

## PERCEPÇÕES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS SENTIMENTOS DE QUEM VIVENCIA O PROCESSO DE MORRER E MORTE

Ananda Fialho Rosa \*  
Valéria Lerch Lunardi \*\*  
Edison Devos Barlem \*\*\*  
Wilson Danilo Lunardi Filho \*\*\*\*

---

### RESUMO

Durante a formação das enfermeiras, estas, muitas vezes, não se sentem preparadas para lidar com pacientes e familiares que vivenciam o processo de morrer e a morte. Aprendem isso no cotidiano profissional e muitos sentimentos podem não ser reconhecidos, ao mesmo tempo que o cuidado prestado pode não corresponder às necessidades tanto do paciente como de seus familiares. Assim, tivemos como objetivo conhecer a percepção das enfermeiras acerca das manifestações e sentimentos expressos por pacientes e familiares que vivenciam este processo. Realizamos uma pesquisa qualitativa, mediante entrevistas semi-estruturadas com enfermeiras atuantes em unidades de tratamento intensivo de dois hospitais do Extremo-Sul do país. Através da análise textual, construímos duas categorias: pacientes e familiares sob o olhar das enfermeiras; e dificuldades e estratégias das enfermeiras diante do processo de morrer e morte. As enfermeiras percebem nos pacientes sentimentos de solidão, de medo, da morte como um alívio, de dor, raiva e revolta, entre outros; e nos familiares, angústia, impotência e medo. Segundo as enfermeiras, o preparo para atuar nestas situações advém de vivências consecutivas, reforçando a necessidade de uma maior preparação para que as futuras enfermeiras não ingressem na vida profissional tão desinstrumentalizadas para enfrentar tais situações.

**Palavras-chave:** Morte. Enfermagem. Cuidado.

---

### INTRODUÇÃO

Antigamente a morte era tratada com mais naturalidade. A pessoa doente sabia do fim próximo, seja por um sinal da doença seja por uma convicção íntima. Reunia sua família, expressava seus últimos desejos, sendo muito importante para ela que todas as pessoas consideradas queridas estivessem próximas dela. Convivia-se com a morte, que era aceita como parte do ciclo da vida (ESSLINGER, 2004; PESSINI, 1999; GHEZZI, 1991).

Nos tempos atuais, passamos a esconder a morte, tornando mais difícil o processo de adaptação à perda. A prática da ciência e a tecnologia complicaram ainda mais este processo, removendo a morte da realidade

cotidiana, ao mesmo tempo em que vêm fazendo a família confrontar-se com decisões sem precedentes relativas a prolongar ou terminar a vida (WALSH; McGOLDRICK, 1998). O que também se vê são pacientes considerados sem possibilidades terapêuticas ainda sendo tratados em unidades de terapia intensiva (UTI), afastados de seus familiares e amigos e de um ambiente acolhedor, principalmente porque a morte é vista como inimiga e indesejável, devendo ser evitada a qualquer custo.

Os familiares sofrem com esta separação, mas acreditam estar proporcionando ao paciente as medidas possíveis para combater a morte. Projetam nos profissionais da saúde suas esperanças de ver seu familiar recuperado

---

\* Enfermeira. Secretaria Municipal da Saúde de São José do Norte. Ex-bolsista PIBIC/CNPq. Participante do NEPES/Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da FURG. Participante do NEPES/FURG.

\*\*\* Enfermeiro. Asylo de Pobres do Rio Grande. Ex-bolsista FAPERGS. Participante do NEPES/FURG.

\*\*\*\* Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da FURG. Participante do NEPES/FURG.

e, talvez por medo do que possa significar a morte, ignoram o inevitável.

