

Da frustração ao enfrentamento do cuidado para a morte por técnicos de enfermagem

From frustration to coping with caring for death by nurse technicians

Desde la frustración al afrontamiento del cuidado a la muerte del personal de enfermería

Lívia Maria Beraldo¹, Débora Vieira de Almeida¹, Silvia Cristina Mangini Bocchi^{1,3}

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Curso de Graduação em Enfermagem. Botucatu-SP, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Botucatu-SP, Brasil.

³ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem. Botucatu-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Beraldo LM, Almeida DV, Bocchi SCM. From frustration to coping with caring for death by nurse technicians. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):705-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680603i>

Submissão: 15-02-2015 Aprovação: 13-07-2015

RESUMO

Objetivo: compreender a experiência de técnicos de enfermagem com o cuidado para a morte de pacientes terminais em UTI e configurar um modelo teórico. **Método:** estudo qualitativo, com saturação teórica mediante a análise da 10ª entrevista não diretiva, tendo como referenciais a Teoria Fundamentada nos Dados, o Interacionismo Simbólico e a Bioética. **Resultados:** a categoria central - da frustração ao enfrentamento do cuidado digno de enfermagem para a finitude: a aceitação da morte como componente terapêutico e interveniente - emergiu da comparação dos subprocessos: não se sentindo preparado para o cuidado para a morte, aceitando a morte como um fenômeno terapêutico, desenvolvendo estratégias de enfrentamento. **Conclusão:** segundo o Interacionismo Simbólico, a frustração do profissional iniciante em cuidar da pessoa para a morte está relacionada à sua interação e interpretação da situação, por sentir-se preparado somente para assistir a pessoa para a vida.

Descritores: Morte; Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: to understand nurse technicians' experience with caring for the death of terminal patients in ICUs and to configure a theoretical model. **Method:** qualitative study with theoretical saturation when analyzing the 10th non-directive interview, having as reference Grounded Theory, Symbolic Interactionism and Bioethics. **Results:** the core category - from frustration to coping with dignified nursing care for finitude: the acceptance of death as a therapeutic and intervenient component - emerged from the comparison of the sub-processes: when the nurse does not feel prepared for caring for death, accepting death as a therapeutic phenomenon and developing coping strategies. **Conclusion:** according to Symbolic Interactionism, a novice professional's frustration in caring for an individual for death is related to his/her interaction and interpretation of the situation as he/she feels prepared only to care for individuals for life.

Key words: Death; Nursing Care; Intensive Care Units.

RESUMEN

Objetivo: comprender la experiencia del personal de enfermería con el cuidado a la muerte de pacientes terminales en UTI y configurar un modelo teórico. **Método:** pesquisa qualitativa, con saturación teórica a través del análisis de la 10ª entrevista. Los referenciales son la Teoría Fundamentada en los Datos, el Interaccionismo Simbólico y la Bioética. **Resultados:** la categoría central - desde la frustración al afrontamiento del cuidado digno de enfermería para la finitud: la aceptación de la muerte como componente terapéutico e interveniente - emergió de la comparación de los sub procesos no sintiéndose preparado para el cuidado a la muerte, aceptando la muerte como un fenómeno terapéutico, desarrollando estrategias de afrontamiento. **Conclusión:** según el Interaccionismo Simbólico, la frustración del profesional iniciante en los cuidados de la persona a la muerte está relacionada a su interacción e interpretación de la situación.

Palabras clave: Muerte; Cuidados de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos.

AUTOR CORRESPONDENTE Débora Vieira de Almeida E-mail: deboravalmeida@gmail.com

INTRODUÇÃO

Ao mesmo tempo em que os avanços técnico-científicos têm contribuído para a longevidade humana, também se mostram desafiadores para o cuidado da pessoa no fim da vida. Isto ocorre principalmente nos cenários das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), nos quais os profissionais se deparam constantemente com dilemas éticos relativos à manutenção ou não do suporte de vida.

