O enfermeiro perante a morte

A morte de um estranho deveria impressionar-nos pouco, mas, apesar disso, sentimo-nos perturbados, porque essa morte nos faz lembrar que também somos mortais.

A dor motivada parece tão injusta que faz vir à superfície sentimentos de culpa, de perda e pesar.

Estudos recentes, feitos sobre o comportamento dos enfermeiros em relação aos doentes terminais, confirmam uma agressividade incontrolável ligada a vários sentimentos, entre os quais a angústia, a cólera provocada pelo fracasso e a vergonha, entre outros.

Neste trabalho, a metodologia usada para a primeira parte foi a pesquisa bibliográfica, os contactos informais com profissionais ligados à saúde e, numa segunda parte, apresentam-se os resultados e a análise dos dados colhidos através de um questionário aplicado a cinquenta (50) enfermeiros do Centro Hospitalar do Funchal: vinte e cinco (25) na UCIP e outros vinte e cinco (25) exercem a sua actividade em serviços de cirurgia e medicina. Com estas duas amostras fizemos um estudo comparativo de situações idênticas em ambientes diferentes acerca da opinião dos enfermeiros sobre o processo morte.

Foi nosso propósito:

- Conhecer as opiniões dos enfermeiros perante a morte.
- Promover e incentivar atitudes que minimizem os efeitos da morte sobre o enfermeiro.

O enfermeiro perante a morte

A morte poderá ser encarada de diversas formas. Há quem a classifique como castigo, alívio, injustiça, sono eterno, sendo para todos misteriosa ou aterradora. Para alguns é considerada «o médico dos pobres». Este é um tema quase tabu na presença dos menores e de que muito poucos adultos falam entre si.

A maneira como é encarada ou abordada depende de muitos factores, entre eles:

- Religiosidade do indivíduo
- Hábitos e crenças
- Ritmo de vida e horário de trabalho
- Medo e ansiedade
- Experiências ou contacto anterior com doentes que caminham para a morte
- Serviço em que trabalham.

Há autores que defendem que o tempo que os enfermeiros passam com doentes moribundos depende, em grande medida, do seu posto de trabalho.

O maior contacto com estes doentes corresponde às UCIS, UTICS, urgências, unidades médico-cirúrgicas e unidades geriátricas. Sendo assim, as que estão em menor contacto com pacientes terminais são as unidades de obstetrícia/ginecologia, psiquiatria e pediatria.

Como diz Virginia Henderson, uma das funções próprias dos enfermeiros «...é assistir o indivíduo doente ou são, na realização das actividades que contribuem para a saúde, para a reabilitação ou para a morte serena...».

Para isso possuímos conhecimentos técnico/científicos, pretendendo nunca esquecer a concretização do binómio tecnologia *versus* humanismo. As exigências feitas aos enfermeiros neste capítulo não são iguais e dependem do ponto de vista da administração, do doente e da família.

Para o administrador, o enfermeiro deverá ser um funcionário eficiente, saudável, sem preocupações, que não levante problemas organizacionais e que ajude a instituição a realizar um dos seus objectivos que é o de reduzir a mortalidade pela prestação de cuidados e observação individualizada, contínua e integral, de acordo com as necessidades do doente.

Para o doente, cabe ao enfermeiro dar-lhe o apoio possível, desde ser simpático até explicar o tratamento que está a ser efectuado. Deve conhecer as etapas da morte, a fim de interpretar melhor os medos e receios que o doente sente.

Por seu lado, a família, muitas vezes confusa, pede-nos esclarecimentos e tem os seus desabafos connosco. Queixam-se muitas vezes da frieza e distanciamento dos enfermeiros. Desde a nossa formação de base fomos mais informados do que preparados para agir perante tais situações. Embora a morte seja inevitável não significa que todos reajam da mesma maneira, nem mesmo a aceitem ou a compreendam. É que não podemos olhar directamente nem para o sol nem para a morte.

Todos temos problemas emocionais perante a morte. Todos, em graus diferentes, tememos a morte ou ao mesmo tempo preocupamo-nos pela nossa própria saúde. O que é que se torna mais difícil: morrer ou ajudar a morrer?

Os enfermeiros estão continuamente expostos à morte e ao pesar, e são submetidos a experiências várias que exigem uma resposta de pesar. Assim como o doente e a família necessitam de expressar o seu pesar e a sua dor, também os enfermeiros têm essa necessidade.

