestando preferência pelo doente crítico em situação de urgência/emergência.

Cinco participantes referiram que a morte não era um tema habitualmente falado no seu ambiente familiar; inclusive, um deles referiu tratar-se de um tema tabu e até escondido na sua infância. A ocultação e fuga ao tema podem ser contraproducentes e ressaltamos a importância de trazer o assunto da morte e do morrer para o debate, na atualidade, no sentido de educar para a morte (Jaskowiak et al., 2013; Silva et al., 2015). Falar abertamente da morte poderá levar a uma maior reflexão sobre o tema, enquadrando-a como uma fase natural e inevitável do ciclo de vida. A desmistificação da morte, como abordagem natural da vida, revela-se essencial pois o ser humano constrói diferentes simbolismos sobre a morte durante o processo de interação social (Silva et al., 2015). A aprendizagem “da morte” inicia-se, deste modo, em contexto familiar e, neste enquadramento, todos os participantes lidaram com a morte de alguém próximo antes de lidar com ela profissionalmente.

A morte de familiares ou de pessoas próximas foi a que mais marcou os participantes, não só pelo envolvimento emocional e pela proximidade, mas também por fatores relacionados com o acompanhamento e cuidados prestados aos familiares em fim de vida. Na verdade os participantes contactaram, pela primeira vez, com a morte através do falecimento de um familiar ou de alguém próximo. Quando vivida na primeira pessoa, esta experiência marca de forma mais significativa, pela proximidade e ligação emocional. Em idades mais jovens, a experiência de morte de familiares ou de alguém próximo marcam ainda mais pela menor capacidade de perceber e integrar a noção de finitude humana, que está intrinsecamente ligada à vida. A educação para a morte constitui um possível caminho para a desmistificação do conceito e do processo de morrer, o que poderá atenuar a carga emocional e negativa associadas a uma experiência potencialmente traumática e definitivamente marcante. (Jaskowiak et al., 2013; Silva et al., 2015)

Quando questionados sobre a representação da morte, os participantes divergiram entre dois tipos de representação: uma representação positiva e uma representação negativa. A primeira foi traduzida pelas seguintes categorias: *paz/fim de sofrimento*; *fase natural e espiritualidade*. Como representação negativa, emergiram dos relatos dos participantes as categorias de *perda* e *medo de sofrer*. A categoria mais relevante, entre todas foi, *fase natural*, na qual a morte é percecionada como uma parte do ciclo de vida, indicador da boa aceitação da morte por parte dos participantes. A morte como *perda* foi abordada por três participantes, traduzindo-a inevitavelmente como uma rutura na vida quotidiana, irreversível e imutável. Esta *perda* representa a perda do outro, mas pode, eventualmente, projetar-se para a futura morte do “eu”. A morte dos outros confronta-nos com a real existência do nosso fim (Jaskowiak et al., 2013). Bretas et al. (2006) descrevem que a grande angústia do homem é a sua própria extinção: o medo da morte, isto é, da destruição do *Eu* e do próprio corpo.

A categoria *espiritualidade/incerteza/ desconhecido* emergente dos relatos dos participantes, poderá representar uma forma de lidar com a irreversibilidade da morte. A visão espiritual da morte constitui uma possível forma de lidar com o sofrimento, como estratégia para proporcionar conforto quando o ser humano se depara com a morte; a crença na vida para além da morte poderá ajudar a aceitar a finitude (Barbosa & Massaroni, 2016).

A categoria *morte como paz (fim do sofrimento)*, incluída na representação positiva da morte, e o *medo de sofrer*, associado à morte sua na representação negativa, relacionam-se e levam-nos a refletir sobre a premência de um maior investimento no controlo de sintomas físicos e no

alívio do desconforto nos doentes em fim de vida. Sabemos que a dor, em certa medida, é praticamente inevitável, pois ela faz parte da vida e funciona como mecanismo de defesa e como um alarme que nos indica que algo está mal connosco. Contudo, o sofrimento reiterado, contínuo e persistente encontrará não se justifica numa época em que possuímos um grande leque de opções terapêuticas. Acreditamos que um maior investimento nos cuidados paliativos de qualidade poderá influenciar a forma como encaramos com a morte. A dignidade na morte e o direito a morrer livre de sofrimento e com maior conforto são princípios básicos que deveriam estar ao alcance de qualquer ser humano, neste contexto.

