



FMUP

MARÍLIA ISABEL MARTINHO MORGADO

**A VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS PERANTE A MORTE E O
PROCESSO DE MORRER EM CUIDADOS INTENSIVOS**

2º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2012



FMUP

MARÍLIA ISABEL MARTINHO MORGADO

**A VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS PERANTE A MORTE E O
PROCESSO DE MORRER EM CUIDADOS INTENSIVOS**

**Trabalho de Projeto apresentado para a
obtenção do grau de Mestre em
Cuidados Paliativos, sob a orientação
da Professora Irene Oliveira.**

2º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2012

RESUMO

A sociedade atual vive uma cultura de negação e rejeição da morte. Esta deixou de ser encarada como um processo natural, inerente à condição da vida e foi afastada progressivamente do quotidiano familiar e social, escondida e remetida para o meio hospitalar.

Do grande número de pessoas que vem a morrer no hospital, um número cada vez mais considerável termina os seus dias em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). A especificidade da dinâmica e do ambiente das UCI determinam o contexto particular do processo de morrer e as características que assume o cuidar em enfermagem ao doente em fim de vida. Os enfermeiros que aí trabalham, com formação focada predominantemente na cura e no tratamento da doença, são continuamente confrontados com vivências pessoais relacionadas com dilemas éticos, conflitos e dificuldades em lidar com as suas próprias emoções e acompanhar os doentes em fim de vida e suas famílias. Esta torrente de sentimentos e emoções constituem o universo vivencial dos enfermeiros, que continuamente influencia o seu comportamento, a sua atitude e a sua forma de cuidar.

Com este estudo temos por objetivo primordial procurar conhecer e explorar o fenómeno vivencial dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos, pelo que formulámos a seguinte questão de investigação que norteará a nossa pesquisa: *“Quais as vivências dos enfermeiros, perante a morte e o processo de morrer em UCI?”*.

Trata-se então de um projeto de estudo de natureza qualitativa, com base na fenomenologia hermenêutica, segundo a perspetiva de Max Van Manen. O estudo será realizado numa UCI polivalente da região centro do país. O meio de obtenção de dados será a entrevista semiestruturada, com questões abertas e com uma duração aproximada de sessenta minutos, a uma amostra constituída entre nove e doze enfermeiros, com mais de dois anos de experiência profissional em UCI, de diferentes idades e ambos os sexos.

Os dados serão analisados com recurso ao programa informático denominado “QSR NVivo9”, de acordo com a metodologia proposta por Van Manen.

Espera-se, com a elaboração deste trabalho, desvelar os significados da vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em UCI e dessa forma contribuir para a melhoria do cuidado ao doente em fim de vida neste contexto.

Palavras chave: morte, processo de morrer, cuidados intensivos, cuidado de enfermagem, vivência

ABSTRACT

Modern society lives a culture of denial and rejection of death. This is no longer regarded as a natural process, inherent to the condition of life and was progressively removed from everyday family and social life, hidden and sent to the hospital.

From the large number of people who die in the hospital, a significant number ends his days in Intensive Care Units (ICU). The specificity of the ICU dynamics and environment determines the particular context of dying process and the characteristics that nursing care assumes to patients at end of life. Nurses who work there, with training focused mainly on healing and treatment of disease, are continually confronted with personal experiences related to ethical dilemmas, conflicts and difficulties in dealing with their own emotions and providing care to patients at end of life and their families. This torrent of feelings and emotions form the experiential universe of nurses, that continually influences their behavior, their attitude and their way of caring.

With this study, our primordial aim is to seek to know and explore the experiential phenomenon of nurses towards death and the dying process in intensive care, so we formulate our research around the following questions: “What are the experiences of nurses facing death and dying process in the ICU?”

It is a qualitative research study, based on hermeneutic phenomenology, according to the perspective of Van Manen. The study will be conducted in a polyvalent ICU of the central region of the country. The process of data collecting is the semi-structured interview with open ended questions and it will last sixty minutes approximately. The study sample will consist of about between nine and twelve nurses, with more than two years of experience in ICU, of different ages and both sexes.

Data will be analyzed using the software program called “QSR NVivo9” according to the methodology proposed by Van Manen.

With this work, we hope to be able to uncover the meaning of nurses' experiences facing death and dying process in the ICU thereby contribute to the improvement of patient care at end of life in this context.

Key words: death; dying process; intensive care; nursing care; lived experience

A todos os doentes que tenho tido o privilégio de cuidar até ao fim.

“A morte é a forma mais silenciosa de comemorar uma vida inteira”

Joaquim Pessoa

Agradecimentos:

À minha orientadora e amiga, a Professora Irene Oliveira, pelo acolhimento, paciência e incentivo.

Aos meus colegas de trabalho, pela sua generosidade e preciosa ajuda.

Aos amigos de todas as horas, pela presença constante e pela oração.

À minha família pela compreensão e apoio incondicionais.

SIGLAS

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral de Saúde

ICN – International Council of Nursing

ICNP - International Classification for Nursing Practice

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
<i>I. ESTADO DA ARTE</i>	12
1. A MORTE E O PROCESSO DE MORRER.....	12
1.1 A MORTE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	13
1.2 A MORTE EM CUIDADOS INTENSIVOS	18
2. O CUIDAR.....	23
2.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	24
2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UCI.....	28
3. O ENFERMEIRO E O PROCESSO DE MORRER EM UCI	32
3.1 A VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS.....	32
3.2 ESTRATÉGIAS DE COPING.....	42
<i>II. METODOLOGIA</i>	49
1. A ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA	50
1.1 O FENÓMENO DE INTERESSE	55
1.2 CONTEXTO DO FENÓMENO EM ESTUDO	56
1.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	56
1.4 MÉTODO DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	57
2. QUESTÕES ÉTICAS	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
BIBLIOGRAFIA	63
ANEXOS	73
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
ANEXO II - GUIÃO DA ENTREVISTA.....	76
ANEXO III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS	78
ANEXO IV - PEDIDO DE APROVAÇÃO DE DISSERTAÇÃO PELA COMISSÃO DE ÉTICA..	80
ANEXO V – CRONOGRAMA	82

INTRODUÇÃO

O ser humano partilha com todos os seres vivos a sua condição de mortal. Inicia essa caminhada no momento do seu nascimento e carrega consigo essa certeza indubitável de que um dia perecerá. Porém, esta evidência da inevitabilidade não confere ao homem dos dias de hoje a capacidade de encarar a morte com naturalidade e de a acolher serenamente. A sociedade atual vive e comporta-se como se a morte não existisse, como se fosse possível eliminá-la do quotidiano e da vida.

Afastada do cenário doméstico, do conforto do lar, na presença de familiares e amigos, a morte mudou-se para o ambiente frio, estéril, solitário e desumanizado do ambiente hospitalar. Paradoxalmente, a morte não parece ter entrado na cultura do hospital: os profissionais de saúde comungam da cultura de rejeição e negação da morte e são formados para a cura e tratamento da doença. Não admira por isso, que a ocorrência da morte se revista de uma conotação negativa e seja encarada como símbolo do seu fracasso profissional.

Esta realidade é mais evidente quando a morte ocorre em ambiente de cuidados intensivos. Os profissionais que aí trabalham têm formação e treino específicos para a missão de salvar a vida e combater a morte. O processo de morrer, nestes contextos, reveste-se de uma envolvimento muito específica, geradora de sentimentos negativos e conflitos internos e interpessoais ancorados em dilemas éticos importantes.

Pela natureza da sua ação cuidadora, os enfermeiros são os profissionais que privilegiam de um contato mais direto e próximo com o doente, pelo que é inevitável que a experiência emotivo-vivencial, perante o processo de morrer em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), tenha repercussões claras na relação que estabelecem com estes doentes e suas famílias. De acordo com diversos estudos, é frequente que os enfermeiros se sintam mal preparados para lidar com a morte e vivenciem sentimentos de ansiedade, angústia, medo, impotência, frustração e fracasso (Espinoza *et al*, 2010; McMillen, 2008).

Para a escolha da temática do nosso trabalho, partimos da nossa própria experiência profissional. Enquanto profissionais, vivenciamos por dentro os desafios, as emoções e sentimentos, as dificuldades que este cuidar implica. A complexidade da experiência de

cuidar de doentes em fim de vida, neste contexto, é tecida num quotidiano exigente, onde se entrelaçam a necessidade do rigor e da competência técnica, e a sensibilidade e humanismo imprescindíveis. Vivemos por dentro os dilemas, as questões éticas, a dificuldade em discernir acerca da pertinência e razoabilidade das intervenções, os conflitos de pontos de vista com outros profissionais, a dificuldade em perceber se estamos a pisar a linha daquilo que é humana e eticamente aceitável, ainda que tecnicamente possível. Experimentamos “na pele” a torrente de emoções que se gera quando um doente morre ou está prestes a morrer, quando se decide que “nada mais há a fazer”. Sentimos a dificuldade em lidar com a família, em prepará-la para a possibilidade iminente da morte, em acompanhá-la na sua dor e no seu luto. Desejamos que o cuidar em enfermagem seja cada vez mais humano e dignificante, e que também em cuidados os intensivos, os doentes possam morrer em paz, sem sofrimento, com dignidade e acompanhados até ao fim. Acreditamos que o conhecimento da realidade vivencial dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer pode constituir um meio para melhorar a qualidade do cuidar.

Foi com base na nossa vivência, que fomos desenvolvendo interesse em conhecer o significado desta experiência para os enfermeiros. Nesse sentido, elaborámos a seguinte questão de investigação, que norteará todo o processo do nosso estudo: Quais as vivências dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos? O objetivo fundamental é o de conhecer e explorar as vivências dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos.

Partindo deste objetivo geral, pensamos, com este trabalho atingir os seguintes objetivos específicos:

- Explorar e conhecer as emoções e sentimentos dos enfermeiros em relação à morte e o processo de morrer em cuidados intensivos;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros no cuidado ao doente em fim de vida em cuidados intensivos;
- Identificar as necessidades dos enfermeiros no cuidado ao doente em fim de vida;
- Explorar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com a morte em UCI;

- Caracterizar a formação dos enfermeiros em cuidados paliativos;
- Descrever os principais contributos para cuidar melhor de doentes em fim de vida e lidar melhor com a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos.

Da pesquisa efetuada, ficou-nos a percepção de que, na literatura portuguesa, existem poucos estudos realizados neste campo, pelo que este trabalho também poderá ser um contributo válido no preenchimento desta lacuna. Tratando-se de um estudo de carácter exploratório, pretende também suscitar a emersão de novas questões de pesquisa e de novos trabalhos relacionados com esta temática.

Este trabalho está dividido em duas partes distintas, uma primeira que procura situar o estudo no atual estado da arte e uma segunda com a descrição metodológica a seguir na investigação que pretendemos levar a cabo. Dada a natureza do nosso estudo, não pretendemos seguir um quadro teórico, mas apenas uma abordagem conceptual à temática em causa. Assim, no capítulo inicial, ao abordar a temática da morte e do processo de morrer na atualidade, temos a intenção de enquadrar a vivência dos enfermeiros na perspetiva global da sociedade. Seguidamente, para melhor compreensão do universo vivencial dos enfermeiros, pareceu-nos relevante tecer algumas considerações teóricas sobre o cuidar em enfermagem e das características peculiares que este assume em contexto de cuidados intensivos. O último capítulo desta primeira parte diz respeito à vivência dos enfermeiros perante o processo de morrer. Procuramos nesse sentido contextualizar os conceitos de vivência, emoção e sentimento e, à luz de diversos estudos internacionais, descrever os sentimentos que constituem a vivência dos enfermeiros perante o processo de morrer em UCI, bem como os principais mecanismos de *coping* utilizados.

Na segunda parte do trabalho, referente à metodologia a utilizar neste estudo, apresentamos uma breve descrição teórica do método qualitativo fenomenológico hermenêutico proposto por Van Manen (1997), assim como dos dados referentes ao contexto do estudo, população e amostra e método de recolha e análise dos dados.

Tratando-se de um projeto de investigação, este trabalho não apresenta conclusão, uma vez que essa só será possível após o trabalho de campo e a análise dos resultados obtidos, pelo que teceremos apenas algumas considerações finais acerca da pertinência e limitações do estudo e sugestões para estudos futuros.

I. ESTADO DA ARTE

A escolha de determinada temática de investigação requer uma atenta e cuidada pesquisa de literatura, no sentido de permitir ao investigador tomar contato com o estado da arte atual nesse campo. Quer isto dizer, que para além do enquadramento conceptual, que procura delimitar o domínio de investigação e possibilita esclarecer e aprofundar noções e conceitos relevantes à temática em estudo, é necessário recorrer ao mais completo exame crítico dos trabalhos publicados nessa área específica e que constituem a base do conhecimento científico atual nessa matéria (Fortin, 2000).

Ao pretendermos estudar a vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em UCI, sentimos a eminente necessidade de aprofundar e explanar alguns conceitos essenciais à compreensão do fenómeno em estudo, que ofereçam consistência e sustentem a nossa pesquisa e a enquadrem no panorama do conhecimento científico da atualidade. É nesse sentido que surge esta primeira parte do trabalho.

1. A MORTE E O PROCESSO DE MORRER

A morte é um acontecimento natural, inerente à nossa condição de seres vivos, todavia, sendo certa e inevitável, a morte continua a constituir o maior dos mistérios da humanidade (Grün, 2011; Moura 2011). Mais do que um fenómeno biológico-natural, essencial à persistência da vida e explicável em termos científicos, a morte humana é mais do que a morte do corpo biológico, é a morte da pessoa que morre, do ser humano que se apaga. E o ser humano é muito mais do que ser vivo animal, é ser individual e único, é ser em relação, ser social, ser cultural e espiritual e, quando morre, não morre apenas um corpo, morre a pessoa em todas as suas dimensões (Serrão, 2004; Barbosa, 2003).

A definição de morte da pessoa humana é, neste contexto, relevante alvo de reflexão ao nível da ciência, da filosofia, da sociologia, da religião e da bioética e o seu conceito tem evoluído ao longo do tempo, em função dos conhecimentos existentes. Se na antiguidade se considerava a cessação da capacidade respiratória e mais tarde da atividade cardíaca, a evolução tecnológica e a possibilidade de reanimação cardiorrespiratória e da ventilação artificial introduziram a necessidade de definir novos

conceitos de morte, sendo atualmente considerada a morte cerebral como o critério claro de morte da pessoa humana (Cruz, 2004).

Ainda assim, parece claro que a morte não pode resumir-se a um instante ou acontecimento pontual definido no tempo, que diz respeito ao fim da vida biológica de um corpo que morre, mas deve entender-se como um processo - o processo de morrer de uma pessoa. Este processo de morrer é referente também à forma e ao contexto em que a morte ocorre, às condições que a determinam e à envolvimento deste fenómeno singular ao nível físico-biológico, psico-afetivo, socio-cultural e existencial (Barbosa, 2003).

Pensar a morte implica refletir sobre todas estas dimensões, implica tê-las presentes quando se cuida de alguém que se encontra no final da sua vida, em processo de morrer. Mas pensar a morte implica também penetrar nos meandros da vivência cultural e social e compreender como é encarada e percebida na sociedade em que nos inserimos. Neste contexto, procuraremos abordar neste capítulo, a forma como a sociedade ocidental contemporânea vivencia e se relaciona com a morte e com a pessoa em fim de vida.

1.1 A MORTE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

A morte e o processo de morrer, na sociedade ocidental, sofreram profundas alterações sob o ponto de vista cultural e social, ao longo dos tempos. De uma morte natural, aceite e familiar, o fenómeno da morte passou, a partir dos meados do século XX, a tabu, afastada do quotidiano social, ocultada e desprovida de sentido (Ariés, 1989).

Os significativos avanços da ciência e da técnica, que permitiram a espantosa evolução da medicina e a cura de muitas doenças anteriormente letais (como as doenças infecciosas e outras doenças agudas), a melhoria das condições sanitárias e outros progressos de ordem social, resultaram, de acordo com os dados da Direção Geral de Saúde (DGS), num aumento expressivo da esperança média de vida (DGS, 2004). Vive-se notoriamente mais tempo do que outrora e o horizonte da morte parece ter-se tornado assim numa realidade distante, na qual raramente se pensa ou se procura ignorar (Moura, 2011).

A morte deixou então de ser assumida como parte integrante da vida, como processo natural e inevitável, vivida no seio da família e da comunidade e passou a ser camuflada

sob as mais diversas formas, negada e escondida como se fosse vergonhosa, passou a viver-se uma cultura de marginalização e de negação da morte (Azevedo 2006).

Neste sentido, Martins (1985, pp.20-25), apresenta quatro aspetos essenciais que determinam a visão da sociedade atual sobre a morte e o processo de morrer: a *hospitalização e a medicalização da morte*; a *desritualização da morte*; a *decadência da linguagem ou discurso sobre a morte* e a *ausência de sentido da morte*. Esta perspetiva, tida por diversos autores como ainda atual (Moura, 2011; Barbosa, 2003), merece alguma reflexão, pelo que tomaremos cada um destes itens em particular.