Por vezes, a necessidade de aliviar os nossos sentimentos de tensão e incómodo não são satisfeitos, uma vez que temos de cobrir as necessidades do doente moribundo. Este encontro contínuo coloca-nos muitos problemas e causa-nos certos sentimentos como de negação, culpa e frustração, racionalização, depressão, que poderão evoluir para uma fase de aceitação ou de *stress*.

1. Negação da morte/ /entusiasmo para a vida

Numa primeira fase, quando abordamos o doente, focamos a nossa atenção sobre conhecimentos de índole profissional e causal. O contacto com o doente tende a ser superficial e impessoal. A morte é inaceitável e o terapeuta executa todas as medidas para salvar o doente.

Oferecem-se «falsas esperanças», explicam-se histórias que não são certas, consumindo uma grande quantidade de energia para manter viva a negação e assim evitar a angústia. Esta é mais forte dependendo da idade do doente, da doença-base e da evolução da mesma.

2. Culpa e frustação

Após tomadas todas as medidas para salvar o doente, a agonia deste acentua-se. O enfermeiro sente-se culpado

Fátima Fontes
Enfermeira a exercer funções no Serviço de Gastro-Neurocirurgia do C.H.F.

João Luís Vieira
Especialista em enfermagem de Reabilitação a exercer funções no Serviço de Medicina II do C.H.F.

Lina Paula Cardoso
Enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos do C.H.F.

Este artigo foi apresentado na I Jornada de Medicina Intensiva Madeira – Açores

e frustrado, pois à medida que se vê confrontado com a realidade da morte final e inexorável dos seus doentes ele também enfrenta o espectro da sua própria morte.

Muitos factores contribuem para o desenvolvimento destes sentimentos, como por exemplo:

- Cansaço do enfermeiro em relação ao doente e família
- Omissão ou informações incorrectas ao doente e família
- Inexperiência do enfermeiro
- Desconhecimento do prognóstico do doente
- Negligência profissional

3. Racionalização

Como tentativa de superar a culpa que sentimos, quer seja real quer não, tentamos muitas vezes proteger o nosso equilíbrio emocional apresentando uma explicação plausível como real.

Com este mecanismo, a pessoa tenta aliviar-se da angústia e sofrimento que o reconhecimento da verdadeira razão lhe acarretaria.

4. Depressão

O enfermeiro pode passar desta fase para outra de envolvimento emocional. A dor, o desgosto e o pesar estão presentes. Vê-se confrontado com a necessidade de ser forte e de demonstrar autocontrolo. Esta é uma das exigências que faz a si próprio e que aparece também como resposta às expectativas dos seus colegas. Perante tais situações, o enfermeiro vê-se perante uma encruzilhada: ou aceita esta realidade ou entra em *stress*.

5. Aceitação

O enfermeiro vê-se abrangido por uma sensação de liberdade emocional, deixando de apresentar sinais de depressão ou preocupação com a sua própria saúde ou morte física.

Isto não significa que devemos manter a distância profissional, muitas vezes defendida por enfermeiros mais «experientes», mas sim reconhecer em nós mesmos que queremos seguir actuando de forma útil. É que sentir empatia com os doentes não significa falta de profissionalismo.

6. *Stress*

Se, mesmo adoptando mecanismos de defesa, o enfermeiro não aceita a morte, poderá enveredar por uma luta contínua entre os vários recursos que tem para enfrentar o problema. Poderá apresentar um desgaste psicofisiológico contínuo que se traduz por patologia do foro psicossomático, como: cefaleias, perturbações gastrintestinais, oscilações emocionais, tais como ideias negativas em relação a si próprio, dúvida das suas capacidades ou explosões nervosas.

Essas manifestações podem afectar as suas relações com os outros doentes, com os outros membros da sua equipa e inclusive com a própria família.

Através de estudos feitos verificou-se que os factores emocionais relacionados com a morte e com as doenças graves eram os que mais causavam *stress* aos enfermeiros.

Delinearam-se duas áreas principais:

- O sofrimento pessoal do enfermeiro
- Os aspectos relacionados com a família

Nós acrescentamos ainda:

- Os aspectos relacionados com decisões médicas
- As questões éticas

As necessidades das famílias muitas vezes são vistas de maneira diferente pelos próprios e pelos enfermeiros. Como solução, os familiares recebem respostas estandardizadas como «mantém-se na mesma» ou «não tem melhoras» ou ainda «está um pouco melhor ou um pouco pior».