A tomada de decisões acerca de suspender o suporte de vida de pacientes terminais na UTI é subsidiada por diretrizes internacionais. Contudo, há grande variabilidade dessas decisões nos diferentes países, decorrentes da cultura, da religião, da legislação, da própria organização do atendimento na UTI e da disponibilidade de recursos, da gravidade da doença, do prognóstico e da qualidade de vida da pessoa, assim como da decisão do profissional. Essa variabilidade não se dá somente de país para país, mas também de instituição para instituição e até entre os profissionais de uma unidade⁽¹⁾.

No Brasil, após discussões entre médicos, outros profissionais da saúde e estudiosos da Bioética, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou, em 2006, a Resolução 1.805, com vistas a regulamentar a ortotanásia:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal⁽²⁾.

Embora esta Resolução tenha se fundamentado na Constituição da República Federativa do Brasil, a Justiça Federal revogou-a por considerar que o CFM não tem poder para regulamentar sobre a vida. Esta é um direito indisponível e ninguém pode legislar sobre a mesma, sem que haja processo legal e de competência exclusiva do Congresso Nacional (Ação Civil Pública número 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal)⁽³⁾.

Em 2009, com a publicação do Projeto de Lei 6715/2009⁽⁴⁾, alterando o Decreto-Lei 2.848/1940, excluiu-se a ilicitude da ortotanásia do Código Penal.

É importante ressaltar o caráter não proibitivo e não punitivo da Resolução do CFM. Esta Resolução teve a função de doutrinar uma recomendação ético-profissional⁽⁵⁾. Além disso, existem implicações práticas e bioéticas relacionadas com a Resolução 1.805/06, como o risco de pacientes internados em hospitais públicos serem constringidos a aceitar o procedimento. Os reais motivos para isto são ceder vaga a outras pessoas com chance de cura, reduzir custos com procedimentos desnecessários, ou o risco do erro de diagnósticos, além do fato de sempre existir a possibilidade de que nova técnica ou intervenção possa vir a curar o paciente⁽⁶⁾.

A temática da ortotanásia traz à tona a prioridade da qualidade de vida e da morte digna do paciente⁽⁷⁾. Etimologicamente, ortotanásia significa a morte correta, ou seja, não prolongamento artificial do processo de morte. Inclui condutas médicas

relacionadas à não oferta de suporte vital e à não realização de manobras de reanimação em pacientes sem prognóstico de cura. A prática da ortotanásia, portanto, visa acompanhar o doente terminal para uma morte sem sofrimento, sem o uso de métodos desproporcionais de prolongamento da vida^(6,8).

Em contraposição à ortotanásia está a distanásia, que significa prolongar a vida a qualquer custo. Isto implica o prolongamento exagerado da vida de um paciente, a realização de intervenções inúteis, podendo trazer como consequência grande sofrimento e prolongamento do processo de morte⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A eutanásia, por sua vez, é sinônimo de morte sem angústia, morte harmoniosa, ou ainda, morte sem dor e sem sofrimento⁽¹⁰⁾. Essa prática tem como finalidade colocar fim à vida de pessoas que não possuem condições de viver de forma digna⁽¹¹⁾. O objetivo da eutanásia não é matar, mas colocar fim no prolongamento de uma situação de esgotamento físico ou emocional.

Em um evento terminal, a forma mais comum de limitação da vida é a parada cardiorrespiratória, que resulta na cessação súbita e inesperada da atividade mecânica ventricular. Essa atividade é uma intercorrência grave e o modo mais rápido de revertê-la é a reanimação cardiopulmonar (RCP). A ordem de não reanimar (ONR) pode ser indicada para determinado paciente sem prognóstico de cura⁽⁸⁾. Entretanto, tal situação gera dúvida nos pacientes, familiares e dilemas éticos para a equipe de enfermagem⁽¹²⁾.

Em UTI, é comum existir pacientes dependentes de recursos tecnológicos para manutenção da vida⁽¹⁾, em muitos casos desprovidos de prognósticos⁽¹⁰⁾.

