

SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM: MORTE E MORRER

TRINDADE¹, V. L.; SALMON², V. R. R.

RESUMO – O estudo apresentado teve como objetivo analisar a sistematização de enfermagem junto ao processo morte e morrer, com isto analisar se os profissionais de enfermagem estão preparados para cuidar do paciente em sua terminalidade de vida, bem como evidenciar os conhecimentos científicos junto ao processo morte e morrer e os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem.

Palavras-chave: Sistematização de Enfermagem. Morte e Morrer. Moribundo. Terminalidade de Vida. Despreparo. Sentimentos.

Systematization of nursing assistance: death and dying

ABSTRACT – The present study aimed to analyze the systematization of nursing with the process of death and dying, thus consider whether the nurses are prepared to care for the patient in his terminally life as well as highlight the scientific knowledge with the dying process and die and the feelings experienced by nursing professionals.

Keywords: Nursing Systematization. Death and Dying. Dying. End-of-Life. Unpreparedness. Feelings.

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Cruz – FARESC - Curitiba – C-eletrônico: veraluciatrin@hotmail.com.

² Professora e Orientadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Cruz – FARESC - Curitiba – C-eletrônico: cfvs2005@yahoo.com.br.

1 INTRODUÇÃO

O processo morte e morrer passa por fases delicadas da vida, no qual o morrer faz parte do desenvolvimento natural do ser humano que é nascer, crescer e morrer. Conviver com incertezas faz parte do estágio final de vida, mas se pode então dizer que “Eros é vida e Thanatos a morte” e que a única certeza que temos que um dia iremos morrer, não aceitando que isso possa acontecer, seja por desconhecer sobre o assunto, ou por questões culturais, crenças, tabu, ou limitações de nossa consciência em aceitar os fatos (MACHADO, 2006).

Assim, a Tanatologia é uma parte da medicina legal que se ocupa em estudar a morte e os problemas correlacionados, é uma ciência que nasceu nos Estados Unidos, em que o foco é o estudo da morte (BOSSO, 2009).

A morte para um geneticista é considerada como saída do mundo vivo, a qual corresponde com a parada do funcionamento de um conjunto dos processos fisiológicos e biológicos do ser vivo cuja energia para de comandar as ordens para o corpo, levando-o à morte (SANTOS, 2009).

Muito embora se saiba que para ser constatada sua fase final de vida (terminalidade), faz-se necessário a comprovação por três profissionais médicos devidamente habilitados e capacitados que são: neurologista, cardiologista e um clínico geral e, posteriormente, um destes médicos fará a comunicação verbal e escrita por meio do atestado de óbito para os familiares do moribundo.

A morte e o luto familiar são processos ocorridos no âmbito intra e extra-hospitalar, em que os familiares requerem os mais diversos cuidados por parte da equipe de enfermagem e da área da ciência humana. Assim enfatizam os mais diversos autores e escritores, estudados durante este processo avaliativo (MACHADO, 2006).

Em meio a tantas literaturas pesquisadas, observa-se que a equipe de enfermagem tem dificuldades de manejo ao paciente e aos familiares sobre a Tanatologia³. Consubstancia-se, portanto, como justificativa deste estudo a necessidade de capacitação científica e específica por partes dos profissionais de

enfermagem e toda equipe multidisciplinar. Agrega-se a essa pesquisa, a vivência prática do autor que experimentou a falta de conhecimento ou senso crítico por partes dos profissionais da saúde para auxílio aos familiares, sendo que estes vivenciam um momento de profunda dor, desapego e desespero perante sua perda.

Outrossim, encontra-se uma deficiência na assistência prestada ao paciente em fase terminal. Assim se ajuda não somente os pacientes, mas também aos familiares e aos profissionais de saúde, levando na prática o conhecimento teórico sobre o assunto por meio de educação continuada. Contudo, neste trabalho será dada ênfase sobre a morte natural como inexistência da pessoa humana, em seu contexto geral, seja ela tratada como fase final de vida, acometida por doenças ou parada dos órgãos vitais do ser humano, bem como o preparo dos profissionais de enfermagem junto ao processo morte e morrer. Portanto, com base na metodologia desenvolvida nesta pesquisa foi delimitada a seguinte questão norteadora: A enfermagem está preparada para o processo de cuidar dos pacientes na sua terminalidade de vida?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DESVELANDO O MORRER ACIDENTAL E NATURAL

Com base no art. 6º do Código Civil Brasileiro define-se. “A Morte Natural como: A palavra morte tem origem etimológica no latim, mors. É o fato jurídico caracterizado no termo da existência da pessoa humana, tendo como consequência imediata a extinção da personalidade e dos direitos e obrigações personalíssimas (PENAL, 2014).

Neste caso, ocorre por uma causa natural relacionada à idade e finitude da vida por uma doença ou estado mórbido. Sendo que necessita de assistência médica para atestar o óbito, e esta deverá ser feita pelo médico que acompanha desde o início da doença do paciente. Na ausência deste, designa-se um médico substituto pela instituição ou ambulatório. Ou poderá ocorrer pelo médico da família nos casos de internação no domicílio (SILVA, 2012).

No entanto, determina-se que a Morte Não Natural: por causas externas, é aquela acometida por lesão provocada, seja morte súbita, homicídio, suicídio,

³ Tanatologia: Medicina legal que estuda a morte e seus problemas correlacionados. GUIMARÃES (S/N).

acidente, ou morte suspeita, qualquer evento que tenha ocorrido com efeito lesivo à pessoa humana levando à morte.

A morte, seja ela súbita ou por causas externas, causa impacto muito grande, visto que quando o indivíduo está doente, a morte é recebida por vezes, por parte de seus familiares como sentimento de alívio, por finalizar um processo de sofrimento prolongado, mas que a perda significa a morte de uma pessoa que se ama, no qual o amor faz diferença nas formas de sofrer e superar as separações e perdas (PY, 2010).

Por conseguinte, este tipo de morte deverá ser atendido pelo médico legista do IML, mas poderá ser necessário, quando este evento ocorre em locais sem o IML próximo do local do acontecimento, sendo necessária a intervenção pelas autoridades judicial ou policial, onde estes atuam no lugar de um perito legista (SILVA, 2012).

Todavia, neste trabalho será focalizado sobre a morte natural como inexistência da pessoa humana, em seu contexto geral, sendo que esta poderá ser tratada como fase final de vida, ou acometida por doenças, seguida então de parada dos órgãos vitais, bem como o preparo dos profissionais de enfermagem junto ao processo morte e morrer.

2.1.1 Terminalidade de vida

Para identificar um paciente terminal na prática, na qual se considera sem esperança de cura terapêutica, ou que sua morte seja inevitável, é complexo e não envolve um único raciocínio. Muito embora se saiba que para uma pessoa ser constatada em fase final de vida, faz-se necessário a comprovação por três profissionais médicos devidamente habilitados e capacitados que são: neurologista, cardiologista, um clínico geral. Posteriormente, nos casos de óbito, um destes médicos fará a comunicação verbal e escrita, por meio do atestado de óbito para os familiares do moribundo (MENDES^b, 2009).

Tão logo os sentimentos no processo do luto sejam diversos, tais como, tristeza, raiva, culpa e autocensura, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, anseio, emancipação, alívio e torpor, relata-se que ninguém informa que o luto se pareça com o medo, mas que as duas coisas estão interligadas, causando alterações orgânicas no metabolismo humano.

Rotula o luto como doença, dor, solidão, que possa estar ligada a fé cristã para então suportar ou tentar amenizar o peso do sofrimento (LEWIS, 2007).

Segundo Soares (2013), o luto consiste em quatro fases distintas relacionadas à teoria do apego: entorpecimento, anseio, desorganização, desespero e reorganização.

Primeira fase: entorpecimento.

O ser humano nega o ocorrido, vive uma fase hipnotizada, desacreditada, em choque, sendo que esta fase pode permanecer por algumas horas e semanas, podem aparecer crises de raiva e desespero.

Segunda fase: anseio

Ocorre a busca constante por parte do enlutado pela pessoa perdida. Demonstra estar ouvindo os passos, chamados. Diz estar vendo a pessoa andar na rua. Pode durar meses até mesmo anos, demonstram emoções fortes, agitação psicomotora e sentimento de raiva.

Terceira fase: desorganização e desespero

Surge quando o enlutado demonstra estar assimilando os fatos, deixando de procurar a pessoa falecida. Entende que não o terá de volta, sendo esta fase a mais difícil, em que o enlutado passa por afastamento das pessoas próximas, não tendo interesse de suas atividades laborais, demonstrando dificuldade na concentração cognitiva, com dores de cabeça, corpo e nuca.

Quarta fase: reorganização

Momento pelo qual o enlutado passa a sentir saudades e lembranças do falecido retornando as suas atividades laborais normais. Sente que tal sofrimento diminuiu, permitindo então outras relações afetivas. Investe em suas energias vitais e sociais. Inicia logo a recuperação, com sentimentos positivistas. Apenas apresenta sintomas relacionados a datas especiais que lembram o falecido (SOARES, 2013).

Logo, o autor Potter (2013) traz que o luto passa por três teorias distintas, na quais não existe o certo ou errado pelo qual o indivíduo enlutado possa lamentar sua perda. Este processo de sentimentos e comportamento associados ocorre de maneira diferente em cada indivíduo, diante da adaptação particular de cada ser humano, levando-o às várias alterações físicas e psicológicas diante de sua perda,

sendo que o luto é um processo vivenciado por todas as pessoas ligadas ao paciente que morreu, ou seja, seus amigos, familiares, equipes de hospital, suporte social, ou os profissionais de saúde.