Os profissionais, por sua vez, parecem não saber lidar com pacientes que vivenciam o processo de morte iminente, já que a morte representa a impotência, o sofrimento e a perda. Alguns nem sempre consultam o paciente e seus familiares nem respeitam sua decisão ou vontade em relação ao tratamento e sua continuidade, e, influenciados por convicções profissionais, muitas vezes contribuem para a instauração de um processo de obstinação terapêutica (PAULETTI et al., 2006). Como consequência, a pessoa humana deixa de ser o objeto do cuidado, porque este é direcionado para manter a vida sem preocupar-se com a sua qualidade, e não para oferecer uma boa morte ao paciente (ESSLINGER, 2004).

Ao se falar em dignidade humana, estamos focalizando o respeito pela pessoa e pelos seus direitos, dentre eles o direito à vida, expresso no direito à saúde. Neste caso, não basta considerar “saúde” como o controle da dor e o suporte às funções fisiológicas do paciente. É preciso oferecer qualidade, em que o paciente será ouvido e seus direitos respeitados, sem sofrimento em demasia, para que assim ele possa ser conduzido para a boa morte (PESSINI, 1999).

Qualidade de vida, para quem vivencia o processo de morrer e morte, ainda que subjetiva, pode ser entendida como um processo de morte minimizando a dor e o sofrimento, tendo o paciente seus desejos respeitados, podendo compartilhar com sua família suas vivências, o que é um importante fator para evitar uma possível situação de luto complicado (ESSLINGER, 2004).

A maioria dos trabalhos científicos (PIOLI; OLIVEIRA; REZENDE, 1993; PASTORELO; GOTLIEB, 1978) que abordam o cuidado ao paciente terminal tem privilegiado estudos sobre patologias específicas em pacientes crônico-terminais, buscando identificar causas biológicas e fatores de risco associados às doenças, não enfatizando suficientemente os sujeitos que vivenciam este processo.

Neste sentido, questionamo-nos acerca das manifestações e sentimentos de pacientes e familiares que vivenciam esse processo. Como as enfermeiras têm percebido os sentimentos e

manifestações de pacientes e familiares que vivenciam o processo de morrer e morte? Estarão elas preocupadas com tais manifestações e sentimentos?

Assim, no sentido de contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos sobre o tema, o presente estudo teve por objetivo conhecer a percepção das enfermeiras acerca das manifestações e sentimentos expressos por pacientes e familiares que vivenciam o processo de morrer e morte.

## CAMINHO METODOLÓGICO

A pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos seus atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2000). Trazendo reflexões acerca da pesquisa qualitativa em saúde e tomando por base a investigação em um estudo sobre a enfermeira e o seu trabalho junto a pacientes em estágio avançado de doença, esta pesquisa foi realizada em duas instituições do extremo-sul do país: a Instituição “A” - um hospital público, possuindo 146 leitos, sendo seis leitos em unidade de terapia intensiva geral (UTI Geral); e a Instituição “B” - um hospital privado, possuindo 422 leitos, sendo onze leitos em UTI Geral.

Para a coleta de dados, foram realizadas, nas próprias unidades, entrevistas semi-estruturadas com sete enfermeiras - quatro eram da Instituição A (ENF1, ENF2, ENF3 e ENF4) e três da Instituição B (ENF5, ENF6 e ENF7) - que demonstraram disponibilidade para participar do estudo, enfocando: as manifestações de dor (físicas e emocionais) percebidas nos pacientes; o comportamento e manifestações de pacientes e familiares ante a ruptura do convívio cotidiano; os sentimentos de pacientes e familiares demonstrados e percebidos na vivência deste processo; a abordagem da terminalidade com quem vivencia o processo; o posicionamento/reação da enfermeira diante dessas manifestações de sentimentos; o preparo profissional e emocional, dificuldades e estratégias para lidar

com esta realidade; e finalmente, a importância do familiar neste processo. A pesquisa atendeu aos aspectos éticos específicos contemplados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (PROCESSO Nº 23116.002752/2005-26).

### ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, sendo realizada a correção de erros de português mais evidentes. Posteriormente, os dados foram analisados com base no método de Análise Textual (MORAES, 2003). Esse método de análise envolve três fases: **unitarização**, em que o material foi analisado detalhadamente para separar aspectos relevantes; a **categorização**, com a construção de uma relação entre as unidades de base; e finalmente, a construção de um **metatexto** como produto da combinação dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores, o que possibilitou a emergência do argumento central, comunicando os resultados da análise (MORAES, 2003; MORAES, 1999), apresentados a seguir.

#### Os pacientes e familiares sob o olhar das enfermeiras

Nenhum processo vital é capaz de suscitar nos indivíduos mais pensamentos dirigidos pela emoção e mais reações emocionais naqueles à sua volta do que o processo de morrer e morte (BOWEN, 1998). Houve consenso de que as enfermeiras precisam usar sua sensibilidade e capacidade de observação para perceber as demonstrações de sentimentos dos pacientes, possíveis de serem identificados por meio de expressões faciais, da fala - muitas vezes revoltada e -, principalmente, pelo choro. A lágrima é percebida mesmo naqueles que se encontram impossibilitados de manifestar-se verbalmente ou por outras expressões faciais (ENF1, ENF2, ENF3, ENF4, ENF5, ENF6 e ENF7).

As enfermeiras entrevistadas percebem que os pacientes se confrontam com os seus

medos e esperanças e vivenciam o luto causado pela doença de formas muito variadas. Alguns pacientes, aparentemente, demonstram não ter a percepção da proximidade da morte e, mesmo que tenham consciência disso, parecem ter dificuldade de lidar com os sentimentos intensos que acompanham esse processo. Referem, ainda, que a percepção do fim da vida pode ser um processo muito doloroso para alguns pacientes. Outros parecem perceber a morte como alívio ao seu sofrimento, muitas vezes já prolongado. Todavia, são poucos os que expressam esta consciência da proximidade da morte (ENF1, ENF2 e ENF4). Para os que parecem ter essa consciência, inúmeros sentimentos são manifestados e, às vezes, negá-los, assim como negar a morte, pode parecer negar o óbvio.

Uma alta porcentagem de pessoas morre só, presa em seus pensamentos, que não consegue comunicar para os outros (BOWEN, 1998). A solidão que os pacientes parecem sentir na vivência do seu processo de morrer e morte parece ser facilmente comprovada: “alguns até chamavam por alguém; ou chamavam pela esposa ou pelo filho” (ENF1). A presença da família torna-se muito importante para o paciente, pois parece contribuir para amenizar o sofrimento. “Geralmente, quando a família chega, eles desabam. Aí, é a hora em que eles choram...” (ENF2).

A proximidade da morte parece trazer uma profunda reflexão sobre a vida para alguns pacientes que se encontram ainda lúcidos; o medo emerge, talvez, por saber que coisas e pessoas queridas serão deixadas para trás e a possibilidade de ser esquecido pode acentuar este sentimento. Algumas enfermeiras percebem que o sofrimento de pacientes pode exacerbar-se perante o sofrimento de seus familiares pelo processo de morrer e morte vivenciado (ENF1, ENF2, ENF3, ENF4 e ENF5).

A internação na UTI é um momento que pode desencadear estresse tanto para o paciente e a equipe como para a família, pois, culturalmente, a UTI é um ambiente desconhecido e incerto, que transmite aos pacientes e familiares uma idéia da gravidade associada com a perda, podendo esta associação ser real ou não e provocar diferentes reações (BRITO, 2004).

A UTI parece ter importante significado para os familiares, o que pode estar diretamente relacionado às reações da família, pois pode, muitas vezes, antecipar uma visão de morte e assim tornar o processo ainda mais doloroso para uma família que já vem vivenciando a elaboração de um possível luto futuro. A experiência da antecipação da perda envolve inúmeras respostas emocionais ao processo, que podem incluir a ansiedade pela separação, a solidão existencial, tristeza, desapontamento, raiva, ressentimento, culpa, exaustão e desespero, dentre outras reações (WALSH; McGOLDRICK, 1998; LUNARDI FILHO et al., 2004; KNIHS; FRANCO, 2005).