Apesar de lidarem com a morte no dia a dia, seis participantes referiram não pensar habitualmente no tema. A negação do pensamento da morte, relatada pelos participantes, pode ser interpretada como uma forma de distanciamento do tema, com o objetivo de se protegerem dos sentimentos negativos e dos medos que a morte comporta em si. Jaskowiak et al. (2013) aludem ao facto de os profissionais de saúde evitarem pensar na própria morte, podendo tal facto estar associado a uma forma de negação, pois pensar na própria finitude é desconfortável e eventualmente assustador.

Os principais sentimentos associados à morte, referidos pelos participantes, foram agregados em cinco categorias: impotência, frustração/revolta, tristeza/angústia, aceitação e alívio. Apesar de a maioria dos participantes considerar a morte como uma fase natural do ciclo de vida, os enfermeiros treinados para a vida, numa sociedade que nega e rejeita a morte, são acometidos por sentimentos negativos de tristeza, angústia e impotência quando confrontados com a morte. Por outro lado, perante a morte, os participantes relataram um sentimento de alívio, principalmente em situações de sofrimento. O convívio diário com o sofrimento do outro poderá provocar, de alguma forma, sofrimento para quem cuida. Sentimentos de aceitação surgem quando a pessoa que morre é idosa e já teve “direito” ao seu tempo de vida; neste cenário, os participantes acreditam que se cumpriu o expectável ciclo da vida com o nascimento, crescimento, envelhecimento e morte.

Quando questionados sobre os sentimentos associados à morte dos doentes, as cinco categorias anteriormente identificadas mantêm-se, na sua essência: *impotência, frustração/revolta, tristeza/angústia, aceitação/sensação de dever cumprido e alívio*, sendo que a impotência e frustração/revolta têm menos representatividade em relação aos sentimentos associados à morte em geral. Surge, adicionalmente, uma nova categoria, distanciamento. Este sentimento revela-se, segundo autores anteriormente referidos, como mecanismo de defesa, pois confrontados

com a dor, o sofrimento e a finitude, os enfermeiros acabam por confrontar-se com a própria finitude e a dos que lhes são próximos. Lidar com a morte do outro faz-nos pensar na nossa própria morte e isso provoca desconforto. Como forma de fuga a este desconforto, os enfermeiros criam barreiras emocionais para gerir o sofrimento com que lidam no dia a dia. o distanciamento não deverá comprometer o cuidado ao outro, para que o doente e a família não se sintam negligenciados nesta fase vulnerável e crítica.

Todos os participantes referiram aceitar a morte como uma fase natural do ciclo de vida, no entanto, a maioria, demonstrou reservas nessa aceitação, considerando a morte como uma fase natural do ciclo de vida em situações terminais ou em idades avançadas. A morte em pessoas jovens não é bem aceite, uma vez que, os participantes consideram que não corresponde a ordem natural da vida. Ora, a morte não atinge apenas pessoas idosas ou em fase terminal, pelo que a aceitação da morte, mesmo quando não é expectável, se torna fundamental para evitar o sofrimento quando ela surge inesperadamente.

As situações de morte que os enfermeiros acompanham acabam por marcá-los para além do seu horário de trabalho na medida em que, frequentemente, não conseguem desvincular-se emocionalmente das situações vividas no meio profissional. Apesar de os participantes responderem afirmativamente, quando questionados sobre se conseguem “desligar-se” das situações de morte e do morrer com que lidam nos locais de trabalho, com a continuação dos relatos, oito deles, acabaram por admitir que nem sempre o conseguem fazer. Por outras palavras, os participantes acreditam que conseguem desligar-se das situações de morte vividas nos locais de trabalho, contudo, referem condicionantes e justificações que tendem a mascarar o seu desconforto na aceitação de um “não” mitigado.

Grande parte dos estudos aponta para a importância da criação de espaços para discussão com base nas vivências dos profissionais, nas instituições hospitalares, de forma a poderem partilhar experiências e conseguirem amenizar situações de extrema exigência emocional e potencializadoras de sofrimento psíquico. Apesar da anuência de quase todos os estudos sobre a temática, ainda não se verifica este tipo de apoio em grande parte das instituições hospitalares nacionais, sendo de extrema importância a criação de espaços de apoio destinados aos profissionais. Torna-se então fundamental, o apoio e a formação aos profissionais na área da morte, do processo de morrer e da gestão do luto. A formação nesta área não deverá limitar-se apenas aos cuidados ao doente em fim de vida, mas também à gestão emocional daqueles que prestam cuidados, neste caso os enfermeiros, para os capacitar científica e psicologicamente.

A maioria dos participantes não revela dificuldades em lidar com o doente em fim de vida, o que nos parece extremamente relevante para a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes. Um profissional confiante e seguro presta um cuidado humanizado e proporciona conforto e bem-estar, podendo até, em situações de extrema exigência emocional, sentir-se realizado profissionalmente.