A *hospitalização da morte* refere-se à deslocação do processo de morrer da família e da comunidade, para as instituições e para os profissionais de saúde. De uma morte vivida em ambiente familiar, assistida e acompanhada pelos familiares, amigos e vizinhos e encarada com naturalidade, como fim do ciclo da vida, passou-se a uma morte solitária, escondida, ignorada, anónima e impessoal, vista como fenómeno contrário à vida e adiada o mais possível, transferida para o meio hospitalar e da responsabilidade do pessoal médico (Moura, 2011; Pacheco, 2002; Ariés, 1989). Ariés (1989) descreve o hospital dos dias de hoje, como o local para onde se vai não somente para se ser curado, mas também precisamente para morrer. Este fenómeno acontece, porque a família mantém frequentemente a esperança de que os profissionais de saúde possam fazer algo mais para prolongar a vida e sentem que não têm condições ou preparação para lidar em casa com a morte, que se aproxima (Moura, 2011). A morte tornou-se assim institucionalizada, medicalizada e artificializada, subordinada à autoridade técnico-científica até no seu próprio conceito, passando a “morte cerebral” a constituir o critério determinante de morte humana. Callahan (1993) refere-se a esta realidade como tratando-se de uma *desnaturalização* da morte, em que esta deixou de ser encarada como um desenvolvimento biológico inevitável, decorrente do curso normal da vida e da natureza, passando a considerar-se como um falhanço médico e um fenómeno da responsabilidade humana. Realidades científicas atuais como a reanimação, a anestesia, o recurso a meios de suporte vital, a transplantação de órgãos, a cirurgia estética, a manipulação genética são exemplos do esforço humano em dominar e adiar a morte (Pacheco, 2002). O próprio termo “reanimação” tão utilizado no contexto de recuperação da função cardiorrespiratória, é elucidativo deste sentimento de onnipotência de que gozam os profissionais de saúde (Barbosa, 2003).

Paradoxalmente, os profissionais de saúde, a quem são confiados os doentes em fim de vida, na sua grande maioria, também não se sentem preparados para lidar com a morte, nem para acompanhar e ajudar esses doentes a morrer em paz e com dignidade (Moura, 2011; Neto, 2010; Fortin e Bouchard, 2009). A sua formação e treino são voltados essencialmente para cura e incorrem muitas vezes ao recurso a meios e técnicas desproporcionais de tratamento e diagnóstico, numa ânsia de tudo fazer para prolongar a vida, ignorando que a morte é uma realidade absolutamente inevitável e que a obstinação terapêutica inflige sofrimento desnecessário e vão ao doente (Sapeta e Lopes, 2007).

A este respeito, Barbosa (2003) alerta que o hospital atual, de cariz predominantemente curativo, corre o risco de se tornar numa espécie de “oficina de tratamentos”, onde se sujeitam os doentes a uma morte desumanizada, solitária e fria. Urge por isso dotar os profissionais da formação humana e científica necessárias, repensar posturas e ponderar questões éticas importantes relacionadas com o cuidado e o respeito pela dignidade que estes doentes merecem.

A *desritualização da morte*, que se manifesta, no nosso contexto social, na diminuição dos rituais funerários ou de culto de morte, é comprovada pelo aumento significativo de cremações, assim como pela diminuição da expressão do luto, detetada na contração de rituais religiosos, do uso de roupa escuras ou das idas aos cemitérios (Barbosa, 2003). O cuidado ao corpo morto passou a ser da responsabilidade das agências funerárias, que orientam todos os aspetos relativos às cerimónias fúnebres “*de forma discreta, evitando-se emoções*” (Moura, 2011: p.136). A tristeza e as manifestações de dor são reprimidas, não é permitido às crianças tomar contacto com o doente em fim de vida, nem assistir a funerais (Moody e Arcangel, 2007; Hennezel 2006). Estes sinais que evidenciam uma cultura de marginalização e negação da morte, no ver de Azevedo (2006), é um elemento potenciador da desumanização da vida social.

Esta mesma autora acredita porém, que esta cultura de marginalização da morte, parece iniciar-se bastante antes, ao remeter-se o doente com impossibilidade de cura, à “conspiração do silêncio”, que lhe nega o direito a ter consciência de que o seu fim possa estar próximo e de poder presidir e preparar o ritual da sua própria morte, de tomar decisões, de resolver assuntos externos como testamentos ou negócios pendentes, de se despedir da vida, dos seus, de se reconciliar consigo, com os outros e com Deus. A

este propósito, Marie de Hennezel, (2006, p.24) no seu livro “Morrer de olhos abertos” enfatiza que *“morrer com dignidade é difícil (...), quando se é prisioneiro de uma conspiração do silêncio, quando aqueles que nos são mais próximos assistem angustiados, impotentes e mudos ao nosso lento desaparecimento. Por mais lúcidos que sejamos, esta demissão dos que nos rodeiam pode dificultar no nosso morrer”*. Privar o doente da verdade sobre a aproximação da sua morte, pode significar privá-lo de viver consciente e intensamente a vida que ainda lhe resta.

A decadência da linguagem ou discurso sobre a morte, na perspectiva apresentada por Martins (1985) traduz-se na rarefação de alusões artísticas ou literárias referentes a expressões culturais sobre a morte, que se enquadram neste padrão cultural de marginalização e negação da morte. Paradoxalmente, parece assistir-se a um fenómeno paralelo de banalização da alusão ou da imagem da realidade da morte, como a que é feita diariamente nos noticiários, no cinema ou nos jogos virtuais, em que notícias de assassínios em massa ou imagens brutais de corpos mutilados em cenários de guerra parecem não causar qualquer tipo de impacto emocional em quem assiste (Azevedo, 2006). Esta autora considera que estas duas formas de lidar com a morte, a marginalização e a banalização, são características da sociedade atual.

Em contraponto, tem-se assistido a um fenómeno mais ou menos recente de abertura e preocupação em repensar a temática da morte na atualidade, e em discutir as condições que envolvem o contexto do processo de morrer e a forma como os doentes em fim de vida são encarados e cuidados (Moody e Arcangel, 2007). Abiven (2001) sublinha mesmo que o interesse face aos problemas ligados à morte no ocidente, após um período de obsolescência, está a manifestar-se fortemente e é agora tema de pesquisa de filósofos, sociólogos e profissionais de saúde, assim como de crescente debate nos média. As questões éticas e jurídicas relacionadas com o fim de vida, como a eutanásia, o suicídio assistido, o testamento vital e o movimento de humanização promovido pelos cuidados paliativos têm merecido maior espaço de discussão e atenção (Barbosa, 2003). Talvez se esteja agora a iniciar uma nova era, de mudança de consciência e de atitude, em que a morte deixe de ser tabu e possa passar a fazer parte da vida, encarada com naturalidade e vivida com mais dignidade.

O quarto aspeto referido por Martins (1985) é a *ausência de sentido da morte* que a sociedade ocidental vive atualmente. Esta sociedade que valoriza a produção e o

consumo, o êxito, a eficácia e o sucesso, esvazia de sentido a improdutividade, a ineficácia, o fracasso e o desperdício da doença e da morte (Barbosa, 2003). O homem atual vive como se a morte não existisse, luta por um ideal de beleza e juventude eternos e alia-se aos êxitos da ciência e da técnica no esforço de prolongar a vida o mais possível e, nesta atitude, não consegue descortinar na finitude da vida, sentido algum (Grün, 2011). Na base desta atitude está um percurso de laicização e secularização progressiva da sociedade, que ao separar-se das grandes tradições religiosas e espirituais, que preparavam e ajudavam a decifrar o sentido da existência, também se foi desligando do sagrado e do sentido da morte (Rojas, 2009; Hennezel e Leloup, 2001).

Esta postura social de negação da morte e a forma de viver ignorando-a e afastando-a da consciência, pode em última instância, remeter o homem para o vazio de sentido da própria vida. Questionar o sentido da morte é, pois, questionar o sentido da vida (Pacheco, 2002). É a consciência da morte que nos desperta da letargia da nossa atitude de negação e esquecimento da nossa realidade de seres mortais e nos remete para as questões fundamentais sobre o seu sentido, sobre o sentido da vida, sobre a forma como vivemos, como nos movemos neste tempo finito que nos é concedido viver. A este respeito, Azevedo (2006) afirma que a abertura à consciência de sermos seres finitos é concederemo-nos a oportunidade de vivermos a vida com toda a intensidade de que somos capazes e concentrarmo-nos no momento presente, vivendo-o como se fora o último e o único instante a ser-nos concedido. Neste mesmo contexto, Grün (2011: p.18) é muito claro quando afirma que *“se a vida fosse eterna, não seria nenhuma bênção para o ser humano. A tensão da vida provém precisamente do ser e do deixar de ser, da limitação temporal que supõe a morte, a qual nos força a viver mais conscientemente no tempo, a viver plenamente o momento, em vez de adiar tudo para mais tarde. A vida seria insignificante e aborrecida se não tivesse um fim”*.

O confronto com a morte daqueles que nos são próximos desperta-nos para a verdade da nossa própria morte, remete para a questão do sentido da nossa própria vida, mas também nos confronta com a angústia do desconhecido, que a morte representa (Grün, 2011). A morte será sempre um mistério e uma certeza e a atitude que revelamos perante ela, enfrentando-a em vez de a negar, ao invés de alimentar a angústia e a impotência, pode ser estruturante e vitalizante, pode modificar a hierarquização dos

valores, a relação com o tempo e a atitude profunda face às coisas e às pessoas (Hennezel, 2006).

Sem pretendermos enveredar pelas questões filosóficas do sentido da morte, que não caberiam nos objetivos deste trabalho, parece-nos no entanto fundamental afirmar a nossa convicção de que pensar na morte, enquanto profissionais, é também permitir-nos viver com mais consciência a nossa condição de finitude, é possibilitar-nos viver mais intensa e profundamente cada momento e aprofundar o sentido da vida. Na experiência de humanizar o cuidado em fim de vida daqueles que estão ao nosso cuidado, poderemos humanizar também a nossa própria vida.

Tomar contacto com esta visão da sociedade atual perante a morte, permite-nos compreender melhor o contexto cultural e social em que os profissionais de saúde se inserem. No âmbito do nosso estudo, ao procurar debruçar-nos sobre as vivências dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em UCI, parece-nos imprescindível descrever e aprofundar as particularidades de que se reveste o processo de morrer neste tipo de ambiente. É nesse sentido que reservamos, seguidamente, algum espaço para esse efeito.

1.2 A MORTE EM CUIDADOS INTENSIVOS

As UCI constituem em si mesmo uma expressão da evolução médica e científica ao serviço do esforço humano de adiar e deter a morte quase indefinidamente (Cohen *et al*, 2005; Seymour, 2001). De indiscutível e notável valor, estes serviços dotados de meios técnicos e humanos especializados na assistência ao doente crítico, integram e ampliam as possibilidades terapêuticas de muitos doentes, que pela gravidade do seu estado, não sobreviveriam sem este importante recurso. Não obstante a avançada tecnologia e os sofisticados meios de suporte de vida, com o seu foco iminentemente curativo, não é possível negar o facto de que muitos dos doentes críticos acabam por vir a falecer neste contexto (Thompson, Austin e McGrath, 2010), muitas vezes depois de submetidos a tratamentos agressivos e sem benefícios (Hov, Hedelin e Athlin, 2006; Araújo e Silva, 2004). Alguns estudos internacionais revelam mesmo que a morte em UCI tem vindo a aumentar e que, ainda que venham a ter alta da unidade, muitos doentes morrem pouco tempo depois, nas enfermarias (Espinosa *et al* 2010; Curtis, 2008).

Os profissionais de saúde que aqui trabalham, formados e especializados no domínio técnico e científico da sofisticada tecnologia e aparelhagem concebida para a cura e o tratamento do doente crítico, são antes de tudo seres humanos que bebem dos valores e da cultura da sociedade em que estão inseridos, pelo que não é de estranhar que num contexto social que remete a morte para o plano do absurdo, também eles partilhem desta cultura de negação da finitude da vida e da dificuldade em lidar com a morte com naturalidade. (Barbosa e Neto, 2010; Fortin e Bouchard, 2009; Sulzbacher *et al*, 2009; Sapeta e Lopes, 2007).

O contexto e a dinâmica das UCI, com as suas especificidades, determinam o próprio cenário da morte e do processo de morrer e remetem para questões éticas relevantes, pelo que nos parece pertinente examinar as suas especificidades, ainda que de forma breve.

As UCI são serviços concebidos para atender doentes em estado crítico, potencialmente recuperáveis, que exigem monitorização permanente e cuidados especializados, com recurso a apoio logístico e humano diferenciado e especializado (nomeadamente a meios técnicos e terapêuticos de suporte vital (Fernandes, 2008; Seymour, 2001; Santos, 2001). No dizer de West *et al* (2009), as UCI são serviços indicados para cuidar daqueles que estão gravemente doentes e para os quais a sobrevivência é possível, ainda que não certa. Sendo a morte sempre uma possibilidade em doentes críticos, o foco e a orientação do cuidado em UCI permanece na cura e no tratamento (Morgan, 2008). Ainda que os médicos não possuam poderes de predição, este pressuposto exige-lhes uma cuidada atenção e um preservado sentido crítico e de bom senso, aquando da observação inicial no momento da admissão, ponderando o potencial benefício e a possibilidade de reversibilidade do quadro clínico do doente em questão. O desejo de tudo fazer para salvar vidas e curar pode fazer com que sejam admitidos doentes sem qualquer esperança de cura à partida, que para além de não beneficiarem do internamento, são muitas vezes sujeitos a medidas de tratamento e ou diagnóstico agressivas e invasivas que se vêm a revelar absolutamente supérfluas (Moura, 2011).

O predomínio tecnológico característico das UCI pode conduzir ao perigo de desumanização e despersonalização do cuidado (Pessini e Bertachini, 2004). O risco é o de esquecer que o doente é acima de tudo uma pessoa e não um mero organismo doente ou uma máquina a necessitar de reparação. A preocupação dos profissionais pode

tender, nestes contextos, para o tecnicamente perfeito e para o domínio do conhecimento científico, incorrendo no risco de reduzir a pessoa a objeto, pois *“embora a pessoa seja tecnicamente bem tratada é muitas vezes coisificada”* (Pacheco 2002: p.40). De acordo com alguns autores, a tecnologia, a orientação para o modelo biomédico, a falta de privacidade, a impessoalidade e o isolamento social são tidos como alguns dos fatores que influenciam esta forma de estar em UCI (Fernandes, 2008; Nascimento e Trentini, 2004).

Para além destes aspetos, a orientação destes serviços para a cura e a recuperação determinam uma postura predominantemente intervencionista dos profissionais, num esforço de tudo fazer para evitar a perda do doente. Não é raro pois, o fenómeno da futilidade e obstinação terapêutica, que pode resultar num processo de prolongamento da vida em condições desumanas, de grande sofrimento e humilhação e numa morte destituída de dignidade (Pacheco, 2002; Seymour, 2001; Serrão, 1998).

Por futilidade terapêutica pode entender-se a aplicação de todas as medidas das quais não resulta qualquer benefício terapêutico, ou seja, inúteis e que, pelo contrário, poderão implicar sofrimento adicional e desnecessário (Morgan, 2008; Serrão, 1998). A noção de futilidade é definida por Schneiderman, Jecker e Jonsen (1990: p.949) como *“qualquer esforço para atingir um resultado possível, mas que o raciocínio ou a experiência sugerem ser altamente improvável”*. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) define obstinação (ou encarniçamento terapêutico) como a prática persistente de atos fúteis, portanto sem benefício para o doente e colide, claramente, com os princípios éticos que devem nortear a prática clínica (CES, 2011).

É frequente, que a maioria dos doentes seja admitida em UCI em contexto de urgência ou emergência, com um elevado grau de incerteza quanto à evolução do seu estado e só ao longo do tempo se vai tornando mais nítida e evidente a irreversibilidade da doença e a previsibilidade da morte. O ambiente da UCI caracteriza-se, aliás, por este dinamismo e imprevisibilidade, dada a natureza crítica da situação clínica do doente, pelo que é necessário tomar decisões e fazer alterações constantemente (Berner, Ives e Astin, 2004). O difícil nestas circunstâncias, é determinar quando se esgotam as possibilidades de cura e tratamento e o momento em que se perdem as esperanças na recuperação (Morgan, 2008). Os profissionais de saúde devem então ser capazes de avaliar criteriosamente a situação a cada momento e ao invés de insistir em medidas agressivas

e inúteis, ponderar não iniciar novos procedimentos ou vir a suspender formas de tratamento desproporcionadas e fúteis, sempre que surjam alterações no estado do doente que clarifiquem a inevitabilidade da morte (Pacheco, 2002).

Pelo que acabámos de descrever, a morte em UCI raramente ocorre de modo natural, esta chega, na grande maioria das situações, quando o homem determina, ou seja, quando a equipa conclui não ser possível reverter o quadro e se tomam as medidas de suspensão de tratamento ou de suporte vital (Pacheco, 2002). O processo de morrer em cuidados intensivos é, assim, um processo artificializado, técnico e instrumentalizado, submetido à confirmação dos aparelhos e monitores e que ocorre num ambiente frio e despersonalizado, sem que o doente se aperceba, se possa preparar ou participar nas decisões que lhe dizem respeito, já que quase sempre está sedado ou inconsciente, intubado e ventilado (Morgan, 2008, Seymour, 2001).

