

# Sentimentos de estudantes de mestrado diante a morte da pessoa em situação crítica

Sílvia Jorge Delgado<sup>1</sup>  João Francisco de Castro<sup>2</sup>  Vitor Manuel Costa Pereira Rodrigues<sup>3,4</sup>   
Carlos Manuel Torres Almeida<sup>3,4</sup> 

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – EPE. Lamego, Portugal.

<sup>2</sup>Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – UTAD. Vila Real, Portugal.

<sup>3</sup>Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano – CIDESD. Vila Real, Portugal.

<sup>4</sup>Centro Académico Clínico de Trás-os-Montes e Alto Douro-Professor Doutor Nuno Grande – CACTMAD. Vila Real, Portugal.

E-mail: calmeida@utad.pt

## Resumo

A morte faz parte do quotidiano da vida dos enfermeiros, principalmente quando lidam com pacientes em situação crítica. A forma como percebem a morte pode ser relevante para uma prestação de cuidados humanizados. Objetivo: identificar quais os sentimentos de estudantes de um programa de mestrado perante a morte e a sua influência na prestação de cuidados a pacientes críticos. Método: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, aprovada pela comissão de ética da Universidade (Doc11/CE/2018 de 09/04/2018). Realizaram-se entrevistas a 11 estudantes, processadas por análise de conteúdo. Resultados: os principais sentimentos associados à morte dos pacientes foram: impotência, frustração/revolta, tristeza/angústia, aceitação, alívio e distanciamento. Conclusão: os estudantes criam barreiras emocionais para gerir o sofrimento dos pacientes com que lidam, sendo importante que estas não comprometam a qualidade dos cuidados. Os sentimentos dos estudantes perante a morte influenciam positivamente o cuidado ao paciente crítico, pois as vivências e experiência de vida permitem-lhes prestá-los com mais serenidade.

**Palavras-chave:** Análise de Sentimentos. Morte. Enfermeiros. Cuidados Críticos.

## INTRODUÇÃO

Apesar de pouco falado e, por vezes, até evitado, o tema da morte e do morrer tem sido cada vez mais investigado. A evolução tecnológica e científica verificada nas últimas décadas deu-nos a ilusão do controlo absoluto sobre a doença e, efetivamente, vive-se mais e morre-se cada vez mais tarde, contudo a morte continua a ser algo que não controlamos: não decidimos quando morre-

remos nem quando os nossos entes queridos irão morrer. Os avanços científicos dos últimos séculos, melhores cuidados de saúde e o aumento da esperança de vida deram-nos a falsa ideia de imortalidade, algo que ainda não alcançamos e que dificilmente alcançaremos. Portanto, a morte é uma realidade. Temos de lidar com ela e temos o dever de cuidar de pessoas em “processo de morte”,

tornando-se vital encarar esta temática de forma equilibrada, a fim de prestar bons cuidados de saúde e evitar sentimentos disforicos.

A maioria dos enfermeiros terá inevitavelmente de lidar com a morte, por vezes diariamente, nos locais de trabalho e “olhá-la nos olhos”. Torna-se, assim, premente conseguir encará-la como parte da vida, sem a desvalorizar ou evitar. É importante, por isso, promover a discussão sobre este tema, não só entre os profissionais de saúde, mas também na sociedade em geral<sup>1</sup>. São vários os estudos que indicam que a formação académica dos profissionais de enfermagem está essencialmente vocacionada para a manutenção da saúde e o prolongamento da vida levando, desse modo, a que a morte possa ser vista como um insucesso ou fracasso profissional. Essa realidade pode desencadear sentimentos de culpa e tristeza, pelo que se torna fundamental que os profissionais de saúde sejam preparados científica e psicologicamente para lidar com o tema<sup>1,2</sup>. Assim, resulta de várias pesquisas a constatação de que os enfermeiros manifestam dificuldade em lidar com esta fase do ciclo de vida.

Os temas da morte e do morrer provocam desconforto e remetem-nos para a nossa própria finitude<sup>1</sup>. Não obstante tratar-se de um tema incómodo, é extremamente importante que os enfermeiros ultrapassem este desconforto e contornem mecanismos de defesa que podem surgir, tais como afastamento ou negação, perante os pacientes em fim de vida<sup>2,3</sup>. Num estudo sobre a experiência de morte de pacientes para os profissionais de enfermagem, alerta-se para o facto de aqueles sofrerem perante a perda dos pacientes e de nem sempre conseguirem

lidar com as situações de fim de vida ou proporcionar conforto aos familiares<sup>4</sup>. Referem, ainda, possíveis consequências desta situação para os profissionais de saúde, podendo resultar em problemas físicos e emocionais. As autoras expõem a importância de refletir sobre a preparação dos enfermeiros para as vivências da morte e do morrer.