As falas das enfermeiras demonstram também a revolta que percebem em alguns pacientes, durante o enfrentamento do processo de doença, quando já não há mais possibilidades terapêuticas. Por outro lado, a revolta também pode decorrer da internação hospitalar, pois os pacientes tornam-se dependentes das ações e imposições da enfermagem, mesmo contra a sua vontade.

São vários sentimentos: de raiva, de um paciente que é revoltado que, às vezes, te agride, te belisca... revoltado não só com a doença, mas revoltado com a imposição dos tratamentos, do fato de você chegar, ali, e aspirá-lo, pois é muito desconfortável (ENF4).

As enfermeiras percebem a lágrima como a principal manifestação de dor física e emocional dos pacientes.

Era uma forma de demonstração de sentimento. Ela não queria falar, mas estava chorando, ela estava incomodada com aquilo, tu vias que ela devia estar triste (ENF4).

A gente acha que, por uma feição diferente que ele mostrar... que ele está com dor. Às vezes, ele está em coma, mas pode mostrar alguma expressão ou ele está mais superficial e apresentou alguma expressão que a gente imagina que seja dor (ENF3).

Já os familiares, segundo as enfermeiras, vivenciam a angústia e a impotência geradas pelo processo de doença. Demonstram seus sentimentos e necessitam de um suporte maior,

que pode ser representado pelo diálogo, quando os trabalhadores se dispõem a compartilhar o sofrimento e a experiência do cuidar, ouvindo, expressando palavras de conforto, demonstrando atenção, carinho, fazendo-se presente junto ao doente e seus familiares. Esta presença pode amenizar o sofrimento de ambas as partes, acalmando o enfermo e contribuindo para a elaboração do luto por parte do familiar.

A impotência sentida pelos familiares é percebida pelas enfermeiras quando estes se mostram ou se reconhecem como completamente incapacitados para ajudar o doente naquele momento. Não sabem como agir, sentem-se confusos com o processo de doença e, principalmente, temem a perda, pois podem não estar preparados para ela.

Muitos se angustiam. [...] Tu consegues perceber que o familiar tem uma expressão facial de sofrimento bastante importante (ENF1).

As famílias podem vivenciar uma gama de sentimentos. Fortes emoções podem vir a ser percebidas pelas enfermeiras, em diferentes momentos do processo de morrer e morte do paciente, como sentimentos de raiva, desapontamento, desamparo e abandono, podendo até o familiar sentir-se aliviado com o fim do sofrimento e da tensão que sentem por acompanhar a agonia do familiar doente, fato que costuma vir carregado de culpa por parte da família (WALSH; McGOLDRICK, 1998).

A gente percebe todos os sentimentos nos familiares. Desde aquele de profundo desprezo, onde ele chega perto do paciente e fala: 'Ah, acho que ele está morrendo, já!' e não demonstra nada, até aqueles de total desespero. Desespero, loucura e gritar, no meio da UTI, e chorar e se emocionar muito e aqueles que tentam ser bem fortes e passar para o paciente bastante força, para que ele possa se recuperar e ficar firme, ali (ENF3).

Todavia, também se vê a família tentando fortalecer o paciente e as suas esperanças, mostrando-se presente e participativa junto ao processo vivenciado pelo doente.

### **Dificuldades e estratégias das enfermeiras frente ao processo de morrer e morte**

Durante as entrevistas, as enfermeiras demonstravam que falar sobre esta temática com pacientes e familiares parece ainda ser um “tabu” entre os profissionais, apesar de reconhecerem a necessidade de dizer aos protagonistas do processo de morrer e morte a verdade sobre o diagnóstico e o tratamento a ser seguido, assim como estimulá-los a falar sobre o assunto para uma melhor elaboração do processo que vivenciam. Pareciam acreditar que, possivelmente, seja um ato de crueldade falar sobre a morte ou “anunciar” a morte futura para aqueles que ainda não estão preparados para aceitá-la ou encontram-se na vivência de um processo de negação (ENF1, ENF2 e ENF5).