De acordo com um estudo europeu levado a cabo por Benbenishty *et al* (2006), cerca de 90% das mortes em UCI envolveram decisões de fim de vida. As decisões de fim de vida incluem as decisões de não iniciar técnicas de reanimação cardiorrespiratória, a declaração de morte cerebral e a de não iniciar novos procedimentos ou de suspender tratamentos curativos não eficazes (Benbenishty *et al*, 2006). Estas decisões devem sempre ser discutidas e tomadas em equipa, adequadamente comunicadas e explicadas à família (Serrão, 1998). São momentos frequentemente revestidos de stress e tensão, associados a sentimentos de falha pessoal, de angústia e impotência para os profissionais, reveladores da dificuldade em encarar a morte como um fenómeno natural e inevitável, que faz parte integrante da vida (Morgan, 2008).

É necessário ressaltar que a decisão de suspensão de medidas desproporcionadas e inúteis, ou outras decisões de fim de vida, devem necessariamente ser acompanhadas da garantia do conforto, do alívio da dor e do sofrimento, e que a suspensão de medidas proporcionadas não é, de modo algum, legítima (Pacheco, 2002). A este propósito, Santos (2001) sublinha que, quando a equipa de cuidados intensivos reconhecer que não existem possibilidades de manter a vida, a atuação deverá ter como objetivo a prestação de cuidados destinados à atenuação do sofrimento e a proporcionar uma morte digna, tranquila e, se possível, acompanhada, segundo os desejos expressos pelo doente.

Este autor refere que as questões éticas em UCI dizem respeito a quatro aspetos fundamentais: as *dificuldades de concretização dos direitos do doente*, nomeadamente do direito de liberdade e autonomia, uma vez que a grande maioria dos doentes se encontra limitado na sua capacidade de expressão; a *organização interna das equipas e as tomadas de decisão nas situações críticas*, que diz respeito à necessidade de discussão partilhada e ponderada das decisões clínicas; o *estabelecimento de vias de comunicação com os doentes e família*, colocando-os no centro da decisão. Este aspeto exige a utilização de linguagem simples, objetiva, clara e verdadeira, sem contradições e a correta informação e esclarecimento sobre todos os aspetos que dizem respeito ao estado do doente, prognóstico e decisões a tomar. O último aspeto que o autor considera relaciona-se com o *reconhecimento dos desejos e valores dos doentes* de acordo com a sua situação e as probabilidades de evolução da doença, o que no seu entender implica o apoio psicológico e espiritual continuado de acordo com as expressões de desejos do doente e família (Santos, 2001, p.246).

Nesta linha de pensamento, perante as questões relacionadas com as aspetos éticos subjacentes às decisões de fim de vida, as preocupações em humanizar o cuidado e dignificar o processo de morrer, e as crescentes apreensões relacionadas com a gestão e contenção dos custos associados a estes serviços, têm surgido novas formas de conceber a atuação em UCI. Centradas numa perspetiva mais humanista, procuram integrar as dimensões da filosofia dos cuidados paliativos na prática do intensivismo (Curtis, 2008; Serrão, 1998). A ideia advogada é a de que os cuidados paliativos devem ser integrados, desde a admissão do doente em UCI, independentemente do prognóstico, uma vez que, para além da possibilidade iminente da morte ser uma constante em cuidados intensivos, o alívio dos sintomas, uma comunicação efetiva com o doente e/ou família acerca dos objetivos do cuidado, decisões terapêuticas de acordo com os seus valores e o apoio no luto e preparação para a morte e a importância da colaboração interdisciplinar, devem ser aspetos comuns ao cuidado em qualquer serviço e também neste contexto (Nelson *et al* 2011; Curtis, 2008). Para além disso, esta nova perspetiva alerta para a necessidade de formar e preparar os profissionais de modo a possuírem competências básicas sobre cuidados paliativos e lidarem com a morte com menor sofrimento e maior naturalidade.

2. O CUIDAR

O cuidar e o cuidado são expressões usadas com diversos sentidos e abrangências e a sua definição, embora alvo de numerosas dissertações e teorias, nem sempre é inteiramente clara, pelo que nos parece merecer algum aprofundamento.

O cuidar é uma dimensão essencial a qualquer ser humano e indispensável em todas as fases do ciclo vital. É inerente à condição humana e faz parte das necessidades básicas para a sobrevivência, assumindo uma função quotidiana traduzida no cuidar de si e no cuidar do outro num ato de reciprocidade, presente em todas as circunstâncias da vida (Moura, 2011; Fernandes, 2008; Collière, 1999). Collière (1999, p.235) explica, neste sentido, que o cuidar *“é, primeiro que tudo, um ato de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar...”*.

O cuidar existe assim, como componente primordial na vida do ser humano, universal comum e inerente a todos os povos, que encontra expressão de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações (Leininger, 1991). Assume-se como forma de ajuda ao outro, um imperativo moral que se manifesta no afeto, no sentimento de compaixão, no ato de estar atento a alguém para se ocupar do seu bem-estar e preservar a sua dignidade; ou como uma interação interpessoal, na qual a comunicação, a confiança, o respeito e o empenho estão subjacentes (Watson, 2002; Hesbeen, 2000; Mckenna, 1994). O cuidar poderá, neste contexto, também ser percecionado como uma expressão da nossa humanidade, fundamental para o nosso desenvolvimento e autorrealização enquanto pessoa, sendo através dele que os seres humanos imprimem significado às suas próprias vidas (Waldow, Lopes e Meyer, 1995).

O cuidar pode também ser encarado como uma forma de expressão artística, na medida em que, através dele, a pessoa que cuida pode expressar os sentimentos pessoais que experimenta e, ao comunicá-los, poderão também ser experimentados pelo recetor numa dinâmica de interação. A arte de cuidar surge, então, como forma de comunicação e expressão de sentimentos humanos (Watson, 2002). Esta forma de arte tem perdurado ao longo dos tempos, sendo indispensável à perenidade dos indivíduos e grupos e indispensável à sobrevivência de todos os seres humanos (Collière, 1999).

O cuidar tem vindo a assumir uma crescente importância enquanto foco e expressão essencial da prática da enfermagem, passando assim a constituir a centralidade da sua ação. Neste contexto, Waldow, Lopes e Meyer (1995, p.8) afirmam que *“mesmo que constitua um atributo para todos os seres humanos, na área de saúde e em especial na enfermagem, o cuidar/cuidado é genuíno e peculiar e concordando com várias estudiosas no assunto, é a razão existencial da enfermagem”*. Por esta razão, parece-nos pertinente reservar algum espaço de reflexão para a importância do cuidar na prática da enfermagem.

2.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM

O cuidar é o elemento basal fundamental e caracterizador da enfermagem. É descrito por diversos autores como sendo o seu foco distinto, dominante e unificado; o seu núcleo central ou a estrutura fundamental subjacente; a sua essência, o ideal moral que norteia a sua prática, uma arte e ciência humana cujo objetivo é a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana. (Watson, 2002; Mckenna,1994; Leininger,1991)

Tratando-se de uma dimensão que não é exclusiva da enfermagem, mas comum a outras profissões ou atividades, importa esclarecer e procurar definir com maior clareza as nuances que assume o cuidado de enfermagem.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o cuidado de enfermagem tem como foco de atenção *“a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”* (OE, 2001, p. 8). Esta condição implica um cuidado personalizado, centrado na pessoa e que tem em consideração todas as fases do ciclo vital. Inclui a prevenção da doença, a promoção de processos de readaptação e a satisfação das necessidades humanas fundamentais, para além da promoção da máxima independência na realização das atividades de vida diária e a adaptação funcional aos défices e a múltiplos fatores, através de processos de aprendizagem da pessoa (OE, 2001).

O International Council of Nursing (ICN) (2006) refere-se ao cuidado de enfermagem como aquele que engloba os cuidados autónomos e em colaboração prestados às pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou sãos, em todos os contextos de vida. Segundo este organismo, o cuidado de enfermagem inclui atividades relacionadas com a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença e

alívio do sofrimento e caracteriza-se pela defesa da vida e pelo respeito pelos direitos humanos, incluindo os direitos culturais, o direito à liberdade e autonomia e à preservação da dignidade humana.

O cuidar em enfermagem incorpora, assim, os valores associados ao profundo respeito e admiração pelo mistério da vida e é centrado na totalidade de personalidade humana, encarando a pessoa numa perspetiva holística, considerando os fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, com vista ao seu bem-estar total. Implica o acolhimento da pessoa inteira, do todo que é sempre muito mais do que a soma das partes, numa atitude de total respeito pela sua individualidade (Watson, 2002). É esta atitude de abertura e respeito pela identidade e unicidade de cada um que é fundamental na construção de uma relação de cuidado, capaz de proporcionar um ambiente de autenticidade, que transmita confiança, segurança, conforto, bem-estar e intimidade, no qual o outro possa existir e encontrar soluções para as suas necessidades.

Neste sentido, o cuidar transcende em muito o campo de ação do tratar ou do curar. Collière (1999) distingue dois tipos de cuidados, os cuidados quotidianos e habituais, centrados nas funções de sustentação, manutenção e continuidade da vida, focados na pessoa; e os cuidados de recuperação, ligados à necessidade de reparação daquilo que constitui obstáculo à vida e centrados no tratamento da doença. Esta autora enfatiza a diferença entre o cuidar e o tratar, alertando que a preocupação em tratar a doença nunca pode substituir a mobilização das capacidades de vida que o cuidar representa.

O cuidar e em especial o cuidado de enfermagem, ultrapassa a prestação de cuidados físicos e instrumentais, no tratamento de uma patologia, ou na cura da doença, este desenha-se, sobretudo, no acolhimento, na atenção global e personalizada à pessoa concreta e única que assiste, independentemente da fase de vida em que se encontra e considerando as suas necessidades existenciais fundamentais (Pacheco, 2002). Hesbeen (2004: p.13), neste sentido, refere-se ao cuidar como um modo de *“ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo”*.

Na perspectiva da Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (SFAP), cuidar de alguém é ser capaz de se abrir à relação com o outro, conhecê-lo, acompanhá-lo e ajudá-lo a encontrar alívio no sofrimento e na dor, sentido na doença e

na própria existência, a manter a esperança e a explorar e encontrar as suas próprias opções de vida (SFAP, 2000). Quando já não há espaço para o tratamento curativo da doença, continua a haver necessidade de cuidar da pessoa em todas as suas dimensões (Neto, 2010). Quando a morte se revela inevitável e próxima continua a ser necessário que se cuide da vida que ainda existe, que se cuide e ajude a pessoa a viver o melhor e mais plenamente possível até ao fim.

Entendido assim, o cuidado de enfermagem não se pode resumir somente à função concreta do “fazer” e às formas de conhecimento, mas inclui também as formas de “ser”, assumindo-se como a arte que concilia diferentes dimensões como a técnica, a científica, a relacional e a ética (Queiroz, 2004; Silva, 2000). É um processo complexo que implica além do domínio e a perícia técnica e científica, um conjunto de competências relacionais e afetivas que possibilitam aos profissionais prestar cuidado de forma integral (Moura, 2011). É neste contexto que Hesbeen (2000: p.37-38) afirma que cuidar é ser capaz de *“combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular. A ciência permite estabelecer conhecimentos globais, que dizem respeito às pessoas em geral (...) A arte do terapeuta é a que lhe permite apoiar-se em conhecimentos estabelecidos para as pessoas em geral com vista a apropriar-se deles para prestar cuidados a uma pessoa única”*.

O cuidado de enfermagem só poderá, deste modo, desenvolver-se numa interação dialógica, numa relação interpessoal direta, num encontro entre quem cuida e quem é cuidado (Silva, 1998). Esta relação deve, no entanto, possuir uma intenção e um propósito específicos e direcionados, assumindo assim os contornos da verdadeira relação de ajuda: auxiliar a pessoa a mobilizar os seus recursos internos ou externos que lhe permitirão solucionar os seus próprios problemas (Lazure, 1994). É portanto, um processo dinâmico que exige da parte do enfermeiro o seu envolvimento pessoal, moral e espiritual, o compromisso consigo próprio e com o outro e pressupõe a capacidade para se envolver na relação, estar preparado para ela e estar à altura de satisfazer a sua exigência (Honoré 2004).

Das diversas competências relacionais que o enfermeiro deverá dominar, a capacidade comunicacional é condição essencial. Neste processo de criação de informação, troca e partilha de pensamentos, sentimentos e emoções, a comunicação assume-se como a

ferramenta terapêutica base para a instauração da relação de ajuda que o cuidar em enfermagem pressupõe (Moura, 2011; Silva, 2006; Phaneuf, 2005).

Rogers (2009) descreve a relação de ajuda como sendo aquela, que procura promover no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. De acordo com este autor, para se poder promover uma relação de ajuda é necessário que o terapeuta seja uma pessoa psicologicamente madura, capaz de desenvolver e atualizar atitudes fundamentais que promovam o clima de confiança e segurança necessários ao crescimento e desenvolvimento do outro. Só num clima assim, o outro poderá existir tal como é, livre de receios ou medos e com todo o potencial que traz dentro.

Essas atitudes fundamentais são a *congruência*, a *transparência*, ou seja a capacidade de se mostrar ao outro em verdade, de comunicar sem ambiguidade; a *atitude positiva para com o outro*, que se traduz em gestos de calor, atenção, interesse e respeito, sem receio desses sentimentos; o *ser independente do outro* sem ter medo de se perder ou alienar a ele e ao que ele vive, o *permitir ao outro ser independente* permitindo-o existir tal como é, sem interferir na sua liberdade e autonomia; o ser *empático*, ou seja ser capaz de penetrar dentro das vivências do outro, entrar no mundo dos seus sentimentos e concepções e vê-lo como ele o vê; a *aceitação incondicional do outro* que lhe permite existir e mostrar-se tal como é, sem medo do juízo de valor; a capacidade de agir com *delicadeza* e transmitir segurança, sem que o outro entenda qualquer comportamento seu como uma ameaça e, finalmente, a capacidade de *ver o outro como um ser em processo de transformação*, aceitando as suas potencialidades, aquilo que ele é em potência, capaz de desenvolvimento interior e criador. (Rogers, 2009: p. 75-82)

Na relação de ajuda é necessário que o enfermeiro esteja aberto e recetivo à pessoa que está a ajudar, mas também seja capaz de estar atento, identificar e reconhecer os seus próprios sentimentos e reações pessoais, de forma a garantir que esta possa ser eficaz (Melo, 2005). Neste contexto, Lazure (1994), faz referência a competências como a capacidade de clarificar e fazer clarificar, respeitar-se e respeitar, ser empático consigo e com o outro, e a capacidade de confrontar-se consigo próprio e com o outro, como essenciais. Este autor coloca especial ênfase na capacidade de escuta, como competência fundamental de comunicação na relação de ajuda.

Referindo-se à relação de ajuda em enfermagem, Chalifour (1989: p.18) reforça esta necessidade de envolvimento na relação, quando afirma que é necessário que o enfermeiro possua *“uma visão unificada da Pessoa, da ajuda e dos modos de fazer e ser para dispensar essa ajuda. Além disso, ela requer (...) um bom conhecimento das suas referências (valores morais, experiências passadas) e teóricas sobre as quais apoia as suas observações, o sentido que lhes atribui e as intervenções que decide aplicar”*.

De acordo com o modelo de intervenção apresentado por este autor, a relação de ajuda pressupõe a existência de quatro elementos: *a pessoa ajudada*, pretexto e fundamento da relação, baseada nas suas necessidades; *o ajudante*, que mobiliza e alimenta a relação com energia renovada; *os processos relacionais* ou modo de estar em relação, que servem de catalisador para responder à necessidade de ajuda existente; e *o meio físico e social* no qual se desenrola a relação (Chalifour, 1989: p.4).

Compreende-se pois, com base nestes pressupostos, que a relação de cuidar seja continuamente influenciada por cada um destes factores. Nesta dinâmica relacional as características e necessidades da pessoa ajudada, a formação e perfil pessoal do enfermeiro, as suas experiências prévias, o conhecimento que tem de si próprio, a capacidade de se envolver na relação de ajuda e a forma como percebe e lida com as emoções e sentimentos que experimenta nessa relação interferem na qualidade e na eficácia da relação terapêutica. Para além destes aspetos, também o contexto e as características do ambiente onde se processa a relação de cuidar, são factores determinantes.

O ambiente das UCI, marcado pela sofisticada tecnologia e voltado para o tratamento curativo e a intenção de “salvar vidas”, determina uma relação de cuidado muito específica. É neste contexto que abordaremos seguidamente as características de que se reveste o cuidar em enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos.

2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UCI

O hospital é uma organização complexa, com uma grande heterogeneidade de serviços. Destes, as UCI são serviços que se caracterizam pelo predomínio de sofisticada tecnologia e meios de suporte logístico diferenciado, concebidos para a assistência ao

doente crítico, com necessidade de atenção permanente e cuidados especializados. Aos profissionais que aí trabalham e, em concreto aos enfermeiros, é exigida qualificação e formação científica específicas, habilidade técnica e competências no domínio da utilização dos recursos tecnológicos existentes (Sanches e Carvalho, 2009; Fernandes, 2008; Cohen *et al*, 2005).