Além disso, no cotidiano desse serviço, os profissionais da saúde se deparam com a difícil situação de cuidar de pacientes sem possibilidades terapêuticas. Pesquisas evidenciam os dilemas éticos vivenciados pela equipe de enfermagem relacionados a pacientes terminais: diversidade de valores, incertezas sobre a terminalidade e limites de intervenção para prolongar a vida dos pacientes, não aceitação do processo de morte pela família do paciente, falta de esclarecimento da família e do paciente⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Além disso, a relação entre o prazer e o sofrimento desses profissionais os faz valorizar a necessidade de demonstrar afeto e dedicação ao lidar com o sofrimento e com a dor do paciente e dos familiares⁽¹⁵⁾. A ONR só é bem aceita pela equipe de enfermagem nos casos de pacientes terminais e em sofrimento⁽¹²⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) do Brasil, órgão fiscalizador e normatizador do exercício profissional, considera proibida a prática da eutanásia. É responsabilidade dos profissionais de enfermagem respeitar, reconhecer e realizar ações garantindo o direito da pessoa ou de seu representante legal de tomar decisões sobre sua saúde⁽¹⁶⁾.

Considerando-se:

- o contexto do exercício da enfermagem nos cenários de UTI brasileiras, nos quais os técnicos são os que mais contribuem para a execução do planejamento da assistência, sob responsabilidade do enfermeiro⁽¹⁷⁾;
- a escassez de pesquisas explorando a vivência de técnicos de enfermagem acerca do cuidado para a morte de pacientes no fim da vida;
- o fim de vida como objeto polêmico no campo da Bioética.

Pergunta-se: Como se configura a experiência de técnicos de enfermagem, acerca do cuidado para a morte de pacientes no fim da vida na UTI?

Com a realização desta pesquisa pretende-se contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre as experiências de técnicos de enfermagem com o processo de cuidar para a morte; subsidiar a formação da enfermagem de nível médio profissionalizante, assim como sua educação permanente e saúde mental, visando aprimorar a qualidade da assistência prestada a pacientes sem possibilidades terapêuticas em UTI. Para tanto, tem como objetivos compreender a experiência de técnicos de enfermagem sobre o cuidado para a morte de pacientes terminais na UTI e configurar um modelo teórico que a represente.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido pelos técnicos de enfermagem de uma UTI de um Hospital Escola do interior do Estado de São Paulo, Brasil. O hospital é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com abrangência de atendimento populacional de 1,5 milhão de pessoas. Possui 415 leitos, sendo 52 de UTI (30 adultos, 15 neonatais e sete pediátricos). Dos 30 leitos da UTI adulto, 15 pertencem à UTI central, seis à UTI coronariana e nove à UTI do Pronto Socorro. A UTI onde foi realizado o estudo tem uma equipe de 12 médicos, 12 enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a outubro de 2012, por meio da técnica de entrevista não diretiva, tendo como questão norteadora: Como tem sido a sua experiência de cuidar de pacientes no final da vida na UTI?

As entrevistas foram audiogravadas em locais que salvaguardaram a privacidade e o anonimato das informações dos atores. Em seguida, foram transcritas na íntegra, suprimindo qualquer informação que pudesse identificar o entrevistado. Os dados foram submetidas à análise seguindo os passos do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados⁽¹⁸⁾:

- Microanálise: análise detalhada linha por linha, necessária para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões), sugerindo relações entre as mesmas e uma combinação de codificação aberta e axial;
- Codificação aberta: processo analítico, por meio do qual são identificados os conceitos e suas propriedades e as dimensões são descobertas nos dados. Permite conceituar o

processo de agrupamento de itens similares de acordo com propriedades definidas e dando aos itens um nome que significa essa ligação comum. Na conceituação, são reduzidas grandes quantidades de dados. Um conceito é uma representação abstrata de um evento, objeto, ação ou interação que um investigador identifica como sendo significativa nos dados. As categorias são conceitos derivados dos dados que representam fenômenos. Os conceitos começam a se constituir quando o analista inicia o processo de agrupá-los ou classificá-los em termos mais abstratos, em categorias;

- Codificação axial: é o processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, segundo suas propriedades e dimensões, sistematicamente. Esta etapa de análise é importante para a construção da teoria;
- Codificação seletiva: processo de integração e de aprimoramento da teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito central, por meio de várias técnicas: descrever a história, utilizando diagramas, classificação e notas de revisão.

Respeitando os passos propostos por este referencial, obteve-se a saturação teórica com a análise da 10ª entrevista com técnicos de enfermagem. O modelo teórico emerso do processo de análise foi discutido à luz do referencial teórico do Interacionismo Simbólico e da Bioética.