As enfermeiras parecem preferir manter-se mais distantes do sofrimento dos pacientes - atitude que pode ser considerada também como uma dificuldade por elas vivenciada - considerando que um envolvimento maior com pacientes e familiares pode lhes acarretar sofrimento, pois passariam a sentir e a reagir frente ao seu sofrimento sem separar o lado profissional do lado emocional:

Eu procuro ficar meio distante. Não distante do paciente e não distante da família, mas, realmente, como profissional não me envolver muito (ENF2).

Como consequência desta postura, algumas enfermeiras parecem frias, diante do sentimento e da dor alheia, como que se necessitassem tornar-se um pouco menos humanas para desenvolver um bom trabalho, principalmente dentro de uma unidade de terapia intensiva e, assim, não se abalarem, frente às manifestações de sentimentos de pacientes e seus familiares. O envolvimento e a troca de sentimentos parecem ser proibidos, pois caso exista uma relação mais profunda com o paciente, o equilíbrio poderia ficar mais sensível, o profissional confundir os fatos e esquecer da objetividade que é necessária para as tomadas de decisão rápidas, dentro da UTI (BETTINELLI, 1998).

As enfermeiras também definem como dificultoso o fato de estarem trabalhando com

o imprevisível, pois não podem antever os acontecimentos nem preparar-se para lidar com eles. Manifestam ainda diferentes sentimentos durante a vivência do processo de morrer e morte dos seus pacientes. Sentem-se, muitas vezes, angustiadas, e manifestam impotência perante a morte do paciente e perante a sua família, que, na maioria dos casos, mostra-se inconformada com a situação da morte.

Tu estás lidando com a iminência de morte, tu estás lidando com o sofrimento dos outros, tu estás lidando com a dor e com a perda, tu estás lidando com muita coisa negativa e isso, em alguns momentos, faz com que tu fiques fragilizada” (ENF1)

Referem que necessitam de momentos de solidão e espaços para reflexão, de palavras de consolo e de apoio emocional e profissional, em momentos em que o trabalho dentro de uma UTI se torna pesado demais. Algumas também buscam, na literatura e/ou na espiritualidade, o suporte emocional que necessitam para equilibrar suas emoções (ENF1, ENF2, ENF3, ENF4 e ENF5).

Em uma UTI, como também nas demais unidades de internação, a enfermeira atua em muitas atividades que envolvem o cuidado ao paciente e, além disso, tarefas administrativas fundamentais para o funcionamento da unidade. A organização do trabalho também interfere nas relações dos profissionais com os familiares, sendo identificada como uma dificuldade, pois aqueles desejam uma maior aproximação com estes últimos, a qual não acontece, muitas vezes, por falta de tempo, pois os profissionais, no seu cotidiano, precisam priorizar outras atividades (ENF1, ENF2, ENF3, ENF4, ENF5 e ENF6).

Os profissionais parecem buscar, no apoio ao paciente em estágio avançado de doença, uma alternativa para promover o seu bem-estar, através da sua presença como forma de cuidado, visto que é nesta etapa que os pacientes se encontram mais fragilizados, não somente pelo processo patológico que vivenciam, mas também pela solidão que sentem devido ao afastamento - muitas vezes abrupto - de seus familiares.

Em alguns momentos, tu sentes a necessidade de ficar próximo e

mostrando para ele que tem alguém, ali dentro, que está se importando com ele (ENF1).

Não obstante, relatam que tentam, na medida do possível, flexibilizar a rotina da unidade para permitir a entrada do familiar fora do horário de visita e maior tempo de permanência com o paciente, pois vêm a presença da família como um cuidado que não pode ser prescrito formalmente pelos médicos, demonstrando, assim, toda a importância que dão às relações familiares durante esse processo, tão difícil para ambas as partes (ENF1, ENF2, ENF3, ENF4, ENF5, ENF6 e ENF7).