A natureza crítica do estado de saúde da pessoa internada em cuidados intensivos condiciona um cuidado focado essencialmente na cura e no tratamento da doença, na recuperação do quadro clínico, tendo por base o modelo biomédico e tendencialmente centrado nos seus aspetos mais técnicos, no rigor científico, nas normas, nas rotinas, correndo-se o risco de descurar a componente humana e relacional. O perigo é o de relegar a dimensão humana, à sombra da tecnologia, dando prioridade ao procedimento técnico, ao manuseamento do equipamento, que tantas vezes deslumbra os profissionais, e assim fragmentar e desumanizar o cuidar (Bettinelli, Waskienvicz e Erdmann, 2003). Seymour (2001) refere que, alguns enfermeiros, em UCI, usufruem de relativa autonomia em aspetos do cuidado que são predominantemente do campo médico-técnico e que trabalham com a equipa médica de uma forma invulgarmente próxima e cooperativa. Esta condição parece advir da orientação curativa do cuidado e por possuírem elevado treino e domínio do equipamento tecnológico e terapêutico.

É, contudo, necessário que ao rigor científico e à excelência técnica, se associe a componente humanizante do cuidar holístico, centrado na pessoa em todas as suas dimensões, que deve caracterizar o cuidar em enfermagem (Curtis, 2008; Villa e Rossi, 2002). O valor e a utilidade da tecnologia é indiscutível, contudo, é absolutamente imprescindível que esta seja integrada no processo relacional de cuidado centrado na pessoa e submetida à luz dos princípios éticos de referência e ao serviço da valorização da vida (Bettinelli, Waskienvicz e Erdmann, 2003). O cuidar em UCI tem necessariamente de se processar nesta dialética que combina o domínio técnico com a componente humana e relacional. De outra forma, se for esvaziado da sua essência humana e se reduzir a uma atitude tecnicista, acaba por perder o seu sentido.

Nestes serviços, o enfermeiro, é o profissional de saúde que, pela natureza da sua ação, se encontra numa situação privilegiada de maior proximidade física e relacional com o doente e família (McMillen, 2008; Benbenishty *et al*, 2006; Kirchhoff, Beckstrand e Anumandla, 2003). Pelas inúmeras tarefas de cuidado que presta ao doente - que na

generalidade das situações se encontra significativamente dependente - quando se ocupa da sua higiene e conforto, da administração de terapêutica ou outros procedimentos, é ele o profissional que goza de um contacto mais estreito, e que mais imediatamente deteta qualquer alteração do estado hemodinâmico e ventilatório, identifica modificações do estado de consciência, descortina sinais de dor, desconforto ou ansiedade e atende à satisfação das necessidades que nele reconhece. É o enfermeiro, o profissional de saúde que mais tempo passa junto do doente, que melhor o conhece e que mais de perto acompanha a evolução do seu estado (Wilson e Kirshbaum, 2011; McMillen, 2008).

No entanto, nem sempre este contacto se manifesta numa relação de envolvimento afetivo. Num contexto de tanta exigência e complexidade das atividades que absorvem muito do seu tempo e mobilizam a sua competência, os enfermeiros podem tender a um afastamento do envolvimento humano (Collière, 2003; Fernandes, 2008). Não é raro que se limitem à execução de procedimentos “tecnicamente perfeitos”, mas por vezes desprovidos de afeto e humanismo; que fixem a sua atenção nos monitores ou nas tarefas que realizam e descurem o ser humano, a pessoa que têm ao seu cuidado (Pacheco, 2002).

Um dos aspetos que parece contribuir para este afastamento é o facto de a grande maioria dos doentes se encontrar entubado ou com alterações do estado de consciência, o que dificulta a comunicação e a relação com o doente (Araújo e Silva, 2004). Para que esta barreira seja ultrapassada é imprescindível que o enfermeiro se mantenha sensível e atento à pessoa que cuida, assim como à sua própria forma de estar. É necessário que esteja inteiramente presente e disponível para a relação de cuidado e que explore e domine outras competências relacionais, como a empatia, a delicadeza dos gestos, o toque, o tom de voz, o respeito pelo pudor e pela intimidade e outros sinais de respeito pela sua dignidade.

Alguns autores apontam ainda a sobrecarga de trabalho, a falta de privacidade, a impessoalidade que advém do predomínio tecnológico e o isolamento social como outros fatores condicionantes do cuidado em UCI (Nascimento e Trentini, 2004; Bettinelli, Waskienvicz e Erdmann, 2003; Villa e Rossi, 2002).

Sendo um facto que a maioria dos doentes não se encontra em condições de se poder expressar verbalmente ou de exercer o seu direito de autonomia e liberdade na tomada de decisões, a relação com a família assume uma importância fulcral, uma vez que é fonte privilegiada de informação dos valores, crenças e desejos do doente, fazendo-o representar, tomando decisões em seu nome e, simultaneamente, tornando-se agente de cooperação no processo de cuidar. Por outro lado, a própria família deve ser alvo de cuidado e atenção neste contexto, uma vez que o internamento de um familiar neste tipo de serviços é geralmente gerador de ansiedade, medo e stress, pelo que o enfermeiro também a deve incluir na sua relação cuidadora. No entanto, nem sempre os enfermeiros sentem estar preparados para lidar com os sentimentos e as vivências dos familiares e esse é, muitas vezes, fator de dificuldade, stress e de afastamento emocional para eles (Curtis, 2008).

Para além destes aspetos, alguns estudos revelam que a relação interdisciplinar, nomeadamente entre médicos e enfermeiros é, por vezes, revestida de tensão, dificuldades de comunicação e geradora de conflitos e de pontos de vista discordantes em relação àquilo que se considera ser o melhor para o doente. A falta de diálogo e de uma definição conjunta de estratégias de ação, de discussão de problemas e debate de dilemas éticos relacionados com o cuidado ao doente crítico, parece ser um problema relativamente frequente, nas UCI (Yu e Chan, 2010; Sanches e Carvalho, 2009; Hansen *et al*, 2009).

Ainda que muito centrado na técnica, o cuidar em UCI não deixa de ser um processo relacional, revestido de emoções e significados, para quem o experiencia, seja o cuidador, seja a pessoa alvo de cuidados. Tratando-se de serviços direcionados para a cura e o tratamento da doença, em que os profissionais se encontram treinados e vocacionados para esse efeito, a ocorrência do fenómeno da morte em UCI, é encarada como um falhanço médico e profissional e gerador de um manancial de sentimentos e vivências geralmente negativas.

Seguidamente procuraremos deter-nos sobre a experiência vivencial dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em UCI.

3. O ENFERMEIRO E O PROCESSO DE MORRER EM UCI

Os enfermeiros integram a experiência cultural de negação e afastamento da morte, que a sociedade atual vivencia e assumem a missão e a responsabilidade para que estão treinados de a adiar e lutar contra ela (Moura, 2011). Isto é especialmente verdade, quando falamos dos enfermeiros que trabalham em cuidados intensivos, com uma formação voltada fundamentalmente para a cura e o suporte da vida (Shorter e Stayt, 2009; Morgan, 2008).

Para estes, a inevitabilidade da morte neste contexto específico, é uma realidade difícil de aceitar. O processo de morrer, que ocorre muitas vezes em condições que desrespeitam a dignidade e resultam em sofrimento para o doente e seus familiares, é revestido de grandes dilemas éticos e gerador de vivências frequentemente incômodas e dolorosas, para as quais nem sempre se sentem preparados e que, para além do desgaste, poderão conduzir a algum afastamento emocional e condicionar o acompanhamento e o cuidar do doente em fim de vida.

O subcapítulo que se segue tem como objetivo explorar o conteúdo do universo vivencial dos enfermeiros perante este fenómeno.

3.1 A VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS

Antes de ser profissional, o enfermeiro é uma pessoa com vida interior, com emoções e sentimentos, que o influenciam, mesmo que não tenha consciência, na sua forma de estar e agir perante o mundo exterior. Enquanto cuidador, toda a sua experiência de sentir e vivenciar a relação com o outro, assume uma dimensão de subjetividade, que se faz presente na sua ação de cuidar (Diogo, 2006).

Assumido como experiência relacional, o cuidar é um processo interpessoal e interativo. Watson (2002: p.122) refere-se a esta dimensão quando afirma que o cuidar “*como ideal moral, é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, através da coparticipação total de nós próprios*”. Como qualquer relação, o processo de cuidar é gerador de experiências emotivo-vivenciais, de reações e comportamentos nos quais estão sempre presentes os sentimentos e as emoções de cada um dos seus intervenientes, o que influencia a experiência que dele se faz. (Diogo, 2006; Goleman, 2006).

Essa experiência assume um sentido pessoal, único e subjetivo, que Honoré (2004: p 39) reconhece quando afirma que “*a questão essencial do sentido de cuidar é reconhecer que cuidar tem para cada um sentido*”. A morte de um doente ao seu cuidado desperta no enfermeiro, um manancial de emoções e sentimentos, que marcam a forma como é encarada e vivenciada a relação cuidadora e o sentido que lhe é conferido.

Ao pretendermos estudar a vivência do enfermeiro perante a morte e o processo de morrer, temos a intenção de penetrar neste seu mundo pessoal, de intimidade e subjetividade, de descobrir e descrever as estruturas internas de significado atribuídas a esse universo da experiência vivida (Van Manen, 1997). Na base deste interesse está a nossa convicção de que para cuidar, o enfermeiro precisa estar inteiro na relação, consciente do que vive e sente, capaz de reconhecer e descrever as emoções e sentimentos que experimenta. Só enquanto conhecedor dos movimentos do seu mundo interior, pode desenvolver uma atitude de alerta e atenção permanente à forma como cuida de si próprio e do outro que lhe é confiado. Van Manen (1997) esclarece que o que faz uma experiência única é o significado particular que cada pessoa lhe atribui no seu contexto vivencial, aquilo que a define, aquilo que é sua característica própria e lhe permite refletir sobre o seu significado.

Quando falamos em *vivência* referimo-nos a todo um conjunto de emoções e sentimentos experienciados, vividos no domínio da esfera emocional, “*do mundo subjetivo-interior*”, que não sendo mensurável, não deixa “*de ser real na sua experiência humana*” (Diogo, 2006: p.113).

Tempos houve, em que à dimensão emocional foi atribuído um valor secundário, em relação à relevância atribuída à dimensão racional. A evolução dos conhecimentos veio a revelar que as emoções são parte integrante da teia da racionalidade e representam uma importância fulcral em tudo o que nos constitui enquanto pessoas (Damásio, 1994). Poder-se-á mesmo dizer, que o universo emotivo-vivencial constitui o centro da vida humana, já que é a este nível que estabelecemos ligação com o que é importante para nós, com o mundo das pessoas, das coisas e dos acontecimentos e lhes atribuímos significado pessoal (Diogo, 2006; Lewis, 2000).

A centralidade do papel da dimensão emocional na vida e no comportamento humano parece agora ser consensual, contudo persiste alguma falta de clareza na definição de determinados conceitos. Expressões como emoção e sentimento são, em algumas circunstâncias, usadas de forma indistinta e referindo-se à mesma realidade. Sem intenção de exaustivamente enveredar por questões de semântica, parece-nos útil aprofundar os conceitos de emoção e de sentimento, cujo significado se refere a processos de índole semelhante, mas distintos (Melo, 2005).

Damásio (2001) descreve tecnicamente as emoções como conjuntos complexos de respostas químicas e neurais, que constituem um padrão. Nos seus exaustivos estudos da neurobiologia, Damásio concluiu que as emoções são mecanismos estereotipados, automáticos e com uma função reguladora, que podem ser ativadas sem deliberação consciente. São processos biologicamente determinados, que resultaram de um processo evolutivo da espécie e que dependem de dispositivos cerebrais estabelecidos de forma inata. Goleman (2006: p.22) completa esta definição ao referir que as emoções “*são, essencialmente, impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida, que a evolução instilou em nós*”. Segundo a perspetiva deste autor, cada emoção representa uma diferente predisposição para a ação, com base no sucesso das experiências prévias e desempenha um papel único no nosso repertório emocional.

Esta ideia de que as emoções são o resultado de uma evolução baseada em experiências anteriores é também corroborada por Gray (1987). Para este autor, as emoções são estados internos provocados por acontecimentos externos, que se organizam segundo três sistemas de relação entre estímulos ou reforços positivos e negativos e as suas respostas: o sistema de abordagem/aproximação – refere-se a respostas com predomínio do estímulo reforçador da recompensa ou não punição; o sistema de inibição comportamental – em que prevalece o estímulo condicionado para a punição ou não recompensa; e o sistema de luta ou fuga – centrado na punição incondicional e não recompensa.

As emoções parecem ser, portanto, um elemento resultante da evolução, que desempenham um importante papel regulador e preparam a pessoa para a ação e adaptação às diferentes circunstâncias com que se depara no dia-a-dia. Cada emoção prepara o organismo para um tipo de resposta diferente (Goleman, 2006; Damásio 2001).

Damásio (2001) refere-se a três tipos distintos de emoções: *as emoções primárias e universais* – alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa e aversão, como emoções mais básicas e reconhecidas em todos os seres humanos independentemente da cultura; *as emoções secundárias ou sociais*, mais elaboradas, como a vergonha, o ciúme, a culpa ou o orgulho e aquilo a que ele denomina de *emoções de fundo*, tais como bem-estar ou mal-estar, calma ou tensão. Estas últimas são causadas por condições de “*natureza interna, gerados por processos fisiológicos em curso ou por interações do organismo com o meio ambiente, ou por ambas*” (Damásio, 2001: p.73)

Alguns autores parecem concordar com a apresentação de uma paleta de emoções primárias, a partir das quais todas as outras se constituem, no entanto outros defendem a possibilidade de se agruparem em famílias, que têm no seu âmago um núcleo emocional básico e de onde emanam outras mutações aparentadas resultando em incontáveis combinações, variações e tonalidades de emoções (Goleman, 2006; Lewis, 2000).

Para Fridga (2006) existe uma relação direta entre emoção, motivação e crença. O processo emocional envolve um sistema dinâmico, no qual, perante a ocorrência de um evento, é realizada uma interpretação. Essa interpretação conduz à ação, ao afeto e à excitação e são estas três repostas que motivam o comportamento. Os sentimentos, por seu turno, subentendem a nossa consciência dos processos emocionais, depois destes ocorrerem. Durante a vivência de um dado acontecimento exterior, a nossa atenção foca-se no acontecimento e só depois se debruça sobre o que experimentámos. O sentimento é, portanto a consciência da nossa avaliação. O autor sublinha o carácter mais pereene dos sentimentos, em relação a emoção, mais rápida e passageira. As emoções são estados que comprometem os sentimentos, comportamentos expressivos e inclinações para agir. O sentimento tem a função de estruturar a relação com as outras pessoas, objetos, ao mesmo tempo que influencia a crença que temos nesses objetos e pessoas.

Damásio (2003) refere-se aos sentimentos e às emoções como irmãos gémeos, mas no seu entender a emoção nasce primeiro e segue-se-lhe o sentimento, como uma espécie de sombra, apesar da aparente simultaneidade. De acordo com a sua perspetiva, as emoções distinguem-se dos sentimentos, porque os mecanismos básicos subjacentes à emoção não requerem o uso da consciência, existem como mecanismos automáticos e inatos, enquanto o sentimento pressupõe uma elaboração consciente. Estas são dirigidas para o exterior, são públicas, ou seja manifestam-se por sinais, alguns dos quais

observáveis, enquanto os sentimentos são dirigidos para o interior, são privados, não sendo possível observá-los. Ainda que a expressão emocional seja fortemente influenciada pelo padrão educacional e cultural e seja possível controlar e disfarçar algumas manifestações externas da emoção, não é possível evitar as modificações automáticas, universais, como as alterações viscerais no coração, pulmões, intestinos e pele e as alterações endócrinas.

Para este autor, o impacto das causas da emoção, depende dos sentimentos gerados por essas emoções e a consciência é condição necessária para que os sentimentos possam influenciar o sujeito. O sentimento representa a experiência mental e privada da emoção. Segundo a sua teoria existem três estados de complexidade progressiva: “*o estado de emoção, que pode ser desencadeado e executado de forma não consciente, estado de sentimento, que pode ser representado de forma não consciente e estado de sentimento tornado consciente, isto é, conhecido pelo organismo que experimenta tanto a emoção como o sentimento*” (Damásio, 2001: p. 57). Para o autor, o segundo estado deveria ter um nome diferente, já que o estado de sentimento pressupõe, na sua perspetiva, necessariamente o uso da consciência.

Embora a distinção entre sentimento e emoção nem sempre seja inteiramente explícita para alguns autores, parece ser consensual a importância da consciência neste processo de apropriação do mundo experiencial vivido. Damásio (2010: p.200) descreve a consciência como a faculdade que permite ter conhecimento dos sentimentos que experimentamos num contexto específico, pois é “*um estado mental (...) em que dispomos de um conhecimento privado e pessoal da nossa própria existência, numa posição relativa ao que quer que a rodeie num dado momento*”.

Goleman (2006), no seu livro *Inteligência Emocional* desenvolve a ideia de que é, exatamente no conhecimento e no controle das emoções, que reside a chave do equilíbrio interior, do sucesso pessoal e da harmonia relacional. O autor fala, neste contexto, da autoconsciência como condição fundamental à introspeção psicológica, que permite o reconhecimento da realidade emocional experienciada. Para este autor, a autoconsciência observa e investiga as experiências, reconhece as emoções e possibilita um estado de atenção continuada aos nossos estados íntimos. No seu ponto de vista, a inteligência emocional é uma forma de nos relacionarmos, interagirmos com os outros

com base na compreensão e gestão das próprias emoções, a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro e gerir relacionamentos.