Nós sentimo-nos impotentes, tendo como fuga encaminhá-los para os médicos. Por seu lado, a família, que sente que tanto médicos como enfermeiros não têm tempo para elas, procura obter algumas informações junto de outras pessoas, mais frequentemente junto dos auxiliares de acção médica.

Há a tendência para colocar em causa as atitudes médicas. Juntando-se a este processo, a maior parte das vezes a família exerce pressões para tratar ou para «deixar morrer em paz».

Os médicos, por seu lado, podem assumir dois tipos de atitude:

- Ou insistem no tratamento e adoptam medidas consideradas por alguns como extremas.
- Ou procuram que o doente esteja confortável, mas sem adoptar as tais «medidas extremas» para prolongar o processo da vida.

Os enfermeiros vêem-se constantemente confrontados com este tipo de conflitos, que envolvem decisões sobre a vida e a morte.

Comunicar à família que o doente morreu não é tarefa fácil. O enfermeiro vê-se confrontado com uma grande pressão. A família poderá expressar vários sentimentos como negação, aceitação, raiva, solidão, isolamento, culpa e choro. Por vezes apresentam mais do que um. Perante esta ambivalência o enfermeiro pode sentir-se incapacitado.

Outra situação frustrante é quando as nossas sugestões não são bem aceites pelos familiares. Mas as formalidades da instituição têm que ser cumpridas e as famílias sentem-se em desvantagem pois desconhecem os seus direitos.

Pessoas que viveram muitos anos juntas ficam sem saber se podem ou não despedir-se do morto, tocar-lhe, dizer-lhe adeus. Nesta situação devemos ajudar e facilitar as acções que controlam o familiar. Outras vezes, pessoas há que imaginam que o seu familiar está com mau aspecto ou mutilado e que perante a realidade sentem-se confortadas. Se tivermos em conta estes aspectos, estaremos a ajudar-nos a aliviar o *stress* e a lidar com estas situações. É que o enfermeiro também sofre com elas.

Por exemplo, assistir a uma mãe a despedir-se do cadáver do filho é doloroso para qualquer pessoa, mesmo para um profissional com muita «experiência». Há que se dar mais importância à pessoa do que à sua função. É do nosso lado humano, do nosso toque pessoal, que os familiares se apercebem nestas situações. Eles fixam muitos pormenores pessoais a nosso respeito.

Por tudo isto, se a sua função, conhecimentos e experiência não parecem resolver a situação, ou se se sente impotente ou pouco eficaz, não hesite em usar o seu toque pessoal, a sua parte humana. Os familiares ficam muito gratos à pessoa que eles conheceram e que os ajudou naquele dia horrível.

Apresentação e análise dos dados

Com a finalidade de conhecermos a opinião dos enfermeiros acerca de alguns aspectos do fenómeno morte, questionámos um grupo de enfermeiros.

O universo constou de cinquenta (50) elementos; vinte e cinco (25) em serviço na Unidade de Cuidados Intensivos do CHF e outros vinte e cinco (25) em Serviços de Medicina e Cirurgia do mesmo hospital.

O instrumento de pesquisa usado foi um questionário e as variáveis questionadas foram:

- Sexo; idade; serviços onde exerceu; recepção e reacção ao acolhimento de doentes terminais e/ou cadáveres; ideias da mortalidade na UCIP; o que faz na iminência da morte; família e doente terminal e/ou cadáver; opinião sobre recolha de órgãos; necessidade de partilha de sentimentos e com quem?

A média das idades dos enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos é de trinta e um (31) anos e nos serviços é de trinta e três (33) anos.

■ *Número de enfermeiros, segundo o sexo*
Constata-se que: 84% da amostra é constituída por enfermeiros do sexo feminino e 16% enfermeiros do sexo masculino. Os dados estão de acordo com a população de enfermagem; maior número de profissionais do sexo feminino.

■ *Distribuição quanto ao acolhimento do doente em fase terminal*
96% dos enfermeiros dos serviços, já receberam doentes em fase terminal e apenas 4% referem nunca ter recebido.

■ *Distribuição quanto ao acolhimento do cadáver*
Aos enfermeiros dos Cuidados Intensivos foi perguntado se já receberam cadáveres 36%: respondem afirmativamente; 52% respondem que nunca recebeu e 12% não respondem. Aos mesmos enfermeiros foi perguntado o que sentiram perante tal facto.