RESULTADOS

Caracterização dos atores da pesquisa

Dos dez técnicos de enfermagem da UTI que participaram do estudo, oito (80%) eram do sexo feminino e dois (20%) do masculino, com média de 31,8 anos de idade, 8,7 anos de formados, 8,1 anos de experiência profissional e 6,4 anos de trabalho com pacientes em estado crítico.

A experiência dos técnicos de enfermagem da UTI

Da análise dos dados compreendeu-se a experiência dos técnicos de enfermagem com o processo de cuidar da pessoa para a morte na UTI. As categorias identificadas e as relações teóricas estabelecidas possibilitaram o desenvolvimento de um processo analítico e explicativo das ações e das interações que compõem o processo de cuidar nessa situação, composto por três subprocessos: não se sentindo preparado para o cuidado para a morte; aceitando a morte como um fenômeno terapêutico; desenvolvendo estratégias de enfrentamento (Quadro 1).

Quadro 1 - Categorias e subcategorias que compõem os subprocessos da experiência do técnico de enfermagem com a morte na UTI, Botucatu, Brasil, 2012

Categorias (Subprocessos)	Subcategorias
A. Não se sentindo preparado para o cuidado para a morte	
B. Aceitando a morte como um fenômeno terapêutico	
C. Desenvolvendo estratégias de enfrentamento	C1. Defendendo a manutenção de cuidados mínimos
	C2. Distanciando-se afetivamente do paciente e da família
	C3. Apoiando-se na religiosidade

“Não se sentindo preparado para o cuidado para a morte” é como o técnico de enfermagem se avalia, mediante o dilema vivenciado no início de sua experiência profissional em uma UTI. Vindo de uma formação para assistir as pessoas para a vida, depara-se cuidando de pacientes para a morte. É por esta razão que nesta fase se autodenominam novatos, por se deixarem envolver sentimentalmente, ao se colocarem no papel do paciente e da família. No entanto, estes fatos os mantêm motivados a continuar empenhados na promoção do cuidado integral, como se fossem capazes de ajudá-los a restabelecer a saúde e a vida. Essa fase é reconhecida como de muito sofrimento psíquico, porque o profissional se sente impotente e frustrado perante uma situação que não detêm controle, apesar de todo o esforço empregado.

No início foi mais difícil, por me envolver demasiadamente com o paciente [...]. (TE2)

Foi um desafio, porque se cuida para o paciente viver e nós acabamos se colocando no lugar dele e do familiar [...]. (TE6)

Quando entrei na UTI [...], queria que o paciente sáísse daquela situação. Com o passar do tempo vai se vendo que o paciente não tem prognóstico, não evolui em nada [...]. (TE1)

Diante da necessidade de se adaptar ao novo contexto de prática, o técnico de enfermagem reflete sobre as suas experiências vividas na UTI e também como seria ter um familiar na situação dos pacientes que cuidam. Por meio deste movimento, percebe que o melhor caminho é o de se alinhar à equipe médica e aos colegas mais experientes. Este fato configura-se no marco de sua segunda fase experiencial, denominada “aceitando a morte como um fenômeno terapêutico”, tanto para o paciente no final da vida, quanto para a família e a equipe interprofissional. Esta cuida e compartilha do sofrimento da pessoa em fim de vida e daquela que aguarda a vaga de um leito. O cumprimento da ordem médica de não tentar procedimentos de reanimação, em caso de parada cardiorrespiratória está conscientemente admitido, principalmente quando a pessoa é idosa. Contudo, é ainda difícil quando se depara com um jovem na situação, como relatam os atores:

Hoje em dia, eu acho melhor não investir e deixar que o paciente parta [...]. É muito difícil ficar sobre uma cama vegetando e dependendo dos outros, sabendo que não irá evoluir. (TE1)

O mais difícil é quando o paciente é muito jovem e você sabe que ele não tem prognóstico. (TE5)

Hoje eu me sinto psicologicamente preparada para cuidar de pacientes em fase do pré-morte. (TE 7)