O autor descreve cinco domínios principais, que caracterizam a inteligência emocional: i) *O conhecimento das próprias emoções*, refere-se à capacidade de reconhecer as sensações interiores – a autoconsciência - é a base da inteligência emocional, o que confere maior segurança e desenvoltura pessoal; ii) *A gestão das emoções* baseia-se no autoconhecimento, que permite lidar com as sensações de modo apropriado; a capacidade de nos tranquilizarmos a nós próprios, afastar a ansiedade ou a tristeza e restabelecer o equilíbrio são exemplos de gestão de emoções; iii) *A Auto-motivação* diz respeito à capacidade de se autocontrolar e encontrar meios internos para se concentrar, auto-motivar, é a faculdade que torna as pessoas mais produtivas e eficazes; v) *O reconhecimento das emoções dos outros* refere-se à capacidade de ser sensível ao outro, de reconhecer as suas necessidades e desejos, de os compreender, de ser empático e nasce da capacidade de autoconsciência; vi) *Gestão de relacionamentos* - nas relações, além das nossas emoções precisamos também de lidar as emoções dos outros, de as reconhecer e gerir eficazmente. (Goleman,2006: p.65).

Segundo a perspetiva Goleman (2006), a gestão das nossas emoções é um trabalho a tempo inteiro. A faculdade emocional guia as nossas decisões e as nossas reações momento a momento, está na base do nosso comportamento e interfere constantemente nas relações que estabelecemos com o mundo exterior, com os acontecimentos, com as coisas, com as pessoas. É com base neste pressuposto que nasce o nosso interesse em aprofundar conhecimentos acerca das emoções e sentimentos que os enfermeiros experimentam perante a morte em UCI. Ao desvelar o significado dessa vivência, cremos ser possível penetrar um pouco mais na vastidão da experiência subjetiva vivida e, dessa forma, compreender um pouco mais do fenómeno.

Foi com esta intenção que elaborámos uma pesquisa, na literatura científica existente, no sentido de encontrar descrições vivenciais dos enfermeiros quando confrontados com a morte e com o processo de morrer em UCI. Deparámo-nos, como prevíamos, com relatos de alguns sentimentos ou experiências emocionais bastante comuns aos diferentes contextos estudados.

A maioria dos estudos revela que os enfermeiros não se sentem preparados para lidar com a morte, tendo dificuldade em aceitá-la e encará-la com naturalidade. Com frequência a perda de um doente é fator de mal-estar, ansiedade, sofrimento e angústia, muitas vezes associados à sensação de culpa, frustração, fracasso pessoal e impotência, por sentirem que não foram eficazes na sua missão de salvar a vida, de impedir que a morte ocorresse, apesar de todos os seus esforços (Saraiva, 2009; Fortin e Bouchard, 2009; Hansen *et al* 2009; Sanches e Carvalho, 2009). Para esta vivência contribui, em muito, a cultura global de negação da morte e a formação focada na cura e no tratamento da doença que estes enfermeiros recebem. O seu treino é orientado nesse sentido e a morte evidencia-se assim como um sinal do seu fracasso profissional (Sanches e Carvalho, 2009; Morgan, 2008; Sapeta e Lopes, 2007).

Alguns enfermeiros referem que os sentimentos de angústia, tristeza e medo que experimentam estão muito relacionado com o confronto com a sua própria finitude e a possibilidade de perda dos seus entes queridos. Estes sentimentos parecem acentuar-se quando se trata da morte de doentes jovens, ou quando há uma identificação pela idade ou género (Wilson e Kirshbaum, 2011; Shimizu, 2007; Nunes, 2004)

Outro fator que parece contribuir para a sensação de tristeza, desânimo, revolta e vazio ante a perda de um doente, relaciona-se com seu tempo de permanência na unidade. De acordo com os relatos, alguns enfermeiros dizem criar um laço afetivo maior, quando o tempo de permanência é mais prolongado e a experiência de luto é, por isso, mais dolorosa (Wilson e Kirshbaum, 2011; Espinoza *et al*, 2010; Shimizu, 2007; McMillen, 2008).

De acordo com os estudos de Wilson e Kirshbaum (2011) e Yu e Chan (2010), alguns enfermeiros declararam sentir dificuldade em reconhecer o impacto da morte sobre si mesmos e em reconhecer-se com direito a viver a experiência de luto e os rituais que este envolve. Estes enfermeiros encaram a morte dos doentes como algo que lhes é externo e inerente à sua profissão e têm dificuldade em tomar consciência dos sentimentos de luto que experimentam, nestas circunstâncias.

Da pesquisa realizada subjaz a ideia de que, mais do que a ocorrência da morte em si, os aspetos que geram maior tensão e emoções negativas, prendem-se com as condições em que a morte ocorre em UCI, ou seja, com o processo de morrer. Parece claro que os

sentimentos de angústia, frustração, raiva, impotência são manifestamente mais acentuados quando o processo de morrer foi marcado pelo sofrimento e se insistiu em medidas agressivas e invasivas de tratamento e prolongamento da vida, sem respeito pela dignidade do doente (Fortin e Bouchard, 2009; Gutierres e Ciampone, 2005). Em alguns dos estudos consultados, os enfermeiros referiram sentir alívio, quando a morte ocorria, por significar o fim do sofrimento para aquele doente (Espinoza *et al.* 2010; Sanches e Carvalho, 2009).

Por outro lado, quando o processo de morte foi um processo sereno, quando os enfermeiros sentem que puderam e souberam acompanhar o doente e família até ao fim, que o sofrimento foi aliviado e a morte vivida com dignidade e em paz, dizem experimentar sentimentos de aceitação, serenidade, saudade e privilégio (Fortin e Bouchard; 2009; Shimizu, 2007; Gutierrez e Ciampone, 2006). Este sentimento de aceitação também se evidencia quando, no processo de morte, as decisões tomadas se mostraram atempadas, adequadas, pertinentes e colaborativas, centradas no bem-estar do doente e família. Quando relembram doentes que morreram nestas condições, os enfermeiros vivenciam sentimentos de orgulho profissional e satisfação (McMillen, 2008; Hov, Hedelin e Athlin, 2006).

Um número considerável de estudos faz menção a um importante fator de stress e tensão, em ambiente de cuidados intensivos, que diz respeito à divergência de pontos de vista e dificuldades comunicacionais entre médicos e enfermeiros. Estas dificuldades manifestam-se sobretudo no que concerne à tomada de decisões de intervenções diagnósticas ou de tratamento, de medidas de alívio da dor e sofrimento e nas decisões de fim de vida (Espinoza *et al.*, 2010; Thompson, Astin e MacGrath, 2010; Hansen *et al.* 2009; Sanches e Carvalho, 2009; McMillen, 2008; Hov, Hedelin e Athlin, 2006)

Este aspeto é descrito como fator de grande insatisfação e dificuldade. Em alguns destes estudos, os enfermeiros manifestam sentimentos de desmoralização, desânimo, raiva e intensa frustração, por não serem consultados e envolvidos nestes processos de decisão. Sentem-se desconsiderados, já que, no seu entender, são eles os profissionais que mais tempo e mais proximamente se relacionam com o doente e por isso, melhor o conhecem (Sanches e Carvalho, 2009; McMillen, 2008). Na sua perspetiva, o facto de não lhes ser dada a oportunidade de discutir e colaborar neste tipo de resolução contribui para que o doente seja submetido, mais facilmente, a medidas desproporcionadas e desajustadas,

com prolongamento do sofrimento (Thompson, Austin e Profetto-McGrath, 2010; Curtis e Vincent, 2010; Sanches e Carvalho, 2009; Morgan, 2008;) Nestes casos, alguns enfermeiros referiram lamentar a restrição de autonomia inerente à sua profissão (Hansen *et al* 2009; Espinoza *et al*, 2010).

Ainda relacionado com este ponto, alguns enfermeiros dizem sentir alguma solidão e abandono na responsabilidade, pois apesar de ser o médico a tomar a decisão, é o enfermeiro que executa, muitas vezes sozinho, as medidas de suspensão de tratamentos, como a interrupção de drogas vasoativas ou a retirada gradual de meios ventilatórios. Este processo é geralmente vivido com medo, ansiedade e desânimo (Sanches e Carvalho, 2009; Hov, Hedelin e Athlin, 2006). Outros estudos referem ainda o sentimento de incerteza e de conflito interior inerente aos dilemas éticos subjacentes a este tipo de situações, como a administração de medicação importante para o conforto, mas que pode causar depressão respiratória (Espinoza *et al*, 2010; Fortin e Bouchard, 2009; McMillen 2008).

Outro aspeto bastante referido na literatura consultada diz respeito a dificuldades em lidar com a família e em acompanhá-la no seu sofrimento. Alguns enfermeiros referem sentir angústia, ansiedade, tensão e medo por não se sentirem preparados para comunicar eficazmente e ajudar os familiares a enfrentarem a possibilidade eminente da perda e a preparar-se para o luto (Saraiva 2009; Hansen *et al*, 2009; Nunes, 2004).

É também frequente a manifestação de sentimentos de solidão e desamparo associados à dificuldade em expressar e dialogar com outros sobre as suas próprias vivências perante a morte (Sanches e Carvalho, 2009; Nunes, 2004).

Diversos estudos mencionam a falta de formação para ajudar e acompanhar os doentes em fim de vida e para aprender a lidar com as emoções como um fator dificultador de uma vivência pacífica do processo de morrer. Muitos enfermeiros referiram não ter recebido qualquer formação sobre cuidados paliativos durante o seu percurso formativo profissional inicial, nem durante o exercício da sua atividade. É por isso frequente referirem a necessidade ou desejo em ter formação específica nesta área, nomeadamente nas áreas da comunicação com o doente e família (Thompson, Austin e Profetto-McGrath, 2010; Morgan 2008; Machado, Pessini e Hossne, 2007; Nunes, 2004).

A experiência de contacto frequente com a morte e a vivência do processo de morrer tão marcada por sentimentos negativos, como os que temos vindo a descrever, constituem fatores de elevado stress. O termo stress não possui uma definição universalmente aceite, mas no entender de Lazarus e Folkman (1984), procura designar uma relação dinâmica, particular e bidirecional entre a pessoa e o meio, que afeta o bem-estar porque excede os recursos adaptativos pessoais. Ou seja, define um desajustamento entre as exigências do mundo e as respostas prontamente disponíveis do indivíduo (Ramos, 2005)

Vaz Serra (2005) explica que o stress é uma condição que todos temos de enfrentar, já que é inerente à vida e está presente em quase todas as situações do quotidiano. Segundo a sua perspetiva, uma pessoa está em stress quando o grau de exigência que determinada circunstância lhe gera, é superior à sua capacidade de resposta. Felizmente, na maioria das vezes, a pessoa encontra recursos e estratégias para lidar eficazmente com o stress do dia-a-dia. O autor alerta que o stress não deve ser visto apenas como uma situação incómoda, mas como uma problemática com importantes complicações ao nível do bem-estar e saúde física e psíquica.

De acordo com Lazarus e Fokman (1984) existem três categorias de situações indutoras de stress: a *ameaça*, em que a experiência de stress acontece por antecipação a algo que possa vir a acontecer; o *dano*, referente a algo que já ocorreu; e o *desafio*, que representa uma circunstância na qual a pessoa sente que as exigências podem ser alcançadas ou ultrapassadas. Vaz Serra (2005), por seu lado, considera que o impacto das situações indutoras de stress se prende fundamentalmente com os seus aspetos qualitativos, ou seja, a natureza da circunstância a que o indivíduo está sensibilizado e amplitude e repetição das situações desagradáveis, os aspetos quantitativos.

Segundo Ramos (2005), os efeitos do stress podem ser cumulativos e serão patogénicos se ultrapassarem a capacidade de resposta individual da pessoa. No contexto profissional, quando uma situação geradora de stress é intensa, frequente e ou prolongada, poderá conduzir a estados de esgotamento profissional.

Phaneuf (2005, p.601) define esgotamento profissional como “ *um estado de esgotamento de energia física, intelectual e afetiva resultante (...) da pressão emocional associada a um empenhamento intenso, mal compensado, junto de pessoas*

em sofrimento”. De acordo com esta autora, esta situação conduz a dificuldades de adaptação, sentimento de isolamento e depressão, problemas físicos de saúde, baixa da produtividade e absentismo.

A descrição de Phaneuf refere-se a situações de extremo desgaste a que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, estão sujeitos e que na literatura atual se enquadram na descrição do *síndrome de Burnout*.

Este síndrome procura designar uma forma grave, específica de stress ocupacional crónico, que se caracteriza por exaustão emocional, psicológica e física, despersonalização (alienação e isolamento) e incompetência ou falta de realização pessoal (Maslach e Jackson, 1981)

Batista (2008) descreve duas categorias de fatores indutores de stress nos enfermeiros: os fatores organizacionais, aqueles que se relacionam com as condições de trabalho, nos quais se incluem a sobrecarga de trabalho, o convívio com o sofrimento e a morte, os conflitos interpessoais, a falta de clareza e a ambiguidade de papéis; e os fatores individuais, como as variáveis sociodemográficas, os aspetos de personalidade e a maturidade psicológica. De acordo com o seu estudo, a pouca experiência profissional, a idade jovem, o confronto com a morte, os conflitos interprofissionais e o treino inadequado em gestão de emoções e comunicação, são alguns dos fatores de risco para a instalação da síndrome de *burnout* nos profissionais de enfermagem.

Sendo um facto que, ante o processo de morrer em UCI, os enfermeiros estão muito expostos a fatores de elevado e repetido stress, o síndrome de *burnout*, é uma consequência da ineficácia das estratégias de gestão do stress, ou seja, das estratégias de *coping*. No subcapítulo que se segue, procuraremos abordar este conceito e explorar as principais estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros neste contexto e descritas na literatura.

3.2 ESTRATÉGIAS DE COPING

Perante a torrente de emoções que a convivência com a morte e o processo de morrer em UCI despoleta, o enfermeiro experimenta a necessidade de desenvolver mecanismos que lhe permitam gerir o stress e o desgaste associado a todo este processo, ou seja, a necessidade de desenvolver estratégias de *coping*.

Coping, adaptação e ajustamento são expressões com significado semelhante. Pretendem descrever a forma como o indivíduo consegue lidar com alguns aspetos da sua vida, que são particularmente difíceis para os seus recursos (Moura, 2004). De acordo com a definição descrita pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e preconizada pelo ICN (2011: p.205), *coping* pode ser entendido como a disposição para “*gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico*”.

Lazarus e Folkman (1984) definem-no como o esforço cognitivo e comportamental realizado para tolerar reduzir ou dominar as tensões exteriores e interiores. Abrange qualquer coisa que a pessoa pense, sinta ou faça independentemente dos resultados alcançados. No fundo, em todas as situações do nosso quotidiano, desenvolvemos estratégias de adaptação, proteção e de gestão de emoções e do stress que lhes está associado. Estas estratégias são determinadas pelos recursos pessoais internos e externos de cada um, tais como crenças e habilidades sociais, recursos materiais, suporte emocional (Rodrigues e Chaves, 2008). Os recursos pessoais podem definir-se como as características relativamente estáveis que permitem a alguns indivíduos resistirem aos efeitos nocivos do stress e adequar-se facilmente a uma série de situações (Menaghen, 1983, citado por Cumbe, 2010).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), existem dois grandes tipos de estratégias de *coping*: aquelas que se focalizam no problema e as que se focam na emoção. O principal objetivo do *coping* focalizado no problema é a alteração da situação ou a aquisição de competências ou informações necessárias, que permitam confrontar o evento. Em contraste, *coping* focalizado na emoção é uma resposta que visa regular a resposta emocional vivida na situação e eliminar o impacto emocional negativo. As estratégias de *coping* focalizadas na emoção geralmente são desenvolvidas quando nada pode ser feito para alterar as condições da situação. Envolvem pensamentos ou ações que permitam evitar ou atenuar as emoções negativas associadas a uma situação-problema como a distração, o evitamento, a minimização, a racionalização, o distanciamento, a atenção seletiva e o bom humor.

Pines e Maslach (1978) citados por Batista (2008), sugerem agrupar as estratégias de *coping* segundo três dimensões: as que se focam na *transformação do indivíduo*, como questionar-se a si próprio, a busca de soluções interiores e mudanças de si, que podem

passar por estratégias como a prática de desporto ou outras distrações, ir de férias, etc; as que intentam a *melhoria das relações interpessoais*, pela procura de diálogo e a mediação de conflitos; e as que induzem *mudanças no ambiente*, como a diminuição da carga de trabalho, com a alteração de horários ou outras medidas deste teor.