São vários os estudos onde se revela que estas temáticas são abordadas e investigadas, essencialmente no ensino, na formação de base e na prática dos enfermeiros dos serviços oncológicos, dos cuidados paliativos e dos cuidados intensivos<sup>5,6</sup>, mas será que os enfermeiros que decidem continuar os estudos e enveredar por um mestrado, estarão eles despertados para a complexidade dos temas da morte e do morrer? A decisão de prosseguir os estudos e, particularmente, de frequentar um mestrado demonstra um grande interesse pelo aperfeiçoamento profissional e requer a incorporação do método científico aplicado à prática, de modo a obter um conhecimento baseado no rigor metodológico e nos fundamentos científicos. Questionamos, contudo, se o incremento científico na prática virá acompanhado de uma maior compreensão e capacidade de lidar com a morte e o morrer.

Foi com base nestas preocupações que decidimos realizar esta pesquisa, com a questão de partida: “Quais os sentimentos de estudantes de um programa de mestrado perante a morte e a sua influência na prestação de cuidados a pacientes críticos” De forma a dar resposta a esta questão, definiram-se como objetivo identificar quais os sentimentos de estudantes de um programa de mestrado perante a morte e a sua influência na prestação de cuidados a pacientes críticos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo no sentido em que visa explorar uma experiência de vida (neste caso, o tema da morte), do ponto de vista de quem a experimenta. A população é constituída pelos estudantes do Mestrado da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Neste sentido, a amostra é não probabilística e intencional, acidental ou de conveniência. Consideramos como critério de inclusão ser estudantes do Mestrado da Pessoa em Situação Crítica, que estejam no exercício ativo de enfermagem, e que no seu local de trabalho, lidam com doentes em situação crítica. Para este estudo contribuíram 11 participantes, existindo 18 estudantes que cumpriam os critérios de inclusão, tendo-se cumprido o princípio da saturação dos dados. De modo a cumprir os requisitos éticos a pesquisa foi validada pela Comissão de Ética da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Doc11/CE/2018 de 09/04/2018) e foi obtida a autorização para a elaboração das entrevistas. Para a recolha de dados, recorremos a uma entrevista semiestruturada constituída por duas partes. A primeira foi constituída por questões fechadas destinadas a recolhas de dados sociodemográficos que permitiram a caracterização dos participantes: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, tempo de serviço e serviço onde exerce funções. A segunda parte foi composta por várias questões norteadoras que abordaram aspetos inerentes à perceção da morte e do morrer de onde salientamos as questões “O que representa para si a morte?”, “Que sentimentos lhe provoca este tema? “Que sentimentos lhe provoca a morte dos pacientes?” e “A forma de lidar e encarar a morte influenciam os cuidados que presta ao paciente em fim de vida?”

Para a realização das entrevistas seguiram-se os seguintes procedimentos: contactamos os estudantes do Mestrado da Pessoa em Situação Crítica no sentido de perceber quem estaria dis-

ponível para participar no estudo. Para aqueles que demonstraram disponibilidade e abertura, agendamos o dia e a hora, para a realização da entrevista, procurando, para o efeito, um local com ambiente calmo e recatado de modo a facilitar a conversação. Antes da entrevista, explicamos o objetivo do estudo, obtivemos o consentimento informado verbal e a autorização para a gravação das entrevistas em formato mp4. Asseguramos o direito à recusa em qualquer momento da recolha de dados, bem como a garantia do anonimato. No total entrevistamos 11 estudantes do referido Mestrado, entre os meses de maio de 2018 e fevereiro de 2019. As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos; foram gravadas e posteriormente transcritas, a fim de serem processadas através do método de análise de conteúdo. Salvaguardamos que, na transcrição das entrevistas, respeitáramos o registo de língua utilizado pelos participantes o qual se apresenta maioritariamente nas modalidades do registo corrente e familiar.

No procedimento de recolha, de tratamento e de análise de dados tivemos em conta as considerações éticas, garantindo o supramencionado consentimento informado dos participantes, o seu anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos. Para o tratamento de dados, recorremos à estatística descritiva para a caracterização sociodemográfica e à análise de conteúdo para o tratamento de informações constantes da segunda parte da entrevista, resultantes de questões a perceção da morte e do morrer.