■ *Distribuição quanto ao sentimento no acolhimento do cadáver e/ou doente terminal*
Para os enfermeiros da UCI, que receberam cadáveres 77% referem aceitação; 33% referem sentir repulsa.

A morte é presença quase constante na UCI e isso lembra a cada um a sua própria morte, ideia que atemoriza e repugna o ser humano. Em relação aos serviços, perante o acolhimento de doentes terminais, 92% referem aceitação; 4% referem repulsa; e 4% referem indiferença. Dos dois universos, UCI e Serviços, perante acções diferentes, uns e outros maioritariamente referem aceitação, o que mostra de certa maneira o sentir dos enfermeiros perante a morte ou a iminência dela.

■ *Caracterização da opinião dos enfermeiros acerca da mortalidade na UCIP*
Analisando os dados, constata-se que: 52% dos enfermeiros da UCIP são da opinião que a mortalidade se situa entre os 15% e os 20%; e 40% situa a mortalidade entre os 20% e os 25%. A mortalidade da UCIP ronda os 20%. A opinião dos enfermeiros dos Serviços acerca da mortalidade da UCIP é: 36% situam a mortalidade entre 10% e 15%; 40% situam-na entre 15% e 25%; e 16% entre 25% e 30%.Pelos dados colhidos, parece-nos que está a ser banida das mentalidades dos enfermeiros a ideia de que a UCIP é o «lugar de mortos». Outro dado a confirmar o nosso parecer, foi a resposta à pergunta: «Acha este número elevado, normal ou reduzido?»

■ *Parecer dos enfermeiros quanto ao número de mortes na UCIP*
Constata-se que 64% dos enfermeiros referem ser um número normal; apenas 20% considera ser um número elevado.

■ *Caracterização quanto ao parecer dos enfermeiros pós-morte*
À questão, «após assistir à morte de um doente», observa-se que 66% dos enfermeiros considera ser serviço normal, querendo isto dizer que o doente foi atendido como pessoa e não como um órgão doente ou como um caso perdido; a morte foi aceite como acontecimento natural.
– 17% da amostra refere sentir-se frustrado com as acções efectuadas: parece-nos um sentimento aceitável, porque nas fases terminais lutamos pela vida do doente; quando este nos morre sentimo-nos fracassados e angustiados, porque em parte identificamo-nos com os que morrem; outros 17% referem que os outros doentes ficam prejudicados, uma vez que para o doente terminal agudo, há maior mobilização dos profissionais de serviço.

■ *Sensibilização dos enfermeiros perante o doente que caminha para a morte*
– 40% dos enfermeiros atendem à rapidez de evolução, no doente que caminha para a morte: isto porque quanto mais rápida for a morte do doente maior é a nossa perplexidade e só após confirmada a morte se verifica a relutância que se tem dela;
– 34% da amostra atendem à idade, pois quanto mais novo é o doente mais frustrados nos sentimos com a sua morte. A experiência pode ser ainda mais difícil, quando o doente tem aproximadamente a mesma idade que o enfermeiro. Isto não significa que uma vida tenha mais valor do que outra.

Apenas a proximidade da idade torna a identificação mais imediata e o enfermeiro mais vulnerável à perda.

■ *Distribuição quanto as prioridades na iminência da morte*
Constatamos que a prioridade sentida pelos enfermeiros perante a iminência da morte é avisar a família, 42%. 26% dos inquiridos é da opinião que deverá continuar-se a terapia; o velho ditado «enquanto há vida, há esperança» tem aqui aplicação. São de opinião de proporcionar assistência espiritual 17% dos enfermeiros e 11% são de opinião que se deve suspender a terapia.

■ *Caracterização da aceitação dos enfermeiros na prestação cuidados ao doente terminal*
À questão «O que faz quando pensa que o doente não se salvará?», constata-se que: 76% dos enfermeiros consideram trabalho normal; isto porque muitos consideram que enquanto houver vida se deve continuar a assistência ao doente. 14% é da opinião que é tempo perdido; 7% referem menos vontade de cuidar e 4% não respondem à questão.

■ *Caracterização quanto à importância da presença da Família na fase terminal da vida*
– 51% dos enfermeiros inquiridos acham que a família deve estar presente na fase final da vida e que, talvez por essa razão, teriam melhor aceitação.
– 16% da amostra é de opinião que a família interfere na assistência.