A forma como os participantes encaram e lidam com a morte não influencia categoricamente os cuidados que prestam, segundo cinco deles, enquanto seis participantes referem que aqueles aspetos influenciam os cuidados que prestam ao doente em fim de vida. Contudo, esta influência não é, necessariamente e na maioria dos relatos, retratada de forma negativa; são realçadas as vivências e a experiência de vida que permitem prestar cuidados com mais serenidade, nesta fase complicada. No processo de cuidar, cada enfermeiro traz algo das suas experiências e vivências pessoais que, muitas vezes, são enriquecedoras. As experiências de morte profissionais e pessoais e a prestação de cuidados a doentes em fim de vida podem, na perspetiva dos participantes, prepará-los para lidar com estas situações de forma mais humana.

Para quatro participantes, os cuidados prestados aos doentes em fim de vida, nos locais de trabalho são *bons/adequados*, mas são evidentes o descontentamento e a necessidade de melhorar esses cuidados para os restantes participantes. Segundo oito deles, não é prestada uma especial atenção aos cuidados holísticos ao doente em fim de vida, constituindo um aspeto fundamental a ser trabalhado e implementado ao nível das instituições.

Quando questionados sobre quais os aspetos a melhorar, nos cuidados prestados ao doente em fim de vida, os participantes relatam a necessidade de um maior acompanhamento familiar, sem horários rígidos e constrangedores; a necessidade de se privilegiar conforto, como aspeto primordial no cuidado ao doente em fim de vida; a necessidade de se prestar um cuidado ao doente e à família, na medida em que a esta também precisa de um suporte e de uma especial atenção por parte dos profissionais de saúde; a necessidade de os profissionais disporem de mais tempo para poderem cuidar adequadamente do doente em fim de vida, implicando, por exemplo, o respeito pelas dotações seguras, por parte das instituições (Regulamento nº 533/2014, de 02 de dezembro); finalmente, a existência de profissionais preparados para lidar com a morte e com competências para comunicar com honestidade e transparência.

Em relação a este último aspeto, a maioria dos participantes considera que o curso de base não os preparou para lidar com o doente em fim de vida; alguns deles salientam a necessidade de

adquirir experiência para além da formação teórica; outros, referem que a formação de base valoriza a dimensão técnica dos cuidados, em detrimento da preparação psicológica que permite ao futuro profissional apoiar o doente em fim de vida e a respetiva família. A valorização da dimensão técnica é apontada, pelos participantes, como um constrangimento na preparação dos futuros profissionais, uma vez que consideram que compromete o seu desempenho perante as situações de morte/morrer. A perceção dos participantes sobre a abordagem da temática da morte e do morrer na formação de base revela uma abordagem subliminar e/ou insuficiente para responder às necessidades verificadas no apoio aos doentes em fim de vida e às respetivas famílias. Neste sentido, a discussão do tema da morte e do morrer deve ser promovida, com a exploração da temática ao longo de todo o curso, de forma científica e holística, com o propósito de preparar os futuros enfermeiros para gerir melhor todo processo.

Apesar de o presente estudo confirmar os pressupostos e fundamentos da literatura sobre a temática, consideramos que se deve investigar e investir no tema da morte e do morrer, apesar de potencialmente ser desconfortável e de ainda ser visto como tabu.