Quando a equipe médica decide por não investir, a gente acaba ficando um pouco triste, mas por outro lado, temos que ver o que é melhor para o paciente, inclusive para a pessoa que está esperando para ocupar aquele leito. (TE10)

O técnico de enfermagem assiste o paciente para a morte sem ferir os seus preceitos morais, éticos e religiosos, amortecendo

o sofrimento que por ventura o afligirá. Com isso, ele entra em uma terceira fase de sua experiência, “desenvolvendo estratégias de enfrentamento”. O técnico de enfermagem cuida “defendendo a manutenção de cuidados mínimos”, visando garantir uma morte digna à pessoa, uma vez que a morte é um desígnio de Deus e não do Homem. Esses cuidados envolvem a manutenção da alimentação, hidratação, higiene e administração de fármacos responsáveis pela sedação e controle da temperatura, segundo relatam:

Eu acho que o mais correto é investir no paciente, pois não é porque ele vai morrer que não vai mais tomar medicação e banho. Eu penso que pelo menos o básico tem que ter. Agora no caso de reanimação, acho que se não tiver mais jeito, não tem o que fazer. (TE3)

A gente sente um pouco, porque às vezes, o médico chega e fala que o paciente é NRO (No Reanimation Order). Aí você vê que o paciente está queimando de febre e não está fazendo mais medicação. A gente queria que fosse feita, não como medida de cura, mas pelo menos para aliviar. Acho justo sedar, dar alimentação e medicação para controle da temperatura, porque aqui se para de investir quando acontece isso, o paciente só fica com a dieta e sedação, para-se com os antibióticos. Eu sou contra isso. Eu acho que deveria morrer com dignidade. (TE5)

Cuidados mínimos significam a pessoa não sentir dor, ter respeito pelo paciente, não morrer de apneia, fazer mudanças de decúbito para não deixar formar úlceras e realizar banho. (TE8)

Apesar do técnico de enfermagem concordar em cuidar do paciente para a morte, essa decisão consciente não o livra completamente de vivenciar sofrimentos durante suas experiências. É por essa razão que utiliza uma segunda estratégia, na tentativa de não se colocar no papel do paciente e da família no processo. Essa habilidade só é alcançada à medida que o profissional vai adquirindo experiência ao vivenciar o contexto da morte repetidamente. Esse fato facilita o recebimento da ordem médica de não reanimar em caso de parada cardiorrespiratória e a adoção de atitude denominada “distanciando-se afetivamente do paciente e da família”. Esta decisão o ajuda a diminuir seu envolvimento emocional com a situação, evitando interferência fora do cenário de trabalho.

No início, cuida-se para o paciente viver, coloca-se no lugar do mesmo e do familiar, mas com o tempo você vai ficando mais acostumada, virando uma rotina. (TE6)

Eu acho que pelo tempo que estou trabalhando aqui, eu já vi tantos que se tornou um processo normal. No começo achava difícil por causa do sofrimento da pessoa, mas depois de certo tempo você acaba acostumando. Quando o paciente fica mais tempo aqui, você acaba se apegando mais, mas quando os médicos já avisam que não tem prognóstico, daí fica mais fácil. (TE3)

É difícil, mas de tanto ver isso, você acaba ficando menos sensível. (TE4)

Hoje eu acho que eu me tornei uma pessoa fria. Posso sofrer naquele momento, depois eu viro as costas e já esqueci. Eu me sinto preparada para cuidar de pacientes terminais, porque eu estou aqui há dez anos. (TE8)

Neste contexto, aqueles que acreditam que a morte é um desígnio de Deus e não do Homem manifestam “se apoiando na religiosidade”, como a terceira estratégia de enfrentamento do sofrimento vivenciado ao cuidar do paciente no final da vida. Neste momento eleva o seu pensamento a um Ser sobrenatural, onisciente e onipotente para que abrevie o sofrimento de todos os atores do cenário: paciente, familiares e cuidadores, segundo expressam:

[...] chega uma hora que eu peço a Deus para levar, porque o sofrimento é muito grande, tanto para o paciente quanto para a família. (TE2)

Acho que quem faz essa escolha não é a gente, é Deus. (TE5)

Mediante o realinhamento dos componentes que formaram os subprocessos, pode-se descobrir uma categoria designada central que os abarcam, constituindo então o processo da experiência, denominado: da frustração ao enfrentamento do cuidado digno de enfermagem para a finitude: a aceitação da morte como componente terapêutico e interveniente. Esta análise foi submetida à avaliação dos atores, que a consideraram representar fidedignamente suas experiências.