■ *Caracterização quanto ao conhecimento/aceitação face à recolha de órgãos*
Como na região está em formação uma equipa com a finalidade de recolha de órgãos, quisemos saber qual a opinião dos colegas e verificámos que:
– 61% acham esta prática aconselhável;
– 24% não concordam mas aceitam;
– 12% acham que é violento;
– 3% sentem repulsa;

Pela análise dos dados atrevemo-nos a dizer que os enfermeiros estão sensibilizados para este fenómeno.

■ *Caracterização quanto à expressão e partilha dos sentimentos face à morte*
Visto que, para alguns enfermeiros, a morte pode chocar ou provocar desequilíbrios emocionais, perguntámos se já sentiram necessidade de compartilhar os seus sentimentos em relação a este fenómeno: 84% respondem afirmativamente; 8% respondem nunca terem sentido essa necessidade e 8% não respondem.

■ *Caracterização quanto à partilha dos sentimentos face à morte*
Perante a pergunta: «Com quem partilha habitualmente os seus sentimentos acerca da morte?», verifica-se que:
– 53% dos enfermeiros partilham com os colegas;
– 23% com um amigo;
– 15% com familiar;
– 4% com psicólogo ou religioso;
- 4% não responderam;

Parece-nos que há um certo diálogo e confiança entre colegas e que existe a noção de que falar do serviço com pessoas «extra-serviço» é violar o segredo profissional. Conclui-se também que, se tantos enfermeiros têm necessidade de compartilhar os seus sentimentos, é porque de facto a morte ainda é um fenómeno que nos toca a todos chegando mesmo a assustar-nos.

Conclusão e sugestões

A maneira de apreciar, prote-

ger e promover a qualidade de vida humana e o modo de encarar a morte dependem em larga escala das crenças, valores e concepção da vida e da morte que cada um de nós tem. Tanto os enfermeiros da UCIP como os dos Serviços já entraram em contacto com doentes em fases terminais, e perante tal facto referem aceitação. Aceitação esta que se traduz, e assim defende Virginia Henderson, numa das funções próprias da enfermagem, que é ajudar o indivíduo a ter uma morte serena.

A necessidade de «ser forte» e de demonstrar autocontrolo tende a ser enfatizada e reforçada pelos padrões profissionais, não havendo por isso tempo, espaço ou disponibilidade para o enfermeiro se expressar. Deste modo sugerimos algumas medidas de alívio a esta situação:

- Exprimir-se de modo sincero e sem reservas com alguém de confiança, não violando o segredo profissional.
- Ter outras actividades extraprofissionais, culturais, lúdico-desportivas, sociais e familiares.
- Fomentar a solidariedade entre a equipa.
- Fomentar relações empáticas entre médicos e enfermeiros, tendo a certeza que a firmeza é uma estratégia muito mais convincente do que a «agressividade».
- Seria aconselhável que o pessoal das UCIS fosse informado do seguimento dos doentes desde o internamento até à alta hospitalar.

Seria desejável que na selecção da equipa fossem requisitos fundamentais:

- Bom nível de maturidade.
- Autocontrolo sem deixar de empatizar e sentir em qualquer reacção.
- Rodagem dos profissionais pelos vários serviços, não devendo ser a permanência superior a 5 anos, com vista à diminuição dos efeitos nefastos da grande incidência de mortes.
- Criação de uma equipa multidisciplinar onde houvesse partilha, debate e resolução de questões sem medo de perda de identidade profissional.

Por fim, assinalamos a necessidade de reuniões de equipa formalmente marcadas onde a coordenação caiba a um elemento experiente, respeitado e conhecedor dos problemas sentidos pela equipa, enfim, alguém acatado por todos e apto a orientar sem partidarismos.

REFERÊNCIAS

ATKINSON/MURRAY, *Fundamentos de Enfermagem*, Editora Guanabara, Rio de Janeiro, S/ed., 1989, 617 pg.

ANN MARRINER, *Modelos e Teorias de Enfermeria*; Edições Rol S.A., Barcelona, S/ed. 345 pg.

BERNARDO FREI, O. P., *Amar a Vida, Aceitar a Morte*; Porto 1979.

Nursing; Lisboa, Abril 1990.

Servir, Lisboa, 35, Novembro/Dezembro, 1987.

Servir, Lisboa, 36, Março/ /Abril, 1988.

Servir, Lisboa, 39, Janeiro/ /Fevereiro, 1991.

mudança de endereço

Nursing

Se é nosso assinante e pretende alterar o endereço onde costuma receber a revista, por favor indique no espaço assinalado, o seu novo endereço

Nome _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____