Para a análise de conteúdo procuramos respeitar criteriosamente os procedimentos descritos por Bardin<sup>6-7</sup> que se organiza em torno de três fases: i) pré-análise (leitura flutuante das entrevistas e redefinição dos objetivos) ii) exploração do material (criação das categorias) e iii) tratamentos dos resultados, das inferências e da interpretação. De forma a manter o anonimato dos discursos, estes surgem codificados com E1, E2, E3 sucessivamente.

## RESULTADOS

Participaram no estudo 11 estudantes, com uma experiência profissional entre 4 e 23 anos. Os resultados sugerem uma grande disparidade na experiência profissional, que poderá influenciar as percepções perante a morte e o morrer relatadas. A média de tempo de serviço é de 11,6 anos (com uma forte influência da moda, na faixa dos 11-15 anos), o que remete para o domínio de uma faixa etária relativamente jovem dos enfermeiros mestrados, o que, mais uma vez, pode influenciar as suas percepções sobre o tema tratado. A maioria dos participantes possui uma licenciatura e apenas um possui grau de mestre. Quanto ao local onde exercem funções, 3 dos participantes trabalham no serviço de urgência e 3 trabalham no serviço de medicina, perfazendo um total de 54,5%. Cada um dos cinco restantes inquiridos trabalha em serviços diferentes (Unidade de cuidados intensivos, Bloco operatório e unidade de isolamento). As idades dos participantes estão compreendidas entre os 28 e 49 anos, com uma média de 35,2 anos de idade e uma moda de 31-35 anos. No que concerne ao estado civil, oito participantes são casados e três são solteiros. Relativamente ao género participaram sete estudantes do sexo feminino e quatro do sexo masculino.

Com relação aos resultados sobre a percepção da morte e do morrer, numa primeira abordagem, questionamos os participantes sobre a percepção da morte num âmbito alargado, não relacionado diretamente com o contexto de trabalho, verificando que a maioria dos participantes não estabelece uma clara distinção entre a vivência de morte fora e em contexto de trabalho, pois muitos relatos fazem referência às situações vividas em ambiente laboral. Optámos, assim, por abordar as questões relacionadas diretamente com o processo de morte/morrer dos pacientes. Os participantes foram questionados sobre

quais os sentimentos e atitudes que o tema da morte lhes provocava, tendo emergido uma grande Categoria – Sentimentos, na qual se revelaram 6 Temas: Tristeza/Angústia, Distanciamento, Alívio, Aceitação, Frustração/Revolta e Impotência (Tabela 1).

Optamos por agregar os temas “Tristeza” e “Angústia” e ainda “Frustração” e “Revolta” por se enquadrarem no mesmo registo de emoções. Sem esta agregação, as categorias teriam sido menos significativas e mais dispersas no que diz respeito às unidades de registo.

O tema com maior peso é tristeza/angústia e distanciamento, assinaladas por cinco participantes.

Os sentimentos revelados de “Tristeza/Angústia” são evidentes nos relatos:

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

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

Já a categoria Distanciamento realça-se nos seguintes discursos:

*... não fico muito a pensar no assunto (...)  
dou sempre o melhor de mim. (E1)*

*... há pessoas, como é na unidade que estão muito instáveis e acabem por nem interagir muito contigo, portanto acabas por ver que aquilo vai correr mal, mas também a pessoa nem está a interagir contigo. (E7)*

A questão do distanciamento emocional perante o paciente é ainda visível nas falas:

*Alguns, indiferença porque não estabelece aquela empatia com o paciente. (E3)*

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

O sentimento de “Alívio”, associados à

morte dos pacientes, é descrito por alguns dos participantes, principalmente em situações de doença crônica e incurável ou de sofrimento extremo:

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

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

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

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

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

Outros sentimentos referidos pelos participantes perante a morte dos pacientes é a "Frustração/Revolta", espelhados nos seguintes discursos:

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

Os sentimentos de "Frustração/Revolta" encontram-se, ainda, relacionados com a "temporalidade da morte"

*senteste um bocadinho frustrada, porque é novo (...), mas porquê? Fizemos tudo? Não fizemos? (E10)*

Um dos participantes referiu sentimento de "Impotência" perante a morte dos pacientes:

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

Quando confrontados com a questão se

"A forma de lidar e encarar a morte influencia os cuidados que presta ao paciente em fim de vida?" Seis participantes acreditam que sofrem influências nos cuidados que prestam ao paciente em fim de vida enquanto cinco participantes acreditam que não são influenciados. (Tabela 2)

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

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

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

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

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

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

Numa análise mais aprofundada, os cinco participantes que consideram não ser influenciados relacionam tal facto com a importância e o sentido ético aplicados aos cuidados que prestam ao paciente em fim de vida, à parte de qualquer opinião pessoal:

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

**Tabela 1** – Unidades de registo e de significação por tema, relativamente a questão “Que sentimentos lhe provocam a morte dos pacientes?” (n=11). Vila Real, Portugal, 2018.

Temas	Que sentimentos lhe provocam a morte dos pacientes	
	Unidades de registo	Unidades de significação
Tristeza/ angústia	....	E1 -Fico sempre mais magoada quando são pacientes jovens. E11 - Se tiveres ligação, se o paciente tiver “relação de vida”, dá-nos mais aquela tristeza.
Distanciamento	....	E2 - ... Agora com os pacientes... a morte é mais fácil de aceitar porque não são nossos. E4 - Torna-se relativamente mais fácil eu lidar “cá dentro” com a morte sem depois raciocinar muito com o que vais acontecer depois a posteriori, seja ele o sofrimento da família, aquelas fases do luto, se calhar é um mecanismo de autodefesa... passa um bocadinho por aí, tenter afastar-me um bocadinho dessas situações... funerais e afins. E9 - Nas outras vezes não há sentimentos, para nos é uma situação tão normal, era o “fim de linha”.
Alívio	...	E6 - Forem coisas espectáveis e fim de vida para terminar o sofrimento, as vezes é um sentimento de alívio...a pessoa teve a sua vida, mas por algum motivo está a terminar. E9 - Em muitos casos até é um sentimento de alívio porque acabou um sofrimento muito grande.
Aceitação/ sensação dever cumprido	...	E5 - Se são pessoas idosas, que estão em sofrimento, que já não têm vida de relação aceito com naturalidade... é um sentimento de aceitação. E8 - Às vezes o sentimento de missão cumprida
Frustração/ revolta	..	E5 - Quando são pessoas mais jovens aí um bocadinho mais de revolta. E7 - Às vezes provocam-me revolta, nestes casos por exemplo em que chamam os paliativos muito tarde, nos casos em que os médicos...por exemplo chega um e diz que não é para fazer nada, chega outro e diz “eu sei que não é para fazer nada, mas ele também não vai morrer comigo!
Impotência	.	E8 - Outras vezes, não diretamente pelos meus cuidados, aquele sentimento de “podíamos ter feito mais alguma coisa”.

**Tabela 2** – Unidades de registo e de significação por categoria, relativamente a questão “A forma de lidar e encarar a morte influenciam os cuidados que presta ao paciente em fim de vida?” (n=11). Vila Real, Portugal, 2018.

Categoria	A forma de lidar e encarar a morte influencia os cuidados que se prestam ao paciente em fim de vida	
	Unidades de registo	Unidades de significação
Sim	.....	E4 - Sim, influencia sempre (...) As nossas vivências pessoais ou profissionais influenciam-nos de forma positiva ou negativa. E7 - Acho que sim, a gente por muito que tente ser um elemento que seja impermeável ao próximo isso é impossível porque tu és uma pessoa com as tuas características, com as tuas crenças.
Não	....	E1 - Uma pessoa tem de se abstrair e tentar superar as coisas e tentar sempre dar o melhor de nós. E3 - Não, não influencia (...) se tenho de proporcionar conforto a um paciente não é por eu ter medo da morte que vou prestar piores cuidados.