As explicações com relação ao processo de luto passam por vários conceitos históricos ao longo dos anos. São usadas teorias explicativas como instrumento de avaliação, para prever as necessidades dos clientes, familiares, com o intuito de compreender o luto, assim planejar as prescrições dos cuidados a

fim de ajudá-los a lidar com seu luto. Estas teorias citadas (TABELA 1), pelos autores e utilizadas na saúde são classificadas pelos estágios ou fases vivenciadas pelos pacientes e ou familiares, facilitam a observação e a prevenção, diante do luto de forma que os enfermeiros e equipe multiprofissional possam julgar e orientar com precisão estes indivíduos, em que muitas pessoas que passaram por experiências de quase morte (EQM), relatam suas experiências vividas diante deste fato ocorrido (POTTER, 2013).

QUADRO 1 - COMPARAÇÃO DE TRÊS TEORIAS REFERENTES AO LUTO

Engel (1994)	Kübler Ross (1969)	Rando (1991)
Choque e descrença	Negação	
Desenvolvimento da consciência	Raiva	Prevenção
Reorganização e Restituição	Barganha	Confrontação
	Depressão	Acomodação
	Aceitação	

FONTE: Potter (2013).

2.1.2 As experiências de quase morte (eqm)

Alguns estudiosos e cientistas relatam suas experiências de quase morte. Fazem relatos dos momentos vividos em uma Unidade de Terapia Intensiva de tratamento, passando então por um estado de ausência do próprio corpo, levando às mais profundas mudanças fisiológicas e psicológicas. Assim, justificam que estas experiências são presenciadas por pacientes que não passaram por lesões ou danos cerebrais, mas que por alguma forma permaneceram em coma profundo, dados como estes se encontram em estudos documentários, desde 1950 (FENWICK, 2013).

Raymond (2013) cita em seus estudos que os casos de EQM acontecem muitas vezes em pessoas que passam por parada cardíaca, e que o fluxo de sangue oxigenado seja restaurado por meio da ressuscitação, em adultos a taxa de mortalidade é de 15% a 40%. Relata que o neo córtex, a superfície externa do cérebro que nos torna humanos, fica paralisado totalmente e, com isto, todo o corpo fica ausente imóvel, ou seja, sem reações fisiológicas e orgânicas.

Contudo, refere-se à crença e aos valores familiares estão interligados na ciência e na vida pessoal, e que

a vida tem sentido durante a existência humana e até mesmo depois da morte. Assim o corpo e o cérebro não terminam com a morte, vai além do corpo e da terra, que para isto existe seus aspectos legais diante do viver e morrer (JR. RAYMOND, 2013).

2.1.3 Aspectos legais sobre a morte

O paciente em sua terminalidade de vida preserva seus direitos. O artigo 1º, inciso III da Constituição Federal tem como fundamento a dignidade da pessoa humana.

A dignidade da pessoa humana abrange a sua moral, seu aspecto físico, incluindo a integridade de seu corpo com vida e pós-morte. O indivíduo em fase final continua tendo direito de uma morte digna, proteção e respeito com seu corpo.

Em relação a isto, consta no artigo 138, § 2º do Código Penal Brasileiro informando que a calúnia contra os mortos é punível com pena de detenção de seis meses a dois anos e multa. O Código Civil Brasileiro de 2002, em seu artigo 6º, define que a existência da pessoa humana, termina com a morte e terá a extinção da personalidade e dos direitos e

obrigações personalíssimas (PENAL, 2014).

Tão logo a morte natural do ser humano, leva-os à extinção das suas personalidades e dos seus direitos e deveres, enquanto cidadão. Porém, não indica que, enquanto estiver com vida, não necessita de cuidados necessários em seu cotidiano de sobrevivência. Exemplificando que em sua fase terminal de vida, enquanto existir vida, necessita de cuidados com a finalidade de amenizar a dor e o sofrimento (MORO, 2010).

O código de ética dos profissionais de enfermagem, RESOLUÇÃO COFEN 358/2009, é um conjunto de normas que regem infrações cometidas pelos profissionais de enfermagem à pessoa, família e coletividade de forma sistematizada e organizada, diante das responsabilidades e deveres, o qual determina que: Os valores do ser humano devem seguir a assistência comprometida e arraigada à competência técnica e ética, diante dos seus deveres enquanto profissional de enfermagem.

“Das Relações Profissionais com a Pessoa, Família e Coletividade”.

“Seção 1 - Art. 19 – Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte” (RESOLUÇÃO COFEN-358/2009).

Para tanto a enfermagem deverá estar preparada com embasamento científico e prático, bem como ciente do processo de luto, em que poderá dar suporte às necessidades dos envolvidos como: paciente, família e equipe (SALMON, 2011).

“Capítulo 1 – Art. – 3º O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza” (SALMON, 2011).

A bioética traz a necessidade de um consenso harmonioso entre todos os envolvidos e participantes do processo de terminalidade de vida, respeitando à ética.

Você está cuidando de uma cliente com uma doença terminal. A cliente expressou desejos de explorar a ordem de “não ressuscitar” (NR). Porém, ela expressou sentimentos conflitantes para o médico, e você vive o desafio de como proceder (POTTER, 2013).

Pode-se então dizer que este é um dilema ético? Mas se a questão continuar desconcertante em que a resposta tiver relevância da equipe multiprofissional, pode-se constatar a existência de um dilema ético (POTTER, 2013).

Compreende-se que o paciente esteja em sua fase terminal, agonizante, passando então por sofrimento, mantendo sua “personalidade jurídica, pois ainda possui vida, contrapondo-se à morte”. Todavia não poderá deixar de ser assistida, uma vez que ainda exista vida.

2.1.4 Etapas do processo de enfermagem

Segundo a Resolução do COFEN⁴ nº 358/2009, determina que o Processo de Enfermagem deva ocorrer de forma deliberada e sistemática, desde que seja ampliado para todos os ambientes como: escolas, associações comunitárias, sendo eles públicos ou privados, que utiliza o cuidado do profissional de enfermagem.

Para tanto afirmam que o processo de Enfermagem corresponde de forma organizada a cinco etapas: Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Avaliação de Enfermagem. Conforme exemplifica na figura 1 a seguir. Assim confirma o autor (TANNURE; PINHEIRO, 2013);(BARROS, 2010).

Portanto, os enfermeiros utilizam os diagnósticos médicos reais perante as comorbidades, o uso dos diagnósticos de enfermagem junto ao processo de enfermagem encontra-se implementado com fundamentação científica, nos livros NANDA e Diagnóstico de Enfermagem (DE), que são utilizados nas instituições de saúde, para facilitar os diagnósticos levantados e interpretados pelo enfermeiro mediante os problemas apresentados, por meio de uma avaliação minuciosa junto aos pacientes no ato do atendimento, e assim elaborar a prescrição dos cuidados (DOENGES, 2011).

⁴ Conselho Federal de Enfermagem - CONFEN

Figura 1: Etapas do Processo de Enfermagem



Fonte: Autora (2015).

2.1.5 Sistematização de enfermagem: morte e morrer

A Sistematização de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica que visa elaborar passo a passo de forma sistematizada e organizada a assistência de enfermagem, de um modo geral, buscando respeitar os critérios do cuidado humanizado, científico e prático. Além disso, programa a teoria junto a prática, por meio de etapas do processo de enfermagem, visando às estratégias das ferramentas teóricas elaboradas, discutidas e pensadas mediante as pesquisas científicas, favorecendo o trabalho da equipe de enfermagem (TANNURE, 2010).

Segundo Pianucci (2010), este relata uma história do início da enfermagem, que é acompanhada por todos os profissionais de enfermagem nas mais diversas escolas e faculdades, como a história de Florence Nightingale, um dos ícones da enfermagem. Nasce em 12 de maio de 1820, Florença, na Itália, vindo a morrer em Londres, em 13 agosto 1910, aos 90 anos. Exerce seu trabalho como enfermeira em que seis meses após a Guerra da Criméia, diante das buscas por cuidados de higiene individual, coletivo e ambiental, bem como a separação dos pacientes, consegue reduzir as taxas de mortalidade de 43% para 2,2%. Com isto, em 1856, recebe reconhecimento de “heroína na Grã Bretanha” por seus resultados positivos na área assistencial junto aos soldados na guerra.

Ocorre então um grande progresso na medicina.

Início da humanização junto à assistência sistematizada com embasamento científico e prático, prestada aos pacientes com ética e profissionalismo nos ambientes hospitalares, visto que o índice de mortes por falta do cuidado eficiente diante da classe científica, levavam vários pacientes à morte prematuramente, como relatavam vários autores (PIANUCCI, 2010).

Relata o autor Thowald (2010), que o médico Húngaro, Inácio Filipe Semmelweis, que nasceu em 1818, natural da capital de Viena na Áustria, faleceu aos 47 anos em 1865, vítima de septicemia, no asilo onde foi internado como louco. Conhecido em sua trajetória de vida como o “Salvador das Mães”.

Muito embora respeitado como médico e cientista daquela época, por seu aperfeiçoamento científico e prático, que em seus trabalhos pôde observar, constatar, detectar e comprovar que as parturientes na obstetrícia, passavam por uma epidemia por febre puerperal, uma espécie de “moléstia epidêmica”.