Num esquema semelhante, Batista (2008, p.88), com base na proposta de Vachon (1997), sugere quatro tipos de estratégias de *coping* e de prevenção do burnout: i) *observar-se* – diz respeito à necessidade de se autoconhecer e dedicar atenção ao reconhecimento dos estados interiores de conforto/desconforto, fadiga, tensões e necessidades; ii) *Fazer cortes* – aponta para a necessidade de criar formas de descompressão, adaptação e distração como cultivar o gosto pelo desporto, leitura, arte; de valorização do repouso, como ir de férias, aumentar horas de sono; e o cuidado com a saúde; iii) *estabelecer tempos e locais de recurso* – fazer por expressar e partilhar emoções e gerir conflitos, receber formação, atividades que aumentem a autoestima; iv) *trabalhar de forma diferente* – mudar ritmo e modo de trabalhar, pedir ajuda e oferecê-la, cultivar espírito de equipa.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), as estratégias em si mesmas não são boas ou más, eficazes ou ineficazes, apropriadas ou não. Elas estão sempre condicionadas ao contexto, o que significa que uma dada estratégia que funcionou num momento, pode falhar noutro ou que a estratégia que uma pessoa usou e que foi eficaz com ela, pode não o ser com outra. Os autores descrevem algumas formas típicas de *coping* como a confrontação, a retirada, a aceitação da responsabilidade, o escape ou evitamento, a resolução do problema, a avaliação positiva e o suporte social.

O recurso a ajuda externa pode representar uma importante estratégia de *coping*. Este tipo de ajuda pode assumir uma modalidade mais formal de ajuda psicológica ou emocional, ou um modo mais informal de ajuda de pares. O recurso a terapêuticas complementares, como a massagem, a aromaterapia, a reflexologia ou outras, podem ter um impacto positivo na redução do stress dos profissionais (Batista, 2008).

Na pesquisa de literatura realizada procurámos identificar as diversas estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros, que trabalham em UCI, na gestão das emoções do processo de morrer.

Diversos estudos fazem referência ao mecanismo de distanciamento emocional e indiferença como mecanismos de defesa e proteção. Esta forma de reação pode revestir-se de diversas componentes associadas como o distanciamento físico e de pensamento, o evitamento da interação, a fuga, a concentração na ação técnica, o encobrimento noutros técnicos e fechar-se sobre si mesmo (Macedo *et al*, 2010; Shorter e Stayt, 2009; Sulzbacher *et al*, 2009). A utilização do humor ou de conversas superficiais sobre outros assuntos é outra estratégia utilizada como forma de afastamento emocional perante o processo de morrer (Espinoza *et al*. 2010; Saraiva, 2009).

O mecanismo de racionalização e normalização da morte é uma estratégia de defesa e repressão emocional também usada com frequência. Para estes profissionais a morte é tão frequente no seu quotidiano que passa a ser “normal”, quase banal, deixando de produzir impacto emocional. Os enfermeiros desenvolvem uma atitude de imparcialidade, que se manifesta na tecnicização das tarefas e a adoção de rotinas, que lhes permitem lidar com a morte sem se envolverem (Macedo *et al*, 2010; Shorter e Stayt, 2009; Saraiva, 2009). Outros estudos referem-se ao mecanismo de negação, que se caracteriza por uma atitude de aparente indiferença e passividade diante da situação, ou na estratégia de pensar na morte como uma espécie de destino, no qual não podem interferir (Yu e Chan, 2010; Shimizu, 2007).

Diogo (2006, p.244) refere-se a este tipo de estratégia, como uma espécie de “*blindagem profissional*” que permite aos enfermeiros defender-se do sofrimento que o confronto com a morte e as emoções que estão associadas ao processo de morrer lhes desperta e com as quais não sabem lidar. Estes são, contudo mecanismos de defesa que impedem a integração saudável da morte e que não impedem o efeito cumulativo das perdas sucessivas. Esses efeitos podem conter atitudes de negação, descrença, baixa autoestima, e sinais de luto não resolvido, como a depressão e a ansiedade exacerbada (Shorter e Stayt, 2009).

Muitos enfermeiros procuram realizar uma dissociação emocional, ou seja fazem uma clara distinção entre a sua vida pessoal e profissional e exercem controlo sobre o seu envolvimento emocional com os doentes. Alguns referem todavia que em algumas situações isso não é possível e que o envolvimento emocional é condição necessária para um cuidado humanizado e próximo. Estes afirmam que, quando estabelecem um

vínculo emocional mais estreito com o doente, sentem mais a perda, mas vivem a fase de luto com a sensação de ter feito o melhor (Shorter e Stayt, 2009; Shimizu, 2007).

Outros dizem procurar um significado espiritual/religioso para a morte e referem que esse recurso os ajuda a conviverem mais facilmente com o sofrimento e a perda (Sulzbacher *et al*, 2009; Shimizu, 2007).

A expressão de sentimentos e a partilha de vivências e experiências com outras pessoas é considerada uma estratégia positiva de *coping* (Bernardo, Rosado e Salazar; 2010; Twycross, 2003). O estudo de Shorter e Stayt (2009) evidencia que a maioria dos enfermeiros raramente recorre a meios de ajuda formal, mesmo quando a instituição dispõe dessa possibilidade. Contudo, os profissionais que beneficiaram deste tipo de ajuda consideram-na útil e um importante meio de suporte. Formas de apoio informal como conversar com colegas sobre as suas vivências, dilemas ou inquietações, pequenos desabafos na sala do café ou no intervalo de almoço, foram referenciados como grandes formas de ajuda pessoal (Yu e Chan, 2010; Machado, Pessini e Hossne, 2007). Os enfermeiros sentem que a partilha do processo de luto com os pares ajuda a reforçar laços e fortalecer o espírito de equipa. Alguns referem que apenas os colegas os podem compreender porque também vivem experiências similares (Espinoza *et al*, 2010; Shorter e Stayt, 2009).

Parece ser consensual que a aceitação e a vivência serena da realidade da morte, é mais fácil, quando o processo de morrer decorreu sem sofrimento e as intervenções se mostraram pertinentes e ajustadas, respeitando a dignidade da pessoa (Machado, Pessini e Hossne, 2007). Muitos enfermeiros referem-se a estas condições como necessárias para a ocorrência de uma “boa morte” e valorizam o esforço para as garantir como sendo a melhor estratégia de *coping* para a vivência do processo de morrer.

Segundo o estudo levado a cabo por Beckstrand, Callister e Kirchhoff (2006) a *boa morte* é aquela em que se procede a um cuidar totalmente centrado no doente e nas suas necessidades, que favorece um processo de morrer humanizado, no qual o doente é acompanhado até ao fim. Para os enfermeiros, a *boa morte* em cuidados intensivos, exige o uso de competências como a empatia e o recurso a medidas adequadas e eficazes de controlo da dor e sofrimento, bem como a atempada cessação e inibição de iniciar

medidas agressivas de tratamentos, sobretudo se forem fúteis (Espinoza *et al.*, 2010; Shorter e Stayt, 2009).

Este objetivo de promover uma *boa morte*, implica a melhoria da comunicação entre enfermeiros e médicos, o respeito pelo papel de cada um, a discussão conjunta e a tomada de decisões em equipa, tendo sempre em vista o melhor para o doente e respeito pelos seus valores e desejos de fim de vida (Machado, Pessini e Hossne, 2007; Beckstrand, Callister e Kirchhoff, 2006).

No que diz respeito à relação com o doente e família, os enfermeiros valorizam a necessidade de desenvolverem uma relação de envolvimento emocional, que favoreça a expressão de sentimentos e emoções, de lhes proporcionar apoio emocional, psicológico e social, de a informar e preparar corretamente, não lhes dando falsas esperanças e permitindo acompanhar o seu ente querido (Espinoza *et al.* 2010; Curtis, 2008).

Alguns estudos referem ainda a necessidade de fazer pequenas modificações do ambiente exterior, como a retirada de equipamento desnecessário, a promoção de ambiente calmo, a média luz, com possibilidade de música suave e que proporcione alguma privacidade para a presença dos familiares e/ou acompanhantes espirituais (Shorter e Stayt, 2009; Beckstrand, Callister e Kirchhoff, 2006).

Para que a *boa morte* possa ocorrer e para que os profissionais lidem adequadamente com todos estes aspetos, os enfermeiros ressaltam a necessidade de passarem a encarar morte como processo natural e a necessidade de formação em cuidados paliativos (Yu e Chan, 2010; Machado, Pessini e Hossne, 2007).

A integração o mais precocemente possível, da filosofia dos cuidados paliativos em UCI, poderá constituir um recurso fundamental para uma vivência saudável e equilibrada do processo de morrer em UCI. Essa condição implicaria que todos os profissionais passassem a ter formação adequada nesta área e desenvolvessem competências comunicacionais e relacionais que lhes permitissem lidar com as suas próprias emoções, e ajudar o doente e sua família a aceitar a preparar-se o melhor possível. Pressupõe também uma metodologia de trabalho interdisciplinar, que respeite e valorize a opinião e papel de cada um e se centre verdadeiramente nas necessidades do doente e sua família. Para além destes aspetos, aconselha-se a criação de um espaço de

partilha e de expressão das suas vivências, sentimentos, dificuldades e inquietações de cada elemento da equipa, sobre a dinâmica de funcionamento ou outro qualquer aspeto importante para a melhoria e a procura da excelência do cuidar.

Apesar de incipiente, a filosofia dos cuidados paliativos vai ganhando terreno também neste contexto do intensivismo em que urge lutar por uma morte cada vez mais digna e humana.

À luz da pesquisa realizada, que procura sustentar e enquadrar o nosso estudo no campo do conhecimento científico atual, procuraremos no capítulo seguinte descrever e fundamentar metodologicamente a investigação que pretendemos levar a cabo.

II. METODOLOGIA

A investigação científica é um método organizado e ordenado de aquisição de novos conhecimentos. É um processo sistemático e rigoroso, que permite examinar fenómenos, com o objetivo de obter respostas a questões precisas. O seu papel é o de *“reforçar as bases científicas e contribuir par o desenvolvimento contínuo das profissões”* (Fortin, 2000: p 18).

A enfermagem, enquanto ciência e profissão, recorre à investigação científica como fundamento e desenvolvimento do seu corpo de conhecimentos. O seu objeto de investigação situa-se no domínio do estudo sistemático dos fenómenos relacionados com o cuidar em enfermagem e, para esse efeito, recorre a múltiplas metodologias, nos seus programas de investigação. A natureza dos fenómenos em estudo deverá ser o critério que está na base da escolha da metodologia de investigação (Oliveira e Botelho, 2010; Fortin, 2000).

Ao situar-se no campo das ciências humanas, a enfermagem centra-se na pessoa como um ser holístico e procura também investigar e aprofundar conhecimentos também da esfera do campo vivencial, procurando explorar e compreender melhor os significados de experiências vividas. Watson refere-se a esta realidade quando afirma que *“os enfermeiros podem escolher métodos que possibilitem acesso ao mundo subjetivo e interior dos significados pessoais do enfermeiro e da outra pessoa. Podemos optar por estudar o mundo interior das experiências em vez do mundo exterior da observação. (...) Podemos escolher em buscar mais acerca do privado, do mundo íntimo do cuidar e das experiências humanas interiores, em vez de nos centrarmos no mundo público das técnicas de cura e no comportamento externo”* (Watson, 2002: p35). Só uma abordagem de carácter qualitativo pode permitir entrar neste mundo não quantificável e de grande subjetividade.

De acordo com Fernandes (1991), o foco da investigação qualitativa é a compreensão mais profunda dos problemas, daquilo que está subjacente a certos comportamentos, atitudes ou convicções. A este respeito, Coutinho (2008) refere que o paradigma qualitativo adota uma posição relativista, que considera as múltiplas realidades que existem sob a forma de construção mental e socialmente localizadas, inspirando-se numa epistemologia que valoriza o papel do investigador. Neste tipo de abordagem, não

se procura tanto a existência de uma interpretação objetiva da realidade, já que esta está sujeita à sensibilidade e interpretação do próprio investigador, mas a compreensão do fenómeno vivencial.

Segundo a visão de Polit e Hungler (1995) a investigação qualitativa procura apreender e salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana na totalidade, tendo em conta o contexto onde decorre o fenómeno em estudo. A este propósito, Aires (2011: p.13) refere que a investigação qualitativa é *“um processo interativo configurado pela história pessoal, biografia, género, classe social, etnia das pessoas que descreve e pela sua própria história. E os produtos de investigação são criações ricas, densas, reflexivas dos fenómenos em análise”*.

1. A ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Das diferentes abordagens metodológicas adotadas pela investigação qualitativa, parece-nos que a perspetiva fenomenológica é a que melhor se ajusta à realidade do nosso estudo, uma vez que o objetivo da fenomenologia é o de compreender a experiência humana tal como ela é vivida, descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza intrínseca e o sentido que lhe é atribuído, através da análise da descrição da experiência vivida (Fernandes, 2008; Oliveira, 2004; Van Manen, 1997).

O movimento fenomenológico tem a sua dívida original a Edmund Husserl, considerado o seu “pai” e o mais proeminente líder (Fernandes, 2008; Oliveira, 2004). Este autor defendia que o propósito da fenomenologia é o de constituir-se enquanto estudo rigoroso e isento das coisas tal como aparecem, de forma a atingir uma compreensão essencial da consciência humana e da sua experiência do mundo da vida. Na perspetiva husserliana, o enfoque na experiência vivida parte da experiência pura, aquela em que as coisas se mostram em si mesmas, enquanto fenómenos (Oliveira e Botelho, 2010). Oliveira (2004) remete-nos para a referência de Husserl (1950) de que o carácter peculiar da fenomenologia reside na análise de essências, no âmbito da investigação puramente intuitiva, pelo que, segundo o seu ponto de vista, as investigações fenomenológicas são investigações universais de essências.

Existem contudo dois tipos principais de abordagem fenomenológica distintos: a eidética e a hermenêutica. A primeira procura a descrição do significado de uma

experiência, significado esse que é fundamental, eidético, não sendo relevante a especificidade individual da experiência e rompendo com pressuposições. O investigador procura visualizar o fenómeno na sua essência, colocando de lado o mundo natural e a sua interpretação. A fenomenologia hermenêutica, por seu lado, intenta descobrir os significados dos fenómenos através da sua interpretação e compreensão. É um método interpretativo que vai além da mera descrição e procura desvelar significados escondidos e menos evidentes (Machado, 2010; Oliveira, 2004).

Ao procurarmos estudar as vivências dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer, situamo-nos a este nível, o de procurar aceder à experiência íntima da vivência pessoal de cada enfermeiro perante este fenómeno, no sentido de a compreender e interpretar o seu significado profundo, pelo que nos parece adequado optar por realizar o nosso estudo com base na fenomenologia hermenêutica, de acordo com perspectiva de Max Van Manen (1997). Este investigador desenvolve todo um esquema teórico sobre a pesquisa fenomenológica hermenêutica baseada na visão ontológica de que a experiência vivida é essencialmente um processo interpretativo (Cunha, 2005). Segundo Van Manen (1997: p 31) *“uma descrição fenomenológica é sempre uma interpretação, e nenhuma única interpretação da experiência humana exclui a possibilidade de outra complementar, ou mesmo de uma descrição potencialmente mais rica ou profunda”*.

Para este educador norte-americano, a fenomenologia é o estudo científico humano de um fenómeno, no qual as estruturas de significado do mundo vivido são sempre o objeto de estudo. Nas suas palavras a fenomenologia debruça-se sobre o que significa ser humano, procurando estudar os fenómenos vivenciais da pessoa, como ser único, examinando a originalidade das experiências vividas e procurando captar a sua essência. O autor descreve-a, por isso, como a filosofia ou teoria do único, ou seja, está interessada naquilo que é essencial e insubstituível. Todavia, o autor alerta que, por mais plena que seja a descrição interpretativa de alguns aspetos do mundo vivido, nunca será tão complexa como a própria vida vivida ela mesma.

Van Manen (1997: p. 9-13) descreve oito princípios fundamentais, que caracterizam a fenomenologia hermenêutica, que procuraremos sintetizar seguidamente.

A pesquisa fenomenológica é o estudo da experiência vivida, tem como ponto de partida o mundo vivido, a forma como experienciamos e questionamos o mundo natural da vida

quotidiana. Está relacionada com o significado da experiência vivida. O seu resultado é um contato mais direto e íntimo com a realidade.

A fenomenologia busca compreender o fenómeno tal como se apresenta à consciência: A consciência é a forma que os seres humanos têm de acesso ao mundo. Este tipo de pesquisa procura atender aos detalhes e dimensões da vida e acolher a experiência sem qualquer juízo de valor, sem atender “*se o objeto é real ou imaginado, empiricamente mensurável ou subjetivamente sentido*” (Van Manen, 1997: p.9). A pessoa não pode refletir na experiência vivida enquanto vive essa experiência, pelo que a reflexão fenomenológica não é introspetiva mas retrospectiva.

A fenomenologia busca a natureza inerente ao fenómeno, aquilo que lhe é próprio e o caracteriza, pelo que Van Manen (1997) afirma que a *pesquisa fenomenológica é o estudo das essências*. Dedica uma atenção sistemática para descobrir e descrever as estruturas internas de significado da experiência.

A fenomenologia é a descrição dos significados experienciais tal como os vivemos, ou dito de outro modo, estuda o significado da experiência vivida, tal como se apresenta no dia a dia, procurando descrever e interpretar esses significados com um certo grau de profundidade e riqueza.

A pesquisa fenomenológica é o estudo científico do fenómeno humano: A fenomenologia reclama ser científica num sentido lato, já que possui características próprias do conhecimento científico: é sistemática, explícita, autocrítica e intersubjetiva. É uma ciência humana, que tem como objeto de estudo as estruturas de significado do mundo humano vivido.