## DISCUSSÃO

Apesar de a maioria dos participantes considerar a morte como uma fase natural do ciclo de vida, o tema provoca sentimentos negativos de tristeza, angústia e impotência, indo assim ao encontro de outros estudos já realizados, nomeadamente com enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos<sup>1,2</sup>. O fator ligação emocional bem como o tempo de permanência do paciente no serviço aumenta o sentimento de tristeza perante a sua morte<sup>8</sup>. A proximidade em casos de permanência prolongadas nos serviços ou, em caso de vários reinternamentos, é difícil de contornar, sendo os enfermeiros os profissionais que mais tempo permanecem junto dos utentes. Ao cuidar da pessoa, criam-se laços, empatia com os pacientes e as respetivas famílias. É também premente a questão da idade, sendo para a maioria dos participantes condição que poderá levar ao incremento desta sensação de “Tristeza/Angústia”, pois torna-se difícil para os participantes aceitar a morte que ocorre em jovens. Esta ideia aparece também em estudos que referem a dificuldade em lidar com a morte em jovens, como não sendo a ordem natural das coisas, alterando o processo “nascer, crescer, envelhecer e morrer”, quebrando este ciclo desejável e espetável pelos participantes<sup>9</sup>. Alguns autores referem a ideia de “temporalidade da morte”<sup>10</sup>, traduzida por uma melhor aceitação da morte em pessoas idosas, facto que respeita a coerência lógica da temporalidade do homem, em que a morte ocorre após o transcorrer de anos de vida.

O distanciamento surge como mecanismo de defesa, pois confrontados com a dor, o sofrimento e a finitude, os enfermeiros acabam por questionar a própria finitude e a dos que lhes são próximos. Este distanciamento também é habitualmente descrito com a referência a comportamentos de fuga como forma de os profissionais se defenderem do sofrimento provocado pelo processo de morte

do paciente<sup>10,11</sup>. O distanciamento emocional das ocorrências no meio profissional torna-se necessário e é entendido como um mecanismo de defesa e proteção para a maioria dos profissionais<sup>9</sup>.

Por vezes pode-se confundir o distanciamento com aceitação, no entanto nos nossos discursos este fenómeno referido como ausência de ligação emocional que não vai comprometer emocionalmente o enfermeiro, se não houver ligação não irá sofrer com a perda. Autores referem-se ao distanciamento do paciente e das suas famílias por parte dos enfermeiros como forma a diminuir o vínculo afetivo e de diminuir o seu sofrimento quando se vislumbra a morte<sup>3</sup>. De facto há referências ao estabelecimento de laços com o paciente como revelador de uma maior humanização e maior abrangência de cuidados, podendo, por outro lado, condicionar os cuidados prestados ao paciente em fim de vida<sup>8</sup>.

O sentimento de alívio perante a morte é também sentimento já encontrado noutros estudos, apontando-se, por vezes, como causa o facto de a medicalização da morte, prolongar estados de agonia, não ocorrendo a morte de forma pacífica e até natural como seria desejável<sup>12</sup>. Neste sentido os sentimentos de conforto e alívio perante a morte dos pacientes, apesar do fim de uma vida, resultam da percepção desta morte como o fim do sofrimento para o paciente<sup>12,13</sup>. Surge, muitas vezes, uma sensação de dever cumprido perante a morte em situações em que os profissionais sentem que tudo foi feito para salvar uma vida ou proporcionar conforto no momento da morte<sup>13</sup>.

Perante a inevitabilidade da morte, é possível para os enfermeiros sentir que o seu trabalho é muito válido, o que contraria o reconhecimento do fim da vida como insucesso profissional. A este propósito o enfermeiro, ao dedicar-se ao paciente, deve reconhecer que deu tudo de si e que deverá deixar de

encerrar a morte como um fracasso na sua profissão, aceitando-o como uma fase do ciclo de vida<sup>14</sup>.

Os sentimentos de “Frustração/Revolta” surge porque a morte é percebida por alguns participantes como uma derrota, uma vez que foram treinados para a cura e para a vida<sup>1,10</sup>. Quando ela ocorre, torna-se difícil de aceitar. Na sociedade ocidental, existe uma tendência de afastamento da ideia da morte, criando uma falsa ideia de antecipação e de controlo da doença; tal facto poderá provocar uma grande dificuldade em aceitá-la quando ela surge, é, por isso, importante que haja o reconhecimento da morte como inelutável e inevitável, bem como para o reconhecimento dos limites humanos e da ciência médica<sup>1,10</sup>.