DISCUSSÃO

O modelo teórico referente à experiência do técnico de enfermagem, com o cuidado do paciente no final da vida na UTI, sinaliza a necessidade de reconhecer a morte como terapêutica em casos de pessoas que não reúnem qualquer possibilidade para a vida. Conquanto esse reconhecimento se configura como componente interveniente para que o técnico possa transpor as barreiras impostas para lidar com o evento.

Segundo o Interacionismo Simbólico, as ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e, por sua vez, a interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para direcionar a ação⁽¹⁹⁾.

É por essa razão que o técnico de enfermagem iniciante na UTI vivencia a frustração ao cuidar do paciente no final da vida, pois foi preparado pelo ensino médio profissionalizante a assistir a pessoa para viver. Quando se depara com a experiência de cuidar para a morte, fica decepcionado diante do fracasso de suas expectativas de cuidar para a cura.

Apesar da escassez de estudos sobre a experiência com a morte em UTI apenas com técnicos de enfermagem, as pesquisas envolvendo a equipe interprofissional (médica - enfermagem) e de enfermagem corroboram os resultados deste estudo. Evidencia-se a necessidade de capacitar os enfermeiros de UTI, durante a sua formação, com conhecimentos sobre o cuidado de fim de vida, desenvolvendo habilidades para apoiar os pacientes e familiares que estejam vivenciando o contexto da terminalidade⁽²⁰⁾. O sucesso do trabalho depende da formação dos prestadores de cuidados à saúde⁽²¹⁾.

Além disso, ressalta-se a importância do estabelecimento e o seguimento de diretrizes no planejamento de assistência consensual para os cuidados de fim de vida, envolvendo os membros da equipe, as preferências de pacientes (se ele tiver autonomia e condições para isto) e familiares para que os cuidados sejam menos agressivos. Essa abordagem de tomada de decisão compartilhada melhora a qualidade do atendimento e o ambiente de trabalho⁽¹⁾.

A literatura demonstra que o prolongamento exagerado da morte, submetido a intenso processo de dor e sofrimento, prolonga a agonia, não havendo possibilidade de melhora. Desse modo, seria postergada a morte e o sofrimento do paciente e não a sua vida^(6,9,12,22).

O modelo teórico resultante do estudo aponta que o técnico de enfermagem só conseguirá desenvolver estratégias de enfrentamento para o cuidado da pessoa no final de vida, quando ele interpretar a morte como terapêutica, como um desfecho necessário para aliviar o sofrimento de um indivíduo que não reúne chances de sobrevivência. Neste caso, a morte passa a ser vista como terapêutica para o indivíduo, a família e os membros da equipe de cuidadores, a partir de um processo reflexivo de sua experiência profissional e familiar. É no cotidiano da prática que se configura a competência psicológica de lidar com a situação.

Esse achado também foi evidenciado tanto em pesquisas conduzidas apenas com enfermeiros, como com profissionais de enfermagem. Observa-se que quanto maior o tempo de trabalho do enfermeiro, maior o seu preparo para lidar com questões relacionadas ao cuidado de fim de vida^(21,23). Da mesma maneira, quanto maior o envolvimento dele com o paciente e a família, mais significativa foi a morte para esse profissional, e situações de previsibilidade da morte foram menos traumáticas⁽²⁴⁾. Tais sentimentos também emergiram das vivências de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. Neste caso, as experiências mais marcantes estavam relacionadas ao primeiro contato com a morte, à existência de vínculos emocionais e à idade do paciente no momento da morte⁽²⁵⁾.

Estudos mostram que a aceitação da morte no seu tempo certo é uma visão que tem a enfermagem, não somente porque ela faz parte da vida, mas também porque a profissão enfatiza a empatia, o acolhimento e o cuidado humanizado. Isso a diferencia da formação médica, voltada para a cura e o restabelecimento da saúde dos indivíduos⁽⁸⁾.