Assim foi o primeiro a ter a intuição de que o problema avassalador estava correlacionado à infecção, por contato das mãos dos médicos e estudantes na prática executada no exame físico junto aos pacientes, pela falta correta de lavagem das mãos. Obteve destaque na assistência clínica obstétrica em 1844, na qual atuou pela primeira vez na anatomia patológica. Dedicou-se às práticas isoladas de autópsia, com interesse voltado em apurar as causas de morte das parturientes (THOWALD, 2010). Assumiu o setor de obstetrícia nas enfermarias do hospital geral de Viena, pode então detectar que, de 208 puérperas internadas, 36 morreram da febre puerperal, com isto levou-o a buscar assiduamente pesquisar e estudar com foco voltado em descobrir as causas de morte. Ainda neste mesmo hospital, sentiu-se desolado diante das crianças órfãos de mãe e dos pais que perderam suas esposas. Decidiu empenhar-se nas investigações, não se contentava com a situação, acreditando ser um “mal inevitável”.

Iniciou suas pesquisas junto à morte das parturientes, classificando-as em duas secções, separando por enfermarias. Na primeira secção, detectou perder 10% das parturientes, sendo que na segunda secção apenas 1%. Identificou que na segunda enfermaria atuavam apenas parteiras, sendo que na primeira os médicos e estudantes de medicina realizam seus exames físicos após voltarem das secções de autópsias. Encontraram em suas pesquisas

junto aos estudantes e em cadáveres, supurações e inflamações em quase o corpo todo como: útero, fígado, baço, glândulas linfáticas, peritônio, rins e membranas do cérebro. Relata ser um quadro de febres purulentas e infecções traumáticas. Terminado seus estudos de autópsias e retornando para examinar suas pacientes nas enfermarias, pôde observar o odor vindo das mãos dos estudantes que eram provenientes dos cadáveres.

Segundo o autor Thowald (2010), menciona que Semmelweis era movido pela ânsia do saber, buscando intensificar os exames e discutir junto aos médicos e professores da Medicina Legal, casos de mortes, bem como explicações plausíveis para a febre puerperal.

Em 1846, na sua primeira secção nas enfermarias, detectou que os números de mortes eram de 11,4% e na segunda secção era de 0,9%, classificando assim que, nas duas salas as mulheres eram provenientes de uma mesma população, com as mesmas condições ambientais. Levantou uma hipótese de que a segunda enfermaria deveria ser pior, por ser superlotada, onde os métodos obstétricos eram os mesmos e idênticos. Conta ainda o autor que, 15 anos mais tarde o médico Semmelweis, fez um relato de que tudo era inexplicável e inserto diante dos números elevados de óbitos, uma realidade incontestável.

Em março de 1847, após seu retorno de férias Semmelweis se deparou com a notícia da morte do seu professor e amigo Kolletschk, em que consta que ao realizar uma necropsia, um estudante o feriu com bisturi no braço, obtendo assim um corte que tratou como insignificante, o qual não deu importância, levando-o à morte por supuração e inflamação das glândulas linfáticas, veias, pleura, peritônio, pericárdio e membrana cerebral. Com isto, constatou-se que, no protocolo de óbito do amigo, um texto redigido constava dado que coincidiam com os protocolos das parturientes mortas, vítimas da febre puerperal.

Reflexivo diante dos dados, iniciou uma série de questionamentos, nos quais se referia que a lesão do seu professor continha germes da decomposição da matéria cadavérica, proveniente das mãos dele Semmelweis e seus discípulos. Por conseguinte, afirmava que eram os mesmos germes encontrados nos corpos das parturientes, mortas pela febre puerperal. Para explicar as perguntas e hipóteses sugeridas por ele, que remoíam seu cérebro dia e

noite, diz que deveria estudar separadamente as diferenças das amostras em duas secções.

Com os números elevados de mortes por febre puerperal, pôs o médico Semmelweis ao abalo violento, o qual levou a pensar em suicídio, por remorso diante dos números incalculáveis de mortes. Descreveu mais tarde que “só Deus sabe a conta das que, por minha causa morreram”, e assim foram sepultadas prematuramente. Travou uma luta contra a própria morte e loucura, decidiu prosseguir com as pesquisas.

Em 15 de maio de 1847, determinou aos estudantes e médicos, vindo das salas de anatomia, que seriam obrigados a realizar a lavagem das mãos com solução de ácido clorídrico, antes de entrarem nas salas de partos. Entretanto, desvendou o segredo da transmissão dos germes infecciosos, que seria por meio das mãos destes profissionais médicos e estudantes. Resolve, então, implementar a lavagem das mãos com água e sabão, escovação e uso de ácido clorídrico, resolveu que deveria realizar vigilância constante diante destes profissionais, exigindo que seguissem as normas impostas por ele. Ainda em maio do mesmo ano pode constatar que, de 300 pacientes internadas, o número de óbitos teria um índice elevado de 12,34%, sendo que nos meses subsequentes, os dados registrados de 1.841 partos, tiveram 56 óbitos, totalizando assim uma percentual de 3,4%.

Entretanto, em dois de outubro de 1847, enfrentou dura batalha diante das resistências, encontradas juntos aos profissionais, em que ao entrar na enfermaria com 12 parturientes, encontrou todas com febre puerperal. Em um espaço de poucos dias 9, estas morreram. Com isto levantou a hipótese de sua segunda descoberta de que não só os mortos transmitem germes infecciosos, sendo que estes se propagam aos vivos enfermos por meio das mãos dos indivíduos sãos.

Conclui que existe a necessidade rigorosa da lavagem e desgerminação correta das mãos. Poderiam assim contribuir para a redução do índice de mortes, bem como a esterilização dos instrumentos utilizados no parto. Diante do uso das técnicas assépticas, esterilização e lavagem das mãos, pôde detectar no ano de 1848 que, de 3.556 parturientes, morreram apenas 45 com um índice de 1,33% na primeira secção, pouco mais que na segunda. Observando assim, pela primeira vez à redução do número de

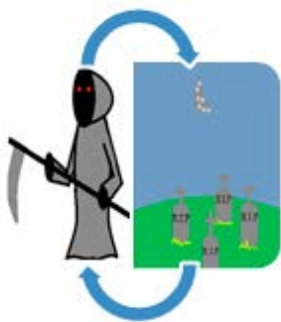
óbitos por febre puerperal.

Contudo, mais uma vez, em seis anos de trabalho, conseguiu obter dados estatísticos de 933 parturientes atendidas, apenas 8 morreram, totalizando 1% do total das mulheres puerperas.

Portanto, durante o trigésimo sexto congresso de médicos alemães em Speyer, no ano de 1861, o professor e médico Lange de Heidelberg, afirma ter adotado os métodos de Inácio Filipe Semmelweis, em que de 300 partos realizados, não registrou nenhum caso de óbito. Confirmando assim que, as pesquisas evidenciadas por Semmelweis seriam reafirmadas por ele, nas quais as mãos seriam os meios de transmissão dos germes patogênicos provenientes dos cadáveres, que seria evitado por meio da lavagem correta das mãos, com técnicas assépticas seguras, em que a importância da atuação dos profissionais de saúde diante dos princípios éticos, respeitando as crenças do ser humano em todo ciclo de vida e durante o processo de morte (THOWALD, 2010).

As crenças de que há ressurreição sustentada mediante a morte (FIGURA 2), seja real, cujo final do ser humano, seu cadáver em decomposição, levam ao questionamento de “por que a morte”? Assim o autor “cita em seu livro que” “o médico pitagórico Alcmeon (VI século A.C.) faria uma referência de que” Os homens morrem porque lhes falta o poder de ligar o começo ao fim (JASPERS, 2011).

Figura 2: Representação Gráfica da Morte



Fonte: Autora (2015).

Assim sendo, cabe aos profissionais de enfermagem, junto à assistência prestada aos pacientes antes, durante e após o cuidar, manter uma relação mútua e clara, por intermédio da comunicação verbal e não verbal, efetiva, clara e precisa, estabelecida de maneira que o próprio indivíduo se sinta seguro, confiante para expressar seus conflitos e problemas

que lhes estão ocorrendo, para que estes sejam solucionados.

Portanto, estes cuidados tem caráter paliativo, com o intuito de aliviar a dor e o sofrimento. Para isto é necessário por via de intervenções na tentativa de amenizar os conflitos bio psicossocial espirituais apresentados pelos pacientes durante atendimento, e ou tratamento, com objetivo de aumentar a confiança, a autoestima, obtendo deste modo a satisfação da equipe, paciente e família (SOUSA, 2011).

2.1.6 Cuidados paliativos

A palavra paliativa procede do latino pallium, que tem significado o manto, cobertor, sentido de proteção junto a uma visão holística, humanizada nas várias dimensões do ser humano. Teve origem no Reino Unido na década de 1960, cujo principal objetivo é aliviar os sintomas como: mal-estar, dor, sofrimento, que ocorrem em pacientes portadores de doenças crônicas, progressivas, avançadas, degenerativas, incuráveis ou doenças em estágio final (DALACORTE, 2012).

No Brasil, somente em agosto de 2011, a medicina paliativa veio reconhecer como uma prática de atuação médica os cuidados paliativos na tentativa de oferecer qualidade de vida aos pacientes em fase terminal de vida. Contudo a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu, em 1986, e redefinidos, em 2002, esta prática de cuidar com a humanização diante da morte.