As enfermeiras entrevistadas afirmam não ter sido formalmente preparadas na academia para lidar com situações de morte. Reconhecem que o preparo advém da vivência profissional, que está em constante construção. Grande parte das enfermeiras entrevistadas demonstrou a importância de ressaltar que, no início da atividade profissional, todo óbito é traumático, mas, com o passar dos anos e com a experiência adquirida, as situações de morte passam a ser compreendidas como naturais, podendo o profissional atuar mais plenamente nessas situações, pois o tempo lhe confere experiência e maior segurança (ENF1, ENF2, ENF3, ENF4, ENF5).

A morte é um fenômeno que faz repensar uma série de conceitos e desperta vários sentimentos. Para algumas enfermeiras, falar sobre a morte pode parecer mórbido, mas para outras acontece o oposto, permitindo reformular valores, crenças e certezas (LIMA, 2004; ESPERIDIÃO; MUNARI, 2005).

O cuidado humanizado ao paciente terminal continua sendo preconizado pelas enfermeiras, e várias estratégias parecem ser adotadas por elas para o desenvolvimento daquilo que os pacientes ou seus familiares consideram “cuidado humanizado”. O cuidado humanizado, para o enfermo, pode significar a manutenção do que ele considera ser “dignidade”, mas este conceito pode variar de indivíduo para indivíduo. Todas as ações do profissional devem ter como meta a busca da dignidade humana. As ações devem estar centralizadas na pessoa enferma e na promoção de seu bem-estar dentro da unidade, e não somente em sua patologia e nos

equipamentos e medicações necessárias à manutenção da vida (WALSH; McGOLDRICK, 1998).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As manifestações de sentimentos por parte de pacientes e familiares estão presentes no cotidiano das instituições hospitalares, principalmente dentro das UTI, devendo-se dar-lhes a devida importância, para que não deixem de ser percebidas e identificadas como tais pelas profissionais de enfermagem. Os diversos mecanismos de manifestação de sentimentos também são importantes, pois a mais sutil das manifestações também merece reconhecimento.

A enfermeira possui papel muito importante na humanização do cuidado prestado dentro de uma UTI. É ela uma das pessoas que mais têm contato com os enfermos e, por este fato, possui a responsabilidade de estar atenta aos sentimentos e manifestações dos pacientes no processo de enfrentamento da doença e no processo de morrer e morte que vivenciam.

As enfermeiras conseguem perceber e identificar em seus pacientes que vivenciam o processo de morrer e morte sentimentos como a **solidão**, o **medo**, a percepção da **morte como um alívio**, a **dor**, a **raiva**, a **revolta** e outros. Para identificá-los, usam de sua sensibilidade e capacidade de observação, pois os sentimentos são percebidos, por meio de expressões faciais, de alterações de sinais vitais, da agitação, do choro dos pacientes, já que são raros aqueles que se encontram lúcidos e em condições de manifestar-se através da fala. Notam que a maioria dos pacientes não parece ter consciência do momento vivenciado, podendo as manifestações e expressões de sentimentos destes pacientes não ser identificadas e tratadas como tais.

Também nos familiares são identificados, por intermédio de suas expressões faciais e de suas verbalizações, sentimentos como a **angústia**, a **impotência**, a **confusão** e o **medo**; entretanto, as próprias enfermeiras percebem como insuficiente o contato que possuem com os familiares, e gostariam de ter uma proximidade maior com eles, mas não o

conseguem, segundo elas, devido às rotinas de trabalho da unidade e à falta de tempo, já que precisam priorizar outras atividades.