Quando se interagem, os atores tornam-se objetos sociais uns para os outros, usam símbolos, direcionam o *self*, engajam-se em ação mental, tomam decisões, mudam direções, compartilham perspectivas, definem a situação e assumem o papel do outro⁽¹⁹⁾.

O técnico de enfermagem reconhece a morte como um evento terapêutico e se sente preparado para cuidar do paciente no final da vida. Para isso, realinha-se à equipe médica e aos colegas experientes. Além disso, sustenta-se em estratégias apoiadas nos preceitos morais, éticos e religiosos. Dentre esses, a manutenção de cuidados mínimos, fundamentados na concepção religiosa de que a morte é um desígnio de Deus e não do Homem. Ademais, quando a equipe médica toma a decisão de

não investir em procedimentos de ressuscitação, adota a postura psicológica de desapego, ou seja, mantém-se afastado emocionalmente da família, visando amenizar o seu sofrimento.

Os profissionais de enfermagem de UTI procuram refúgio nas suas crenças e valores para suportar e enfrentar o sofrimento psíquico gerado pela morte dos pacientes⁽²⁶⁾. A religião apresenta-se como um determinante significativo das atitudes em relação à morte e cuidados de fim de vida, tanto para pacientes e famílias, quanto para profissionais⁽¹⁾.

Neste estudo, os técnicos em enfermagem defendem a necessidade de manter os cuidados mínimos como sedação, alimentação e banho. Posicionam-se contra a não oferta de antitérmicos e antibióticos para o paciente com indicação médica de não se investir. Esse discurso é corroborado com estudo que afirma que o cuidar do paciente em estado terminal deve abranger as necessidades físicas, às psicológicas e às sociais. Incluem-se aí personalização da assistência, promoção de cuidados, preparação de procedimentos e adoção de medidas para alívio da dor e do desconforto, incluindo a família no processo de cuidar⁽²⁷⁾.

Considera-se como limitação deste estudo o fato de envolver técnicos de enfermagem de apenas uma UTI. Contudo, ele pode facilitar a compreensão da experiência deste profissional, no que tem de semelhança com a do enfermeiro. Existem diversas diretrizes para subsidiar a tomada de decisão compartilhada em situações de terminalidade. Estas diretrizes favorecem a qualidade de vida do paciente, da família e dos profissionais. Entretanto, ressalta-se que a construção de competências e habilidades para o cuidado de fim de vida ainda

tem se configurado em um desafio na formação profissional de enfermagem, tanto no ensino superior quanto no médio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa permitiu compreender a experiência de técnicos de enfermagem de UTI em relação ao cuidado de pacientes em fim de vida. Verificou-se:

- A dificuldade de enfrentar a morte no início da profissão, uma vez que não se sentiam preparados psicologicamente, pois relataram uma formação focada apenas no cuidado com a vida, deixando de lado as questões sobre a morte;
- A criação de estratégias de enfrentamento individuais, a fim de não se envolver emocionalmente com o paciente e familiares, buscando evitar o sofrimento pessoal;
- A aceitação da morte como um evento terapêutico ser decorrente da vivência prática profissional;
- A discordância da prática da eutanásia, por ser considerado crime perante a lei brasileira, sobretudo fundamentada nos preceitos éticos e religiosos;
- A defesa da manutenção dos cuidados mínimos e a aceitação da morte no seu tempo certo, ou seja, a ortotanásia.

Por fim, sugere-se o engajamento das instituições assistenciais e de ensino profissionalizante de enfermagem na formação contínua para capacitar esses profissionais em relação aos enfrentamentos relacionados ao cuidado de pacientes em fim de vida.