Retratamos as opiniões de mestrandos de enfermagem da pessoa em situação crítica que têm, no exercício das suas funções, as suas competências técnicas e humanas constantemente postas à prova, uma vez que lidam com doentes extremamente instáveis, do ponto de vista hemodinâmico. Os meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica de que atualmente dispomos só constituem uma vantagem se os soubermos utilizar de forma equilibrada e humana.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, N. (2005). *Investigação naturalista em investigação: Um guia prático e crítico*. Porto: ASA Editores.
- Almeida, A., Barlem, E., Barlem, J., & Lunardi, V. (2013). Produção científica da enfermagem sobre morte/morrer em unidades de terapia intensiva. *Enfermagem em Foco*, 4(3-4), 179-183.
- Angelim, R., Brandão, B., Freire, D., & Abrão, F. (2017). Processo de morte/morrer de pessoas com HIV/AIDS: Perspetivas de enfermeiros. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1758-1766.
- Arantes, A. (2019). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Alfragide: Oficina do Livro.
- Ariés, P. (1988). *O homem perante a morte* (Vol. 1). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Ariés, P. (1988). *O homem perante a morte* (Vol. 2). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Ariés, P. (2003). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Baldissera, A., Bellini, L., Ferrer, A., Barreto, M., Coimbra, J., & Marcon, S. (2018). Perspetiva de profissionais de enfermagem sobre a morte na emergência. *Revista de Enfermagem USPE on Line*, 12(5), 1317-1324. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234545/28878>
- Barbosa, A., & Massaroni, L. (2016). Convivendo com a morte e o morrer. *Revista de Enfermagem USPE on Line*, 10(2), 457-463. doi:10.5205/relou.8557-744661-1-SM1002201611
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (3a ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bretas, J. R., Oliveira, J. R., & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 477-483. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04.pdf>
- Costa, J. C., Lopes, C., Rebouças, D. M., Carvalho, L. N., Lemos, J. F., & Lima, O. P. (2008). O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades Terapêutica oncológicas: Uma revisão bibliográfica. *Vita et Sanitas*, 2, 150-161. Disponível em <http://www.fug.edu.br/2018/revista/index.php/VitaetSanitas/article/view/107/90>
- Dias, M., Backes, D., Barlem, E., Backes, M., Lunardi, V., & Souza, M. (2014). Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: Percepções à luz do pensamento complexo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(4), 79-85. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45177>

- Espinoza-Venegas, M., Luengo-Machuca, L., & Sanhuesa-Alvarado, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de vida. Análisis multivariado. *Arquichan*, 16(4), 430-446. doi:10.5294/aqui.2016.16.4.3
- Espírito Santo, P. (2010). *Introdução a metodologia das ciências sociais. Gênese, fundamentos e problemas*. Lisboa: Edições DÍlabo.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freire, E. (2015). Futilidade médica, da teoria á prática. *Arquivos de Medicina*, 29(4), 98-102.
- Frias, C. (2012). O cuidar da pessoa em fim de vida como experiência formadora. *Avances en Enfermería*, 30(1), 13-22. Disponível em <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35427/35806>
- Gomes, B., Sarmento, V., Ferreira, P., & Higginson, H. (2013). Estudo epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população portuguesa. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 26(4), 327-334.
- Hopkinson, J. B., Hallett, C. E., & Luker, K. A. (2003). Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 525-533. doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02836.x
- Jaskowiac, C., Zamberlan, P., & Fontana, R. (2013). Processo de morte e de morrer: Sentimentos e percepções de técnicos em enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental Online*, 5(1), 3515-3522. doi:10.9789/2175-5361.2013v5n1p3515
- Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kübler-Ross, E. (2008). *A roda da vida: Memórias da vida e da morte*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Lei nº 52/2012, de 05 de setembro. Lei de base dos cuidados paliativos. Diário da República, 171. Série I.
- Lima, J. L. (2017). *Morte e morrer: A importância do estudo da morte para profissionais de enfermagem*. Disponível em http://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/23_morte.pdf
- Machado, R., Lima, L., Silva, G., Monteiro, C., & Rocha, S. (2016). Finitude e morte na sociedade ocidental: Uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados*, 20(45), 91-97. doi:10.14198/cuid.2016.45.10
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2007). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas.
- Morin, E. (1970). *O homem e a morte* (2a ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.

- Neto, D., & Nóbrega, M. (1999). Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52(2), 233-242. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a10.pdf>
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: Limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1), 41-50.
- Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?* Lisboa: Edição Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Oliveira, J., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 22(2), 355-367.
- Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética* (2a ed.). Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 533/2014*, de 02 de dezembro. Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República*, 233. Série II.
- Regulamento n.º 361/2015*, de 26 de junho. Regulamenta os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 123. Série II.
- Salum, M., Kalh, C., Cunha, K., Koerich, C., Santos, T., & Erdmann, A. (2017). The processo f death and dying: Challenges in nursing care for patients and family members. *Revista Rene*, 18(4), 528-535. doi:10.15253/2175-6783.2017000400015
- Sampaio, C., Neri, M., Araújo, M., Caetano, Eloia, J., & Souza, A. (2018). Aprendizagem baseada em problemas no ensino da tanatologia, no curso de graduação em enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(3), 1-7. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2018-0068
- Santos, J. L., & Bueno, S. M. (2010). A questão da morte e os profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, 18(3), 484-487. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n17/n17a08.pdf>
- Santos, J., Corral- Mulato, S., Bueno, S., & Robazzi, M. (2016). Feelings of nurses faced with death: Pleasure and suffering from the perspective of dejours. *Investigação e Educação em Enfermagem*, 34(3), 511-517. doi:10.17533/udea.iee.v34n3a10
- Silva, A., & Fossá, M. (2015). Análise de conteúdo: Exemplos de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica*, 17(1), 1-12. Disponível em <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>
- Silva, J. (2005). A importância do estudo da morte para os profissionais de saúde. *Revista Técnico-científica de Enfermagem*, 3(12), 363-374.