Uma maior atenção precisa ser dada aos familiares de pacientes identificados como sem possibilidades terapêuticas. Os familiares são muito importantes no cuidado de pacientes com este perfil. São considerados como a principal base de apoio para seu membro enfermo e também precisam de suporte emocional para poderem atuar de maneira positiva no processo de doença desse familiar. O suporte emocional torna-se uma intervenção da enfermagem, quando identificado como diálogo e elucidação de dúvidas dos familiares, que precisam ser informados sobre os acontecimentos e decisões diagnósticas relativas ao cuidado e tratamento do paciente internado.

Nenhum ser humano deve morrer só. É preciso que seus sentimentos e vontades sejam respeitados no momento em que vivenciam toda a solidão de sua existência. O doente precisa sentir-se humano até o fim de sua existência para que possa aceitá-lo. A despersonalização ainda existente nas UTI atualmente só faz com que o paciente perca um pouco de sua dignidade e da sua condição de ser humano, tornando-se só mais um a passar por esta situação, sem obter a devida atenção.

A UTI torna-se, com frequência, um ambiente pouco humanizado, cujo funcionamento é praticamente perfeito quanto à técnica, porém, em algumas situações, desacompanhado de afeto, atenção e solidariedade. O grande desafio dos profissionais da saúde é

cuidar do ser humano em sua totalidade, preservando sua identidade pessoal, sem transformá-lo apenas em “objeto” de cuidado (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004).

É preciso suscitar nos profissionais atuantes nesse processo a necessidade e a importância de ver e tratar o paciente sem possibilidades terapêuticas como um ser humano que merece respeito e necessita ser considerado como tal em seus últimos momentos de vida, e de dar a devida importância também aos familiares que acompanham todo o processo.

Para tanto, os profissionais precisam vencer tabus e dificuldades impostas, muitas vezes, por eles mesmos. Tratar o paciente com respeito e dignidade não significa obrigatoriamente envolver-se emocionalmente com ele. Significa, sim, levar em consideração e valorizar seus aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Significa ouvi-lo em suas ansias e estar presente sempre como forma de cuidado, atuando da mesma forma também com os familiares.

Segundo as enfermeiras, o preparo para atuar diante destas situações advém com o tempo, através de vivências consecutivas que conduzem o profissional à experiência. Da mesma forma, enfatizamos a necessidade de uma melhor/maior preparação durante a academia, para que os futuros profissionais não ingressem na vida profissional sem instrumentos para enfrentar estas situações, que parecem ser tão comuns em uma unidade de terapia intensiva.

---

## PERCEPTIONS OF NURSES TO THE FEELINGS OF WHO LIVES THE PROCESS OF DYING AND DEATH

### ABSTRACT

During training, nurses often do not feel prepared to deal with patients and family members as they go through the process of dying and death. Instead, they learn through professional experience and consequently fail to recognize many feelings, while the rendered care often falls short of the needs of the patient and relatives alike. As such, we set as our objective to find out the nurses' perception concerning the manifestations and feelings expressed by patients and family that go through this process. We accomplished a qualitative research by conducting semi-structured interviews with active nurses in the intensive care units of two hospitals in the southernmost part of the country. Through textual analysis, we built two categories: patients and family under the nurses' observation; and difficulties and strategies of the nurses in relation to the process of dying and death. The nurses notice, among patients, feelings of loneliness, fear, of death as a relief, pain, anger and rage, among others; and among relatives, anguish, impotence and fear. According to the nurses, the preparation to act in these situations comes from repeated experiences, reinforcing the need for greater training so that future nurses do not enter the professional field so unprepared to face such situations.