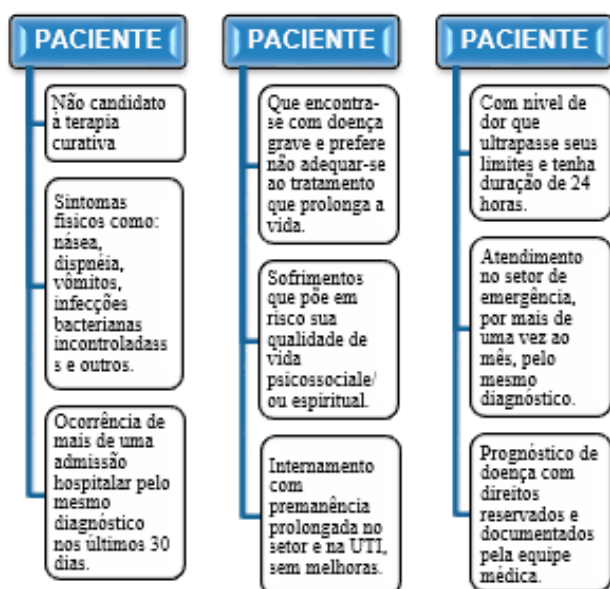
Segundo Resolução Nº1973/2011 do Conselho Federal de Medicina, a qual os Cuidados Paliativos têm como um modelo de assistência, que estão voltados ao respeito ético, moral perante a vida dos pacientes e familiares, proporcionando ajuda para lidarem com a doença na sua fase final, cuidados estes que seguem no alívio do sofrimento, da dor, dos sintomas, promovendo-lhes apoio espiritual e psicossocial, desde o início do diagnóstico até a fase final da vida, assim como o luto (FERREIRA, 2011).

Contudo, existe um perigo com relação à avaliação deste exercício, em que os profissionais avaliam o tempo de sobrevida que um paciente possa ter, a qual determinará sua morte social, antes mesmo que sua morte física tenha ocorrido. Estabelecendo então, que o paciente possa passar por uma expectativa de vida, muito pequena, que possa durar minutos, horas,

dias, semana, mês e ano, no qual o risco de avaliação ineficaz dificulta o conforto real, dentro da avaliação do doente e junto aos seus familiares, levando-os aos sentimentos mais obscuros de suas vidas.

Portanto, devido às condições de se indicar um paciente aos cuidados paliativos, foram criados alguns critérios a serem seguidos para que possam avaliar estes pacientes o mais breve possível como mostra figura 3, e assim proporcionar qualidade de vida até seu estágio final de vida, amenizando seus sintomas e sofrimento, ou seja, sua morte, sendo que estes necessitam de uma equipe multiprofissional qualificada para os mais diversos cuidados prestados junto à qualidade da assistência, frente a terminalidade de vida (BARTS, 2009).

Figura 3: As indicações para avaliar as necessidades para encaminhar aos cuidados paliativos segundo as condições do paciente.



Fonte: Adaptada de Barts (2009).

2.1.7 Equipe multiprofissional frente à terminalidade

A equipe tem o papel fundamental e importante em conjunto com o trabalho em equipe multiprofissional, que proporcionará ao indivíduo esclarecimentos adequados, para que possa suportar o sofrimento e conviver de forma digna e humana junto à doença, podendo obter-se de entendimento, quanto cuidar-se e realizar suas atividades de vida diária com qualidade, bem como a importância do convívio social e familiar. Por meio de estratégias terapêuticas,

visando à resolução do problema imediato junto a sua doença crônica e treinamento para o convívio das habilidades sociais.

A equipe multiprofissional junto à terminalidade e cuidados paliativos devem ser compostos por: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, nutricionista, fisioterapia, Técnicos de enfermagem, conselheiro espiritual ou pastoral. Destaca-se o papel da enfermagem, psicólogo e conselheiro pastoral nesta pesquisa.

O psicólogo atua de forma integrada junto à equipe de cuidados paliativos, promovendo a melhora de qualidade de vida dos doentes que estão em tratamento por suas doenças crônicas, com a finalidade de reduzir os agentes estressores que são provocados pelo tratamento prolongado, sofrimentos emocionais e consequentemente físicos, por meio das mudanças em sua rotina de vida diária, não somente aos pacientes, bem como aos seus familiares. Contudo, o psicólogo atua frente ao paciente, família e profissionais trabalhadores (FERREIRA, 2011).

A função do ministro ordenado (Padre) é fundamental para ajudar as pessoas num momento de perda, por meio do auxílio espiritual. O primeiro ponto é mostrar que na Fé Cristã não existe um ponto final. Ou seja, para aqueles que faleceram continuam do outro lado. O segundo ponto é uma entrega. Isso significa que diante da morte de alguém, faz necessário enfrentar a perda. Esse elaborar, vivenciar, rezar a perda faz a pessoa não se prender naqueles que partiram, principalmente quando se trata de pais que enterram seus filhos, ou um casal que viveu muito tempo junto. Esse processo chama-se LUTO.

A enfermagem tem papel fundamental junto ao processo de cuidar, com visão ampla e humanizado, respeitando a ética profissional, considerando os meios de prevenções, junto à promoção, prevenção e tratamento, um atendimento de forma integral. Além disso, podemos observar que os profissionais têm sua grande importância, que seguem além do conhecimento da realidade, procuram sempre por meio de articulações com as reais necessidades, tornando-os verdadeiros empreendedores do cuidado frente à profissão que exercem e que devem adquirir conhecimento científico, prático e psicológico para atuarem no processo do cuidado (BASSO, 2011).

O enfermeiro juntamente com o médico deverá constatar os sinais como: ausência de sons

cardíacos; ausência de pulso palpável; ausência de sons respiratórios; ausência de sinais de esforço inspiratório; pupilas dilatadas e não reativas. Depois de constatados todos os dados, registrar no prontuário do paciente, junto com a hora da morte. Assim o momento que ocorreu o óbito coincide com o momento em que o exame foi realizado.

O registro no prontuário do paciente deverá seguir de data, hora, mês e ano, sinais verificados, observados e anotados junto à notificação comunicada à família via telefone e assinatura do enfermeiro responsável. Segue exemplo de anotação do enfermeiro no prontuário de registro dos dados do paciente.

6/8/07"- "0032" O paciente não tem pulso, reflexos pupilares, sons cardíacos ou pulmonares. Foi declarado morto em 0025. A família foi notificada por telefone. J. WHEELER, enfermeira. (CAMPBELL, 2011).

Diante do óbito ocorrido e após ser registrado no prontuário do paciente, seguem orientações aos familiares, bem como os materiais utilizados e cuidados a serem realizados com o corpo após a morte:

- a. orientar familiares ou acompanhantes sobre o procedimento; verificar com a família sobre roupas e documentos;
- b. utilizar os materiais para o preparo do corpo como: luvas de procedimento, avental, ataduras de crepe, algodão, pinça cheron, três etiquetas para identificação, material para higiene do corpo, compressas de gaze, esparadrapo, biombo, saco plástico para roupas e pertences do paciente, saco plástico para lixo;
- c. colocar biombo ao redor do paciente; calçar luvas de procedimento e colocar avental;
- d. retirar punções venosas, drenos, cateteres e sondas; realizar a troca de curativos sujos por limpos;
- e. retirar pertences e entregar aos familiares;
- f. fechar as pálpebras e manter as próteses na boca; ao realizar higiene do corpo, certificar se existe alguma proibição devido à religião;
- g. enfaixar a cabeça envolta do queixo (manto), para manter a boca fechada; introduzir chumaços de algodão nos orifícios do corpo com a pinça cheron;
- h. cobrir o paciente com lençol até o queixo e perguntar

se algum familiar deseja ver antes de transferir para o necrotério;

- i. depois que os familiares saírem do quarto, prender com atadura de crepe o queixo, tornozelo e punhos;
- j. prender uma etiqueta de identificação no corpo; vestir o paciente com as roupas escolhidas pelos familiares;
- k. transferir o paciente para a maca; transportar o corpo para o necrotério; organizar o ambiente; remover o avental, luvas e lavar as mãos;
- l. anotar no prontuário o horário do óbito, nome do médico que constatou o óbito, pessoas notificadas, os cuidados realizados com o corpo, horário de transferência para o necrotério;
- m. notificar o pessoal da higiene para realizar limpeza terminal do ambiente hospitalar (RODRIGUES; et al, 2008).

Sabe-se que a morte é inevitável, fato irreversível que corta as relações entre o moribundo e seus familiares. Diante do processo de terminalidade de vida, faz-se necessário que a equipe multiprofissional, em específico a enfermagem, tome conhecimento da religião dos pacientes e suas exigências mencionadas por cada doutrina religiosa, de como preparar o moribundo para a morte.

2.1.8 A morte e as doutrinas religiosas

Na religião budista, o paciente deve permanecer em lugar tranquilo e calmo, exigindo que este deva ficar em um quarto individual.

Entretanto, para a Igreja Católica a unção dos enfermos será ministrada por um padre. A instituição deverá permitir o acesso para que isto seja realizado. Solicitam que tenham cuidado em não extraviar materiais religiosos durante o banho.

Na visão do judaísmo, pede que seja evitada a autopsia, desde que esta seja exigida por lei, quanto à doação de órgãos necessita ser autorizada por um rabino, solicita que o moribundo seja transferido imediatamente para a funerária, para que o enterro possa ser realizado no prazo máximo de 24 horas, exceto aos sábados, a equipe de enfermagem deve tocá-lo com luvas, a instituição poderá sugerir a autopsia e/ou doação de órgãos por via judicial. O

moribundo será encorajado em aceitar o processo da morte, sendo que este terá outra forma de vida, não aceitam recursos artificiais para retardar a fase da morte.

O Islamismo coloca que os membros da família e que sejam do mesmo sexo prepara o corpo após a morte, pede que seja evitado autopsia, desde que esta seja exigida por lei. Permite doação de órgãos, o corpo devera ser transferido imediatamente para a funerária, para que o enterro ocorra em 24 horas após a morte. Solicita que a instituição permita que a funerária retire o corpo direto do quarto.

Hinduísmo diz que a família pode recusar, para que o moribundo mantenha plena consciência até sua morte, exigem que seus rituais sejam proclamados e que um membro da família e sendo do mesmo sexo prepare o corpo após a morte. A instituição deverá fornecer analgésicos, desde que estes não alterem o nível de consciência, evitar interromper os rituais e permiti-los assim que possível, desde que estes não prejudiquem a instituição (CAMPBELL, 2011).