REFERÊNCIAS

1. Curtis JR, Vincent J-L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet* [Internet]. 2010[cited 2012 Jun 10];375(9):1347–53. Available from: <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0140673610601432>
2. Brasil. Resolução CFM n. 1.805, de 28 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília*, 28 nov. 2006[cited 2015 Jun 10]. Seção 1, p. 169. Available from: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm
3. Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Distrito Federal. Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão. Ação Civil Pública na 14ª Vara da justiça Federal, n. 2007.34.00.014809-3, de 09 de maio de 2007. Brasília; 2007.
4. Brasil. Projeto de Lei n. 6715, de 23 de dezembro de 2009. Altera o Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia [Internet]. Brasília; 2009[cited 2012 Jun 10]. Available from: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichade tramitacao?idProposicao=465323>
5. Marta GN, Hanna AS, Silva JLF. Cuidados paliativos e ortotanásia. *Diagn Tratamento* [Internet]. 2010[cited 2015 Jun 10];15(2):58-60. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a58-60.pdf>
6. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre ortotanásia. *Rev Bioética* [Internet]. 2010[cited 2014 Jan 21];18(2):275-88. Available from: http://revista-bioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/Article/564
7. Sanches KMS, Sedl EMF. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 10];17(44):23-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a03v17n44.pdf>
8. Trigueiro TH, Labronici LM, Raimondo ML, Paganini MC. Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. [cited 2014 Jan 10];9(4):721-7. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13824/7190>
9. Fernandes AS, Coelho SPF. Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Cuid* [Internet]. 2014[cited 2015 Jan 10];5(2):813-9. Available from: <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/122/267>
10. Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte

- MCS, Brito FM. [Euthanasia, dysthanasia and orthothanasia: an integrative review of the literature]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013[cited 2015 Jun 11];18(9):2733-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a29.pdf> Portuguese.
11. Ribeiro KV, Soares, MCS, Gonçalves CC, Medeiros IRN, Silva G. [Euthanasia in terminal patients: views of intensive care physicians and nurses]. *Enferm em foco* [Internet]. 2011[cited 2015 Jan 10];2(1):28-32. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/70> Portuguese.
 12. Soratto MT, Silvestrini F. [Ethical dilemmas of a nursing team before the order for not resurrecting]. *Rev Bioethikos* [Internet]. 2010[cited 2015 Jan 10];4(4):431-6. Available from: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_431-436_.pdf Portuguese.
 13. Chaves AAB, Massarolo MCKB. Perception of nurses about ethical dilemmas related to terminal patients in intensive care units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009[cited 2014 Jan 21];43(1):28-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_04.pdf
 14. Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, Hevroy O. Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process - perspectives of relatives. *Nurs Ethics* [Internet]. 2012[cited in 2015 Jun 10];19(5):666-76. Available from: <http://nej.sagepub.com/content/19/5/666.long>
 15. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. [Nursing team members' reaction to dying patients and their family in a intensive care unit]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006[cited 2014 Jan 10];19(4):456-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a15.pdf> Portuguese.
 16. Brasil. Resolução COFEN n. 311, de 08 de janeiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro; 2007[cited 2013 Jan 10]; Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html
 17. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1989[cited 2014 Jan 20]. Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
 18. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnica e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 19. Charon JM. *Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. 3^a ed. New York: Prentice Hall; 1989.
 20. Efstathiou N, Clifford C. The critical care nurse's role in end-of-life care: issues and challenges. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2011[cited 2015 Jun 10];16(3):116-23. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2010.00438.x/epdf>
 21. Moir C, Roberts R, Martz K, Perry J, Tivis LJ. Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2015[cited 2015 Jun 10];21(3):108-13. Available from: http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2015.21.3.109?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed&
 22. Menezes MB, Selli L, Alves JS. Dysthanasia: nursing professionals' perception. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2009[cited 2014 Jan 21];17(4):443-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/02.pdf>
 23. McMillen RE. End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2008[cited 2015 Jan 21];24(4):251-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096433970700119X>
 24. Shorter M, Stayt LC. Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009[cited 2014 Jan 21];66(1):159-67. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x/epdf>
 25. Kuhn T, Lazzari DD, Jung W. [Experiences and feelings of nursing professionals in caring of the dead patient]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2015 Jan 10];64(6):1075-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a13.pdf> Portuguese.
 26. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. [Dying and death seen by intensive care unit nursing professionals]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007[cited 2014 Jan 10];41(1):660-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400017&script=sci_arttext Portuguese.
 27. Avanci BS, Carolindo FM, Goes FGB, Netto MPC. [Palliative care to the oncologic child in the situation of live/die: the optics of the care in nursing]. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2009[cited 2014 Jan 10];13(4):708-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a04.pdf> Portuguese.