**Key words:** Death. Nursing. Nursing care.

## PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS FRENTE A LOS SENTIMIENTOS DE QUIEN VIVENCIA EL PROCESO DE MORIR Y MUERTE

### RESUMEN

Durante la formación de las enfermeras, éstas, muchas veces, no se sienten preparadas para lidiar con pacientes y familiares que vivencian el proceso de morir y muerte. Aprenden en el cotidiano profesional, y muchos sentimientos pueden no ser reconocidos, al mismo tiempo que el cuidado prestado puede no corresponder a las necesidades tanto del paciente como de sus familiares. De esa manera, tuvimos como objetivo conocer la percepción de las enfermeras acerca de las manifestaciones y sentimientos expresados por pacientes y familiares que vivencian este proceso. Realizamos una pesquisa cualitativa, mediante entrevistas semi-estructuradas con enfermeras actuantes en unidades de tratamiento intensivo de dos hospitales del extremo sur del país. A través de análisis textual, construimos dos categorías: pacientes y familiares bajo el mirar de las enfermeras; y dificultades y estrategias de las enfermeras frente al proceso de morir y muerte. Las enfermeras perciben, en los pacientes, sentimientos de soledad, miedo, de la muerte como un alivio, dolor, rabia y rebelión, entre otros; y, en los familiares, angustia, impotencia y miedo. Según las enfermeras, la preparación para actuar en estas situaciones adviene de vivencias consecutivas, reforzando la necesidad de una mayor preparación para que las futuras enfermeras no ingresen en la vida profesional tan desinstrumentalizadas para enfrentar tales situaciones.

**Palabras Clave:** Muerte. Enfermería. Cuidado de enfermería.

### REFERÊNCIAS

- BETTINELLI, Luiz Antonio. **Cuidado solidário**. Passo Fundo: Bertier, 1998.
- BETTINELLI, Luiz Antonio; WASKIEWICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.
- BOWEN, Murray. A reação da família à morte. In: WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Monica. **Morte na família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- BRITO, Cândida Márcia. O tempo do enfermeiro com a família da unidade de terapia intensiva. In: SILVA, Maria Júlia Paes. (Org.). **Qual o tempo do cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Loyola, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.
- ESPERIDIÃO, Elizabeth; MUNARI, Denise Boutellet. A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 163-170, maio/ago. 2005.
- ESSLINGER, Ingrid. **De quem é a vida afinal?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- GHEZZI, Maria Inês Leal. **Convivendo com o ser morrendo**. 1. ed. Porto Alegre: Sagra, 1991.
- KNIHS, Neide da Silva; FRANCO, Selma Cristina. A família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativas frente a este cuidado. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 139-48, maio/ago. 2005.
- LIMA, Adriana Aparecida de Faria. A morte, o tempo e o cuidar. In: SILVA, Maria Júlia Paes da. (Org.). **Qual o tempo do cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Loyola, 2004.
- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; NUNES, Anderlei Collares; PAULETTI, Glaunise; LUNARDI, Valéria Lerch. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais. **Fam. Saude Desenvolv.**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 100-110 maio/ago. 2004.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Cienc. Educ.**, Bauru, v. 9, n. 2, p. 191-211, jun./dez. 2003.
- MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, mar. 1999.
- PASTORELO, Edmur Flávio; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Mortalidade por câncer no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 1-15, mar. 1978.
- PAULETTI, Glaunise; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; SILVA, Mara Regina Santos da; LUNARDI, Valéria Lerch. Percepções/posturas da equipe multiprofissional de saúde sobre a participação da família nas tomadas de decisão na assistência ao paciente terminal. **Enferm. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 12-19, jan./fev. 2006.
- PESSINI, Leo. **Morrer com dignidade**. 11. ed. Aparecida: Santuário, 1999.
- PIOLI, Eliane Regina; OLIVEIRA, Neide Mattar; REZENDE, Alonso G. Caracterização da demanda de pacientes com carcinoma de colo uterino no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 421-427, out./dez. 1993.
- WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Monica. **Morte na família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

**Endereço para correspondência:** Ananda Fialho Rosa. Rua Dr. Laviera, 167 – Jardim do Sol. CEP: 96.216-040. Rio Grande – RS. E-mail: anandarg@vetorial.net



Recebido em: 03/04/2006 / Aprovado em: 31/07/2006