Os muçulmanos permitem apenas a visita dos familiares onde será realizada a leitura do Corão próximo ao moribundo sendo que, na ausência dos mesmos, será proclamado por um sacerdote islâmico, o corpo após a morte passa por cuidados de higiene realizados por membros da própria religião, caso este seja preparado pela enfermagem deve ser utilizados luvas para tocar no corpo (MACHADO, 2006).

Segundo Neto (2013), na doutrina espírita, o corpo físico após ocorrer à morte, que trata como corpo material, sendo que este corpo que habita o espírito morre ficando na terra, logo o espírito continua a viver sem ter o corpo material, ocorre então a reencarnação, após este espírito passar por sua evolução espiritual e entendem que a morte nada mais que um fato da vida ou um estágio, como fazer aniversário, relata que deveríamos encarar a morte com naturalidade, sem dramas e desespero mediante a perda, diz que ela causa um susto aos espíritas, mas que quanto mais estivermos preparados espiritualmente sobre o fato da morte, receberemos com mais serenidade esta etapa de vida. Assim, a espiritualidade faz parte no processo de morte e morrer, onde a crença interliga-se a esta fase de vida.

Platão, em seu período de busca por conhecimento científico, enfatizando a combinação da ciência com os elementos espirituais, visando a necessidade

de tratar a alma como também o corpo físico, no qual a medicina baseia-se em evidências. Mediante este progresso inicial, a espiritualidade é usada por milênios de anos, como uma maneira de cuidar, não sendo utilizada de forma científica, mas de forma terapêutica junto aos pacientes moribundos.

Para alguns estudiosos as crenças influenciam na fase de separação e na preparação da morte junto ao desapego do corpo, aumentando assim dificuldade em aceitar a própria morte. Além disso, o preparo espiritual e ter religião, ou seja, acreditar em Deus ameniza o sofrimento neste processo de morte e morrer (DINIZ, 2009).

Em resultado disso, durante muitos anos, vem se estudando a questão da Fé, crença e espiritualidade, por parte dos pesquisadores, para que possam identificar a correlação com a cura de algumas doenças tidas como incuráveis, mas que por milagre divino algum paciente sobrevive e até mesmo após serem considerados como mortos. Com isto, aparecem de forma explícita nos relatos dos pacientes e seus familiares. Os quais a medicina não consegue justificar, neste sentido de cura, apenas afirmam foi um milagre. Exemplificam alguns autores que a fé é uma espécie de combustível aos oprimidos e desanimados (FARINASSO, 2012).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

O trabalho desenvolvido seguiu os preceitos do estudo exploratório que tem o objetivo de esclarecimento com uma visão ampliada e utilizada em estudos e ou pesquisas pouco explorados. Permite assim, uma interação do pesquisador com o tema a fim de levantar o máximo possível de conteúdos acerca do tema proposto pelo pesquisador, segue uma pesquisa integrativa que tem como prática a base em evidências, utilizando resultados de pesquisas concluídas, é um método que permite a busca por uma análise crítica, com síntese nas evidências levantada pelos pesquisadores e abordada no estudo, revisão bibliográfica de livros e artigos científicos, utilizando uma ampla literatura com a finalidade de estudar e analisar os mais diversos aspectos do tema em estudo. Contribui-se para pesquisas futuras estruturadas. Segue um método retroativo pelos dados encontrados nos acervos literários desde 2008

a 2015, pela pouca publicação sobre o assunto. Em relevância disto, houve alguns destaques importantes a serem utilizados como critérios nesta pesquisa.

Destaques importantes:

Fontes de literaturas encontradas que irão compor a pesquisa. Devem revelar as coerências e as contradições sobre o tema, assim oferecer explicações sobre conceitos, métodos, descobertas e conclusões de estudos pesquisados.

Selecionar as fontes e organizar em sequência lógica para compor em subcapítulos com seus significativos evidenciando o tema proposto.

É responsabilidade do autor a descrição correta das fontes, no final do texto.

Na conclusão estão contidas respostas para as questões que seguem por letras alfabéticas. Os objetivos propostos neste estudo são apresentados nos artigos contidos nos resultados (TABELA 4).

- Os objetivos foram respondidos?
- Quais as limitações do estudo?
- O que facilitou a pesquisa?
- Quais as recomendações para um estudo

futuro?

e) Quais as suas impressões pessoais sobre seu aprendizado com este estudo? (DYNIEWICZ, 2009).

4 CENÁRIOS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi fundamentada em 60 artigos, porém destes foram utilizados 38 artigos para a pesquisa que foi acessada nas bases de dados.

Fonte estas que, por sua vez, permitem buscas simultâneas nas principais bases nacionais e internacionais. Pesquisaram-se os artigos e estudos científicos disponibilizados na íntegra, publicados em português, de 2009 até 2015. As seguintes palavras chaves aplicados: Sistematização de Enfermagem, Morte e Morrer, Moribundo, Terminalidade de Vida, Despreparo, Sentimentos vivenciados.

Segue abaixo (QUADRO 1) uma relação das bases de dados, assim como, o respectivo número de artigos utilizados:

QUADRO 1 - BANCO DE DADOS

Fonte	Nº Artigos	Endereço Eletrônico
(BVS) Nomeada primeiramente de Biblioteca Regional de Medicina – Bireme, passou para Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).	X	www.bvs.br
Base de dados:		
LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.	4	www.bvs.br
MEDLINE: National Library of Medicine.	3	
(SCIELO)Scientific Electronic Library Online	17	www.scielo.org
GOOGLE ACADÊMICO	14	www.scholar.google.com.br
TOTAL	38	

Fonte: Dyniewicz (2009).

Para a seleção das fontes foram consideradas como critério de inclusão as bibliografias que abordassem o processo morte e morrer, Sistematização de Enfermagem: Morte e Morrer e os sentimentos abordados pelos profissionais de saúde nos artigos evidenciados neste estudo. Assim justificando o despreparo dos profissionais de saúde frente o processo morte e morrer, foram excluídos os que não abordavam ou que não descreviam sobre o processo da morte e Sistematização de Enfermagem, bem como os sentimentos abordados e evidenciados nos artigos utilizados no estudo deste trabalho científico.

5 COLETADAS INFORMAÇÕES OU DADOS

A coleta de dados seguiu da seguinte maneira:

- a) Leitura exploratória de todo o material selecionado para obter conhecimento sobre o tema: Como ocorre o processo morte e morrer, luto e seus sintomas, sentimentos expressos pelos profissionais de enfermagem. A enfermagem está preparada para o processo de cuidar dos pacientes na sua terminalidade de vida?
- b) Leitura seletiva o qual a pesquisadora obteve interesse em abordar por meio da pesquisa realizada em livros e artigos e entrevistas concedidas por estudantes e teólogos de algumas doutrinas religiosas, que pudessem esclarecer como a enfermagem deve se portar frente aos cuidados com os pacientes perante sua religião e se os profissionais de saúde estão realmente preparados para atender os pacientes em sua terminalidade de vida, visto que a morte pode ocorrer em qualquer ciclo da vida do ser humano, assim se faz necessário um amplo entendimento em relação ao processo morte e morrer, junto aos cuidados de enfermagem.
- c) Registro das informações extraídas das fontes em instrumento específico (autores, ano, método, resultados e conclusão).

6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES OU DADOS

Nesta etapa foi realizada uma leitura analítica com a finalidade de ordenar e sumarizar as informações contidas nas fontes, de forma que essas possibilitassem a obtenção de respostas à questão norteadora. Portanto dos 22 artigos selecionados para análise de resultado

evidenciam que 100 % correspondem ao despreparo dos profissionais de saúde frente o processo morte e morrer, visto que isto acarreta nos sentimentos como impotência, medo, angústia, tristeza, frustração, culpa, sofrimento, fracasso, dor, depressão, estresse e choro, entre outros.

7 ASPECTOS ÉTICOS

Apesar de ser uma pesquisa de Revisão Integrativa, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética, porém descreve o código de ética dos profissionais de enfermagem nas responsabilidades e deveres, no seu Artigo 19 traz que, devemos “Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo o seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte”.

Código Penal Brasileiro em seu Artigo 138, § 2º Determina “que a calúnia contra os mortos é punível com pena de detenção de seis meses a dois anos e multa”.

O Código Civil Brasileiro de 2002, em seu artigo 6º define que “a existência da pessoa humana, termina com a morte e terá a extinção da personalidade e dos direitos e obrigações personalíssimas “(PENAL, 2014).

8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Categorias que surgiram da etapa anterior foram analisadas e discutidas a partir do referencial teórico relativa à questão norteadora do estudo, como a enfermagem está preparada para o processo de cuidar dos pacientes na sua terminalidade de vida? Visto então que os sentimentos abordados pelos profissionais de saúde estão interligados ao despreparo durante a vida familiar e acadêmica.