O sentimento de impotência encontra-se, também, retratado em vários estudos<sup>1,9,10</sup>. Autores apontam que este tema realça o despreparo dos enfermeiros para lidar com a morte e o morrer, bem como a ausência de apoio para lidar com situações que envolvam cuidados prestados a pessoa em fim de vida, levando ao sofrimento dos profissionais, descrito por sentimentos de tristeza, frustração e impotência<sup>9</sup>. Segundo eles, os enfermeiros estão alinhados com o objetivo de lidar com a vida, e vêm na morte um fracasso, o que lhes confere sentimentos de angústia, culpa, stresse e impotência. Surge, também abordado em estudos o sentimento de impotência perante a morte dos pacientes, descrito como a crença de não ter sido feito o suficiente para salvar a vida do paciente<sup>13</sup>. No quotidiano, os enfermeiros são confrontados com situações de morte ou eminência da morte, constituindo um processo muitas vezes agravado pela falta de autonomia na tomada de decisão, pela não concordância com opções terapêuticas ou por achar que a informação fornecida aos familiares foi insuficiente<sup>4</sup>.

Refletindo agora sobre a influência das atitudes perante a morte nos cuidados prestados, podemos afirmar que as atitudes perante a morte variam tendo em conta a cultura, a

origem e características individuais. A diferença básica ente leigos e profissionais de saúde, ao lidar com a morte, é que, para os últimos, a morte pode fazer parte do quotidiano, o que permite um maior conhecimento sobre a morte e o morrer, não os isentando, ainda assim, de possíveis sentimentos negativos associados a este tema<sup>1,2</sup>. A personalidade, a faixa etária, o meio social e familiar a que pertence, o contexto cultural, bem como os seus valores, costumes e tradições, influenciam a forma como a pessoa lida com a morte e o morrer, quer se trate de um profissional de saúde ou não. A forma como a pessoa vê a morte é influenciada por estas características únicas inerentes a cada ser humano e, no caso dos profissionais de saúde, tais características irão refletir-se não só na sua relação com a morte, mas também no seu desempenho profissional frente ao paciente em situação crítica<sup>1</sup>.

As experiências de morte e de cuidados a pacientes em fim de vida, tanto pessoais como em meio profissional, podem, segundo os participantes, prepará-los para lidar com estas situações de forma mais humana. As atitudes perante o cuidado em fim de vida, correlacionam-se positiva e significativamente com uma maior preparação, experiência em tempo de exercício profissional e com o ter lidado com mais pacientes em fim de vida, pelo que segundo alguns autores as condicionantes supramencionadas ajudam a desenvolver estratégias para lidar com a morte e o morrer, permitindo, deste modo, adquirir atitudes e crenças favoráveis perante o cuidado ao paciente em fim de vida<sup>1</sup>.

Neste sentido, uma frase diversas vezes reiterada em situações irreversíveis: “Não há nada a fazer!”, é totalmente renegada por estes participantes. Mesmo quando não existe cura possível há sempre algo que pode ser feito: proporcionar bons cuidados e conforto. Na verdade pode não haver tratamentos disponíveis para uma doença, mas há sempre algo a fazer pela pessoa paciente.



## CONCLUSÃO

Os enfermeiros que cuidam de pacientes em situação crítica lidam com situações em que a iminência da morte é uma constante. Os mestrandos de enfermagem da pessoa em situação crítica, ao prosseguir os estudos nesta área, demonstram interesse pelo aperfeiçoamento profissional, sendo que, nos motivos revelados para a escolha do mestrado de enfermagem da pessoa em situação crítica, destaca-se um interesse pela área de urgência/emergência. Deste modo, terão invariavelmente de, no exercício das suas funções, estar preparados para lidar com a morte e o morrer.

Quando questionados sobre os sentimentos associados à morte dos pacientes, os seis temas identificadas tristeza/angústia, distanciamento, alívio, aceitação/sensação de dever cumprido, frustração/revolta e impotência. Salienta-se o sentimento de distanciamento que se revela como mecanismo de defesa, pois confrontados com a dor, o sofrimento e a finitude, os enfermeiros acabam por confrontar-se com a própria finitude e a dos que lhes são próximos. Lidar com a morte do outro faz-nos pensar na nossa própria morte e isso provoca desconforto. Como forma de fuga a este desconforto, os enfermeiros criam barreiras emocionais para gerir o sofrimento com que lidam no dia a dia. É importante que o distanciamento não comprometa o cuidado ao outro, para que o

paciente e a família não se sintam negligenciados nesta fase vulnerável e crítica.

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

Apesar de o presente estudo confirmar os pressupostos e fundamentos da literatura sobre a temática, apresenta algumas limitações como o número limitado de participantes e o fato de todos estarem a fazer a mesma formação, no entanto consideramos que se deve continuar a investigar e investir no tema da morte e do morrer, apesar de potencialmente ser desconfortável e de ainda ser visto como tabu.