- Silva, R., Lage, I., & Macedo, E. (2018). Vivências dos enfermeiros sobre a morte e o morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20(12), 34-42. doi: 10.19131/rpesm.0224
- Silva, R., Pereira, A., & Mussi, F. (2015). Conforto para uma boa morte: Perspetiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Escola Anna Nery*, 19(1), 40-46. doi: 10.5935/1414-8145.20150006
- Souza, L., Ribeiro, J., Rosa, R. Gonçalves, R., Silva, C., & Barbosa, A. (2013). A morte e o processo de morrer: Sentimentos manifestados por enfermeiros. *Enfermería Global*, 12(4), 230-237. Disponível em <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.4.163241/153161>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.
- Vasconcelos, L. M., & Dutra, E. M. (2018). A experiência da morte de pacientes para profissionais de enfermagem: Uma revisão integrativa. *Salusvita*, 37(2), 341-353. Disponível em https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n2_2018/salusvita_v37_n2_2018_art_04.pdf

APÊNDICES

Apêndice A

Guião da entrevista

Percepção dos enfermeiros do MEPSC sobre a morte e o morrer

Aspetos preliminares:

- Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo, metodologia do estudo e âmbito da investigação.
- Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.
- Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.
- Pedir autorização para gravar a entrevista.

Dados demográficos:

Sexo	
Idade	
Estado civil	
Habilitações literárias	
Tempo de serviço	
Local onde exerce funções	

Questões de Investigação

1- Qual a percepção que os enfermeiros do MEPSC têm da morte?	▪ O tema da morte/morrer era abordado no seu contexto familiar? ▪ Qual a sua primeira experiência com a morte? ▪ Que experiência com a morte o marcou mais? Porquê? ▪ O que representa para si a morte? ▪ Habitualmente pensa neste tema? ▪ Que sentimentos lhe provoca este tema? Porquê?
2- Como é que os enfermeiros lidam com a morte dos doentes	▪ Como encara a morte dos doentes? ▪ Que sentimentos lhe provocam a morte dos doentes?

	▪ É difícil lidar com a morte dos doentes ou aceita-a como sendo uma fase natural do ciclo de vida? ▪ Consegue “desligar” das situações de morte/morrer dos seus doentes quando se encontra fora do contexto de trabalho?
3 – Será que a perceção da morte por parte dos enfermeiros do MEPSC influenciam-nos nos cuidados que prestam aos doentes em fim de vida	▪ Tem dificuldade em cuidar de doentes em fim de vida? ▪ Acha que a sua forma de lidar e encarar a morte o influenciam nos cuidados que presta ao doente?
4- De que forma os enfermeiros do MEPSC encaram os cuidados aos doentes em fim de vida?	▪ O que acha dos cuidados prestados aos doentes em fim de vida no seu ambiente de trabalho? ▪ Acha que é dada especial atenção aos cuidados holísticos aos doentes em fim de vida? ▪ O que acha que poderia ser melhorado nesses cuidados prestados aos doentes em fim de vida?
5- Será que consideram a formação e a preparação adquiridas sobre esta temática suficiente para lidar com os doentes em fim de vida?	▪ Tem formação adicional nesta área? ▪ O que o levou a escolher o MEPSC? ▪ Acha que a formação de base o/a preparou para lidar com a morte e o fim de vida

Apêndice B

Autorização da comissão de ética da UTAD

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
Comissão de Ética da UTAD

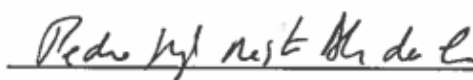
utad

Parecer da Comissão de Ética N:	16/2018
Data:	09.04.2018
Assunto:	Doc 11/CE/2018 Projeto de investigação "Perceção da morte e do morrer"
Requerente:	Sílvia Delgado/Coord: Carlos Torres; João Castro

A Comissão de Ética constata que a participação no estudo é voluntária e que o consentimento informado, a confidencialidade dos dados e a garantia de anonimato se encontram garantidos pelos investigadores. A CE não se opõe, portanto, à realização do estudo, mas solicita que seja enviada a esta Comissão um cronograma atualizado.

Pela Comissão de Ética

O Presidente da Comissão



Pedro Miguel Mestre Alves da Silva