9 RESULTADO E DISCUSSÃO

Com base na observação dos dados obtidos na tabela 3 dos resultados através da ferramenta Instrumento 5W1H, verificou-se que 100% dos 22 artigos utilizados na pesquisa no período estipulado entre 2008 a 2015, confirmam que os acadêmicos e profissionais de enfermagem o despreparo diante do cuidado frente à morte, constataram-se com relação à análise realizada no estudo, quanto ao

ano de publicação dos artigos que no ano de 2008, 2011, 2012 foram de 14,28% e 2009, 2010 e 2013 19,04%. Além disso, foi possível analisar quanto

aos sentimentos abordados pelos profissionais de enfermagem, ver tabela 2:

TABELA 2 - CATEGORIZAÇÃO SENTIMENTAL ENCONTRADA

Categorização Sentimental	%	Artigos Analisados
Afastamento, Fuga, Frieza.	100 %	22
Impotência	66,66 %	
Medo	57,14 %	
Angústia	47,61 %	
Tristeza	42,85 %	
Frustração	38,09 %	
Perda, Culpa, Ansiedade, Sofrimento, Fracasso.	33,33 %	
Dor	28,57 %	
Depressão	23,80 %	
Estresse, Choro	19,04 %	
Insucesso, Aceitação, Erro, Insatisfação, Silêncio, Desgaste, Lamentação, Isolamento, Solidão, Desesperança, Esgotamento, Associar própria morte, Inconformismo, Fragilidade, Auto reprovação, Cuidar Tecnista, Colocar no lugar do outro.	4,76 %	

Os dados foram analisados e tabulados nesta pesquisa e encontrados na revisão integrativa dos artigos utilizados no estudo, no qual as pessoas ouvidas, segundo os autores eram adultos docentes, discentes e profissionais de enfermagem citados na Tabela 3, em que foi necessário o uso de uma ferramenta de qualidade 5W1H, que teve como objetivo neste estudo uma análise criteriosa dos dados, com a finalidade de elaborar um plano de ação de forma estruturada e organizada as responsabilidades e ações de quem irá executar as tarefas, com isto os dados obtidos segue uma espécie de check list, que define assim o uso de alguns elementos extraídos dos artigos utilizados nesta pesquisa, que são:

O que (Título);

Quem (Autor);

Onde (Local/ Busca);

Quando (Data Publicação);

Porque (Objetivo);

Como (Periódico), (ALVES, 2009).

QUADRO 3 - INSTRUMENTO 5W1H

Nº	O Que (Título)	Porque (Objetivo)
1	A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro [38].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Frustração, tristeza, perda, culpa, impotência e estresse. Falta de preparo durante a formação acadêmica.
2	A Vivência de Enfermagem na Iminência da Própria Morte [40].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Medo, impotência, culpa ansiedade, tristeza. Falta de preparo durante a formação acadêmica.
3	Morte: percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem [64].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Estresse, ansiedade, insegurança, tristeza, impotência, depressão. Falta de preparo durante a formação acadêmica.
4	Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva [59].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Frustração, impotência, Fracasso pessoal e profissional. Falta de preparo durante a formação acadêmica.
5	Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde [31].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Fracasso, afastamento, culpa impotência. Falta de preparo dos profissionais de enfermagem.
6	Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde [57].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Fracasso, perda, impotência, tristeza e medo. Falta de preparo dos profissionais de enfermagem.
7	A Vivência da Enfermeira no Processo de Morte e morrer dos Pacientes Oncológicos [63].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Perda, dor, tristeza, angustia, medo, dificuldade de assistir o paciente, estresse, ansiedade, fuga como mecanismo de defesa. Falta de preparo das Enfermeiras.
8	A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer [42].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Angustia depressão, choro, fracasso e fuga. Falta de preparo dos Docentes e Acadêmicos de Enfermagem.
9	A Questão da Morte e os Profissionais de Enfermagem [54].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Associar a própria morte, perda, sofrimento, angustia. Falta de preparo dos Profissionais de Enfermagem
10	Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia Intensiva [60].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Frieza, medo, ansiedade, aceitação. Afastamento, cuidar tecnicista. Enfermeiras de um hospital.
11	Desvelando o Processo de Morrer na Adolescência: A ótica da Equipe de Enfermagem [34].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Angustia tristeza, impotência, choro. Falta de preparo dos Profissionais de enfermagem em um hospital.
12	Processo de Morte e Morrer: evidência da literatura científica de Enfermagem [22].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Medo, perda, sofrimento, tristeza, angustia, impotência, frieza, dor, fracasso e erro. Falta de preparo dos Profissionais de Enfermagem.

Nº	O Que (Título)	Porque (Objetivo)
13	Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica [53].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Frustração, medo, insegurança, estresse. Falta de preparo dos Docentes e Discentes de Enfermagem.
14	Reações e Sentimentos de Profissionais da Enfermagem frente à morte dos Pacientes sob seus cuidados [35].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Silêncio, isolamento, choro, colocar-se no lugar do outro, medo, perda, dor, tristeza, impotência, frustração, culpa, insucesso, sofrimento. Falta de preparo dos Profissionais de Enfermagem de um hospital.
15	Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros [26].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Impotência culpa tristeza, medo, frustração, lamentações, angustia ansiedade. Falta de preparo dos Profissionais de Enfermagem de um hospital.
16	Refletindo sobre Finitude: Um Enfoque na Assistência de Enfermagem frente à Terminalidade [29].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Dor, sofrimento, angustia e impotência. Falta de preparo de Profissionais de Enfermagem de um hospital.
17	Revisão Integrativa: Um Retrato da Morte e suas Implicações no Ensino Acadêmico [27].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Medo, sofrimento, frustração. Falta de preparo dos Acadêmicos de Enfermagem
18	Atitude Frente à Morte em Profissionais e estudantes de Enfermagem: revisão da produção científica da ultima década [55].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Desgaste, sofrimento, Tristeza, decepção, inconformismo, insatisfação, culpa, angustia, ansiedade, depressão, fragilidade, auto reprovação, baixa autoestima, dor, injustiça, desamparo, derrotismo, fracasso, impotência, choque,, aversão, raiva, frustração, incerteza,, medo. Falta de Preparo dos Profissionais de Enfermagem.
19	Percepção dos Profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer [37].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Impotência, dor, Falta de conhecimento sobre o tema, medo, tristeza. Falta de Preparo dos Profissionais de saúde Acadêmicos.
20	Processo de Morte e Morrer: Sentimentos e Percepções de Técnicos em Enfermagem [19].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: Frustração, impotência, sofrimento, aborrecimento, medo, tristeza, depressão, culpa, fracasso e falha, limitação, angustia e choro. Falta de Preparo dos Profissionais Técnicos de Enfermagem.
21	Resiliência e morte: o profissional frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida [52].	Descrever os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem como: conflito e sofrimento. Falta de preparo dos profissionais de enfermagem.
22	Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivistas [61].	Proporcionar cuidado humanizado visando o alívio dos sentimentos de dor, angústia, sofrimento. Oferecer conforto físico e emocional. Falta de preparo dos profissionais de Enfermagem.

Ao delinear esta pesquisa obteve-se a percepção da necessidade de capacitação científica e específica por partes dos profissionais de enfermagem, no qual a autora vivenciou na prática a falta de conhecimento ou senso crítico por partes dos profissionais da saúde para auxílio aos familiares e déficit de assistência ao paciente em fase terminal. Assim ajudaremos não somente os clientes, mas também aos familiares e aos profissionais de saúde levando na prática o conhecimento teórico sobre o assunto por meio da educação em saúde com visão humanizada.

Portanto, pesquisas como esta contribuem para estudos acadêmicos, ficando assim uma incógnita de explorar mais na busca em outras pesquisas como esta para então colaborar com uma sociedade mais qualificada, segura e humanizada. Pesquisadores e estudiosos na área da saúde fazem afirmações de que seja necessária a busca pelo conhecimento, bem como pesquisas sejam feitas e que haja interesses por parte dos profissionais, em específico a enfermagem para que possam dar continuidades nos estudos e evidências diante do processo de morte, traçando assim um parâmetro de referencial humanizado, junto aos cuidados de enfermagem e pacientes (MACHADO, 2006).

10 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao analisar os dados obtidos com base na Tabela 4, verificou-se que os 22 artigos mencionados relatam os sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde um índice de 100% de despreparo do conhecimento científico e prático perante o processo morte e morrer. Visto que este despreparo gera sentimentos de afastamento, fuga e frieza que totalizam 100% dos artigos em estudo. Tão logo a pesquisa busca evidenciar na discussão destes dados obtidos nos artigos de nº 1, 6, 16, 20, 22, quanto aos sentimentos como: impotência, medo, angústia, tristeza, frustração, culpa, sofrimento, fracasso, dor, depressão, estresse e choro, que são gerados pela finitude de vida do paciente (Quadro 2 e 3).

Os autores dos artigos de nº 3, 12, 13, 21, diz que os sentimentos de medo e angústia estão interligados ao fato de enfrentar a morte pela incerteza e dúvida gerada pelo desconhecido, mediante a morte e destruição do corpo. Sendo assim os profissionais de saúde necessitam de preparo psicológico antes de cuidar do outro (SANTOS, BUENO, 2011; JÚNIOR,

et al, 2011; JASKOWIAK, 2013; TAKAHASHI, et al. 2008).

Com isto os autores dos artigos de nº 10, 18, 21 apontam que a frustração, impotência, está relacionada pelos momentos de tensões psicológicas gerados pelas alterações clínicas dos pacientes, e instabilidade da doença, assim levando-os ao sofrimento psíquico, bem como ao adoecimento. Esses sentimentos podem prejudicar os profissionais de enfermagem, repercutindo no processo do cuidado eficaz oferecido aos pacientes e familiares, por se sentirem incapazes de salvar a vida que lhes confiaram (SILVA, CAMPOS, PEREIRA, 2010; SANTOS, AOKI, OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; JASKOWIAK, 2013).