### Declaração do autor CRediT

Conceptualização do estudo: Delgado, S.; Castro, J.; Almeida, C. Recolha de Dados: Delgado, S. Metodologia: Delgado, S.; Castro, J.; Almeida, C.; Rodrigues, V. Análise de dados: Castro, J.; Almeida, C.; Rodrigues, V. Elaboração da redação original: Delgado, S.; Castro, J. Revisão da redação e edição: Castro, J.; Almeida, C.; Rodrigues, V.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Seiffert CSLC, Freitas KO, Monteiro GO, Vasconcelos EV. O processo de morte e morrer para equipe de enfermagem do centro de terapia intensiva. *Rev Fun Care Online*. 2020 jan/dez; 12:364-372. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7242>.
2. Silva RM dos S, Jesus A dos S de, Sales A da SG, Quirino CathalineTA, Santos Erica S dos, Barreto Jaqueline CB, Santos LS dos, Andrade Marília A de. O processo de morte e morrer: A percepção do enfermeiro. *Rease [Internet]*. 31º de maio de 2022 [citado 11º de novembro de 2022];8(5):1545-61. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5571>
3. Siqueira J, Zilli F, Griebeler S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *pers. bioét.* 2018; 22(2): 288-302. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>
4. Vasconcelos, L. M., & Dutra, E. M. A experiência da morte de pacientes para profissionais de enfermagem: Uma revisão integrativa. *Salusvita*. 2018; 37(2), 341-353. Disponível em [https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v37\\_n2\\_2018/salusvita\\_v37\\_n2\\_2018\\_art\\_04.pdf](https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n2_2018/salusvita_v37_n2_2018_art_04.pdf)
5. De Paula GS, Gomes AMT, França LCM, Neto FRA, Barbosa DJ. A enfermagem frente ao processo de morte e morrer: uma reflexão em tempos de Coronavírus. *J. nurs. health*.2020;10(n.esp.):e20104018. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1104066/13-a-enfermagem-frente-ao-processo-de-morte-e-morrer-uma-refle\\_eaHsaZB.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1104066/13-a-enfermagem-frente-ao-processo-de-morte-e-morrer-uma-refle_eaHsaZB.pdf)
6. Reis MLA, Neto OMS, Silva JECF, Silva WAD, Martins MA, Agra G. Morte e morrer: Caminhos utilizados por docentes de enfermagem na formação acadêmica. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, e30101018650, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18650>
7. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Brasil: Edições 70. 2016.
8. Salum, M., Kalh, C., Cunha, K., Koerich, C., Santos, T., & Erdmann, A. The processo f death and dying: Challenges in nursing care for patients and family members. *Revista Rene*. (2017). 18(4), 528-535. doi:10.15253/2175-6783.2017000400015
9. Baldissera, A., Bellini, L., Ferrer, A., Barreto, M., Coimbra, J., & Marcon, S. Perspetiva de profissionais de enfermagem sobre a morte na emergência. *Revista de Enfermagem USPE on Line*. 2018; 12(5), 1317-1324. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234545/28878>
10. Silva AE, Ribeiro SA, Ferreira GJ, Silva JMD, Oliveira LA de, Jesus SB de, Carvalho TV. Perceptions of the nurse: Processo of death and die. *RSD [Internet]*. 2021Apr.12 [cited 2022Nov.11];10(4):e33310414112. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14112>
11. Silva, R., Lage, I., & Macedo, E. Vivências dos enfermeiros sobre a morte e o morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2018; 20(12), 34-42. doi: 10.19131/rpesm.0224
12. Machado, R., Lima, L., Silva, G., Monteiro, C., & Rocha., S. Finitude e morte na sociedade ocidental: Uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados*. 2016; 20(45), 91-97. doi:10.14198/cuid.2016.45.10
13. Santos, J., Corral- Mulato, S., Bueno, S., & Robazzi, M. Feelings of nurses faced with death: Pleasure and suffering from the perspective of dejours. *Investigação e Educação em Enfermagem*. 2016;34(3), 511-517. doi:10.17533/udea.iee.v34n3a10
14. Angelim, R., Brandão, B., Freire, D., & Abrão, F. Processo de morte/morrer de pessoas com HIV/AIDS: Perspetivas de enfermeiros. *Revista Cuidarte*. 2017; 8(3), 1758-1766. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.414>.

Recebido: 05 julho 2022.  
Aceito: 24 novembro 2022.  
Publicado: 01 março 2023.