A fenomenologia é uma prática atenta de cuidado: o interesse em fazer pesquisa evidencia a preocupação, o cuidado e a responsabilidade em relação ao outro, acerca do seu projeto de vida, do viver, do que significa viver a vida.

Quando pesquisamos as possíveis estruturas do significado das experiências vividas, a fenomenologia seleciona o que é significativo para a pessoa, tomando como referência o contexto em que vive. A pesquisa fenomenológica é a pesquisa sobre a plenitude de viver. O seu objetivo é tornar-nos mais plenos daquilo que realmente somos. É neste

sentido que Van Manen afirma que *a pesquisa fenomenológica é a procura do que é significativo para o ser humano*.

Para o autor, *a pesquisa fenomenológica é uma atividade poética*. A fenomenologia é um projeto poético, já que descreve a experiência através de uma forma evocativa e original. Tal como na poesia é inapropriado perguntar pela conclusão ou resumo de um estudo fenomenológico. Resumir um poema destrui-lo-ia, porque o poema em si é o resultado. Poetizar é pensar na experiência original e assim falar de um sentido mais primário. A linguagem que autenticamente fala do mundo, mais do que falar abstratamente dele, reflete-o.

Para Van Manen (1997), na pesquisa fenomenológica não existe um método de investigação que deva ser seguido de forma absolutamente rigorosa e intransigente, no entanto, este descreve um conjunto de etapas, que podem definir a estrutura do método fenomenológico hermenêutico como processo dinâmico.

De acordo com o autor, uma investigação é sempre o projeto de alguém real, que se questiona sobre algum aspeto particular da existência humana. O primeiro momento da pesquisa fenomenológica consiste em *voltar-se para o fenómeno*, ou seja em dedicar atenção a um dado fenómeno ou problemática. Parte do interesse ou das inquietações quotidianas do investigador. Este interesse orienta-o para o fenómeno que pretende estudar, delimitando-o e conduzindo à formulação da questão fenomenológica.

O segundo momento procura *a investigar a experiência tal como é vivida*, já que a pesquisa fenomenológica procura estabelecer um contato renovado com a experiência original. De acordo com Van Manen (1997: p31), citando Merleau-Ponty (1962), *“voltar-se para o fenómeno de experiência vivida significa reaprender a olhar o mundo retomando a experiência básica do mundo”*. Nesta experiência o investigador utiliza a sua própria experiência pessoal como ponto de partida, procurando pontes etimológicas e frases idiomáticas que descrevam e caracterizem a experiência vivida pelas pessoas do estudo. Esta etapa compreende, segundo Van Manen (1997), a entrada no contexto de estudo e o processo de obtenção das descrições experienciais do fenómeno, através de uma observação próxima ou entrevista. Para o autor, o pesquisador é simultaneamente participante, devendo conjugar uma atitude de proximidade com um estado de alerta em

relação à situação, que permita constantemente voltar atrás e refletir sobre o seu significado do fenómeno.

De acordo com Van Manen (1997), a etapa que se segue consiste em *refletir nos temas essenciais que caracterizam o fenómeno*. De acordo com a sua ótica a intenção da reflexão fenomenológica hermenêutica é procurar desvelar o significado essencial de um fenómeno. Para isso é necessário que se possua uma visão das descrições como um todo, através da leitura e releitura dos relatos e que dessa leitura surja aquilo que o autor designou de temas fenomenológicos ou estruturas de significado. Estes temas não se referem tanto a conceitos ou categorias, mas à descrição da estrutura da experiência vivida. Para o autor, “*metaforicamente falando, temas são como nós nas teias de nossas experiências, ao redor da qual certas experiências são tecidas e, assim, vividas através de um todo significante*” Van Manen (1997: p 90). Os temas têm poder fenomenológico quando nos permitem prosseguir com descrições fenomenológicas.

A fase seguinte consiste portanto em *descrever o fenómeno através da arte de escrever e reescrever*. Segundo Van Manen (1997), o ato de escrever, no método fenomenológico hermenêutico, não constitui uma etapa final no trabalho de pesquisa, mas permeia todo o processo. A escrita está intimamente ligada à atividade de pesquisa e à reflexão em si, ela medeia a reflexão e a ação. Escrever significa atender à fala da linguagem, criar relações significantes, em que o padrão destas relações se condensa no todo discursivo. No ato de escrever e reescrever o investigador procura e reflete sobre o significado da experiência vivida, sobre aquilo que lhe é essencial. Van Manen defende que, certos significados são melhor expressados através “*do como*” alguém escreve, do que “*o que*” alguém escreve. Deste modo, a fenomenologia assemelha-se à poesia, falando parcialmente através do silêncio, significando mais do que explicitamente diz.

Na perspetiva de Van Manen (1997), é importante *manter uma forte e orientada relação com o fenómeno*, desenvolvendo um texto rico e profundo, com descrições concretas, explorando todas as ramificações experienciais, que surgem da leitura e releitura das descrições. Quando as descrições exploram todas as significações ganham profundidade pela sua unicidade. É contudo possível que ao longo do processo de pesquisa surjam aspetos que façam desviar a atenção do pesquisador e o levem a perder o contacto com o foco do fenómeno em estudo. A pesquisa em fenomenologia deverá sempre ser criticamente orientada

Por último o autor sugere que se *faça o balanço do contexto de pesquisa considerando o todo e as partes*. De acordo com a sua perspectiva, é necessário que o investigador mantenha bem presente o propósito da pesquisa e seja capaz de dar ao texto o poder de revelar. Quando se perde na escrita e não consegue conferir-lhe essa clareza, deve recuar, voltar atrás e reavaliar a forma como cada parte pode contribuir para a compreensão do fenómeno como um todo. Cada parte da pesquisa tem de estar comprometida com a totalidade e não tem significado fora da mesma.

Na elaboração do nosso trabalho de pesquisa procurámos, com as necessárias adaptações, basear-nos neste esquema metodológico que Van Manen (1997) propõe.

1.1 O FENÓMENO DE INTERESSE

Ao iniciar este trabalho de investigação tornou-se necessário clarificar o fenómeno que pretendemos estudar, delimitando-o e tornando-o mais objetivo, ao mesmo tempo que procurámos perceber a sua pertinência no contexto do conhecimento científico atual.

A escolha do tema de pesquisa partiu do próprio interesse e vivência pessoal, enquanto enfermeira que exerce a sua atividade em contexto de cuidados intensivos. Na observação e no contacto com esta realidade, fomos desenvolvendo motivação em aprofundar conhecimentos sobre a forma como os enfermeiros vivenciam e lidam com o fenómeno da morte, neste contexto específico. Foi neste sentido que elaborámos a seguinte questão de investigação que norteará o nosso estudo: **Quais as vivências dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos?**

Procuramos deste modo compreender melhor este fenómeno, procurando penetrar no mundo vivencial dos enfermeiros, compreender como experimentam o cuidar ao doente em fim de vida e descortinar o significado da experiência vivida perante a morte e o processo de morrer em UCI.

Para além da observação da realidade em que nos inserimos, procurámos fazer algumas leituras e pesquisa de artigos científicos, nacionais e internacionais, sobre esta temática. Constatámos, pela pesquisa realizada, que esta era uma problemática pouco estudada no panorama português e que a sua realização poderia representar um contributo válido para o desenvolvimento do conhecimento da ciência de enfermagem.

De modo a especificar um pouco mais a intenção e o objetivo do nosso estudo, para além da questão de investigação inicial, fomos delineando outras questões que procuravam orientar a nossa pesquisa, tais como: que percepção têm os enfermeiros da morte e do processo de morrer em UCI? Que emoções/sentimentos geram, nos enfermeiros, a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos? Quais são as dificuldades que os enfermeiros sentem no cuidado ao doente em fim de vida, internado em cuidados intensivos? Quais as necessidades, que os enfermeiros manifestam, para lidar melhor com a morte de doentes de cuidados intensivos? Que estratégias utilizam os enfermeiros para lidar com a morte em UCI? Qual a formação dos enfermeiros em cuidados paliativos?

A elaboração destas questões foi ajudando a delimitar o fenómeno da experiência vivida que pretendemos estudar.

1.2 CONTEXTO DO FENÓMENO EM ESTUDO

Nesta fase procurámos também definir o contexto do estudo. A nossa opção foi a de aplicar o nosso trabalho de pesquisa numa UCI polivalente de um Hospital da Região Centro do país. A escolha deste contexto prende-se com o facto de ser essa a instituição da nossa atividade profissional.

Trata-se de uma UCI com lotação de 6 camas, dotada de meios técnicos e humanos diferenciados, capazes de assegurar o cuidado a doentes críticos. Assegura procedimentos e técnicas de diagnóstico e terapêutica especializados, a doentes com patologias do foro médico, cirúrgico ou traumático e com necessidade de suporte e monitorização ventilatória e hemodinâmica, técnicas de substituição renal ou outras.

1.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do nosso estudo será, então, a equipa de enfermagem dessa referida unidade, constituída por dezanove enfermeiros, dos quais dezoito prestam cuidado direto ao doente e o outro é o enfermeiro responsável pela gestão do serviço. A amostra será seleccionada de forma intencional e constará de cerca de nove a doze enfermeiros, de ambos os sexos, diferentes idades e tempo de experiência profissional. A intencionalidade da amostra baseia-se no pressuposto de que, em investigação fenomenológica, pretende-se aumentar a possibilidade de encontrar informações

precisas sobre o fenómeno através da escolha de participantes que o vivenciem na primeira pessoa e sejam capazes de descrever e comunicar essa experiência. O objetivo é obter descrições o mais ricas e densas possível. A indefinição de um número exato de participantes prende-se com a necessidade de garantir a exaustão de dados, ou seja, de recorrer a mais alguma entrevista, caso nos pareça que possam trazer novos contributos ou concluir que as descrições são suficientes e completas e não surgem dados novos para melhor descrever o nosso fenómeno.

Definimos ainda como critérios de inclusão: exercer atividade profissional em UCI há mais de dois anos, exercer cuidado direto ao doente e aceitar voluntária e esclarecidamente participar no estudo.

1.4 MÉTODO DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

Na escolha do método de recolha de dados optámos pelo recurso à entrevista semiestruturada, por ser, de acordo com Van Manen (1997), a que melhor se adequa à investigação de tipo fenomenológico.

Fortin (2000) refere-se à entrevista semiestruturada como sendo aquela em que o entrevistador tem uma série de questões às quais deseja respostas, mas que vai adequando ao momento que for mais conveniente, dando espaço e liberdade ao entrevistado para se expressar. Este meio é particularmente pertinente, porque permite que o entrevistador possa conduzir a entrevista, focando-se em aspetos de especial relevância para o fenómeno em questão, ao mesmo tempo que permite que o entrevistado expresse os seus sentimentos e ideias (McMillen, 2008).

Van Manen (1997) explica que, em pesquisa fenomenológica hermenêutica, a entrevista possui propósitos muito específicos: pode ser usada como meio de explorar e obter material de narrativa experiencial, que servirá de fonte para desenvolver uma mais profunda e rica compreensão do fenómeno, ou pode ser usada como veículo de desenvolvimento a uma relação conversacional com o entrevistado acerca do significado de uma experiência. O objetivo é pois, a exploração da experiência vivida, pelo que deve pressupor a existência de uma relação entre participante e entrevistador de modo a que este possa fazer uso da reflexão, do pedido de clarificação com exemplos e descrições, num clima de interesse profundo pela história do outro (Loureiro, 2006).

Neste sentido, o processo da entrevista, para Van Manen, necessita ser orientado por questões fundamentais que desencadearam a necessidade da entrevista (Fernandes, 2008). Orientadas pela questão inicial e pelas que elaborámos no sentido de delimitar o nosso fenómeno, procurámos elaborar um guião de uma entrevista que nos permitisse explorar e conhecer as emoções, sentimentos e percepções dos enfermeiros em relação à morte e o processo de morrer em cuidados intensivos; as dificuldades e as necessidades sentidas no cuidar do doente em fim de vida e as estratégias de *coping* utilizadas; assim como caracterizar a formação dos enfermeiros em cuidados paliativos e os principais contributos para cuidar melhor de doentes em fim de vida e suas famílias.

O instrumento de colheita de dados elaborado (Anexo II) encontra-se dividido em duas partes distintas: uma primeira parte que visa a caracterização dos sujeitos e uma segunda parte constituída por perguntas abertas. Para efeitos da nossa pesquisa, elaborámos um guião de uma entrevista-teste que aplicámos primeiramente a dois enfermeiros, com o objetivo de procurar compreender se correspondia à intencionalidade que depositámos. Desta aplicação-teste resultaram pequenos ajustes no guião da entrevista a aplicar no nosso estudo

Cada entrevista tem um tempo previsto de aproximadamente sessenta minutos, será gravada e decorrerá em ambiente informal, calmo e com boa acústica. Cada entrevistado será estimulado ao relato livre das suas experiências, sendo apenas interrompido para solicitar a clarificação ou a validação de alguma ideia, terminando quando o participante demonstrar ter esgotado a sua descrição. O tempo previsto para a recolha de dados em entrevistas é de dois meses.

O conteúdo de cada entrevista será transcrito literal e integralmente, de modo a manter-se o máximo de fidelidade das descrições vivenciais. Esta transcrição deverá ocorrer num momento o mais próximo possível da data em que decorreu, para podermos ter presente todo o contexto e, inclusivamente, podermos apontar alguma observação, como silêncios ou hesitações ou outro sinal de comportamento não-verbal, que tenhamos detetado e nos pareça pertinente registar.

Na metodologia qualitativa, de acordo com Van Manen (1997), a análise do conteúdo destas entrevistas, deverá decorrer em simultâneo com a fase de recolha dos mesmos.

A primeira fase do processo de análise de dados constará de tempos de leitura e releitura das descrições vivenciais, que nos permitirá aceder a uma primeira visão geral e abrangente do material recolhido. Seguidamente procuraremos organizar os relatos segundo uma ordem que pressupõe um início de uma classificação, procurando identificar parágrafos ou frases que evidenciam aspetos ligados ao fenómeno da vivência dos enfermeiros. A fase seguinte consistirá na busca uma descrição interpretativa que espelhe a vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos, apreendendo os temas que melhor caracterizam o nosso fenómeno, através da escrita e reescrita do texto. A finalidade é capturar a essência dos significados fenomenológicos. A análise reflexiva constituiu a etapa final.

A classificação dos dados será efetuada com o recurso a um programa informático, denominado “QSR NVivo9”. Esta fase inicia-se com a informatização dos relatos e a sua ordenação de acordo com a primeira análise feita durante a transcrição, tendo sempre em conta: as questões de investigação, os objetivos do estudo e o estado da arte que acompanha todo o processo.

No sentido de procurar conferir credibilidade ao nosso estudo, faremos por atender a alguns aspetos que possam garantir que a descrição e interpretação dos dados espelhe, de forma o mais fiel possível, a própria realidade vivida. Assim, faremos por tomar algumas precauções como: ir verificando, durante a entrevista se os participantes do estudo relatam de fato a sua experiência e não o conhecimento ou a opinião sobre o assunto; depois da transcrição em *verbatim* das entrevistas, voltar aos participantes e solicitar que confirmem se os relatos correspondem às suas experiências e, se necessário, proceder a alterações; solicitar a dois especialistas, com experiência na utilização do método, que realizem em conjunto o processo de análise, desde a segmentação do texto, à criação de uma estrutura de fenómeno; depois de realizada a análise do conteúdo das entrevistas, voltar a reunir com os participantes para verificar se a descrição e interpretação do fenómeno corresponde à experiência vivida dos participantes. Cremos que desta forma será possível minimizar a possibilidade de enviesamento e afastamento da realidade.

O cronograma apresentado em anexo (Anexo V) tem por objetivo orientar-nos na organização das diferentes atividades, estabelecendo as etapas a percorrer no estudo, de acordo com o tempo estipulado para a sua realização.

2. QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo obedecerá aos critérios éticos da pesquisa com seres humanos. O processo da pesquisa iniciar-se-á após ter sido dado aos entrevistados uma ampla explicação sobre o propósito e o processo de pesquisa e após obtenção, por escrito, do consentimento livre e esclarecido (Anexo I). Durante a explicação serão assegurados: o direito de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos participantes.

Será realizado um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração (Anexo III) e à Comissão de Ética (Anexo IV) da instituição em causa, para recolha dos dados necessários. Neste pedido constarão dados referentes aos objetivos do estudo, método de recolha de dados, tempo previsto para a sua realização e uma breve apresentação e justificação do trabalho de investigação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratando-se de um projeto de investigação, este trabalho procura fundamentar e enquadrar o nosso estudo à luz do conhecimento atual e simultaneamente dar resposta ao nosso interesse e motivação pessoais de desvelar e conhecer melhor o fenómeno da experiência subjetiva da vivência dos enfermeiros perante da morte em UCI.

Da sua elaboração resultou uma maior solidificação de conhecimentos e mais abrangente compreensão do fenómeno em causa e das diferentes dimensões que o constituem. Constituiu uma base de enriquecimento pessoal, pela reflexão e análise crítica que nos proporcionou ao longo da sua elaboração, quer na abordagem aos diferentes aspetos relacionados com a temática em questão, quer na construção do desenho de estudo de investigação que pretendemos levar a cabo, de forma a responder à nossa questão de partida e aos objetivos que traçámos.