Os artigos de nº 1, 2, 15, 19, focalizam o sentimento de culpa, tristeza, impotência, estresse, perda, frustração, sentimentos estes que estão entrelaçados as atividades cotidianas do trabalho dos profissionais de saúde, que por não conseguirem recuperar a vida estando diante dos familiares na hora de comunicar a morte do paciente, motivo este causado pelo vínculo afetivo, pré-estabelecido entre os profissionais e familiares durante o internamento deste ou daquele paciente. Diante do insucesso da morte ocorrida, gerando sentimento de dever não cumprido pelos cuidados da assistência de enfermagem prestados (FERREIRA, THOFERN, AMESTON, 2008; SANTOS, 2013; OLIVEIRA, AMORIM, 2008).

Apesar dos muitos sentimentos citados anteriormente os autores dos artigos de nº 7, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 20, relatam que a dor, fracasso e sofrimento são vivenciados pelos profissionais pela baixa autoestima com consequência do desconhecimento diante da morte e o que ocorre após a morte, ou seja, pelo despreparo de conhecimento científico e prático, gerando sentimentos de pesar e perda se sentindo impotentes e fracassados pessoalmente, com questionamentos de qual foi a falha, o que não deu certo nas atividades de trabalho desenvolvido ao longo do tratamento dos pacientes (Quadro 2 e 3).

Além disso, a morte gera sentimentos e reações que não são possíveis de serem controlados, estando presente no dia a dia dos profissionais de saúde, que, por conseguinte, muitas vezes deixam de expressar os sentimentos de choro, levando a angústia, impotência em que muito embora a maioria não consiga ou tem medo de expressar, sejam por questões éticas ou

culturais, mas que não são proibidos, uma vez que são seres humanos e trabalham com vidas, que obtêm de sentimentos. Para tanto estes pacientes necessitam de atendimento para uma morte digna sem dor com o mínimo de sofrimento, assim menciona os autores dos artigos de nº 1, 6, 11 (MORO, et al, 2010; SALOMÉ, CAVALL, ESPÓSITO, 2009; OLIVEIRA, AMORIM, 2008).

Entretanto, importante fazer uma ressalva que, não devemos desistir de nenhum paciente, mesmo que ele esteja em sua fase terminal de vida, nas quais suas possibilidades médicas terapêuticas de tratamento estejam fora do alcance das possibilidades de cura. E que este paciente encontra-se acreditando em seu médico, na sua equipe, aguardando esperanças em continuar vendo-os ao seu lado, bem como seus familiares, que ficarão ao seu lado até os seus últimos minutos de vida. Tão logo mudanças de atitude e postura frente ao paciente terminal, isto faz com que o paciente não se sinta desprezado, abandonado, com isto diminuirá os sentimentos gerados pelo luto diante da terminalidade de vida levando-os a aceitação. Os artigos de nº 4,5 (MENDES, LUSTOSA, ANDRADE, 2009; SILVA, PACHEMSHY, RODRIGUES, 2009).

Logo relatam os autores dos artigos de nº 1, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 18,19, que a perda, depressão, estresse, angústia, sofrimento, medo, e impotência são sentimentos que afetam as atividades laboral, vivenciado de forma intensa que levam os profissionais a Síndrome de Bounout, devido ao contato direto e intenso com os pacientes, relacionado ao tempo de internação prolongado, doença crônica, jornada de trabalho excessiva que os leva ao afastamento do serviço por tempo indeterminado, gerando perturbações psicológicas, por falta de preparo profissional, emocional, consequentemente acarretando os mais diversos sentimentos perante o processo morte e morrer. Assim, se faz primordial um acompanhamento psicológico, bem como preparo diante de treinamento e educação continuada na instituição de trabalho, por meio de estratégias terapêuticas, que visam junto a estes profissionais a qualidade de vida e melhores condições de trabalho (TABELA 2 e 3).

O ciclo natural da vida é nascer, crescer e morrer, em que todos tem conhecimento deste ciclo. A humanidade e os profissionais de enfermagem, ora não gostam, ou ora não aceitam discutir sobre a morte, sejam por questões morais, de tabu, crenças

ou culturais.

A formação educacional de uma criança deveria ser contemplada de saberes voltados para o ciclo da vida, para que possam encarar e aceitar o processo de morte, ao longo de sua educação familiar. Diante da literatura consultada é sugestivo que a enfermagem não está preparada psicologicamente e profissionalmente para atuar junto aos pacientes em fase terminal.

A fragilidade momentânea requer assistência de uma equipe multidisciplinar para promover confiança, conforto junto aos familiares em função da perda do seu ente querido. Sabemos que a atuação do enfermeiro é fundamental frente às tomadas de decisões em parceria com os demais profissionais, em que ele (a) não deve, não pode cuidar sozinho dos pacientes, mas com a colaboração da equipe de saúde e família.

Entretanto, ambos devem receber apoio psicossocial neste momento de fragilidade emocional que são vivenciados pelos profissionais e familiares diante da terminalidade de vida. Com isto o acolhimento emocional neste momento é relevante, para que sejam prestados cuidados como amor e ética profissional, carinho e respeito aos pacientes.

Contudo, a carência de habilidades pelos profissionais de enfermagem é visível diante da pesquisa realizada junto à literatura, com evidência a vivência acadêmica e profissional. Portanto, é sugestivo executar educação continuada o qual ajudaria entender os conflitos emocionais vivenciados e gerados durante o processo da morte, poderiam dar não somente aos pacientes, família e equipe, um tratamento digno, holístico e humanizado.

Nos relatos de Santos (2009), quanto às faculdades no mundo e no Brasil que lecionam a disciplina o tema Morte, Morrer e Cuidados Paliativos, onde se refere aos Estados Unidos com 122 escolas de medicina, sendo que estas oferecem 100% aulas sobre morte e morrer e 94% de cuidados paliativos, logo no Brasil apenas algumas faculdades atualmente se encarregaram de discutir, ensinar e educar para a vida e para a morte, citamos algumas delas a FMUSP que oferece na Pós- Graduação como Tanatologia e a FMABC, ambas em São Paulo capital, em Curitiba PR, a Universidade Católica PUCPR, oferece no curso de pós-graduação em bioética com abordagem em cuidados paliativos e sua morte.

As Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba dispõe de Terapias Integrativas como disciplina na Graduação, onde proporciona qualidade de vida as doenças crônicas.

Existem ainda, Hospitais como o Hospital Cruz

Vermelha e Hospital Erasto Gaertner obtêm tratamentos em cuidados paliativos com visão humanizada, para proporcionar qualidade de vida, conforto e segurança aos pacientes em sua fase final de vida e seus familiares.

CONCLUSÃO

Existem dados de vários autores das mais diversas referências bibliográficas, bem como artigos científicos, que relatam as condições do paciente em poder expressar emoções próprias, marcados pelo sofrimento solitário, visto que, os profissionais de saúde não estão preparados psicologicamente para lidar com as situações de morte, em que tratam a doença, tornando assim estagnados perante a morte.

Logo, no processo de luto, o qual exemplifica a morte sendo um fenômeno complexo perante a vida, gerando diversos sentimentos de perda, nos quais se rompem laços afetivos, caracterizando assim, que uma parte da vida terminou, ou seja, eliminou suas relações afetivas, necessitando de perspectivas multidisciplinares na área da saúde e na sociedade, por meio da implantação de programas de capacitação, mas que priorizam os cuidados para com os profissionais, com ênfase nos tratamentos paliativos na prevenção da morte, possibilitando benefícios aos profissionais, pacientes e familiares, mediante as políticas públicas de saúde.

Tão logo se faz necessário a preparação profissional para o atendimento perante a morte e após ela para atendimento aos familiares que permanecem na sociedade, no mais obscuro de suas dores físicas e psíquicas. Considerando as limitações dos profissionais da área de biomedicina em cuidar do assunto em questão, este estudo possibilita visualizar com o assunto de morte, luto e família enriquecendo o conhecimento teórico, científico e prático, durante o curso de enfermagem.

Os resultados apresentados evidenciam que a enfermagem está sendo preparada para cuidar, assistir, curar, notificar, e coletar dados específicos perante as doenças dos pacientes, por intermédio do auxílio de recursos de equipamentos eletrônicos tecnológicos modernos e avançados, tornando um meio de prolongar a vida, mas que sentem os mais diversos sentimentos e despreparo perante o contato com a morte, em assistir seus pacientes e familiares nos seus profundos sofrimentos de perda.

Em síntese, o conhecimento adquirido pela enfermagem apresenta despreparo para o processo de cuidar dos pacientes na sua terminalidade de vida. Com isto os objetivos propostos no estudo, foram respondidos diante dos artigos evidenciados na tabela 4 dos resultados desta pesquisa. Sendo que as limitações do estudo foi a quantidade de publicações em geral, mesmo diante do tempo estipulado para as buscas que foi de 2009 a 2015, o qual facilitou ter iniciado esta pesquisa um ano e meio antes da data da defesa desta monografia, com isto para estudos futuros, sugerem-se recomendações de que houvesse um respaldo ético junto aos profissionais quantitativamente. Assim as impressões pessoais sobre o aprendizado, levaram ao aumento do conhecimento científico adquirido e dificuldade com relação à pesquisa de campo.

Processo de pesquisa científica como esta deveria ser de continuidade nesta faculdade e entre outras, tornando um processo de educação continuada, sendo que o tema abordado possa ser focalizado, durante os estudos em sala de aula e na sociedade, para que se tenha um aperfeiçoamento digno, que supere os limites de negação perante a morte e após ela. Com isto, possam ter total aprimoramento nos diversos conhecimentos nas áreas de saúde, visto que o “Diploma só tem sentido com o conhecimento se for cultivado, após dois anos de formação estamos no obsoleto e após cinco, somos sucatas” (BEZERRA, 2003).

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. L. D. S. **Gestão de qualidade**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2009. 120p.
- BARTS, C. **Manual de cuidados paliativos**. 1. ed. Rio Janeiro: ANCP, 2009. v. 62. 308p.
- BASSO, L. A. WAINER, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da terapia cognitiva- comportamental. **Artigo**. v. 7, n. 1, p. 35–43, 2011. Disponível em: <http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=138>. Acesso em: 14/09/2015.
- BARROS, A. L. B. L. de; LOPES, J. de L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Artigo**. v. 1, n. 2, p. 63–65, 2010. Disponível em: <<http://revista.portalfen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/17>>. Acesso em: 14/09/2015.
- BEZERRA, A. L. Q. 2003. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2003. 111p.
- BOUSSO, R. S; POLES, K; ROSSATO, L. M. Desenvolvimento de conceitos: novas direções para a pesquisa em tanatologia e enfermagem. São Paulo. **Artigo**. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a32v43s2.pdf>>. Acesso em: 14/09/2015.
- CAMPBELL, M. L. **Nurse to nurse cuidados paliativos em enfermagem**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 294p.
- DALACORTE, R. R. et al. 2012. **Cuidados paliativos em geriatria e gerontologia**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 384p.
- BARROS, A. L. B. L. de; LOPES, J. L. De. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Journal Article**, v. 1, n. 2, p. 63–65, 2010.
- DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Paulo: Difusão, 2009. 207p.
- DINIZ, A. C. **A relação da religiosidade com as visões de morte**. p. 101–113, 2009.
- DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. **De diagnósticos de enfermagem**. 12. ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 932p.
- FARINASSO, A. L. da C.; LABATE, R. C. Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico qualitativo com viúvas idosas. **Artigo**. v. 14, n. 3, p. 588–595, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a15.pdf>. Acesso em: 14/09/2015.
- FENWICK, P. Asexperiênciasdequasemorte(EQM) podemcontribuirparaodebatesobreaconsciência? **Artigo**. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000500006>. Acesso em: 11/09/2015.
- FERREIRA, A. P. de Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Artigo**. v. 14, n. 2, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007>. Acesso em: 15/09/2015.
- FREUD, S. **Luto e melancolia**. 1. ed. São Paulo: Cosacnaify, 2011. 144p.
- GUIMARÃES, D. T. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Rideel, S/N. 473p.
- GIACOMIN, K. C. S. O luto antecipado diante da consciência da finitude : a vida entre os medos de não dar

- conta, de dar trabalho e de morrer. **Artigo**. p. 2487–2496, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900002>. Acesso em: 13/09/2015.
- JASKOWIAK, C. R. F. Processo de morte e morrer: sentimentos e percepções de técnicos em enfermagem. **Artigo**. v. 5, n. 1, p. 3515–3522, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24236&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12/09/2015.
- JASPERS, K. **Introdução ao pensamento filosófico**. 1. ed. São Paulo: Cultrix, 2011. 165p.
- JR. RAYMOND, A. M. 2013. **Uma prova do céu: a jornada de um neurocirurgião a vida após a morte**. 1. ed. Rio Janeiro: Sextante, 2013. 192p.
- JUNIOR, F. J. G. da S. ; et al. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. v. 64, n. 6. **Artigo**. p. 1122–1126, 2011a.
- JÚNIOR, F. J. G. da S. M. Os significados da morte e do morrer: a perspectiva de usuários de crack. **Artigo**. v. 20, n. 2, 2012b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200022&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17/09/2015.
- KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Artigo**. p. 457–468, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a04.pdf>>. Acesso em: 18/09/2015.
- LEWIS, C. S. **A anatomia de uma dor: um luto em observação**. 1. ed. São Paulo: Vida, 2007. 91p.
- LIMA, M. G. R. de.; NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, J. A. Reflexões da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. **Artigo**. v. 14, n. 1, p. 181–188, 2012a. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a21.pdf>. Acesso em: 18/09/2015.
- LIMA, M. G. et al. Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. **Artigo** v. 33, n. 3.p. 190–197, 2012b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300025>. Acesso em: 18/09/2015.
- MACHADO, E L. **Eros e thanatos: a morte sob a óptica da enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Yends, 2006. 206p.
- MACHADO, C. A. et al. Percepção das idosas frente a vivência do processo de luto do ente querido. v. 6, n. 2. **Artigo**. p. 42–49, 2012. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/79>>. Acesso em: 19/09/2015.
- MEDEIROS, Y. K. F.; BONFADA, D. Refletindo sobre finitude: um enfoque na assistência de enfermagem a terminalidade. **Artigo**. v. 13, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1079/pdf>>. Acesso em: 20/09/2015.
- MENDES, A. P. M. **Tese de mestrado em cuidados paliativos**. p. 2–8, 2009a.
- MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Artigo**. p. 151–173, 2009b. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011>. Acesso em: 20/09/2015.
- MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Artigo**. v. 44, n. 3, p. 597–604, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300007>. Acesso em: 20/09/2015.
- MORO, C. R. et al. Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de enfermagem. **Artigo**. p. 48–57, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/adolescbr/resource/pt/lil-551247>>. Acesso

em: 19/09/2015.

MOTA, M. S.; et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. v. 32, n. 1. **Artigo**. p. 129–135, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100017>. Acesso em: 19/09/2015.

NETO, C., **A. A morte na visão do espiritismo**. 1. ed. São Paulo: Bela Letra, 2013. 197p.

OLIVEIRA, P. et al. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. **Artigo**. p. 2635–2644, 2013.

OLIVEIRA, W. I. A. de. ; AMORIM, R. da C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Artigo**. v. 29, n. 2, p. 191–198, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5580>>. Acesso em: 20/09/2015.

PARKES, C. M. **Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações**. 1. ed. São Paulo: Summus, 2009. 446p.

PENAL, C. C. 2014. **Vade mecum**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. 2114p.

PEREIRA, L. T. A vivência de enfermeiras na iminência da própria morte. **Artigo**. v. 29, n. 4, p. 536–542, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7623>>. Acesso em: 21/09/2015.

PIANUCCI, A. **Saber cuidar: procedimentos básicos em enfermagem**. 14. ed. São Paulo: Senac, 2010. 292p.

PINHO, L. M. O.; BARBOSA, M. A. A relação docente acadêmico no enfrentamento do morrer. **Artigo**. v. 44, n. 1, p. 107–112, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-21364>>. Acesso em: 21/09/2015.

PY, L. A. **Amor e superação: como enfrentar perdas e viver lutos**. 1. ed. Rio Janeiro: Rocco, 2010. 125p.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Cap. 36. 726- 748. 1568p.

RODRIGUES, A. B.; et al. **O guia da enfermagem: fundamentos para assistência**. 1ª.ed. São Paulo: Iátria, 2008. p.424.

ROSS, E. K. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008. 295p.

RESOLUÇÃO, Cofen _358/ 2009 - Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-3582009_4384.htm>. **Portal**. Acesso em: 15/04/2013.

SALES, L. Perdas e luto no viver e no morrer: o papel do conselheiro pastoral. **Artigo**. v. 2, n. 1, p. 1–16, 2010. Disponível em: <<http://www.faifa.edu.br/revista/index.php/voxfaifae/article/view/14>>. Acesso em: 15/04/2015.

SALMON, V. R. R. **Fundamentos de enfermagem**. 1. ed. Curitiba - PR: Livro Técnico, 2011. 120p.

SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos discutindo a vida, a morte e o morrer**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 447p.

SANTOS, R. A. dos.; MOREIRA, M. C. N. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. Rio Janeiro. **Artigo**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04869.pdf>. Acesso em: 15/04/2015.

SANTOS, J. L.; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem. **Artigo**. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033308038>>. Acesso em: 15/04/2015.

- SANTOS, J. L. dos; BUENO, S. M. V. A questão da morte e os profissionais de enfermagem. **Artigo**. v. 18, n. 3, p. 484–487, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a26.pdf>>. Acesso em: 15/04/2015.
- SANTOS, M. A. dos et al. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. **Artigo**. p. 2625–2634, 2013a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a17.pdf>>. Acesso em: 16/04/2015.
- SANTOS, M.; HORMANEZ. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem : revisão da produção científica da última década. **Artigo**. p. 2757–2768, 2013b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a31.pdf>>. Acesso em: 16/04/2015.
- SALOMÉ, G. M.; et al. Revista Brasileira de Enfermagem. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Artigo**. v. 2, p. 681–686, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500005>. Acesso em: 17/04/2015.
- SILVA, H. S. da; et al. As representações da morte e do luto no ciclo de vida. **Artigo**. v. 15, n. 4, p. 185–206, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/10100/12634>>. Acesso em: 17/04/2015.
- SILVA, F. S. da; P. R. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 13, p. 148–154, 2009.
- SILVA, R. P. Cuidando do Paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Artigo**. 2010.
- SILVA, R. S. da.; PEREIRA, A.; MUSSI, F. C. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Artigo**. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100040>. Acesso em: 18/04/2015.
- SOARES, E.; MAUTONI; **Conversando sobre o luto**. 1. ed. São Paulo: Àgora, 2013. 99p.
- SOUSA, F. G. M. DE. **Enfermagem, saúde e cuidado**. 1. ed. Florianópolis Santa Catarina: Papa Livro, 2011. 234p.
- SOUSA, D. M. de. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. v. 18, n. 1. **Artigo**. p. 41–47, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05>>. Acesso em: 22/04/2015.
- TAKAHASHI, C. B. et al. Morte: percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem. **Artigo**. v. 15, n. 3, p. 132–138, 2008. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN295.pdf>. Acesso em: 22/04/2015.
- TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem**. 2. ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 298p.
- THORWALD, J. **O século dos cirurgões**. 1. ed. São Paulo: Leopardo. p. 229-251. 2010. 359p.