Sentimos claramente, que este não é um trabalho concluído, mas um ponto de partida, uma rampa de lançamento para a sua aplicação prática no terreno, com vista à obtenção de resultados concretos, assim como para futuros trabalhos e estudos relacionados.

Não sendo intenção da investigação qualitativa, e em concreto da fenomenologia, a generalização de resultados, mas o conhecimento do fenómeno em causa, a realidade tal como ela é vivida pelos participantes, este trabalho busca aproximar-se o mais possível da experiência subjetiva, tal como é vivida por eles neste contexto muito particular. Este estudo permitirá, portanto caracterizar apenas e só a realidade concreta deste contexto específico.

De forma a obter um conhecimento mais alargado e representativo da realidade nacional, parece-nos interessante que outros estudos desta natureza possam ser levados a cabo noutras UCI do país. Isso facultaria a possibilidade de comparar resultados e caracterizar melhor a vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos no panorama português, reconhecer fragilidades e definir estratégias concertadas e organizadas que favorecessem uma melhoria do cuidado de enfermagem em cuidados intensivos em Portugal.

Esse estudo mais alargado permitiria, por sua vez, relacionar a realidade portuguesa com outros contextos internacionais e daí recolher novos subsídios e sugestões de melhoria.

Acreditamos pois, que este trabalho possa ser um pequeno contributo para a solidificação do conhecimento de enfermagem, justificando a pertinência da formação e proliferação da filosofia dos cuidados paliativos e sua aplicação em cuidados intensivos, e desse modo contribuir para um cuidado mais humanizado dos doentes em fim de vida neste contexto.

BIBLIOGRAFIA

Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos* (2ª ed.). Loures: Lusociência

Aires, L. (2011). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional* (1ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.

Araújo, M. e Silva, M. J. (2004). Communication with dying patients –perceptions of intensive care units nurses in Brazil. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 143-149.

Ariés, P. (1989). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média* (2ª ed.). Lisboa: Teorema.

Azevedo, M. C. e Louro, M. (2006). *A luz viva da morte*. Edição dos autores.

Barbosa, A e Neto, I (2010) *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, XXXVIII, 35-49.

Batista, P. (2008). *Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto: Instituto Ciências Biomédica Abel Salazar, Universidade do Porto.

Beckstrand, R., Callister, L. e Kirchhoff, K. (2006). Providing a “Good Death”: Critical care nurses` suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 15, (1), 38-45.

Benbenishty, J., Ganz, F, Lippert, A., Bulow, H.-A., Wennberg, E., Henderson, B. e colaboradores (2006). Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS study. *Intensive Care Med*, 32, 129-132.

Bernardo, A., Rosado, J. e Salazar, H. (2010). Burnout e auto-cuidado. In Barbosa, A. e Neto, I., *Manual de Cuidados Intensivos* (2º ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 773-783.

- Berner, K., Ives, G. e Astin, F. (2004). Critical care nurses' perceptions about their involvement in significant decisions regarding patient care. *Australian Critical Care*, 17 (3), 123-131.
- Bettinelli, L.A., Waskiewicz, J. e Erdmann, A.L. (2003). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo da Saúde*, 27 (2), 231-239.
- Callahan, D. (1993). *The troubled dream of living with mortality*. Nova Iorque: Simon and Schuster.
- Chalifour, J. (1989). *La Relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique*. Quebec: Gaëtan Morin Editeur.
- Cohen *et al.* (2005). Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*, 31, 1215 – 1221
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel - Edições Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Comissão de Ética para a Saúde (CES). (2011). *Seminário sobre a futilidade terapêutica e o papel das comissões de Ética para a Saúde* (Documento de orientação).
- Coutinho, C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12 (1), 5-15.
- Cruz, J. (2004). *Morte cerebral. Do conceito à ética* (1º ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cumbe, V. (2010). *Síndrome de Burnout em médicos e enfermeiros cuidadores de pacientes com doenças neoplásica em serviços de oncologia*. Porto: Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Cunha, M. (2005). Prática gerencial: uma abordagem fenomenológica. *Revista de Ciências da Administração*, 17, 1-22.

Curtis, R. (2008). Caring for patients with critical illness and their families: the value of Integrated Clinical Team. *Respiratory Care*, 53 (4), 480-486.

Curtis, R. e Vincent, J. L. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in intensive care unit. *The Lancet*, 376, 1347-1353.

Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Damásio, A. (2001). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. (13ª ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América

Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Damásio, A. (2010). *O livro da consciência. A construção do cérebro consciente*. Lisboa: Temas e Debates.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Editora Formasau.

Direção Geral Da Saúde (DGS) (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*, circular normativa de 13.7.2004, Ministério da Saúde

Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B. e Walsh, T. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing*, 33 (3), 273-281.

Fernandes, D. (1991). Notas sobre os paradigmas da investigação em Educação. *Noesis*, 18, 64-66.

Fernandes, J. (2008). *Significados do cuidado de enfermagem à pessoa idosa em cuidados intensivos*. Aveiro: Secção Autónoma das Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.

Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação. Da conceptualização à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. L. e Bouchard L. (2009). Caring for individuals at the end of life in a curative care unit: privileges and heartbreaks. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 19 (3), 2009, 110-116.

Frijda, N. (2006). *The laws of emotion*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Goleman, D. (2006). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Sábado

Gray, J.A. (1987). *The Psychology of fear and stress* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press

Grün, A (2011). *Sigo a tu lado. También al final de tu vida*. Maliaño: Editorial Sal Terrae

Gutierrez, B. e Ciampone, M. H. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41 (4), 660-667.

Hansen, L., Goodell, T., DeHaven, J. e Smith, M.D. (2009). Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. *American Journal of Critical Care*, 18 (3), 263-271.

Hennezel, M. e Leloup, J.Y. (2001) *A Arte de Morrer* (3ª ed). Lisboa: Editorial Notícias

Hennezel, M. (2006). *Morrer de olhos abertos*. Cruz Quebrada: Casa das Letras

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.

Hov, R., Hedelin, B. e Athlin, E. (2006). Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment. *Journal of Critical Nursing*, 10, 203-211.

International Council of Nurses (ICN) (2006). *ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneve: International Council of Nurses.

International Council of Nurses (ICN) (2011). *CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermagem, Ordem dos Enfermeiros.

Kirchhoff, K., Beckstrand, R. e Anumandla ,P. (2003). Analysis of end-of-life content in critical care nursing textbooks. *Journal of Professional Nursing*, 19 (6), 372-381.

Lazarus, R. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Spriger Publishing Company.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Leininger, M. (1991). *Cultural care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.

Lewis, M. (2000). *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press.

Loureiro, L. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem – crítica, estratégias e possibilidades. *Referência*, II Série (2), 21-31.

Macedo, E., Marques, I., Pinheiro, M. e Gões, F. (2010). A percepção do enfermeiro frente à morte do paciente de UTI de adulto. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 2 (1), 690-703.

Machado, C. (2010). *Vivências da Mulher em Situação de Interrupção Voluntária da Gravidez por Malformações Fetais*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instiuto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Machado, K., Pessini L. e Hossne, W. (2007). A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bioethikos-Centro Universitário de S. Camilo*, 1 (1), 34-42.

Martins, H. (1985) “Tristes Durées” In Feijó, R, Martins, H e Pina Cabral, J (orgs), *A morte no Portugal contemporâneo*. Lisboa: Editora Querco.

- Maslach, C. e Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Mckenna, G. (1994). Cuidar é a essência da prática da enfermagem. *Nursing*, 80, 33-36.
- McMillen, R. (2008). End of life decisions: nurses perceptions feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 251-259.
- Melo, A. (2005). *Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Braga: Universidade do Minho.
- Melo, R. (2005). Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda. *Revista Referência*, 1, 63-71
- Moody, R e Arcangel, D. (2006). *Vida depois da perda. Como ultrapassar a dor e encontrar a esperança*. Cascais: Editora Pergaminho
- Morgan, J. (2008). End of life care in UK critical care units – a literature review. *Nursing in Critical Care*, 13 (3), 152-161.
- Moura, C. (2011). *A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética*. Lisboa: Coisas de Ler Edições
- Moura, M. (2004). *Para uma compreensão das estratégias de coping utilizadas por crianças com cancro e respetivas mães*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Nascimento, E. e Trentini, M. (2004). O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (2), 250-257.
- Nelson, J., Cortez, T., Curtis, J., Lustbader, D., Mosenthal, A., Mulkerin, C., Ray, D. e colaboradores (2011). Integrating palliative care in the ICU. The nurse in a leading role. *Journal Hospital Palliative Nursing*, 13 (2), 89-94.
- Neto, I. (2010). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Alêtheia Editores.

Nunes, A. (2004). *A preparação dos enfermeiros para acompanhar um doente numa situação terminal de vida*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Oliveira, I. (2004). *Vivências da Mulher Mastectomizada. Abordagem fenomenológica da relação com o corpo*. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.

Oliveira, J. e Botelho, M. (2010). De Husserl a Ricoeur: um percurso metodológico aplicado à investigação em enfermagem. As propostas fenomenológica-hermenêuticas de Alexander e de Lindseth & Norberg. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 19-29.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal. Perspetiva ética*. Loures: Lusociência.

Pessini L. e Bertachini L. (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos* (2ª ed.). São Paulo: Edições Loyola.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Queiroz, A. (2004). *Empatia e Respeito*. Coimbra: Ariadne Editora.

Ramos, M. (2005). *Crescer em stress. Usar o stress para envelhecer com sucesso*. Porto: Editora Ambar.

Rodrigues, A. e Chaves, E. (2008). Fatores Estressantes e Estratégias de Coping dos Enfermeiros Atuantes em Oncologia. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 16 (1).

Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

- Rojas, E. (2009). *Amigos. Adiós a la Soledad*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Sanches, P. e Carvalho, M. (2009). Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (2), 289-296.
- Santos, A. (2001). Ética nas unidades de cuidados intensivos. In Archer *et al*, *Novos Desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora.
- Sapeta, P. e Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem com processo de interação enfermeiro doente, *Revista Referência II Série*, 4, 35-56.
- Saraiva, D. (2009). Atitude do enfermeiro perante a morte. *Nursing*, 244, 20-26.
- Schneiderman, L., Jecker, N. e Jonsen, A. (1990). Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med*, 15 (12), 949-954.
- Serrão, D. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.
- Serrão, D. (2004). Prefácio In Cruz, J.. *Morte Cerebral. Do Conceito à Ética* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Seymour, J. (2001). *Critical moments - death and dying in intensive care*. Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
- SFAP (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos) (2000). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos «Cuidar»: ética e práticas*. Loures, Lusociência.
- Shimizu, H. (2007). Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), 257-262.
- Shorter, M. e Stayt, L. (2009). Critical nurses`experience of grief in an adult care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 159-166.
- Silva, A. (1998). O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In Meyer D, Waldow V. e Lopes M. (Org.). *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, A. (2000). A dimensão humana do cuidado de enfermagem. *Revista Acta Paulista Enfermagem*, 13. 86-90

Silva, MJ (2006). *Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde* (4ª ed.) São Paulo: Edições Loyola

Sulzbacher, M., Reck, A., Stumm, E. e Hildebrandt, L. (2009). O enfermeiro em unidade de tratamento intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. *Scientia Medica*, 19 (1), 11-16.

Thompson, G., Austin, W. e Profetto-McGrath, J. (2010). Novice nurses' first death in critical care. *Dynamics*, 21 (4), 26-36.

Twycross, T. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York.

Vaz Serra, A. (2005). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Edição do Autor.

Villa, V. e Rossi, L. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (2), 137-144.

Waldow, V., Lopes, M. e Meyer, D. (1995). *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

West, E. *et al* (2009). Nursing resources and patient outcomes in intensive care: a systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 993-1011.

Wilson, J. e Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British Journal of Nursing*, 20, 559-563.

Yu, H. e Chan, S. (2010). Nurses' response to death and dying in an intensive care unit – a qualitative study. *Journal of Critical Nursing*, 19, 1167-1169.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Faculdade de Medicina do Porto

Departamento de Bioética e Ética Médica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O colega é convidado a participar nesta investigação para nos ajudar a conhecer melhor a vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos

A sua participação nesta investigação consistirá em responder a algumas pergunta sobre a sua vivência acerca da morte e do processo de morrer em UCI.

Não será estabelecido tempo de duração rigoroso e a sua resposta será gravada com o seu consentimento. Todas as informações fornecidas permanecerão confidenciais e serão somente usadas pelas pesquisadoras deste estudo. A sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária, sem qualquer consequência para si. Esperamos que possa oferecer contribuições para melhorar a qualidade do cuidado de Enfermagem em UCI, como consequência de uma consciência maior sobre a experiência de cuidar de doentes em fim de vida.

Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que possa ter em relação a este estudo, através do contacto 966371129 ou e-mail: morgado.lila@ gmail.pt

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo indicado:

Eu, _____, declaro que fui informado acerca de todas as condições inerentes ao estudo a efetuar e aceito participar no mesmo de forma voluntária.

Assinatura,

Data / /

ANEXO II - GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

I – DADOS DA ENTREVISTA

Local:

Dia:

Hora:

Duração da Entrevista:

II- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:

Enf. (nº):

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Formação Académica:

Categoria Profissional:

Tipo de Vínculo Institucional:

Tempo de exercício profissional:

Tempo de exercício profissional em UCI :

Possui experiência ou formação em cuidados paliativos? Sim ☐ Não ☐

III –QUESTÕES:

As questões que se seguem serão abertas, sem formato ou ordem rígidos, pelo que o seu objetivo é apenas delinear algumas pistas, dentro das áreas que se seguem:

-Pode falar-me da sua experiência/vivência perante a morte de um doente em UCI?

-Quais os aspetos positivos e negativos dessa experiência?

-Quais foram as situações que mais o marcaram, na sua experiência de cuidar de doentes em fim de vida?

-Que sentimentos/emoções já experienciou ao acompanhar o processo de morrer de um doente ao seu cuidado?

-O que considera ter sido mais difícil para si durante a sua experiência de cuidar de doentes em fim de vida em UCI?

-Pode falar-me das estratégias que utilizou para lidar com a situação?

-O que considera que deveria ser feito para melhorar o cuidado aos doentes em fim de vida em UCI?

ANEXO III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

Exmo Senhor Diretor do
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Assunto: Pedido de autorização para a realização de recolha de dados.

O meu nome é Marília Isabel Martinho Morgado, sou aluna do mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina do Porto, e encontro-me a desenvolver, sob orientação da Professora Irene Maria da Silva Oliveira, uma dissertação de mestrado subordinada ao tema “ Vivências dos Enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em Unidade de Cuidados Intensivos”.

Ao propor como objetivo central deste estudo: conhecer as vivências dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em UCI, torna-se indispensável a participação dos mesmos. Por conseguinte, venho requerer respeitosamente, a V. Exa., a autorização para realizar a recolha de dados no Serviço de Medicina Intensiva. O método de recolha de dados utilizado para esse efeito será a entrevista.

Pretendo que a realização da mesma ocorra no período compreendido entre 1 de Outubro e 30 de Novembro de 2012.

Saliento o carácter científico do estudo proposto e o respeito integral pelos critérios éticos, definidos em investigação, no que respeita à colheita, tratamento e análise dos dados. A confidencialidade da informação obtida e o anonimato da Instituição que V. Exa. dirige e de todos os participantes serão também garantidos.

Asseguro que, posteriormente, informá-lo-ei dos resultados da pesquisa.

Grata pela atenção e compreensão, subscrevo com os meus cumprimentos e aguardo a sua resposta.

Atenciosamente,

Marília Morgado

_____/_____/_____

***ANEXO IV - PEDIDO DE APROVAÇÃO DE DISSERTAÇÃO PELA COMISSÃO
DE ÉTICA***

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de
Ética

Assunto: Pedido de aprovação de dissertação pela Comissão de Ética

O meu nome é Marília Isabel Martinho Morgado, sou aluna do mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina do Porto, e encontro-me a desenvolver, sob orientação da Professora Irene Maria da Silva Oliveira, uma dissertação de mestrado subordinada ao tema “ Vivências dos Enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em Unidade de Cuidados Intensivos”.

Ao propor como objetivo central deste estudo: conhecer as vivências dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em UCI, torna-se indispensável a participação dos mesmos. Por conseguinte, venho requerer respeitosamente, a V. Exa., uma apreciação da presente dissertação e a autorização para realizar a recolha de dados no Serviço de Medicina Intensiva.

Saliento o carácter científico do estudo proposto e o respeito integral pelos critérios éticos, definidos em investigação, no que respeita à colheita, tratamento e análise dos dados. A confidencialidade da informação obtida e o anonimato da Instituição e de todos os participantes serão também garantidos. A única informação publicada será agrupada e analisada. Asseguro o retorno dos resultados da pesquisa.

Grata pela atenção e compreensão, subscrevo com os meus cumprimentos e aguardo a sua resposta.

Peço deferimento.

Atenciosamente,

Marília Morgado

_____/_____/_____

ANEXO V – CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Outubro 2012	Novembro 2012	Dezembro 2012	Janeiro 2013	Fevereiro 2013	Março 2013
RECOLHA DE DADOS						
ANÁLISE DE DADOS						
INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS						
REDAÇÃO DO RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO						
ENTREGA DO RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO						