

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

RACHEL VILELA DE ABREU HAICKEL NINA

**A MORTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: O
AGIR E O SENTIR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.**

SÃO LUÍS

JUNHO-2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

RACHEL VILELA DE ABREU HAICKEL NINA

**A MORTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: O
AGIR E O SENTIR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão.

Orientador: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Co-orientador: Prof. Dr. João Batista Santos Garcia

SÃO LUÍS

JUNHO-2013

Nina, Rachel Vilela de Abreu Haickel

A morte na Unidade de Terapia Intensiva: o agir e o sentir do profissional de saúde. / Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina. – São Luís, 2013.

98f.

Orientador: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão, 2013.

1. Morte, Terapia Intensiva, . I. Título.

CDU XXX.XX – XXX

1.1.1.1.1.1.1 CDU 616.24 – 002.5

BANCA EXAMINADORA

A MORTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: O AGIR E O SENTIR DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE

Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina

Tese _____ em 22 de junho de 2013, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Zeni Carvalho Lamy, Doutora
Orientador
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr João Batista Santos Garcia, Doutor
Co-Orientador
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Suely Oliveira Marinho
Examinador Externo
Instituto Fernandes Figueira

Profa. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões, Doutora
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, Doutora
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto, Doutor
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

À minha mãe, Vilemina, mulher forte, lutadora, que até no dia de sua morte me ensinou a viver. Eu só estou aqui por sua causa!

AGRADECIMENTOS

A Deus, Senhor de tudo, começo, meio e fim. Minha força está no nome do Senhor.

À minha querida Zeni, orientadora, amiga, conselheira. Mão que acaricia e cobra. Exemplo de profissional, onde eu quero chegar. Minha orientadora que aceitou o desafio e não desistiu, puxou minhas orelhas, enxugou minhas lágrimas e acalmou minhas angústias. Obrigada, é muito pouco...

Ao meu querido co-orientador João, grande amigo que se encantou pelo trabalho e embarcou no desafio. Trouxe outro olhar a este trabalho, agradeço muito pela oportunidade. Obrigada.

À querida Érika, sua fala mansa e jeito meigos conquistam qualquer um. Obrigada pela amizade oferecida nestes anos da pós-graduação.

Ao meu marido Vinícius, meu amor, meu amigo, meu orientador, meu porto seguro de todos os momentos. Exemplo de paciência, virtude totalmente sua que me encanta. Cientista nato, incentivador de tudo que faço nesta vida e que está comigo na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, durante todos os dias de minha vida. Obrigada por fazer com que eu me sentisse importante. Eu te amo.

Ao meu amado filho Arthur, jóia rara que Deus me deu, filho querido. Exemplo de indivíduo e cidadão que o mundo merece descobrir. Desculpe as horas roubadas de seu convívio, meu filho, mas obrigada por toda sua compreensão.

À minha irmã Daniella que mesmo distante foi sempre uma incentivadora. A meus sobrinhos Vitória e Vinícius, que são sempre alegria para mim, e meu cunhado Cláudio, muito querido.

À minha filha querida, do coração, Jéssica, especial e que também é exemplo.

À minha família: Ana, Carol, Tia Vileina, , Marió, Cacau, Eli, Rosinha e tantos outros, obrigada por seu apoio.

Aos queridos Livia Melo, Laísa Barros e David Karlos que foram meus auxiliares desde o início da pesquisa, obrigada por seu esforço.

À minha amiga Emília, conhecidas nas quadras de tênis, tornamo-nos colegas de trabalho e mais tarde amigas que tem compartilhado trabalho, ciência e cuidado pelas crianças cardiopatas. Obrigada por ter embarcado neste trabalho junto comigo.

Aos sujeitos da pesquisa, meus colegas trabalhadores das UTI's do HUUFMA, sem vocês nada seria possível.

Aos meus colegas de turma, nós aceitamos o desafio de sermos os primeiros, tivemos que provar por duas vezes sermos dignos do investimento, e cá estamos para dizer e provar que valeu. Obrigada a todos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por todo o incentivo que nos deram, pela primorosa organização do curso, pelo exemplo de professores que são e pela aposta que fizeram em todos nós.

Às queridas Jesus e Sônia que estavam sempre disponíveis para a resolver nossos problemas.

Ao programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, por nos incentivar, nos cobrar e proporcionar este enorme aprendizado.

Ao CNPQ que financiou nossa pesquisa através do edital Universal de 2009 e com isso foi possível seguirmos adiante.

Às colegas do grupo de pesquisa qualitativa da Dra Zeni: Mae, Edna, Ana Teresa, Milady com quem aprendi muito. Obrigada.

Às alunas bolsistas Karol, Amanda, Hanna , Gabriela e Mayara que foram muito importantes para a análise e conclusão deste trabalho.

Aos amigos queridos que de uma forma ou de outra me incentivaram ao longo deste caminho.

Às “meninas da Dra Zeni”: Karol, Alice e Rose que contribuíram muito para que este trabalho.

Enfim, agradecer nunca é demais, no entanto às vezes a memória nos trai e acabamos por deixar alguém de fora, obrigada assim a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

... há tempo para todo propósito debaixo do
céu, há tempo de nascer e tempo de morrer...

Eclesiastes 3, 1-2

Nina, Rachel Vilela de Abreu Haickel. **A morte na Unidade de Terapia Intensiva : o agir e o sentir do profissional de saúde**, 2013, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 98p.

RESUMO

A morte é um processo natural intrinsecamente ligado à vida que traz diferentes emoções e significados, e nas últimas décadas passou do ambiente familiar para o ambiente hospitalar, adicionando uma carga de solidão e negatividade que a levou a ser transformada em tema pouco discutido entre profissionais de saúde. Na formação de enfermeiros e médicos os temas morte e morrer tem sido tratados de forma pouco relevante e os estudantes tem contato com eles em momentos pontuais e cada vez mais raros durante a sua formação. Ao final de sua graduação, ao se depararem com a finitude de seus pacientes sentimentos de fracasso, angústia e impotência podem surgir, e até causar adoecimento nestes profissionais. Na Unidade de Terapia Intensiva a morte é parte de seu cotidiano, pois é o local de ocorrência da maior parte das mortes hospitalares. A UTI, é o espaço destinado a tratamento especializado onde tecnologia e treinamento unem-se a fim de tratar quadros clínicos onde a ameaça à vida está sempre presente, e com isso prolongar o morrer de forma indefinida por muitas vezes. O tratamento destes quadros impõe ao profissional uma necessidade de concentrar-se na doença, fazendo-o esquecer e até renegar o humano daquele corpo ameaçado pela iminência de morte. Transformada em inimiga, a morte é combatida a todo o custo, e durante esta batalha perdem-se pelo meio do caminho as relações entre profissional e paciente, entre profissional e sua família. Com objetivo de analisar fatores associados e a percepção do significado e atitudes diante da morte realizou-se um estudo com as metodologias quantitativa e qualitativa de pesquisa. Com a metodologia quantitativa realizou-se um estudo transversal, analítico com profissionais das quatro UTIs de um hospital universitário, entre agosto de 2010 e agosto de 2012 em que consideraram-se cinco diferentes desfechos: “significado de morte”; “significado de morte do paciente terminal”; “atitude diante da notícia de morte”; “reanimação do paciente fora de possibilidade terapêutica”; “discussão da ordem de não-ressuscitação” ; utilizou-se regressão de Poisson e logística multinomial ($\alpha=5\%$) para estimar as associações. Por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas, apenas com os profissionais de terapia intensiva pediátrica utilizou-se a metodologia qualitativa com análise de conteúdo na modalidade temática. Resultados: havia 118 profissionais de trabalhando nas UTIs durante este estudo, 97 foram incluídos nesta pesquisa, e destes 14 foram a amostra da metodologia qualitativa. Havia 52 médicos e 45 enfermeiros cuja idade variou de 24 a 62 anos ($M= 38 \pm 7,6$), 77,32% eram do sexo feminino, idade variando de 27 a 53 anos, o tempo de atuação em UTI variou de 1 a 32 anos e que trabalhavam em média 43 horas semanais. O significado da morte variou de acordo com a categoria profissional, tipo de UTI e carga horária semanal. Quanto à atitude diante da notícia de morte enfermeiros e profissionais cuja carga horária semanal é maior que 60 h compartilham a comunicação; aqueles que afirmaram terem seu comportamento diante da notícia de morte ser influenciado pela educação e os enfermeiros concordaram com a reanimação do paciente terminal; profissionais com mais de 38 anos, que trabalham em UTI infantil concordaram que a ONR deve ser discutida. Entre aqueles que trabalhavam com crianças o sentimento de ambivalência diante da situação de morte esteve

relacionado à condição clínica e ao contexto em que se inseria aquela criança. A ansiedade, emoção muito presente entre estes profissionais pode despertar culpa e impotência demonstrando a complexidade envolvida na percepção da morte. Utilizam-se da religião como mecanismo de enfrentamento e reconhecem a falta de preparo durante a graduação e pós-graduação. Concluiu-se que o sentir foi associado a carga horária semanal, categoria profissional e o tipo de UTI em que trabalham, enquanto que o agir associou-se à formação profissional e à categoria; em relação à morte de crianças, esta desperta sentimentos contraditórios em profissionais de saúde, que se utilizam da religião e do envolvimento com a família para enfrentá-la e ressentem-se da falta de contato com o tema durante a sua formação.

Palavras-chave: percepção de morte, profissionais de saúde, terapia intensiva, percepção, atitude diante da morte, crianças.

NINA, Rachel Vilela de Abreu Haickel. **A morte na unidade de terapia intensiva: o agir e o sentir dos profissionais de saúde.** 2013, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 98p.

ABSTRACT

Death is a natural process intrinsically linked to life that brings different emotions and meanings, and in recent decades has moved from the familiar environment for the hospital environment, adding a burden of loneliness and negativity that caused her to be transformed into a subject rarely discussed among health professionals. In the training of nurses and doctors death and dying has been shallowly treated and the students have contact with them at specific times and increasingly rare during their training. At the end of their graduation, when faced with the finitude of their patients feelings of failure, anxiety and helplessness may arise, and even cause illness in these professionals. In ICU death is part of their daily lives, it is the place of occurrence of the majority of hospital deaths. The ICU is the space for specialized treatment where technology and training unite to address clinical situations where the threat to life is always present, and thus prolong the dying indefinitely many times. The treatment of these conditions requires the professional to a need to focus on the disease, making him forget and even deny that the human body threatened by the imminence of death. Transformed into an enemy, death is fought at all costs, and during this battle the relationship between professional and patient/family is lost. Aiming to analyze factors associated with the perception of the meaning and attitudes toward death held a study with quantitative and qualitative methods of research. With the quantitative methodology performed a cross-sectional study, analytical professional with the four ICUs of a university hospital between August 2010 and August 2012 in which we considered five different outcomes: meaning of death ";" meaning of the patient's death terminal ";" attitude at the news of the death ";" resuscitation of the patient without therapeutic possibility ";" discussion of non-resuscitation order ", we used Poisson regression and multinomial logistic ($\alpha = 5\%$) to estimate associations. Through questionnaires and semi-structured interviews with professionals from pediatric intensive care, we used qualitative methodology with analysis of the thematic content. Results: there were 118 professionals working in the ICU during the study, 97 were included in this research, and of these 14 were the sample of qualitative methodology. had 52 doctors and 45 nurses whose age ranged from 24 to 62 years ($M = 38 \pm 7.6$), 77.32% were female, aged 27-53 years, the time in the ICU ranged from 1 to 32 years and who worked on average 43 hours weekly. meaning of death varied according to the professional category, type of ICU and weekly workload. Regarding attitude to death news and nurses and those who had weekly workload greater than 60 h share the communication, who said to have their behavior at the news of death to be influenced by education and nurses agreed with the resuscitation of the patient terminal; professionals with over 38 years working in ICU children agreed that the DNR should be discussed. Among those who worked with children a sense of ambivalence about the situation of death was related to the clinical condition and the context in which it took that child. Anxiety, emotion very present among these professionals can arouse guilt and helplessness demonstrating the complexity involved in the perception of

death. They use religion as a coping mechanism and recognize the lack of preparation during undergraduate and postgraduate. In conclusion we sought that the feeling was associated with workload weekly professional category and type of ICU in which they work, while the act was associated with vocational training and category, in relation to the death of children, this arouses mixed feelings in health professionals, who use the religion and involvement Family to face it and resent the lack of contact with the subject during their training.

Keywords: perception of death, healthcare, intensive care, perception, attitudes towards death, children.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	11
LISTA DE TABELAS.....	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	13
INTRODUÇÃO.....	16
JUSTIFICATIVA.....	22
OBJETIVOS.....	24
Geral.....	24
Específicos.....	24
METODOLOGIA.....	24
RESULTADOS.....	32
CONCLUSÕES.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
APÊNDICES.....	75
ANEXOS.....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Modelo hierarquizado proposto neste estudo.

Quadro 2- Variáveis do modelo hierarquizado segundo o nível.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos profissionais de UTI, segundo as experiências e percepções de morte, São Luis-Ma, 2009-2011.

Tabela 2- Avaliação da associação entre os modelos que representam “o sentir” e as variáveis demográficas, socioculturais e de formação profissional, HUUFMA, 2009-2010

Tabela 3 - Avaliação da associação entre os modelos que representam “o agir” e as variáveis demográficas, socioculturais e de formação profissional, HUUFMA, 2009-2010

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CP	Cuidados Paliativos
dIQ	Desvio Interquartílico
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IOELC	International Observatory on End of Life Care
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
RP	Razão de prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VR	Variável Resposta

APRESENTAÇÃO

A Medicina sempre foi desafiadora para mim, trabalhar com crianças em situações graves que poderiam ser modificadas pela especialidade médica que eu escolhi: a Cardiologia Pediátrica, era o maior destes desafios; no entanto ao longo dos anos passei a perceber que muitas destas crianças não voltavam para seus pais, morriam ao longo do caminho, durante uma tentativa de cirurgia, durante um procedimento invasivo, enfim ao longo de sua doença algumas das crianças de que eu cuidava morriam, e outras passariam perto, mesmo esta constatação da proximidade do meu trabalho com a morte, isto nunca foi um empecilho para que eu o desenvolvesse, nunca foi causa de vontade de desistir. Ao contrário, este foi sempre o meu objetivo: dar o melhor de mim para cuidar ao máximo destas crianças e devolvê-las às suas famílias da melhor maneira possível.

Ao longo dos últimos dez anos, tendo retornado à minha terra natal e começado a trabalhar na área das cardiopatias congênitas, muitas foram as mortes que eu presenciei, e que sempre me intrigaram, pois o trabalho precisava continuar e em muitos casos um pedacinho de mim morria junto com aquela criança, mas mesmo assim eu conseguia “virar a página” e continuar o trabalho. Diferente daquela que havia finalizado o trabalho, mas seguia em frente.

Acostumada aos métodos quantitativos da descrição de mortalidade e morbidade exercitada durante o meu trabalho de mestrado, a pesquisa qualitativa era uma realidade desconhecida para mim, até que meu caminho se cruzou com o da Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy, que compôs a banca de avaliação do meu trabalho de mestrado e trouxe contribuições enormes a ele.

A pesquisa qualitativa, cuja base provém das ciências sociais, tinha se tornado uma maneira de avaliar e pesquisar em saúde. Um convite informal no estacionamento do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) fez nascer o desejo de tê-la como orientadora no recém-criado Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, nível Doutorado, da Universidade Federal do Maranhão; toda inquietação do trabalho dentro da Unidade de Terapia Intensiva nos motivou a pesquisar esta realidade e a presença quase que diária da morte entre os intensivistas, entre ganhos e perdas, morte e vida, e quatro anos de intenso trabalho, nossa tese está pronta para ser apreciada e quiçá aprovada.

Este trabalho teve início no segundo semestre de 2009 e estendeu-se até agosto de 2012, acontecendo em duas etapas distintas. A primeira etapa ocorreu no período de agosto de 2009 a julho de 2011.

No trabalho inicial, foram realizadas entrevistas com profissionais que trabalham nas quatro unidades de terapia intensiva (UTI) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, focou-se especialmente a percepção de médicos e enfermeiros de UTI sobre a morte de pacientes em seu local de trabalho. Parte dos resultados analisados nesta etapa foram apresentados em forma de relatório ao PIBIC em julho de 2010, e transformaram-se na monografia de conclusão de curso da aluna Lívia Arruda de Melo, graduada em Medicina, em 2011.

A segunda etapa realizada entre o segundo semestre de 2011 e o ano de 2012, constituiu na realização de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de UTI geral e pediátrica do referido complexo hospitalar.

Uma terceira etapa, já iniciada buscará novas contribuições no âmbito das doenças ocupacionais destes trabalhadores e é alvo de uma dissertação de mestrado.

O presente trabalho visa a apresentação conjunta dos dados obtidos nestes três anos de pesquisa, já analisados, de modo a possibilitar um olhar mais abrangente sobre a percepção de profissionais de saúde sobre a morte de pacientes internados em unidades de terapia intensiva.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados neste volume na forma de dois artigos: o primeiro utilizando a metodologia qualitativa e as entrevistas realizadas com profissionais de terapia intensiva pediátrica e neonatal, e que teve por objetivo analisar a percepção de médicos e enfermeiros em relação à morte de crianças internadas em UTI; o segundo utilizou-se da metodologia quantitativa e reuniu os questionários realizados com a população de médicos e enfermeiros que compõem as unidades de terapia intensiva do HUUFMA e teve por objetivo descrever o agir e o sentir dos médicos e enfermeiros diante da morte de pacientes em unidade de terapia intensiva.

1. INTRODUÇÃO

No passado definia-se saúde como sendo um “estado ou condição de ausência de doenças”. Para Bichat no século XVIII saúde era o silêncio dos órgãos. Em 1947 a Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou este conceito para “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Certamente um avanço deixando o negativo para o positivo (SCLAR, 2002).

A saúde tem relação direta com a qualidade de vida e requer a consideração do ser humano em todas as suas dimensões. A deficiência em qualquer uma delas impede a presença de saúde no seu sentido pleno (MEZZOMO, 2003).

A manutenção do completo bem-estar do indivíduo apóia-se também em práticas especializadas e nas tecnologias avançadas, fazendo com que a Medicina atual consiga erradicar muitas doenças e prolongar a sobrevivência de determinados pacientes.

Nos séculos passados, os cuidados com a saúde eram exercidos em ambientes domésticos, não hospitalares, destinados a pessoas nobres e de alta renda; e os cuidados hospitalares eram voltados para o cuidado das pessoas pobres e para a acolhida das anomalias humanas, conforme a descrição de Foucault da origem do hospital (ULLER, 2007).

Os hospitais surgiram ao final do século XVIII como dispositivo de cuidado médico e disciplinar, a disciplina definida por Foucault como tecnologia e técnica de gestão de homens, alia-se à clínica como campo de saberes de tal maneira que remodela o hospital estabelecendo um campo único e novo de saberes e poderes. A Medicina passa a produzir um discurso científico sobre o indivíduo, sua saúde e sua doença (ULLER, 2007).

A partir da segunda metade do século XX, torna-se evidente a impossibilidade do domínio do conhecimento científico por um único profissional, possibilitando o surgimento de outros profissionais na área de saúde. Cresce assim a necessidade de um trabalho realizado por equipes de saúde interdependentes, possibilitando o trabalho multiprofissional e o surgimento de instituições hospitalares de grande porte, com especialização em unidades e serviços diversos (ULLER, 2007).

O profissional de saúde especializado depara-se com um número cada vez maior de descobertas científicas, tornando-se cada vez mais aptos para sua tarefa de salvar vidas. O ambiente hospitalar por sua vez passa a ser mais tecnológico, e surgem espaços hospitalares

mais especializados no cuidar de pacientes críticos que passam a ser denominados de Unidades de Terapia Intensiva (LEITE; VILA, 2005).

Os serviços de Terapia Intensiva têm como objetivos: recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto estes se recuperam de quadros graves, concentrando recursos humanos e materiais para o atendimento destes pacientes complexos e recuperáveis que exigem assistência permanente; grande valor tem sido acrescido a estas unidades com o desenvolvimento tecnológico e o surgimento dos respiradores artificiais, monitores cardíacos, aparelhos de hemodiálise, além da utilização de drogas vasoativas, antimicrobianos entre outras medicações (LEITE; VILA, 2005).

O conceito da UTI é amplo e variado conforme a ótica de quem o faz, para Elias Knobel, intensivista com mais de 32 anos de atuação, é o corredor da vida, onde cada dia é um dia, cada caso é um caso e a emoção não pode ser posta de lado. (KNOBEL, 2010). Os leigos a chamam de corredor da morte, para onde vão aqueles que estão muito graves, próximos da morte, João Ubaldo Ribeiro, escritor, depois de passar por uma UTI escreveu: "... não há nada tão impessoal, tão social como uma UTI" (revista Veja, 10/05/1995).

A Terapia Intensiva tem sua origem a partir das observações de Florence Nightingale, a senhora da lâmpada, precursora da enfermagem, sobre as vantagens de separar pacientes que se recuperavam de procedimentos cirúrgicos em áreas diferentes no hospital, nos tempos da guerra da Criméia, reduziu a mortalidade dos feridos de 42 para 2% quando à separação trouxe também as noções de higienização (SOCIETY FOR CRITICAL CARE MEDICINE).

Nos Estados Unidos, W. E. Dandy, um anestesista, abriu uma unidade de cuidados pós-operatórios para pacientes submetidos à neurocirurgias, com três leitos no Hospital Johns Hopkins em Baltimore (SOCIETY FOR CRITICAL CARE MEDICINE).

Em 1927, o primeiro Centro de Cuidados Hospitalares para recém-nascidos prematuros foi estabelecido no Hospital Saint Morris em Chicago (SOCIETY FOR CRITICAL CARE MEDICINE).

Durante a Segunda Guerra Mundial uma sala de recuperação para pacientes em choque foi criada para ressuscitar e recuperar soldados feridos nas batalhas. A diminuição do número de enfermeiras após a Segunda Grande Guerra forçou também o agrupamento de pacientes

em salas de recuperação, classificados de acordo com sua gravidade (SOCIETY FOR CRITICAL CARE MEDICINE).

Entre os anos de 1940 e 1960 vários acontecimentos sustentaram a necessidade do cuidado intensivo de pacientes portadores de afecções graves, como por exemplo, a epidemia de Poliomielite que levava a paralisia respiratória e possibilitou o início ao suporte ventilatório. Na Dinamarca a técnica de inserção de um tubo pela traquéia, que mais tarde seria conhecida como traqueostomia, permitiu que pacientes pudessem ser manualmente ventilados (SOCIETY FOR CRITICAL CARE MEDICINE).

Na década de 1950 a ventilação mecânica foi desenvolvida e estabelecida, e as unidades de cuidado intensivo respiratório espalharam-se pelos hospitais dos Estados Unidos e Europa. Em 1958 foi criada a primeira unidade de terapia intensiva multidisciplinar nos EUA, com o conceito de cuidado médico e de enfermagem a pacientes criticamente enfermos durante 24 h por dia, além de ter sido a primeira unidade coberta por um médico plantonista 24 horas por dia, sete dias por semana (SOCIETY FOR CRITICAL CARE MEDICINE).

No Brasil, a primeira UTI inaugurado foi a do Hospital Sirio Libanês, em 1971, com 10 leitos, tendo sido seguida de várias outras unidades pelo país a fora (FARIA).

A Medicina Intensiva surgiu como uma especialidade que abrange atitudes e habilidades no reconhecimento e manuseio de pacientes gravemente enfermos, agrupando conhecimento de diversas áreas da Medicina como Clínica Médica, Cirurgia, Anestesiologia e Pediatria. Em 1992 foi reconhecida com área de atuação médica pelo Conselho Federal de Medicina (FARIA).

Desde o início a UTI caracteriza-se pela multidisciplinaridade de seus trabalhadores, e ao longo de seu desenvolvimento cada vez mais profissionais encontram nela sua área de atuação como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, entre outros, ratificando a importância de abordar de forma global o paciente. Portanto um serviço de alta tecnologia e com profissionais especializados, atuando em suas respectivas práticas, com o objetivo de recuperar pacientes. Tarefa complexa que exige a integração das ações destes profissionais e a organização do trabalho em saúde, fragmentado em seus saberes, práticas e lógica de execução (ULLER, 2007).

Outra característica do trabalho em UTI é o confronto diário com o inesperado, imprevisível e incontrolável: a presença da morte, que antes chegava para muitos no ambiente

domiciliar, com familiares e religiosos à beira da cama do paciente, passou a ser um fenômeno hospitalar (MARTINS, 2005).

A morte, até o século XVIII, representava para a Medicina, o fim da vida e da doença. O médico tinha o olhar dirigido para a vida e a cura de doenças, sendo a morte uma ameaça sombria ao seu desempenho. No século XIX, o olhar médico passa a se apoiar na morte como instrumento que lhe possibilita apreender a verdade da vida e a natureza de seu mal, não mais um sinal de fracasso para a Medicina, se o saber médico pudesse identificar suas causas. Surgindo assim uma nova finalidade para a Medicina: prolongar a vida (AMARAL, 2005).

E nesta finalidade particular, as UTI's fortemente apoiadas em tecnologia avançada e práticas especializadas, são responsáveis por uma rotina específica de cuidados e pela manutenção da sobrevivência de pacientes graves além do esperado e, até mesmo, do indicado (ULLER, 2007).

O médico, historicamente transformado em herói da luta contra a morte, sente-se fracassado ante um paciente com uma doença terminal (MORITZ, 2005). Desde a sua formação acadêmica, o profissional de saúde lida com essa visão de que a morte é uma inimiga a ser vencida, gerando nele sentimentos de onipotência, onde sua função é de salvar (QUINTANA et al., 2002).

Em um estudo realizado na Universidade de Londrina, com formandos de Medicina indagados sobre temas não incluídos na formação médica, 29,1% assinalaram questões relacionadas à morte e ao morrer (SIQUEIRA, 2002).

Na hierarquia hospitalar as responsabilidades e tarefas delegadas a cada membro da equipe de saúde podem despertar angústias de modo distinto nestes profissionais. O médico é, perante a sociedade, quem detém maior responsabilidade de cura, apresentando maior sentimento de fracasso e medo de errar ante a morte de seu paciente. O enfermeiro exerce, muitas vezes, o papel administrativo, pois delegam funções e organizam o setor. Os técnicos de enfermagem são os que dedicam mais tempo ao lado dos pacientes, sendo, portanto, seus "cuidadores" (MORITZ, 2005).

Durante as manobras de reanimação a equipe está ávida por demonstrar o sucesso das técnicas. Após a morte do indivíduo, existe um sentimento de frustração e em geral todos

os profissionais se afastam, ali permanecendo apenas um deles, geralmente o menos capacitado, para o qual é imposto o confronto com a irreversibilidade da morte (MORITZ, 2005).

Frente a todo um aparato tecnológico voltado para salvar vidas ou estabilizar quadros clínicos antes irrecuperáveis, cada vez mais as equipes de saúde se deparam com questões éticas, morais, religiosas e até judiciais envolvendo suas condutas, o que torna o trabalho realizado na UTI por vezes difícil, complexo e desgastante (ULLER, 2007).

A realidade vivenciada na UTI é permeada por variados sentimentos e emoções, lidar com vidas, quase sempre em situações de fragilidade, tomar decisões que envolvem riscos vitais, pode tornar o profissional de saúde propenso a desenvolver desgaste não só físico, mas psicológico ao longo de sua trajetória profissional (ANDREOLI, ERLICHMAN, 2008; VILA et al., 2002).

O médico, formado para salvar vidas, nega a morte de seu paciente, nomeia-a com termos atenuantes como “expirar” e “ir a óbito”. Sua indignação ante seus limites o torna culpado no processo de morrer. A barganha o leva à busca de novas opções terapêuticas, que poderão somente prolongar o sofrimento do enfermo. Sua depressão ante a constatação da irreversibilidade da morte e sua própria impotência o faz avaliar a morte como um fracasso, e não parte natural da vida (MORITZ, 2005).

Segundo Meleiro esta desilusão pode refletir em sua prática, fazendo com que se afaste de sua condição humana e passe a tecnificar seu agir na tentativa de não se envolver com “mais um caso” que não deu certo (MELEIRO, 2001).

Os profissionais de saúde altamente especializados das UTI's, antes preparados para lidar com a vida, são confrontados com a necessidade de mantê-la a qualquer custo, o que inclui uma batalha contra a morte que passa a ser diária; neste meio há ainda profissionais de saúde que de forma maniqueísta acreditam ser a morte o mal a ser combatido, esquecendo-se que o morrer, assim como o nascer, é um fenômeno biológico irrefutável (STARZEWSKI et al., 2005; QUINTANA, ASPINI, 2002; QUINTANA et al., 2002).

A morte é um fenômeno que impõe uma experiência radical sobre a vida, o homem é o único ser vivo que tem a consciência de sua finitude. Em função desta consciência, as sociedades elaboram elementos de orientação frente o fenômeno do fim da vida (NEVES, 2006).

Morre-se quando cessam definitiva e irreversivelmente as funções encefálicas. Desta forma há diversas formas de morrer, a saber: a falta de resposta à reanimação plena; morte que sobrevém a um manejo agressivo na UTI; morte que se segue à decisão de não mais reanimar; quando não há a implantação de medidas de suporte de vida; quando da retirada do suporte de vida e aquela que acontece quando do término ou retirada de medidas terapêuticas com a finalidade de não substituir por um tratamento alternativo equivalente (GURGEL, 2007).

As diferentes atitudes e rituais elaborados para fazer frente à morte persistem orientados pelo sincretismo religioso e compreendem um exemplo peculiar da diversidade de formas de apreensão simbólica e coletiva da morte (NEVES, 2006).

De espetáculo público, vivenciado familiarmente, o morrer tornou-se um ato solitário, medicalizado, onde o doente é privado ou expropriado da sua própria morte, perdendo o poder de dirigi-la (GURGEL, 2007).

A tecnologia prolonga a vida do doente, mas não os ajuda no processo de morrer. Acontecimento acompanhado, muitas vezes de dor, onde o sentimento de perda está sempre presente e deve ser respeitado como um momento de sofrimento (COSTA; LIMA, 2005).

Apesar do grande avanço tecnológico, alguns pacientes terão chances muito limitadas de cura. Nestas situações a necessidade humana de compaixão torna-se mais importante, e as últimas décadas forma marcadas pelo surgimento dos Cuidados Paliativos, que tem por filosofia não o resultado final, pois este muitas vezes será a morte do paciente, mas sim a maneira, o caminho que será percorrido pelo paciente até este resultado (SCHNEIDER, 2010).

Centrado no paciente e também em seus familiares os CP devem ser prestados por uma equipe multidisciplinar, minimizando tanto quanto possível o desconforto que algumas doenças trazem, e oferecendo suporte emocional e espiritual não somente ao paciente, mas também a seus familiares e amigos (SCHNEIDER, 2010).

Os CP são uma ciência recente que utiliza uma abordagem multidisciplinar para alcançar as necessidades dos pacientes e seus familiares. Seus princípios, segundo a OMS incluem promover o alívio da dor e outros sintomas aflitivos: afirmar a vida e encarar a morte como processo natural; não apressar e nem atrasar a morte; integrar aspectos psicológicos e

espirituais ao cuidado do paciente; dar suporte para que vivam ativos, tanto quanto for possível, até a morte e apoiar a família durante a doença de seu ente querido e em sua perda (WHO, 2007).

Um levantamento do International Observatory on End-of-Life Care (IOELC) classificou o Brasil quanto ao nível de desenvolvimento de CP entre aqueles 80 países que apresentam serviços isolados de CP (WRIGHT, 2006).

Os CP também já são uma realidade dentro das UTIs, permitindo assim um tratamento menos carregado de obstinação terapêutica e tratamentos fúteis. Em nosso meio, os CP ainda não são uma realidade concreta, e a criação destes serviços é de suma importância para o tratamento dos pacientes em final de vida.

Eticamente é necessário que as condutas médicas de final de vida sejam repensadas, porque mesmo na ausência de cura há ainda cuidado e conforto a serem oferecidos aos pacientes.

A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1805/2006 preconiza que a vontade expressada do paciente ou seu representante legal em limitar ou suspender procedimentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhes cuidados necessários para aliviar os sintomas que levem ao sofrimento numa perspectiva de assistência integral passa a ser permitida ao médico.

A implementação das tecnologias de manutenção da vida biológica tem nos conduzido à obstinação terapêutica, fazendo-nos afastar do antigo ensinamento que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”, conceitos como distanásia permeiam as discussões diárias das UTI no mundo a fora. Deixamos de cuidar da pessoa doente para cuidar da doença da pessoa, desconhecendo assim a nossa missão primordial de buscar o bem-estar físico e emocional do enfermo, já que como ser humano, este será sempre uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual (SIQUEIRA, 2005).

2 JUSTIFICATIVA

Durante a formação do profissional de saúde, a morte é sempre vista como algo a ser derrotado e vencido, como tema interdito nas discussões. Cercada de fantasias e atenuações, acostumamos a aprender que o paciente não morre, ele “evolui para o óbito”.

Ao iniciar o trabalho em Terapia Intensiva, deparei-me com um número maior de mortes, e cada dia que sofria com a morte de um paciente fosse ele criança ou adulto, o sofrimento estava presente, as indagações permaneciam e mesmo conseguindo virar a página e começar um novo dia, o pensamento do paciente morto ainda era presente.

Minhas inquietações com a morte tornaram-se curiosidades, e ao pesquisador somente resta satisfazer sua curiosidade. Esta foi a primeira justificativa deste trabalho.

Ao buscar conhecimento sobre o tema, deparei-me com outros profissionais tão curiosos quanto eu e que também se sentiam despreparados para encarar a morte de frente. Procurando atualizar-me notei a escassez de trabalhos para tentar responder estas minhas inquietações e isto foi o combustível que faltava para mergulhar na temática da morte, e poder estudá-la mais profundamente para depois poder modificar o que me cerca. Esta foi a segunda justificativa deste trabalho.

O desafio deste estudo não é somente estudar a morte, mas estudar os profissionais que se deparam diariamente com ela e não desistem de seu trabalho. A partir do conhecimento destas percepções propor uma mudança dentro das UTIs e trazer o conhecimento da morte para perto dos profissionais para que o trabalho em saúde se torne mais humanizado. E para poder contribuir para uma melhor formação daqueles que virão depois de nós.

3 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a perspectiva de médicos e enfermeiros sobre a morte de pacientes internados em unidade de terapia intensiva

2.2 Específicos

- Identificar características sócio-demográficas dos sujeitos estudados;
- Conhecer o significado da morte para médicos e enfermeiros de unidades de terapia intensiva geral, cardiológica e infantil;
- Analisar as formas de enfrentamento da morte;
- Analisar fatores (demográficos, socioculturais e profissionais) associados com o significado da morte na perspectiva de médicos e enfermeiros de terapia intensiva;

3 METODOLOGIA

a) Tipo de estudo: considerando a complexidade do tema estudado, este trabalho utilizou as abordagens quantitativa e qualitativa de pesquisa buscando a complementaridade obtida pela triangulação de métodos. Segundo Denzin (2006) triangulação é um conceito que vem do interacionismo simbólico e significa a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada, a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados buscando a compreensão da realidade.

b) Local do estudo: foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) que é um complexo hospitalar constituído por três unidades: Presidente Dutra, Materno-Infantil e Campus do Bacanga, com um total de 573 leitos hospitalares; é um hospital de ensino certificado pelo Ministério da Educação-MEC e Ministério da Saúde-MS de acordo com a portaria interministerial MEC/MS n. 1000 de 15 de abril de 2004. Encontra-se integrado ao Sistema Único de

Saúde (SUS), inserido na rede regionalizada e hierarquizada de ação e serviços de saúde. Localiza-se na cidade de São Luis, capital do Estado do Maranhão que tem 6.103.327 habitantes. O HUUFMA possui quatro UTI: duas na unidade Presidente Dutra a UTI GERAL e a UTI CARDIOLÓGICA e duas na unidade Materno-Infantil, a UTI NEONATAL e a UTI PEDIÁTRICA, que descreveremos a seguir.

- UTI GERAL: certificada como UTI de nível três, possui 12 leitos, atende a pacientes a partir dos 16 anos de idade, sendo retaguarda específica para o pós-operatório de neurocirurgias, cirurgias gerais, torácicas e também nosologiaslínicas;

- UTI CARDIOLÓGICA: certificada como nível 2, possui 8 leitos, atende preferencialmente pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca de todas as faixas etárias, sendo também retaguarda para procedimentos de Cardiologia e Neurorradiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular e Eletrofisiologia.

- UTI NEONATAL: possui 20 leitos, atende recém-nascidos de médio e alto risco, e é um dos cinco centros de referência nacional à atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (Método Canguru);

- UTI PEDIÁTRICA: possui nove leitos, atende à faixa etária pediátrica até os 15 anos de idade e até agosto de 2012 era a única UTI pediátrica do Maranhão.

1. Sujeitos do estudo: médicos e enfermeiros foram escolhidos como sujeitos do estudo considerando que são as duas categorias que tem um envolvimento mais abrangente com usuários e família, prestam cuidados terapêuticos, realizam procedimentos, dão informações e comunicam más notícias.

d) Considerações éticas: esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, e aprovada sob Processo nº 006168/2009-70 (Anexo 1).

e) Fonte financiadora: este projeto recebeu financiamento do conselho nacional de desenvolvimento científico e tecnológico (CNPq), através do edital MCT/CNPq 14/2009, processo 477644/2009 0 (anexo 2).

A seguir descreveremos as duas metodologias utilizadas neste estudo:

Abordagem Quantitativa

a) Tipo de estudo: transversal, analítico;

b) Sujeitos do estudo: todos os médicos e enfermeiros das quatro unidades de terapia intensiva do HUUFMA que aceitaram participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1);

c) Período do estudo: a coleta de dados deu-se no período de agosto de 2010 a agosto de 2012;

d) Instrumentos e coleta de dados: a coleta se deu no período de agosto de 2010 a agosto de 2012 mediante a aplicação de questionários construídos para este estudo e composto por 44 perguntas, distribuídas em blocos:

- Sociodemográfico: sexo, idade, estado civil (categorizado em “com companheiro” ou “sem companheiro”), religião (“sim” ou “não”), importância da religião (“muito importante” ou “pouco/não importante”), categoria profissional (“médico” ou “enfermeiro”), tempo de atuação profissional (calculado como o tempo decorrido entre a graduação e a data da entrevista, categorizado, segundo tercís de distribuição de, em: “ ≤ 10 anos”; “11-15 anos” ou “ > 15 anos”), especialidade na UTI (“infantil”, que incluiu pacientes das unidades neonatal e pediátrica; “geral” aqueles que incluíam os profissionais da UTI GERAL ou “cárdio” aqueles que incluíam os profissionais da UTI CÁRDIO), tempo de atuação na UTI (categorizado segundo tercís de distribuição em: “ ≤ 6 anos”; “7-11 anos” ou “ > 11 anos”);
- Hábitos: prática de atividade física regular (“sim” ou “não”), etilismo (definido como o uso atual de qualquer tipo ou quantidade de bebida alcoólica, categorizado em: “sim” ou “não”), tabagismo atual (“sim” ou “não”);
- Experiências e percepções sobre a morte: significado da morte (categorizada em “começo/libertação”; “fim/fracasso” ou “outro”); culpa diante da morte de algum paciente (“sim” ou “não”); conduta de reanimação no paciente fora de possibilidade terapêutica (“não reanima, porém após diálogo com a família”; “não reanima, sem diálogo com a família” ou “reanima todos os casos”); acredita que a cultura influencia em seu modo de lidar com a morte (“sim” ou “não”); quando ocorreu sua primeira experiência pessoal com morte (“na infância”; “na adolescência” ou “na vida adulta”); primeira experiência profissional com morte ocorreu em (“criança/ adolescente”; “adulto” ou “idoso”); principal lembrança sobre a 1ª experiência profissional com morte (categorizado em “notícia dada à família/reação da família”; “cuidados com o corpo” ou “outra”); o tema morte foi discutido durante a sua graduação (“sim” ou

“não”); o tema morte foi discutido durante a sua pós-graduação (“sim” ou “não”); o tema morte foi discutido durante a sua vida profissional (“sim” ou “não”);

- Experiências e percepções sobre a morte com respostas categorizadas numa escala de Linkert: com afirmações às quais os sujeitos deveriam responder a uma escala de concordância que variou de maior concordância (“concordo totalmente”) a nenhuma concordância (“discordo totalmente”) (cinco opções) sobre: o significado da morte, a exposição ao tema morte durante a formação profissional, a influência da religião, educação e conhecimento científico sobre o modo de pensar a morte, a necessidade de reanimação do paciente fora de possibilidade terapêutica, a necessidade de discussão da ordem de não ressuscitação com a família e o papel da presença da família durante as manobras de ressuscitação.

Os questionários foram entregues pessoalmente aos profissionais durante seu plantão na UTI e foi solicitado que respondessem até o final do mesmo.

e) Análise estatística: os dados foram digitados em planilha do Excel for Windows. A análise estatística foi realizada com o programa STATA, versão 10. Na análise descritiva, as variáveis quantitativas foram sumarizadas utilizando-se mediana (M) e desvio interquartilico (dIQ); e as qualitativas, por meio de valores absolutos (n) e percentuais (%). O teste Qui-Quadrado foi utilizado para avaliar diferenças na distribuição dos dados entre as categorias das variáveis-resposta (desfechos).

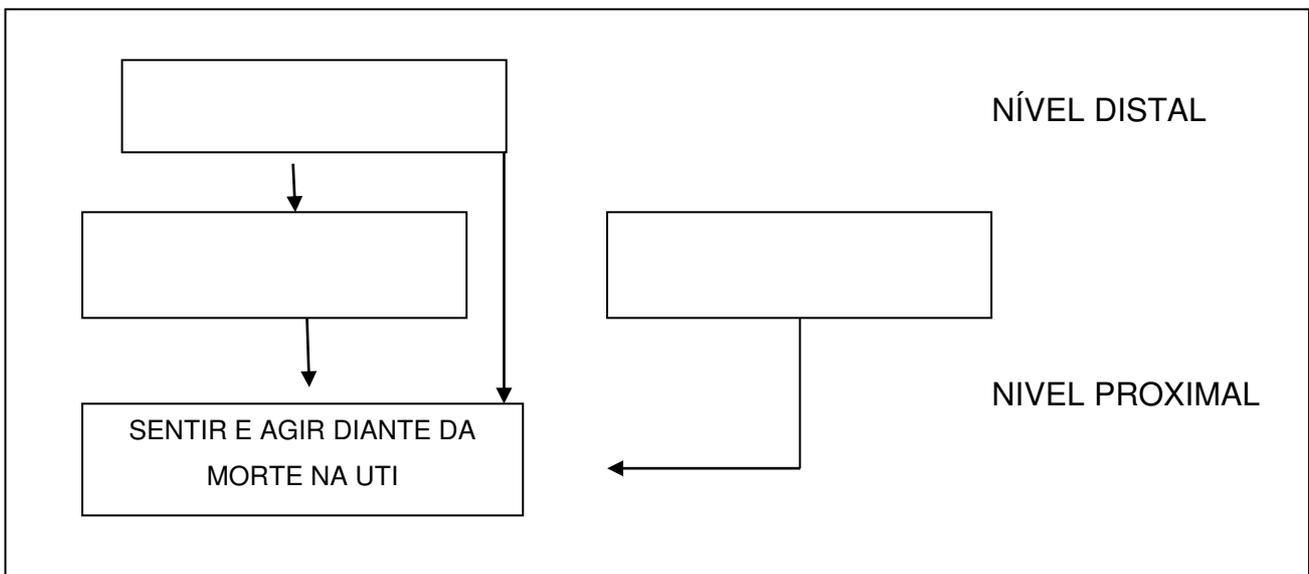
A associação entre variáveis culturais e o modo como o profissional de saúde lida com a morte dos seus pacientes foi estimada por meio de razões de prevalência (RP) não-ajustadas e ajustadas para potenciais fatores de confundimento, e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Foram consideradas cinco diferentes variáveis-resposta (VR): VR1- “atitude diante da notícia de morte” (Modelo 1); VR2- “reanimação do paciente fora de possibilidade terapêutica” (Modelo 2); VR3- “discussão da ordem de não-ressuscitação” (Modelo 3); VR4- “significado de morte” (Modelo 4) e VR5- “significado de morte do paciente terminal” (Modelo 5). Os modelos de 1, 2 e 3 representam o “agir” dos profissionais e os os modelos 4 e 5 o “sentir”. Como VR1 e VR4 possuíam três categorias, as estimativas foram calculadas por análises de regressão multinomial.

O modelo hierarquizado para as cinco variáveis-resposta criado para este estudo está representado no quadro 1. As variáveis e seus níveis estão descritas no quadro 2, as variáveis independentes de nível proximal foram considerados os fatores de

formação profissional, as variáveis socioculturais foram consideradas de nível distal e as variáveis demográficas idade e sexo consideradas independentes.

Inicialmente fez-se a análise univariada, com todas as variáveis do estudo. As variáveis que apresentavam $p \geq 0,20$ foram descartadas. Para cada um dos cinco modelos criados incluíram-se as variáveis do bloco demográfico, e neste bloco foram mantidas as variáveis que apresentassem $p < 0,05$. Num segundo passo, foram acrescentadas as variáveis do nível proximal que, na análise univariada, tinham $p < 0,20$. Nesse momento, as variáveis do nível proximal que apresentaram $p \geq 0,05$ foram retiradas dos modelos (FUCHS 1996). Nesta fase, permaneceram no modelo as variáveis do nível distal que haviam sido significantes na etapa anterior do modelo multivariado, independentemente do nível de significância atual.

Quadro 1- Modelo hierarquizado proposto neste estudo.



Quadro 2- Variáveis do modelo hierarquizado segundo o nível, São Luis, 2009-2012

Tipo de variável	Variáveis
Variáveis socioculturais (nível distal)	Estado civil Lembrança de morte Importância da religião Influência da religião na vida profissional Influência da cultura no comportamento diante da morte Influência da educação no comportamento diante da morte Possuir religião Praticar atividade física Etilismo Praticar satisfatoriamente seu lazer preferido
Variáveis de formação profissional (nível proximal)	Tempo de formado Contato com o tema morte na graduação Contato com o tema morte na pós-graduação Contato com o tema morte na vida profissional Tempo de atuação em UTI Tipo de UTI Tipo de instituição que trabalha Categoria profissional Quantidade de UTI que trabalha Tipo de instituição em que se graduou Idade do paciente de sua 1 experiência profissional com morte Em que idade foi a primeira experiência pessoal com morte
Variáveis demográficas (independentes)	Idade Sexo

Metodologia Qualitativa

a) Tipo de pesquisa: pesquisa exploratória e analítica de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2010) a pesquisa qualitativa é aquela que busca compreender o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais;

b) Sujeitos da pesquisa: em uma pesquisa de natureza qualitativa, o pesquisador preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão do objeto em estudo. A definição da amostra não se baseia, portanto, em cálculos numéricos. O número de entrevistas a ser realizado não é conhecido a priori, deve seguir o critério de saturação que é determinado pela repetição das falas durante o trabalho de campo. A amostra ideal é aquela que reflete a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Desta forma, buscando contemplar o universo do estudo foram entrevistados 17 profissionais sendo oito enfermeiros e nove médicos. Seus nomes foram substituídos no intuito de preservar o anonimato. A seleção foi feita a partir da amostra quantitativa do estudo, atendendo aos critérios da pesquisa qualitativa. Segundo Minayo (2010) a amostra qualitativa “é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”. Portanto, buscou-se contemplar o universo a ser estudado, incluindo profissionais lotados nas quatro UTI’s, especialmente garantindo a presença daqueles que trabalham com crianças e com adultos, de homens e mulheres, de profissionais de diferentes idades e tempo de trabalho.

c) Coleta de dados e instrumentos: foram utilizados dois instrumentos de coleta um questionário com perguntas fechadas voltadas para a identificação e caracterização dos entrevistados (Apêndice 3); e uma entrevista semi-estruturada, seguindo um roteiro previamente elaborado (Apêndice 4) que permitiu ao entrevistado discorrer sobre: experiência com a morte na vida pessoal e profissional; abordagem do tema morte durante a graduação, pós-graduação e vida profissional; vivências dos profissionais no momento da notícia de morte; diferenças na morte de crianças, adultos e idosos; relacionamento com o paciente grave e sua família; contato com o paciente terminal e influências culturais e religiosas no lidar com a morte;

d) Técnica utilizada: utilizou-se a entrevista do tipo individual, semi-estruturada, seguindo um roteiro previamente elaborado que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos, foram gravadas com o conhecimento e consentimento prévio dos entrevistados (Apêndice 5) e posteriormente transcritas pelos alunos do grupo de pesquisa. As transcrições eram ouvidas e conferidas pelos pesquisadores por ser este um momento de apropriação das informações, o que facilita a fase formal da análise.

e) Análise de dados: nesta pesquisa baseou-se na análise de conteúdo, que busca os significados manifestos e latentes nas falas dos sujeitos entrevistados (BARDIN, 2002), na modalidade de análise temática. Segundo Bauer (2010), a análise

de conteúdo é um processamento da informação em que o conteúdo da comunicação é transformado, por meio da aplicação objetiva e sistemática de regras de categorização.

A análise temática do material ocorreu em três momentos: pré-análise, categorização-exploração do material e análise dos resultados e interpretações.

Na fase de pré-análise, as falas foram transformadas em texto com unidades de sentido. Uma leitura flutuante, exaustiva e interrogativa desse material foi realizada, para apreensão das idéias centrais e determinação das unidades de registro (palavras-chave ou frases) e a constituição do Corpus.

A fase de categorização-exploração do material consistiu em explorar o material, numa busca a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, procurou-se encontrar expressões ou palavras significativas em torno das quais as falas se organizaram para a ordenação das categorias empíricas.

Na fase de análise dos resultados e interpretações foram realizadas interpretações e inferências, fazendo articulações com o quadro teórico do estudo, permitindo uma interface entre o estudado e o encontrado, buscando resposta aos objetivos propostos.

4 RESULTADOS

4.1 Artigo 1: será submetido à Revista Medicina – Ribeirão Preto.

AS DIVERSAS FACES DA MORTE DE CRIANÇAS EM UTI NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS. Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina¹ (ORCID 0000.0002.6969.0578), Zeni Carvalho Lamy² (ORCID 0000.0002.9332.0542), João Batista Santos Garcia³ (ORCID 0000.0002.3597.6471), Maria Emília Miranda Álvares⁴ (ORCID 0000.0003.1261.5865), Milady Cutrim Vieira Cavalcante¹ (ORCID 0000.0001.6972.6246), Vinícius José da Silva Nina³ (ORCID 0000.0003.3017.7459), Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz² (ORCID 0000.0003.4156.4067).

Hospital Universitário Presidente Dutra – Universidade Federal do Maranhão

AS DIVERSAS FACES DA MORTE DE CRIANÇAS EM UTI NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

AUTORES

Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina¹ (ORCID 0000.0002.6969.0578), Zeni Carvalho Lamy² (ORCID 0000.0002.9332.0542), João Batista Santos Garcia³ (ORCID 0000.0002.3597.6471), Maria Emília Miranda Álvares⁴ (ORCID 0000.0003.1261.5865), Milady Cutrim Vieira Cavalcante¹ (ORCID 0000.0001.6972.6246), Vinícius José da Silva Nina³ (ORCID 0000.0003.3017.7459), Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz² (ORCID 0000.0003.4156.4067).

¹ Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA).

² Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

³ Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

⁴ Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil.

⁵ Universidade Federal do Maranhão-UFMA, Graduação em Medicina.

AUTOR CORRESPONDENTE

Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina, Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro - São Luís-MA. CEP: 65020-070, (098) 21091098, rachelnina@terra.com.br.

Instituição: Hospital Universitário – Universidade Federal do Maranhão

Declaração de conflito de interesse: não há conflitos de interesse entre os autores deste trabalho.

Fonte financiadora do projeto: Edital MCT/CNPq 14/2009 Universal Faixa A

Processo: 477644/2009 0

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais de saúde entrevistados.

Ao Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPQ) por ter financiado a pesquisa intitulada: A morte na Unidade de Terapia Intensiva: o agir e o sentir do profissional de saúde, de onde foi extraído este artigo.

Resumo

Introdução: Adoecimento e morte de crianças são eventos pouco aceitos na sociedade. **Objetivo:** Analisar a percepção de médicos e enfermeiros de terapia intensiva sobre a morte de crianças. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, com médicos e enfermeiros de três Unidades de Terapia Intensiva (UTI Pediátrica, UTI Neonatal e UTI Cardiológica) de um hospital de ensino. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas, transcritas e analisadas segundo análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** Entrevistados 14 profissionais, com idade entre 28-53 anos, no mínimo 2 anos de atuação em terapia intensiva e média de 43 horas semanais de trabalho. Os sentimentos e atitudes diante da morte emergiram da análise das falas e foram categorizados nos seguintes temas: percepção da morte na infância, obstinação terapêutica e sofrimento no encontro com as famílias. Os profissionais mostraram ambivalência diante da morte de crianças e reconheceram lacunas na formação durante a graduação e pós-graduação para lidar com esta questão. Ansiedade, impotência e culpa foram relatadas demonstrando a complexidade que envolve situações de morte de criança. A condição clínica e a capacidade de interação da criança influenciaram sentimentos, atitudes e a própria maneira do profissional lidar com a morte. **Conclusão:** A morte de crianças em UTI provoca sentimentos ambivalentes em médicos e enfermeiros responsáveis pelo seu cuidado. Se por um lado os profissionais sofrem pela morte de alguém que ainda não desfrutou da vida, por outro a aceitam quando pensam no fim de uma vida marcada por sofrimentos e limitações muitas vezes impostos pela doença.
Descritores: Morte; Atitude Frente à Morte; Criança; Terapia Intensiva; Pesquisa Qualitativa; Hospital.
Descriptores: Muerte; Actitud Frente a la Muerte; Niño; Cuidados Críticos; Investigación Cualitativa; Hospitales.

Abstract

Introduction: Sickness and death of children are events little accepted in society. **Objective:** To analyze the perception of intensive care physicians and nurses about the death of children. **Methods:** Qualitative study, with doctors and nurses from three Intensive Care Units (Pediatric ICU, Neonatal ICU and Cardiac ICU) of a teaching hospital. Semi-structured interviews were carried out, recorded, transcribed and analyzed according to content analysis in the thematic modality. **Results:** Fourteen professionals were interviewed, aged 28-53 years, at least 2 years of experience in intensive care and an average of 43 weekly hours of work. The feelings and attitudes towards death emerged from the analysis of the statements and were categorized in the following themes: perception of death in childhood, therapeutic obstinacy and suffering in the encounter with families. The professionals showed ambivalence in facing death of children and recognized gaps in training during undergraduate and graduate courses to deal with this issue. Anxiety, impotence and guilt have been reported demonstrating the complexity of child death situations. The child's clinical condition and the ability to interact influenced feelings, attitudes and the professional's own way of dealing with death. **Conclusion:** The death of children in the ICU causes ambivalent feelings in doctors and nurses

responsible for their care. If, on the one hand, professionals suffer from the death of someone who has not yet enjoyed life, on the other hand they accept it when they think of the end of a life marked by sufferings and limitations often imposed by the disease.

Descriptors: Death; Attitude to Death; Child; Critical Care; Qualitative Research; Hospitals.

Introdução

A morte de crianças, ao longo da evolução da humanidade, vem apresentando diferentes significados que variam segundo o papel que desempenham na família em cada momento histórico¹. Somente a partir do início do século XX, com a organização da pediatria e da puericultura como especialidades, as crianças passaram a ter direito aos cuidados médicos. Este contexto, acrescido da redução do número de filhos e de mudanças na dinâmica familiar tornou a morte na infância um evento pouco aceito na sociedade².

Muitas organizações ao redor do mundo têm trabalhado no sentido de desenvolver Políticas de Saúde capazes de reduzir a mortalidade infantil. O surgimento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica e Neonatal vem contribuindo para o aumento da sobrevivência de crianças. Ao longo dos anos, observou-se aumento do número dessas unidades e das especificidades do trabalho nelas desenvolvidas³. Esses profissionais lidam cotidianamente com situações complexas que envolvem, além da morte esperada, como ocorre nos quadros crônicos de doenças incuráveis, a morte inesperada de crianças internadas em UTI, acometidas por doenças agudas ou vítimas de acidentes^{1,2}.

A morte faz parte da vida e do cotidiano do profissional de saúde, tornando-se quase sua companheira de trabalho⁴. Apesar da atenção voltada para o desenvolvimento e capacitação técnico-científica desses profissionais, ainda é pequeno o investimento em relação à forma como lidam com suas emoções⁴⁻⁵, assim como ainda são poucas as publicações relacionadas ao tema⁶.

Profissionais que cuidam de pacientes graves, com elevado risco de morte, mostram-se angustiados com esta proximidade cotidiana². Esse sentimento pode ser agravado pela especificidade do cuidado de crianças que envolve as angústias pessoais, da própria criança e de sua família⁵. Buscando maior compreensão do tema, esta pesquisa teve por objetivo analisar a percepção de médicos e enfermeiros frente à morte de crianças internadas em UTI.

Método

Pesquisa de abordagem qualitativa realizada em UTI Pediátrica, Neonatal e Cardiológica de um hospital universitário de uma capital do Nordeste brasileiro.

As três unidades do estudo contam com equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, técnicos de enfermagem, dentre outros profissionais.

Constituíram critérios de inclusão ser médico ou enfermeiro desenvolvendo suas atividades profissionais em uma das unidades de interesse para este estudo, pelo período mínimo de seis meses. Não foram incluídos especialistas que respondiam a parecer ou profissionais de outras unidades que eventualmente prestavam assistência nestas unidades. A decisão de entrevistar médicos e enfermeiros levou em consideração serem os profissionais mais diretamente envolvidos com a confirmação da morte, com a série de eventos que a sucedem e com a comunicação da notícia para a família.

Nestas unidades trabalhavam 53 médicos e 41 enfermeiros. Cerca de 90% dos médicos e 30% dos enfermeiros também atuavam em outras UTI neonatais e pediátricas do município.

A seleção da amostra foi intencional e buscou contemplar profissionais dos diferentes serviços (UTI neonatal, pediátrica e cardiológica), a diversidade de características dos participantes (homens e mulheres, mais velhos e mais novos, com maior e menor tempo de formação) bem como os diferentes regimes de trabalho (plantonistas e diaristas). Desta forma, os profissionais foram sendo convidados de modo que a amostra refletisse a totalidade das múltiplas dimensões dos sujeitos investigados. O fechamento amostral, 14 entrevistas, se deu pelo critério de saturação, entendido como o momento do trabalho de campo no qual os dados obtidos são suficientes para a compreensão, pelo pesquisador, da lógica interna do grupo pesquisado⁷.

A técnica de coleta de dados foi entrevista semiestruturada realizada pela pesquisadora principal. Foram utilizados dois instrumentos previamente elaborados para esta pesquisa: questionário com perguntas fechadas para a identificação e caracterização dos entrevistados e roteiro de entrevista com questões abertas buscando contemplar o contato do entrevistado com o tema morte durante a graduação e pós-graduação; experiências com a morte de crianças na vida profissional e com a notícia de morte; percepção sobre o relacionamento com o paciente grave e sua família, além de influências culturais na forma de lidar com a morte. As entrevistas foram realizadas em um único encontro com duração média de 40 minutos, gravadas e posteriormente transcritas.

Os dados foram analisados utilizando-se a modalidade temática da análise de conteúdo, que busca os significados manifestos e latentes nas falas dos sujeitos entrevistados⁷.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 035/10. Visando preservar a identidade dos entrevistados, os nomes foram substituídos.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 14 profissionais, sendo sete médicos e sete enfermeiros. Os médicos tinham idade de 28 a 42 anos, tempo de graduação entre 4 e 17 anos e cerca de 1 a 15 anos de atuação em UTI, sendo cinco mulheres e dois homens. Entre os enfermeiros, a idade variou de 30 a 53 anos, tempo de graduação entre 6 e 27 anos, cerca de 5 a 21 anos de atuação em UTI, sendo seis mulheres e um homem. A religião católica foi predominante entre os entrevistados. Em relação à carga horária média trabalhada em UTI,

os médicos informaram até 47 horas semanais e os enfermeiros até 33 horas em, pelo menos, dois diferentes serviços.

As falas revelaram sentimentos e posturas contraditórias, demonstrando a complexidade das situações vivenciadas. Estes sentimentos foram ainda mediados pela especificidade do morrer na infância. Crenças religiosas, falta de treinamento e experiência pessoal anterior são fatores que, segundo os profissionais entrevistados, influenciam na forma de lidar com a morte de crianças internadas em UTI.

Para os entrevistados, a expectativa diante de uma criança internada em UTI, em geral, é de que se recupere e volte para casa, no entanto, este nem sempre é o desfecho real. Os sentimentos e atitudes diante da morte emergiram em três grandes temas: a percepção na morte na infância, a obstinação terapêutica e o sofrimento no encontro com as famílias.

Verificou-se que a morte de uma criança é especialmente considerada uma experiência dolorosa tanto emocional como fisicamente, principalmente quando esta morte ocorre de maneira inesperada.

Os sentimentos de culpa e frustração foram recorrentes na fala dos entrevistados, que também revelaram, impotência diante destas situações. Mesmo aqueles experientes e tecnicamente capazes, questionaram sua própria conduta.

A gente se sente impotente. Fez tanta coisa e não conseguiu salvar... Faz tudo... e acabou não dando certo e você perdeu o paciente... Se sente culpado, acha que poderia ter feito mais (Ella, 30 anos, enfermeira, 5 anos de UTI).

A gente fica se perguntando se poderia ter feito mais coisa, se podia ter evitado a morte. Será que fiz tudo certo? Será que faltou alguma coisa? (Everton, 34 anos, médico, 6 anos de UTI).

Os sentimentos de dor, pesar, frustração, tristeza e cobrança também foram retratados em outros estudos por profissionais que assistiram pacientes em iminência de morte^{6,8}. E, apesar da manifestação desses sentimentos terem ocorrido de forma generalizada entre os participantes das diferentes áreas clínicas, identificou-se que profissionais que assistiam somente crianças e adolescentes davam mais ênfase ao seu sofrimento^{9,10}.

Os profissionais se acham preparados para derrotar a morte, mas não para conviver com ela, desta forma seus sentimentos de culpa e impotência se intensificam quando o paciente é uma criança porque a vida interrompida tão precocemente pela doença vai de encontro aos valores culturais sobre a infância¹¹⁻¹³.

Mesmo para aqueles profissionais que conseguem compreender suas limitações diante da morte, paira essa dúvida sobre, de fato, não haver mais nada a fazer frente àquela situação.

É aí que entra a diferença entre o técnico e o emocional. Tu tens consciência técnica de que não poderia ter feito mais nada, mas emocionalmente tu achas que poderia ter feito. É uma coisa meio estranha... (Elizabeth, 35 anos, médica, 11 anos de UTI).

Estudo sobre a percepção de profissionais de enfermagem diante da morte de recém-nascidos em UTI, apontou que cada morte deve ser encarada

como única, onde o profissional não deve assumir postura de não aceitação ou inconformismo com a sua ocorrência, mas sim perceber este fenômeno como parte intrínseca do ciclo da vida⁶. Apesar da morte ser uma condição inerente à vida, quando esta ocorre em crianças é mais dolorosa e motivo de inconformismo por parte dos profissionais: “admitir a morte de uma criança ou adolescente parece retirar a esperança, colocando-nos diante do fim prematuro de uma existência”^{14,15}.

Para os entrevistados, a morte de adultos e idosos parece ser mais facilmente assimilada, uma vez que já tiveram oportunidade à vida, diferindo da criança, que tem um mundo de possibilidades à sua frente.

Essa diferença entre adulto e criança é muito clara na minha cabeça. De uma criança que não viveu nada, é como se a gente tivesse tirado a oportunidade de viver... (Elizabeth, 35 anos, médica, 11 anos de UTI).

Criança parece que a gente sente que não é idade para morrer. O idoso, a gente encara [a morte] com mais facilidade (Elio, médico, 34 anos, 2 anos de UTI).

Existem muitas razões para que a morte não seja encarada de maneira tranquila e a principal é que morrer, atualmente, é muito triste, solitário, impessoal, mecânico e desumano. Isso não traz sofrimento apenas para o paciente e sua família, mas também para o profissional, mesmo que, conscientemente, não perceba. “Quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a possibilidade da morte”¹⁶.

A internação de uma criança na UTI em geral se dá pela presença de uma condição ameaçadora da vida que, muitas vezes, é irreversível. Nestas situações, os profissionais reconhecem a gravidade destes pacientes e a iminente aproximação da morte. O sofrimento da criança e da família, muitas vezes prolongado, levou os profissionais à compreensão da morte como o final necessário – a boa morte, aquela que leva ao fim do sofrimento – da criança, da família e, também, da equipe. Para alguns profissionais esta morte é aceitável.

Dependendo da situação da criança a gente sofre, mas, às vezes, com mais tranquilidade porque a gente sabe que o sofrimento dela ia ser bem maior... (Elvira, enfermeira, 37 anos, 5 anos de UTI).

Os profissionais de saúde acrescentaram, em suas falas, outra questão que precisa ser discutida. Para eles, a atitude do profissional muda diante desta situação.

Eu penso: será que vale a pena? Essa criança vai sofrer tanto! Será que o problema vai ter solução? Então a gente investe, mas é de uma forma diferente (Elio, médico, 34 anos, 2 anos de UTI).

Criança com malformação congênita grave, anencefalia, hidranencefalia ou morte encefálica, eu não reanimo. Acho que pode morrer. E se morrer, eu desligo o aparelho, registro o óbito e acho que aquele leito pode servir para salvar outra criança... (Eden, 34 anos, médico, 2 anos de UTI).

A incapacidade de recuperação, aliada à dor e limitação física que são impostas às crianças, são fatores que amenizam o sentimento de impotência e fracasso do profissional relacionado à morte^{13,17}.

Para os profissionais de enfermagem, a habilidade de promover conforto e suporte às famílias durante o processo de morte é uma experiência significativa e consideram essencial dedicar-se ao contexto da criança e à situação da família para que tenham a oportunidade de serem honestos e esperançosos, mas também se mantendo imparciais para auxiliarem no período final de vida pacífico e sem sofrimento¹⁸.

Durante a assistência em UTI, a decisão de não se valer de certas terapias, tecnologias e tratamentos quando já se apresentam inúteis para alguns pacientes, não significa abandoná-los e interromper o tratamento, mas sim, a contribuição para combater ao sofrimento e à dor, fazendo uso, inclusive, de cuidados paliativos^{15,19}.

Sobre a obstinação terapêutica, para alguns entrevistados, mesmo com a regulamentação da ortotanásia, a prática individual, muitas vezes não se modifica, pois está diretamente relacionada a valores pessoais, éticos e morais. Algumas entrevistadas manifestaram insegurança em relação à interrupção de tratamentos, mesmo diante da inevitabilidade da morte.

Assim...eu tiro droga, tiro tudo... mas o ventilador, eu não tenho coragem. Eu imagino quando a gente chegar na fase que for determinado assim: tem que desligar. Eu sou uma que vai passar o plantão pro colega: 'querido, eu não tenho estrutura pra isso! (Elena, 39 anos, médica, 10 anos de UTI).

Tu queres um acesso venoso profundo e vai lá e fica tentando... tentando... tu não consegues mais, mas tu queres conseguir! Quando a pessoa tá reanimando é a mesma coisa. Ela quer conseguir! (Elizabeth, 35 anos, médica, 11 anos de UTI).

As falas contextualizam as limitações e o sofrimento psíquico que acompanham os quadros crônicos e/ou irreversíveis, que muitas vezes levam à distanásia. A tentativa de combater a morte a qualquer custo, prolongando sofrimento, às vezes de maneira desnecessária, são formas de distanásia²⁰, realidade ainda muito presente em UTI, especialmente pediátricas, onde, nem sempre a avaliação de prognóstico é clara^{21,22}.

As atitudes e sentimentos dos profissionais diante da morte de crianças são controversos. A ortotanásia, a não realização de ações obstinadas ou mesmo fúteis para postergar a morte, foi regulamentada, trazendo a discussão da aceitação da morte que vem interromper o sofrimento para o qual não há possibilidade terapêutica, mas, ainda é um ponto de discussão nas UTI, especialmente na pediatria^{23,24}.

O momento de definição da irreversibilidade de uma doença é variável e depende muito da avaliação dos profissionais envolvidos no cuidado de cada paciente. Em crianças, esta definição é ainda mais complexa pois, além de representar uma situação trágica, a expectativa de reversão do quadro agudo está sempre presente e passa a ser o maior objetivo da equipe assistencial, levando-se em consideração a grande capacidade de recuperação de pacientes pediátricos^{17,25,26}. Neste cenário, os cuidados paliativos contribuem para combater o sofrimento e a dor presentes em crianças internadas em UTI quando o uso de tecnologias e certas terapias apresentam-se inúteis^{15,19}.

As crenças pessoais também parecem auxiliar no enfrentamento da morte de crianças. Os médicos e enfermeiros deste estudo, utilizaram-se da religião como motivo de justificar a obstinação terapêutica.

(...) porque do ponto de vista emocional é mais confortável acreditar em Deus... (Elio, médico, 34 anos, 2 anos de UTI).

(...) quando eu comecei a ler sobre o espiritismo, eu comecei a encarar a morte de forma mais natural, porque eles tentam explicar os porquês quando nasce um neuropata, anoxiado (Elvira, enfermeira, 37 anos, 5 anos de UTI).

A espiritualidade, crença religiosa ou até mesmo convicções pessoais podem ser norteadoras da conduta tanto na vida pessoal como na profissional. Desta forma, ter clareza da influência que a religião e a doutrina podem ter, permite ao profissional de saúde sentir menos culpa e fracasso diante de seu trabalho, aceitar a morte e até ter explicações para ela²⁷⁻²⁹.

Outro aspecto que também influencia o lidar com a morte é o contato com esse tema durante a graduação ou pós-graduação, que muitos neste estudo reconheceram como escasso.

Se foi falado, foi uma coisa sem muita ênfase, né? Sem muita preocupação até dos nossos formadores em falar sobre isso. Sobre a questão da morte, sobre como... assim de tentar até orientar, de como se comportar, como agir, como conversar com um familiar que teve aquela perda naquele momento... (Eden, 34 anos, médico, 2 anos de UTI).

Este aspecto tem sido discutido como fator gerador de angústia e estresse³⁰. Na universidade, a visão da finitude, como uma possibilidade, não é discutida. Os pacientes, ficam muitas vezes, reduzidos à doença que deve ser combatida, evitando a morte. Mesmo nas aulas de medicina paliativa, o tempo destinado para discussões sobre morte, finitude e comunicação de notícias difíceis é insignificante, gerando uma lacuna de conhecimento e habilidades que pode repercutir em sua atitude diante da morte³⁰.

Estudos apontam que a inclusão do tema morte ainda é considerado insuficiente durante a graduação³¹. Escolas médicas deveriam permitir o contato de estudantes de medicina com os pacientes que estão morrendo, pois em sua pesquisa os estudantes e os médicos recém-formados atestam que a falta deste contato os deixava “no escuro” e desta forma não sabiam o que oferecer a pacientes no final da vida³¹.

Segundo Avellar e Rocha³¹ as dificuldades desses profissionais diante da morte poderiam ser reduzidas se tivessem oportunidade de falar sobre a morte e o morrer durante a formação acadêmica bem como de expressar seus sentimentos, ou seja, ter contato com a morte propriamente dita e receber suporte psicológico sempre que a fragilidade emocional se manifestasse, de modo que poderiam elaborar suas dificuldades de enfrentamento sem ter que camuflar seus sentimentos ou os reprimir.

A fala abaixo representa o sofrimento da equipe no encontro com as famílias.

O que me faz sofrer é ver o sofrimento das mães e dos pais! O que me faz chorar são as palavras que as mães falam (Elio, médico, 34 anos, 2 anos de UTI).

Na perspectiva dos entrevistados, também pode-se depreender que, se por um lado identificar-se com o paciente pode causar mais sofrimento por outro lado, pode levá-los a demonstrar empatia e assim fortalecer a relação profissional-paciente, levando a condutas mais humanizadas.

Eu acho que ficar mais próximo, tentar ser um pouco mais verdadeiro e menos profissional, eu acho que você ser mais humano (Everton, 34 anos, médico, 6 anos de UTI).

Os familiares buscam adquirir confiança no profissional de saúde por meio de procedimentos técnicos e pela atenção diferenciada⁵. Entretanto, para muitos profissionais, o distanciamento emocional é uma forma de se proteger do sofrimento e da dor^{27,32,33}, o que pode fragilizar a relação médico-paciente-família.

Além disso, as experiências pessoais, como o nascimento de filhos, modificam a percepção dos profissionais em relação à morte de crianças e influencia na forma de enfrentamento.

Antes de ter a minha filha eu achava que criança era como se fosse outro qualquer, um paciente qualquer, mas depois que eu tive a minha filha... no começo, principalmente, era horrível! Porque toda vez que eu via uma criança aqui passando mal, quando eu chegava perto, era impressionante! Eu olhava minha filha (Everton, 34 anos, médico, 6 anos de UTI).

Quando lembrava que a criança tinha morrido, eu falava: meu Deus podia ser minha filha (Eduardo, enfermeiro, 44 anos, 21 anos de UTI).

Estudos sobre impacto emocional da morte de crianças em profissionais da enfermagem apontaram que relacionamento mais próximo com a criança hospitalizada ou características físicas semelhantes à dos próprios filhos os fragiliza e remetem à ideia de fracasso, levando a quadros de angústia e estresse em maior proporção e dificultando sua recuperação^{26,30}.

Mesmo experimentando intensa sensação de dor, quase comparável à da família, profissionais de saúde que cuidam de crianças em situação de final de vida, percebem na vulnerabilidade e identificação com a família uma oportunidade para amadurecerem e crescerem profissionalmente e assim poderem auxiliar na recuperação após a morte de uma criança que estava sob seus cuidados³².

Conclusões

A morte de crianças em UTI provoca sentimentos ambivalentes em médicos e enfermeiros responsáveis pelo seu cuidado. Se por um lado os profissionais sofrem pela morte de alguém que ainda não desfrutou da vida, por outro a aceitam quando pensam no fim de uma vida marcada por sofrimentos e limitações muitas vezes impostos pela doença.

A familiarização e o contato com o tema morte pode ser considerados recursos de enfrentamento da morte de crianças. Além disso, a espiritualidade transforma a morte em um evento mais aceitável ao profissional que mesmo questionando passa a aceitá-la como fato inerente à existência humana.

Agradecimentos

Agradecemos ao (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento do projeto e bolsas de iniciação científica e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Finance Code 001.

Referências

1. Ariès P. História Social da Infância e da Família. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 380p.
2. Silva LC, Weiss EM, Bernardes DB, Souza AIJ. Hospitalization and death in infancy: challenges of the families. *Fam. Saúde Desenv.* 2006 Jan/Abr; 8(1):73-9. doi: 10.5380/fsd.v8i1.8024.
3. Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *J. Pediatr.* [Internet] 2004 Nov/Dez [citado em 01 Dez 2020]; 80(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000800002>
4. Kovács MJ. Education for death. *Psicologia Ciência e Profissão.* 2005; 25(3): 484-497. doi: 10.1590/S1414-98932005000300012.
5. Silva LCSP, Valença CN, Germano RM. Critical care nursing professionals' perceptions about the death of the newborn. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2010 Mar/Abr [citado em 13 Fev 2019]; 63(2): 238-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/11.pdf>.
6. Souza TCF, Correa-Júnior AJS, Santana ME, Carvalho JJJ. Cuidados paliativos pediátricos: análise de estudos de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE* [Internet] 2018 Mai; [citado em 01 Dez 2020]; 12(5):1409-1421. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231901>
7. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 416p.
8. Papadatou D, Martinson IM, Chung PM. Caring for dying children: a comparative study of nurses' experiences in Greece and Hong Kong. *Cancer Nurs.* 2001; 24(5):402-12. doi: 10.1097/00002820-200110000-00013.
9. Costa JC, Lima RAG. Team mourning: revelations of nursing professionals on the care provided to children/adolescents in the process of death/dying. *Rev Latino-am Enfermagem.* [Internet] 2005 Mar-Abr [citado em 18 Abr 2019]; 13(2):151-7. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421843004.pdf>.
10. Reis TLR, Paula CC, Potrich T, Padoin SMM, Bin A, Mutti CF, et al. Relationships Established by Nursing Professionals When Caring for Children with Advanced Cancer. *Aquichán.* 2014 Oct/Dec; 14(4):496-508. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.5>.

11. Carter BS, Howenstein M, Gilmer MJ, Throop P, France D & Whitlock JA. Circumstances surrounding the deaths of hospitalized children: opportunities for pediatric palliative care. *Pediatrics*. 2004; 114(3):361-6. doi:10.1542/peds.2003-0654-F.
12. Diniz D. When death is an act of care: refusing life support for children. *Cad Saúde Pública*. 2006 Ago; 22(8):1741:48. doi:10.1590/S0102-311X2006000800023.
13. Vieira MA, Lima RAG. Children and adolescents with a chronic disease: living with changes. *Rev Iatino-am Enfermagem, São Paulo*. 2002 Jul-Ago; 10(4): 552-60. doi:10.1590/S0104-1169.
14. Ribeiro WA, Fassarella BPA, Neves KC. Morte e Morrer na emergência pediátrica: a protagonização da equipe de enfermagem frente a finitude da vida. *Revista Pró-UniverSUS*. 2020 Jan./Jun.; 11(1):123-128.
15. Almeida HRA, Melo CF. Prácticas de ortotanasia y cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal: una revisión sistemática de la literatura. *Enf Global [Internet]*. 29 de junio de 2018 [citado 01 Dezembro 2020];17(3):529-74. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/299691>.
16. Kübler-Ross E. *Sobre a Morte e o Morrer*. 8. ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 10ª ed., 2017. 304p.
17. Gilmer MJ, Fostr TL, Mulder J, Carter BS, Cynthia J. B. Parental Perceptions of Care of Children at End of Life. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2013; 30(1): 53-8. doi: 10.1177/1049909112440836.
18. Stayer D, Lockhart JS. Living with dying in the pediatric unit: a nursing perspective. *AJCC*. 2016 July; 16(4). doi: 10.4037/ajcc2016251.
19. Garcia-Schinzari NR, Santos FS. Assistance to children in palliative care in the Brazilian scientific literature. *Rev. paul. pediatr. [Internet]*. 2014 Mar [citado 01 Dezembro 2020]; 32(1):99-106. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000100099&lng=en.
20. Schirmer CA, Freitas HMB, Donaduzzi DSS, Machado RM, Rosa AB, Fettermann FA. Cuidados paliativos em um pronto socorro pediátrico: percepção da equipe de enfermagem. *Vivencias [Internet]*. 29º de junho de 2020 [citado em 01 Dezembro de 2020];16(31):235-44. Disponível em: <http://revistas.uri.br/index.php/vivencias/article/view/112>
21. Monteiro DT, Trentin LS, Rolim DS, Siqueira, AC. Limitação terapêutica em oncologia pediátrica. *Psicol Argum*. 2021 Jan./Mar., 39(103):177-198. doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.39.103.AO09>
22. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. “Futile” care: do we provide it? Why? A semistructured Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *J Crit Care*. 2005; 20:207-13 doi:10.1016/j.jcrc.2005.05.006.
23. Medeiros Maria Olivia Sobral Fraga de, Meira Mariana do Valle, Fraga Fernanda Moreira Ribeiro, Nascimento Sobrinho Carlito Lopes, Rosa Darci de Oliveira Santa, Silva Rudval Souza da. Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida. *Rev. Bioét. [Internet]*. 2020 Mar [cited 2020 Dec 01]; 28(1):128-134. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000100128&lng=en. Epub Mar 30, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020281375>.
24. Pessini L. Life and death in the ICU: ethics on the razor’s edge. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016; 24(1):54-63 doi:10.1590/1983-80422016241106.

25. Oberender F, Tibballs J. Withdrawal of life-support in pediatric intensive care- a case study of time intervals between discussions, decision and death. *BMC Pediatrics*. [Internet] 2011 [citado em 18 Abr 2019]; 11:39. Disponível <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/39>.
26. Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Medical Education*. 2011; 45:389-99. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03873.x.
27. Verri ER, Bitencourt NAS, Oliveira JAS, Santos Júnior R, Marques HS, Porto MA, Rodrigues DG. Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos / Nursing professionals: understanding about pediatric palliative care. *Rev. Enferm. UFPE*. 2019 Jan;13(1):126-136.
28. Daaleman TP, Vandecreek L. Placing religion and spirituality in end-of-life care. *JAMA*. 2000 Nov; 284(19):2514-17. doi: 10.1001/jama.284.19.2514.
29. Portela RA, Passos HM, Sousa SMA, Brugin ES, Silva ACO. A espiritualidade no enfrentamento do luto: compreender para cuidar. *Braz. J. of Develop., Curitiba*. 2020 Out.; 6(10):74413-74423.
30. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Personal fear of death affects the proper process of breaking bad news. *Arch Med Sci*. 2013 Feb; 21;9(1):127-31. doi: 10.5114/aoms.2013.33353.
31. Avellar AMFM, Rocha FN. Dificuldades no enfrentamento da morte e do morrer por profissionais de saúde: a perspectiva da Psicologia. *Revista Mosaico*. 2020; 11(1):63-71.
32. Plante J, Cyr C. Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatr Child Health*. 2011 April; 16(4). doi: 10.4067/S0370-41062017000500007.
33. Monteiro DT, Mendes JMR, Beck CLC. Percepções dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes. *Revista Subjetividades*. 2020; 20(1).

4.2 Artigo 2: a ser submetido à revista Journal of Palliative Medicine

O sentir e o agir do profissional de saúde diante da morte em unidade de terapia intensiva. Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina¹, João Batista Santos Garcia², Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz³, Maria Emília Miranda Álvares⁴, David Karlos Mesquita⁵, Zeni Carvalho Lamy¹. Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

TÍTULO

O sentir e o agir do profissional de saúde diante da morte em unidade de terapia intensiva.

AUTORES

Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina¹, João Batista Santos Garcia², Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz³, Maria Emília Miranda Álvares⁴, David Karlos Mesquita⁵, Zeni Carvalho Lamy¹.

¹Universidade Federal do Maranhão-UFMA, Hospital Universitário Presidente Dutra, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

²Universidade Federal do Maranhão-UFMA, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

³Universidade Federal do Maranhão-UFMA, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

⁴Universidade Federal do Maranhão-UFMA, Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil.

⁵Universidade Federal do Maranhão-UFMA, Graduação em Medicina.

INSTITUIÇÃO

Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Autor correspondente: Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina, Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro - São Luis-MA. CEP: 65020-070, (098) 21091098, rachelnina@terra.com.br.

Declaração de conflito de interesse: nada a declarar

Fonte financiadora do projeto: Edital MCT/CNPq 14/2009 Universal Faixa A Processo: 477644/2009

RESUMO

Introdução: A morte traz diferentes emoções e significados para profissionais de terapia intensiva sendo presença constante em seu cotidiano. Na Unidade de Terapia Intensiva tecnologia e treinamento unem-se a fim de sustentar a vida. **Objetivo:** analisar fatores associados com o significado e atitudes diante da morte. **Metodologia:** realizou-se um estudo transversal, analítico com profissionais das quatro UTIs de um hospital universitário, entre agosto de 2010 e agosto de 2012. Consideraram-se cinco diferentes desfechos: “significado de morte”; “significado de morte do paciente terminal”; “atitude diante da notícia de morte”; “reanimação do paciente fora de possibilidade terapêutica”; “discussão da ordem de não-ressuscitação”; utilizou-se regressão de Poisson e logística multinomial ($\alpha=5\%$) para estimar as associações. **Resultados:** havia 52 médicos e 45 enfermeiros cuja idade variou de 24 a 62 anos ($M= 38 \pm 7,6$), 77,32% eram do sexo feminino e o tempo de atuação em UTI variou de 1 a 32 anos. O significado da morte variou de acordo com a categoria profissional, tipo de UTI e carga horária semanal. Quanto à atitude diante da notícia de morte enfermeiros e profissionais cuja carga horária semanal é maior que 60 h compartilham a comunicação; aqueles que afirmaram terem seu comportamento diante da notícia de morte ser influenciado pela educação e os enfermeiros concordaram com a reanimação do paciente terminal; profissionais com mais de 38 anos, que trabalham em UTI infantil concordaram que a ONR deve ser discutida. **Conclusão:** o sentir foi associado a carga horária semanal, categoria profissional e o tipo de UTI em que trabalham, enquanto que o agir associou-se à formação profissional e à categoria.

Palavras-chave: percepção de morte, profissionais de saúde, terapia intensiva, cuidados de final de vida

ABSTRACT

Introduction: Death brings different emotions and meanings for intensive care professionals and it is a constant presence in their daily lives. In the Intensive Care Unit technology and training unite in order to sustain life. **Objective:** To analyze factors associated with meaning and attitudes toward death. **Methodology:** The authors conducted a cross-sectional, analytical study with professionals from four ICUs of a university hospital between August 2010 and August 2012. We considered five different outcomes: "meaning of death"; "meaning death of terminal patients"; "attitude at the news of the death"; "resuscitation of the patient without therapeutic possibility"; "discussion of non-resuscitation order"; used Poisson regression and multinomial logistic ($\alpha = 5\%$) to estimate associations. **Results:** there were 52 doctors and 45 nurses whose age ranged from 24 to 62 years ($M = 38 \pm 7.6$), 77.32% were female and the time in the ICU ranged from 1 to 32 years. meaning of death varied according to the professional category, type of ICU and weekly workload. Regarding attitude toward death news professionals and nurses whose load weekly hour is greater than 60 h share the communication, those who reported having their behavior at the news of death to be influenced by education and nurses agreed with the resuscitation of the patient terminal; professionals with over 38 years working in ICU children agreed that ONR should be discussed. **Conclusions:** The feeling was associated with weekly workload, professional category and type of ICU in which they work, while the act was associated with vocational training and category.

Key words: perception of death, healthcare professionals, intensive care, end-of-life care.

INTRODUÇÃO

A presença da morte é uma constante no cotidiano de profissionais de saúde. A maioria das mortes, atualmente, acontece em ambiente hospitalar, tornando-a ausente do mundo familiar e transformando-a em tabu, tema interdito (1,2).

A expectativa de vida tem aumentado com o progresso da medicina, que ao associar tecnologia e conhecimento científico tem permitido o tratamento e a cura de muitas doenças, e também o prolongamento do morrer. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) este progresso tem permitido sustentar a vida às vezes além de um limite onde a morte torna-se inevitável (3).

Temas como morte e morrer tem sido inseridos nos cursos de graduação da área de saúde de um modo distinto e na maioria das vezes causando um distanciamento destes profissionais do conceito de condições inerentes à vida humana (4, 5, 6). Na formação médica, ocorre uma desensibilização dos elementos que possam evocar a morte. Quando do primeiro contato com o cadáver é necessário tirar dele qualquer identidade humana, mais tarde quando encontrando pacientes nas enfermarias, as pessoas são transformadas em doenças, órgãos, osso e sangue, no intuito de minimizar o sofrimento pessoal.

As relações entre profissionais de saúde, paciente e família, tem sido caracterizadas por diminuição da comunicação sobre as decisões em relação a temas como morte e morrer. O extraordinário avanço técnico-científico, aliado ao uso acrítico de métodos de semiologia armada tem afastado estes profissionais das dimensões socioantropológicas das pessoas enfermas. Aquilo que era complementar tornou-se essencial (7).

A morte que permeia estas relações, e é parte integrante da vida, é um tema repleto de inquietações e que, se por um lado assusta os pacientes e seus familiares, por outro confronta os profissionais de saúde com os limites de sua prática, fragilizando-os quando fracassam e enchendo-os de poder quando a sobrepõem (8).

As situações de terminalidade frequentes na prática hospitalar e que angustiam muitos profissionais de saúde, passaram a ser endereçadas pelo novo Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM 1.931/09, publicada no DOU de 24.9.2009, retificado em 13.10.2009, que incorporou sugestões não apenas da classe médica, mas de toda a sociedade civil sobre as discussões de cuidados com pacientes terminais e o

prolongamento da vida inútil em situações clínicas paliativas, apesar de importante para a incorporação da ideia da terminalidade, ainda carece de entendimento uníssono na sociedade ^(9,10)

Esta realidade tem gerado crescente necessidade de aceitação da finitude humana, da limitação terapêutica de cura e fortalecimento do debate sobre a humanização do processo de morrer diminuindo o desgaste emocional dos profissionais de saúde diretamente ligados a esta realidade ⁽⁴⁾ .

Buscando compreender esta mudança pesquisamos o comportamento diante da morte de médicos e enfermeiros intensivistas de um hospital universitário e quais são os fatores que influenciam este sentir e agir.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, analítico, com todos os médicos e enfermeiros das quatro unidades de terapia intensiva de um hospital universitário do Nordeste do Brasil, no período de agosto de 2010 a agosto de 2012. Foi aplicado um questionário construído para este estudo composto por 44 perguntas distribuídas em blocos que descreveremos a seguir:

- Sociodemográfico: sexo, idade, estado civil, religião, importância da religião, categoria profissional, tempo de atuação profissional (calculado como o tempo decorrido entre a graduação e a data da entrevista, categorizado, segundo tercís de distribuição de, em: “≤10 anos”; “11-15 anos” ou “>15 anos”), especialidade da UTI (“infantil”, que incluiu profissionais da UTI neonatal e pediátrica; “geral”, aqueles que eram da UTI geral; ou “cárdio” aqueles que trabalhavam na UTI cárdio), tempo de atuação na UTI (categorizado segundo tercís de distribuição em: “≤6 anos”; “7-11 anos” ou “>11 anos”);

Hábitos de vida: prática de atividade física regular, etilismo (definido como o uso atual de qualquer tipo ou quantidade de bebida alcoólica, categorizado em: “sim” ou “não”), tabagismo atual (“sim” ou “não”);

Experiências e percepções sobre a morte: significado da morte (categorizada em “começo/libertação”; “fim/fracasso” ou “outro”); culpa diante da morte de algum paciente (“sim” ou “não”); conduta de reanimação no paciente fora de possibilidade

terapêutica (“não reanima, porém após diálogo com a família”; “não reanima, sem diálogo com a família” ou “reanima todos os casos”); acredita que a cultura influencia em seu modo de lidar com a morte (“sim” ou “não”); quando ocorreu sua primeira experiência pessoal com morte (“na infância”; “na adolescência” ou “na vida adulta”); primeira experiência profissional com morte ocorreu em (“criança/ adolescente”; “adulto” ou “idoso”); principal lembrança sobre a 1ª experiência profissional com morte (categorizado em “notícia dada à família/reação da família”; “cuidados com o corpo” ou “outra”); o tema morte foi discutido durante a sua graduação (“sim” ou “não”); o tema morte foi discutido durante a sua pós-graduação (“sim” ou “não”); o tema morte foi discutido durante a sua vida profissional (“sim” ou “não”);

Experiências e percepções sobre a morte com respostas categorizadas numa escala de Linkert: com afirmações às quais os sujeitos deveriam responder a uma escala de concordância que variou de maior concordância (“concordo totalmente”) a nenhuma concordância (“discordo totalmente”) (cinco opções) sobre: o significado da morte, a exposição ao tema morte durante a formação profissional, a influência da religião, educação e conhecimento científico sobre o modo de pensar a morte, a necessidade de reanimação do paciente fora de possibilidade terapêutica, a necessidade de discussão da ordem de não ressuscitação com a família e o papel da presença da família durante as manobras de ressuscitação.

Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido os questionários foram entregues pessoalmente aos profissionais durante seu plantão na UTI e foi solicitado que respondessem até o final do mesmo. Esta pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética e pesquisa da instituição pesquisada.

A análise estatística foi realizada com o programa STATA, versão 10. Na análise descritiva, as variáveis quantitativas foram sumarizadas utilizando-se mediana (M) e desvio interquartilico (dIQ); e as qualitativas, por meio de valores absolutos (n), percentuais (%). Os testes Qui-Quadrado e Kruskal-Wallis foram utilizados para avaliar diferenças na distribuição dos dados entre as categorias das variáveis-resposta (desfechos).

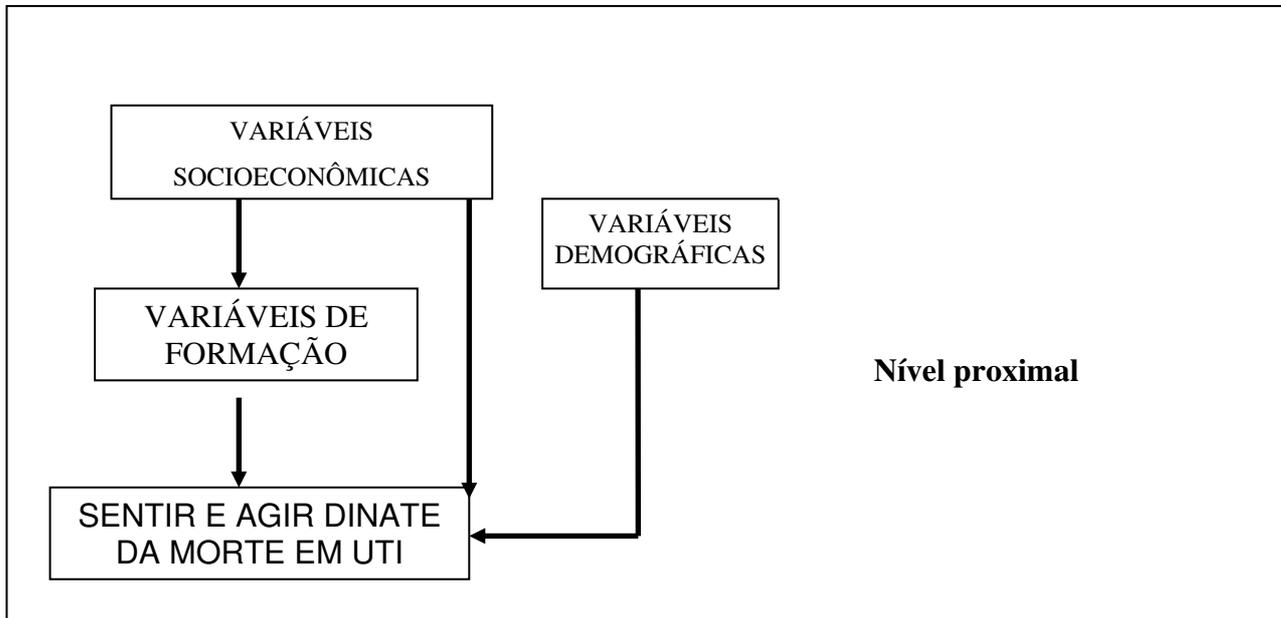
Foram consideradas cinco diferentes variáveis-resposta: “significado de morte” (Modelo 1) e “significado de morte do paciente terminal” (Modelo 2); “atitude diante da notícia de morte” (Modelo 3); “reanimação do paciente fora de possibilidade

terapêutica” (Modelo 4); discussão da ordem de não-ressuscitação” (Modelo 5). Os modelos de 1 e 2 representam o “sentir” dos profissionais e os modelos 3, 4 e 5 o “agir”.

As associações entre as variáveis explicativas e o modo de pensar e agir dos profissional de saúde diante da morte dos seus pacientes foi estimada por meio de razões de prevalência (RP) ou por razões de chance (OR) não ajustadas e ajustadas para potenciais fatores de confundimento, e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Nos Modelos 1 e 3, onde os desfecho possuíam três ou mais categorias, as estimativas foram calculadas por análises de regressão multinomial. Nos demais, adotou-se a análise de regressão de Poisson.

O modelo teórico hierarquizado utilizado para as cinco variáveis-resposta criado para este estudo está no quadro 1. As variáveis socioculturais foram consideradas de nível distal. Variáveis relacionadas à formação profissional foram consideradas no nível proximal. As variáveis demográficas idade e sexo forma consideradas um bloco de confundidores à parte (Quadro 1).

Quadro 1- Modelo hierarquizado proposto neste estudo.



Inicialmente fez-se a análise univariada com todas as variáveis do estudo. As variáveis que apresentavam $p \geq 0,20$ foram descartadas. Para cada um dos cinco modelos, incluíram-se as variáveis do nível distal que tinham $p < 0,20$ na análise univariada, ajustando-se para as variáveis do bloco demográfico, e neste bloco foram mantidas as variáveis que apresentassem $p < 0,05$. Num segundo passo, foram acrescentadas as variáveis do nível proximal que, na análise univariada, tinham $p < 0,20$. Nesse momento, as variáveis do nível proximal que apresentaram $p \geq 0,05$ foram retiradas dos modelos ⁽¹¹⁾. Nesta fase, permaneceram no modelo as variáveis do nível distal que haviam sido significantes na etapa anterior do modelo multivariado, independentemente do nível de significância atual.

RESULTADOS

Entre médicos e enfermeiros, havia 118 profissionais trabalhando nas UTIs do HU-UFMA. Uma profissional não foi incluída por ser a pesquisadora, 13 não responderam o questionário e 7 questionários foram considerados incompletos, totalizando 97 (93,2%) questionários válidos.

As variáveis quantitativas do estudo apresentaram distribuição assimétrica ($p < 0,05$). A idade dos entrevistados variou de 24 a 62 anos, com mediana (M) igual a 38 e desvio interquartilico (dIQ) igual a 7,6. O tempo de graduação variou de 2 a 32 anos, com $M=13$ e $dIQ=7,9$ anos; e o tempo de atuação em UTI variou de 1 a 32 anos, com $M=8$ e $dIQ=6,6$.

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (77,2%), tinha idade menor ou igual a 38 anos (53,6%), não possuíam companheiro(a) (68,0%) e declararam ter religião (92,7%). Em relação à categoria profissional 52 (53,6%) eram médicos, 51 (52,5%) tinham mais de 7 anos de tempo de atuação em UTI, 55 (56,7%) eram graduados há mais que 12 anos. A maioria trabalhava em UTI pública (94,9%), e 54,6% pertenciam a unidades que atendiam à faixa etária neonatal/pediátrica (Infantil). Dentre os entrevistados 53,6% praticavam atividade física de forma regular, 86,4% negaram o uso de bebida alcoólica, mesmo eventual, e apenas um profissional referiu o uso de tabaco. Em relação às experiências e percepções de morte, na tabela 2 encontramos a distribuição dos profissionais em relação às diferentes variáveis utilizadas para esta

caracterização. Quando perguntados sobre o significado da morte 40,1% classificou-a como algo diferente de começo, libertação ou fracasso. Em relação à culpa 54,6% dos profissionais afirmaram já terem se culpado pela morte de um paciente; 62,5% acreditam que o paciente fora de possibilidade terapêutica não deve ser reanimado e 66,6% que a ordem de não reanimar (ONR) deve ser sempre discutida com o responsável (Tabela 1).

Quando questionados sobre sua atitude diante da notícia de morte, as respostas foram categorizadas em compartilhar, assumir e fugir de acordo com a resposta à pergunta “quem deve dar a notícia de morte na UTI?”, desta forma quando o entrevistado escolhia sua própria categoria profissional como responsável pela notícia atribuímos o status “assumir”, quando optava por dizer que além da sua própria outra categoria também deveria dar a notícia denominamos de “compartilhar” e caso escolhesse uma categoria diferente da sua para dar a notícia chamamos de “fugir.” Desta forma houve 50% de opções de compartilhar, 28,5% de assumir e 21,4% de fugir(Tabela 1).

Quando realizada a análise univariada (teste do qui-quadrado) para cada um dos modelos encontramos as seguintes associações estatisticamente significantes:

2. Modelo 1: profissionais cujo comportamento diante da morte é influenciado pela educação, enfermeiros e aqueles que trabalham em UTI pediátrica tenderam a escolher fracasso ou culpa como significado de morte com p valor 0,035, 0,02 e 0,05, respectivamente (tabela 2);
3. Modelo 2: os enfermeiros acham que a morte de um paciente terminal significa descanso ou alívio ($p=0,01$) (tabela 2);
4. Modelo 3: enfermeiros tendem a compartilhar mais a notícia de morte enquanto médicos preferem assumir ($p=0,000$); os profissionais que trabalham mais de 40 h semanais ($p=0,01$) e em mais de uma UTI tendem a atitude de assumir a notícia de morte (tabela 2);
5. Modelo 4: os enfermeiros e os profissionais que tinham companheiro (a) estiveram mais propensos à proceder com a reanimação do paciente fora de possibilidade terapêutica, respectivamente com $p=0,01$ e $p=0,04$ (tabela 3);
6. Modelo 5: em relação à ordem de não reanimar (ONR) aqueles que trabalham em unidades pediátricas ($p=0,01$) discutem mais esta ordem, assim como os que se declararam etilistas ($p=0,004$) e aqueles que declararam que a religião não é importante para sua vida ($p=0,05$) (tabela 3);

Na análise ajustada, com utilização do modelo hierarquizado descrito anteriormente algumas associações foram mantidas e outras mostraram-se significantes, a seguir descreveremos por modelo.

- Modelo 1: aqueles que são enfermeiros tendem a significar a morte como fracasso ou culpa (tabela 2);

2. Modelo 2: os profissionais cujo comportamento é influenciado pela educação, que trabalham em UTI infantil (pediátrica/neonatal) e enfermeiros acharam que o significado de morte para o paciente terminal é alívio ou descanso (tabela 2);

3. Modelo 3: os profissionais que trabalham mais horas em UTI e os enfermeiros tendem mais a assumir a notícia de morte (tabela 3);

4. Modelo 4: aqueles profissionais que discutiram o tema morte durante a vida profissional e os enfermeiros tem uma tendência a concordar com a reanimação do paciente fora de possibilidade terapêutica (tabela 3);

5. Modelo 5: ser etilista, trabalhar em UTI infantil (pediátrica/neonatal) e ter mais de 38 anos demonstraram uma associação estatisticamente significativa com discutir a ordem de não ressuscitação (tabela 3).

DISCUSSÃO

Este estudo realizado de forma pioneira no Brasil, exclusivamente com profissionais de terapia intensiva em ambiente universitário, em quatro tipos de UTI apresentou uma predominância de mulheres entre seus entrevistados. Levinson e Lurie⁽¹²⁾ estimam que 50% dos estudantes de Medicina nos EUA são mulheres e afirmam que esta feminização da profissão médica trará notáveis mudanças, em especial no campo da relação médico-paciente pois mulheres tendem a adotar um estilo mais democrático de comunicação que fomenta uma relação colaborativa, são mais sensíveis não apenas às preocupações biomédicas mas também aos aspectos emocionais dos pacientes.

A medicina intensiva como especialidade no Brasil é ainda jovem, seu reconhecimento data de 1992, e entre os profissionais desta população estudada predominaram aqueles com idade menor que 38 anos, como no trabalho de Nascimento Sobrinho⁽¹³⁾, e também num levantamento de profissionais de terapia

intensiva de três países do Mercosul, onde os profissionais brasileiros apresentaram a menor média de idade ⁽¹⁴⁾.

Em um estudo de Neves e colaboradores ⁽¹⁵⁾ apenas com residentes, a Medicina Intensiva recebeu 52 a 69% de rejeição principalmente devido a sua carga horária excessiva e pela qualidade de vida dos que a exercem. Este estudo caracterizou-se pelo predomínio de profissionais com carga horária maior que 60 horas semanais, em contraponto ao de Nascimento Sobrinho⁽¹³⁾, onde as jornadas de trabalho eram menores. A atividade física frequente nesta amostra, além da frequência do uso social de bebida alcóolica parece figurar como válvula de escape para as jornadas estressantes destes profissionais.

Nesta população ao serem questionados sobre o contato com o tema morte notou-se que o maior contato aconteceu na vida profissional e não durante a graduação e pós-graduação. Estudos sugerem que esta ausência de contato com o tema morte realmente distancie o profissional do exercício pleno da arte de cuidar. A ênfase ao aprendizado técnico pode prevenir o profissional de tornar-se emocionalmente envolvido, e torná-lo indiferente como sugere Hafferty citado por MacLeod⁽¹⁶⁾ em um estudo com estudantes de medicina. Neste ponto notam-se diferenças importantes no ensino da Medicina e da enfermagem, pois enquanto a primeira tem-se focado no aprimoramento técnico, a segunda aborda o indivíduo a ser cuidado de uma maneira integral, holística com atenção ao desenvolvimento do vínculo ^(16, 17, 18).

O contato com a morte propriamente dita também foi avaliado nesta pesquisa, e mais da metade dos entrevistados revelou que seu primeiro contato pessoal aconteceu entre a infância e a adolescência, desta forma a construção de crenças relacionadas à morte ocorre muito antes da “profissionalização” e esta exposição precoce parece permitir uma familiaridade com o tema que é quebrada com os diversos ritos de passagem(tenho dúvidas quanto a este termo, parece clichê) que acontecem durante a graduação do profissional de saúde. Os primeiros contatos com a morte na graduação, seja de medicina ou de enfermagem, são feitos com o corpo sem vida na sala de anatomia distanciando-os destas possíveis identificações prévias, e permitindo a criação do “profissional” impassível, controlado e frio que deverá combater a morte sempre que for possível^(1, 7, 16).

Porém quando pesquisamos o significado da morte para esta população, descanso ou alívio foram as respostas mais comuns em relação ao paciente terminal. Para

pacientes não terminais, foram relatadas outras definições diferentes de fracasso ou fim. O modelo humanista de cuidado sugere que a empatia é uma característica decisiva e relevante para o cuidado efetivo de um paciente. Colocar-se imaginariamente no lugar do outro permite desenvolver intencionalmente habilidades que são um pré-requisito para o cuidado daqueles que se encontram em situação de morte, conhecer o paciente é uma porção muito importante para a prática da arte de cuidar ^(16, 19, 20).

Ao reconhecer o significado da morte o profissional imbuí-se de compaixão, passa a olhá-la não somente com horror e um senso de tragédia, mas como uma responsabilidade assistencial. A compaixão, que é uma característica marcante na enfermagem, é também outro auxiliar desta responsabilidade de cuidar, e juntamente com a empatia permite aumentar a satisfação, reduzir a depressão e melhorar a qualidade de vida do paciente ^(16, 19, 20).

Alguns estudos afirmam que a educação para as questões da morte e do morrer são cruciais no desenvolvimento de uma atitude benéfica do profissional em relação ao paciente que se encontra em situação de final de vida ^(1,4). Levin e colaboradores ⁽²¹⁾ enfatizam que estratégias múltiplas como horas diárias de treino em habilidades de comunicação com paciente e família, cuidado com as emoções e desenvolvimento técnico em resolver problemas são muito importantes para implementar os cuidados de final de vida. Porém Hennezel citado por MacLeod ⁽¹⁶⁾ relatou que ensinar técnicas de comunicação e relacionamento não auxilia os profissionais a viver a tensão de lidar com a morte, isto somente acontece quando estes aceitam a sua vulnerabilidade e podem expressar e dividir seus sentimentos sem o medo de serem julgados.

Indicar o tratamento intensivo para um paciente com falência de um ou mais órgãos é uma tarefa muitas vezes fácil, porém definir a retirada deste tratamento quando o paciente não se beneficiará mais dele tem se tornado uma tarefa presente no dia a dia do intensivista. Wilkinson e Savulescu ⁽²²⁾ atestam que quando perguntados, 32% dos familiares de pacientes criticamente doentes escolheram continuar o tratamento mesmo quando lhes foi dito que a chance de recuperação de seus entes queridos era de menos de 1%. Carvalho e colaboradores ⁽²³⁾ relataram que em UTI pediátrica 41% das mortes está ligada a decisões do tipo retirada/não adoção de medidas de suporte de vida. Decisões como estas baseiam-se na obstinação terapêutica

da qual estão imbuídos os intensivistas e na qualidade de vida presumida dos pacientes após a possível reversão do quadro que o levou a uma internação em UTI.

Mesmo na ausência de prognóstico de um paciente os cuidados paliativos devem ser o próximo passo e seu sucesso não é definido pelo resultado final obtido, que muitas vezes é a morte do paciente mas sim pela qualidade do processo, pela aceitação da morte com paz e sem medo não apenas para a família mas também para o profissional que está cuidando daquele paciente⁽²⁴⁾.

A adoção de cuidados paliativos (CP) em UTI ainda é controversa, e pouco estabelecida no Brasil. Um levantamento de 2006 da International Observatory of End of Life Care (IOELC- Reino Unido) classificou os países que compõem a Organização das Nações Unidas (ONU), quanto ao nível de desenvolvimento dos CP em quatro grupos: Grupo I com 79 países sem registro de nenhuma iniciativa de CP, Grupo II composto por 41 países onde não havia serviços estruturados, porém com iniciativas no sentido da formação de profissionais e equipes; o Grupo III com 80 países, sendo o Brasil um deles, com serviços isolados e finalmente o Grupo IV que conta com 35 países que possuíam serviços e atividades de CP estruturadas além de meios de provisão e um reconhecimento político mais amplo⁽²⁵⁾. Em nossas UTIs, não foram ainda adotados protocolos bem definidos de CP até a realização desta pesquisa.

No presente estudo os profissionais de enfermagem estiveram mais propensos a concordar com a ressuscitação de pacientes fora de possibilidade terapêutica o que pode ser justificado pela maior proximidade destes com o paciente e também pela ausência de protocolos e até mesmo referências éticas a esta situação^(26,27). No Brasil as condutas de limitação da terapêutica são sempre tomadas pelo médico e baseiam-se no prognóstico, na presença de futilidade terapêutica e nas comorbidades apresentadas pelo paciente, havendo respaldo legal para esta decisão^(2, 14, 10).

Apesar das ONR ainda não serem uma realidade nas UTIs do Brasil, foi perguntado nesta pesquisa se elas deveriam ser discutidas com a família, e houve uma concordância com esta afirmativa. Apesar de nem sempre refletirem o desejo do próprio paciente respeitar decisões tomadas pelas famílias e pelo próprio paciente é um preceito ético que norteia o profissional de saúde^(28, 29, 30). As decisões de não reanimar devem ser conhecidas por toda a equipe responsável pelo cuidado dentro das UTI, devem ser multidisciplinares, levar em consideração a visão institucional e; quando apropriado, as crenças do paciente e de sua família⁽³¹⁾.

Neste estudo pesquisou-se a atitude dos profissionais diante da comunicação de notícia de morte e enfermeiros e profissionais que tinham carga horária maior tiveram uma tendência a querer compartilhar esta comunicação de notícia. A comunicação de más notícias e da notícia de morte reveste-se de uma dificuldade ainda grande. A adoção de protocolos de más-notícias tem sido uma tentativa de melhorar a comunicação de profissionais de saúde e pacientes e suas famílias. O aperfeiçoamento de um diálogo estruturado deveria fazer parte do arsenal terapêutico das equipes^(32, 33, 34).

Para médicos, o tempo e a experiência são os principais agentes de transformação da comunicação de más-notícias⁽³⁵⁾. Para enfermeiros a falta de preparo acadêmico, a pouca experiência e o maior envolvimento dificultam esta comunicação^(8, 17). Entretanto, independente da categoria profissional, ao se lidar com os momentos finais de um paciente é importante que o profissional de saúde pautar suas ações em honestidade, humanismo, respeito e dignidade⁽³⁶⁾.

Pesquisar em um único hospital pode ter sido uma limitação, diante do número pequeno desta amostra, e também por estarem divididos em 4 tipos de UTIs, o que nos levou a generalizar realidades muitas vezes distintas. O fato de esta pesquisa ter elegido o ambiente universitário como campo de trabalho, pressupunha um conhecimento maior e até mesmo uma probabilidade maior de encontrar protocolos já estabelecidos para o cuidado paliativo, e para a transmissão de notícias de morte, que não foi a realidade deste trabalho.

Ao lidar com a diversidade de universos nesta pesquisa, foi possível fazer um diagnóstico mais preciso dos fatores que influenciam no lidar com a morte em UTI.

A carga horária semanal, categoria profissional e o tipo de UTI em que trabalham estiveram associados ao significado de morte nesta população

O significado da morte para profissionais de saúde mostrou-se variável, havendo diferenças entre as categorias profissionais em sua percepção e também diante do tipo de pacientes que tem diante de si; o sentir desta população classifica a morte de pacientes terminais como descanso ou alívio e exterioriza a humanização destes profissionais de saúde.

A insistência em reanimar um paciente terminal entre os pesquisados, nos permite estimar que o agir desta população ainda está carregado de condutas de obstinação

terapêutica, refletindo a necessidade de se implementar a formação acadêmica destes profissionais para temas como morte e morrer, da instituição de cuidados paliativos (CP) nestas UTIs e do estabelecimento de protocolos de transmissão de más-notícias e notícias de morte. Desta forma, a melhor qualidade de assistência do paciente grave e sua família será atingida neste ambiente.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPQ) por ter financiado a pesquisa macro: A morte na Unidade de Terapia Intensiva: o agir e o sentir do profissional de saúde, de onde foi extraído este artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Rev Bras de Educação Médica*, 35(1), 37-43, 2011.
- 2 Costa JC & Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(2), 151-7, mar-abr, 2005.
- 3 Cohen S, Sprung C, Sjorkvist P, et al. Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*, 31, 1215-21, 2005.
- 4 Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética* 2005; 13(2):51-63.
- 5 Ratawongsa N, Teherania, Hauer K. Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Academic Medicine*, 80 (7), 641-7, july, 2005.
- 6 Moritz RD & Nassar SM. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. *Rev Bras Ter Intens*, 16(1), 14-21, 2004.

- 7 Siqueira, JE. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. *Bioética*, Brasília, v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005.
- 8 Palú LA, Labronici LM, Albin L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Cogitare enferm*, 9(1), 33-41, jan.-jun. 2004.
- 9 Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre ortotanásia. *Bioética*, 18(2), 275-88, 2010.
- 10 CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA:RESOLUÇÃO CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso)/Conselho Federal de Medicina-Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010, 70p.
- 11 Fuchs SC, Victora CG, Fache J. Hierarchical model: a proposal for model to be applied in the investigation of risk factors for dehydrating diarrhea. *Rev Saude Pub* 1996;30(2):168-78.
- 12 Levinson W & Lurie N. When most doctors are women: what lies ahead? *Ann Intern Med* 141, 471-4, 2004.
- 13 Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Tironi MOS, Marques Filho ES. Médicos de UTI: prevalência da síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev Bras de Educação Médica*, 34(1), 106-15, 2010.
- 14 Moritz RD, Rossini JP, Silva NB, Lago PM, Machado Fo. Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. *Rev Bras Ter Intens*, 22(2), 125-32, 2010.
- 15 Neves FBCS, Vieira PSPG, Cravo EA, et al. Motivos relacionados à escolha da medicina intensiva como especialidade por médicos residentes. *Rev Bras Ter Intensiva*, 21(2), 135-40, 2009.
- 16 MacLeod R. On reflection: doctors learning to care for people who are dying. *Social science and Medicine*, 52 , 1719-27, 2001.
- 17 Filizola CLA & Ferreira NMLA. O envolvimento emocional para a equipe de enfermagem: realidade ou mito? *Rev Latino-am Enfermagem*, 5, maio, 1997.

- 18 Santos MH, Mochel EG, Rafael EV. Vivenciando a morte: experi~encia de profissionais de enfermagem no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Pesq Saúde*, 11(3), 9-15, 2010.
- 19 Meert K, Eggly S, Berger J, et al. Physicians' experiences and perspectives regarding follow up meetings with parents after a child's death in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Medicine*, 12 (2), 64-8, march, 2011.
- 20 Neumann M, Scheffer C, Lutz G, Wirtz M, Edelhauser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift fur Medizinische Ausbildung*, 29 (1), 2012.
- 21 Levin TT, Moreno B, Silvester W, Kissane Dw. End-of-life communication in the intensive care unit. *General Hospital Psychiatry*, 32, 433-42, 2010.
- 22 Wilkinson Djc & Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the intensive care unit. *Curr Opin Anaesthesiol*, 24 (2), 160-5, 2011.
- 23 Carvalho PRA, Rocha TS, Santo AE, Lago P. Modos de morrer na UTI pediátrica de um hospital terciário. *Rev Ass Med Brasil*, 47 (4), 325-31, 2001.
- 24 Brenner ZR. Lessons for critical care nurses on caring for the dying. *Crit Care Nurse*, 22 (1), 11-12, feb, 2002.
- 25 Wright M, Wood J, Lynch T, et al. Mapping levels of palliative care development: a global view. *International Observatory on End of Life Care- Lancaster University*. Lancaster, 2006, 13-40.
- 26 Mccmillen R. End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive and critical care nursing*, 24, 251-9, 2008.
- 27 Kongsuwan W, Locsin RC, Schoenhofer SO. Knowing the occasion of a peaceful death in intensive care units in Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 13, 41-6, 2011.
- 28 Hattori K, Mccubbin MA, Ishida DN. Concept analysis of good death in the Japanese community. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (2), 165-70, 2006.
- 29 Kubbler A, Adamik B, Lipinska-Gediga M, Kedziora J, Strozecki L. End-of-life attitudes of intensive care physicians in Poland: results of a national survey. *Intensive Care Med*, 37, 1290-6, 2011.

- 30 Torres RVSD & Batista KT. A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas. *Com Ciências Saúde*, 19 (4), 343-51, 2008.
- 31 Jaing TH, Tsay PK, Fang ER, et al. “Do-not-ressucitate” orders in patient with cancer at a children’s hospital in Taiwan. *J Med Ethics*, 33, 194-6, 2007.
- 32 Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, 35 (1), 103-9, 2001.
- 33 Fassier T & Azoulay E. Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Curr Opinion in Critical Care*, 16, 1-12, 2010.
- 34 Yuen JK, Reid C, Fetters MD. Hospital do-not-resuscitate orders: why they have failed and how to fix them. *J Gen Intern Med*, 7 (26), 791-7, 2011.
- 35 Oliveira VZ, Oliveira MZ, Gomes WB, Gasperin C. Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Psicologia em estudo*, 9 (1), 9-17, 2004.
- 36 Garros D. A “good” death in a pediatric ICU: is it possible? *J Pediatr*, 79(Suppl 2):S243-S54: 2003.

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais de UTI segundo as experiências e percepções de morte, São Luis-MA, 2009-2011.

Variáveis	n	%
Qual o significado da morte? (Desfecho 1)		
Começo ou libertação	15	15,46
Fim	17	17,53
Fracasso ou culpa	26	26,80
Outro	39	40,11
Qual o significado de morte do paciente terminal? (Desfecho 2)		
Descanso/alívio	82	86,32
Dor	13	13,68
Você se culpa ou já se culpou pela morte de um paciente.		
Sim	44	45,36
Não	53	54,64
Atitude diante da notícia de morte (Desfecho 3)		
Compartilhar	48	50
Assumir	27	28,12
Fugir	21	21,88
O paciente fora de possibilidade terapêutica deve ser reanimado (Desfecho 4)		
Concordo	36	37,5
Discordo	60	62,5
A ordem de não reanimar (ONR) deve ser sempre discutida com família/paciente (Desfecho 5)		
Concordo	64	66,67
Discordo	32	33,33
Seu comportamento diante da morte é influenciado pela cultura?		
Sim	27	27,84
Não	70	72,16
Seu comportamento diante da morte é influenciado pela educação?		
Sim	29	28,87
Não	69	71,13
Quando ocorreu sua primeira experiência pessoal com morte?		
Na infância	46	47,42

Na adolescência	21	21,65
Na idade adulta	30	30,93
Sua primeira experiência profissional com morte foi com paciente?		
Criança/adolescente	36	37,5
Adulto	34	35,42
Idoso	26	27,08
Sua principal lembrança de sua 1 experiência profissional com morte foi:		
Notícia/reação da família	56	58,95
Cuidado com o corpo	7	7,37
Outra	32	33,68
O tema morte foi discutido na graduação?		
Sim	48	49,48
Não	49	50,52
O tema morte foi discutido na pós-graduação?		
Sim	41	42,71
Não	55	57,29
O tema morte foi discutido na vida profissional?		
Sim	61	62,89
Não	36	37,11

Tabela 2- Avaliação da associação entre os modelos que representam “o sentir” e as variáveis demográficas, socioculturais e de formação profissional, HUUFMA, 2009-2010.

Variáveis	Modelo 1						Modelo 2	
	RP bruta (IC a 95%)			RP ajustada (IC a 95%)			RP bruta (IC a 95%)	RP ajustada (IC a 95%)
	Fim	Fracasso /culpa	Outra	Fim	Fracasso /culpa	Outra	Dor	Dor
Idade								
≤ 38 anos	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	--
> 38 anos	1,0 (0,2-4,3)	0,8 (0,2-2,9)	2,1 (0,6-7,3)	0,7 (0,1-4,1)	0,2 (0,04-1,2)	2,9 (0,7-11,7)	1,8 (0,6-5,3)	
O comportamento frente à morte é influenciado pela educação								
Não	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	--
Sim	3,1 (0,7-13,7)	1,0 (0,2-4,2)	0,7 (0,2-2,8)	3,3 (0,8-18,3)	1,2 (0,2-5,8)	0,7 (0,2-3,2)	0,7 (0,2-2,5)	
Carga horária na UTI								
até 40 h	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	ref	--
> 40 h	0,3 (0,05-1,2)	0,3 (0,1-1,2)	0,6 (0,2-2,0)	0,9 (2,2-0,4)	0,9 (2,2-0,4)	0,5 (0,7-1,8)	0,5 (0,2-1,7)	
Categoria profissional								
Médico	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	ref	ref
Enfermeiro	0,9 (0,2-3,2)	0,2 (0,1-0,9)	0,6 (0,2-2,1)	0,7 (0,1-3,2)	0,1 (0,03-0,7)	0,7 (0,2-2,8)	3,9 (1,1-13,2)	3,3 (1,04-12,0)
Tempo de formação								
Até 11 anos	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	--
11-33 anos	2,8 (0,7-12,1)	2,3 (0,6-8,7)	4 (1,1-14,1)	3,1 (0,6-15,3)	2,0 (0,4-9,2)	4,9 (1,2-19,9)	0,5(0,46-3,7)	

Foram mantidas apenas as variáveis com valor de $p < 0,05$ em pelo menos um dos modelos.

RP: razão de prevalência. IC a 95%: intervalo de confiança a 95%. Ref: categoria de referência. Traços (--): não significante.

Modelo 1: desfecho – Significado da morte.

Modelo 2: desfecho – Significado da morte de paciente terminal.

Tabela 3- Avaliação da associação entre os modelos que representam “o agir” e as variáveis demográficas, socioculturais e de formação profissional, HUUFMA, 2009-2010.

Variáveis	Modelo 3				Modelo 4		Modelo 5	
	RP bruta (IC a 95%)		RP ajustada (IC a 95%)		RP bruta (IC a 95%)	RP ajustada (IC a 95%)	RP bruta (IC a 95%)	RP ajustada (IC a 95%)
	Assumir	Fugir	Assumir	Fugir	Discordo	Discordo	Discordo	Discordo
Idade								
≤ 38 anos	Ref	Ref	--	--	Ref	--	Ref	Ref
> 38 anos	1,0(0,4-2,6)	0,7(0,2-1,9)			1,0 (0,9-1,1)		0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,7-0,9)
Etilista								
Não	Ref	Ref	--	--	Ref	Ref	Ref	Ref
Sim	0,5 (0,1-2,5)	1,4 (0,3-5,3)			1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,2)	1,3 (1,1-1,6)	1,4 (1,2-1,6)
A morte foi discutida na vida profissional								
Não	Ref	Ref	--	--	Ref	Ref	Ref	--
Sim	0,8(0,3-2,3)	0,5(0,2-1,6)			0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,8-1,1)	
Categoria profissional								
Médico					Ref	Ref	Ref	Ref
Enfermeiro	--	--	--	--	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-0,9)	1,1 (0,9-1,3)	1,2 (1,1-1,4)
Quantidade de UTI que trabalha								
1	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	--	Ref	--
2 ou +	3,5(1,3-9,8)	0,6(0,1-2,6)	4,1 (1,3-13,3)	1,3 (0,3-6,1)	0,9 (0,8-1,1)		0,9 (0,8-1,1)	

RP: razão de prevalência. IC a 95%: intervalo de confiança a 95%. Ref: categoria de referência. Traços (--): não significante.

Modelo 3: desfecho – Atitude diante da notícia da morte.

Modelo 4: desfecho – O paciente fora de possibilidade terapêutica deve ser reanimado.

Modelo 5: desfecho – A ordem de não ressuscitação deve ser sempre discutida.

5 CONCLUSÕES

Este estudo elegeu o Hospital Universitário como campo de pesquisa por ser o maior hospital de ensino de nosso Estado, e por figurar entre os maiores HUs do país por ser ele uma campo de saberes únicos e uma formador da massa crítica de trabalhadores de saúde deste estado. É uma pesquisa pioneiras em nosso meio, pois incluiu 4 tipos de UTI em uma única unidade hospitalar.

Ao lidar com a diversidade de universos nesta pesquisa, por terem sido incluídas as quatro UTIs onde há uma diversidade enorme entre os pacientes alvo de seu tratamento foi possível fazer um diagnóstico mais preciso dos fatores que influenciam os profissionais no lidar com a morte em UTI.

A partir destes achados uma finalidade desta pesquisa ficou explícita: é preciso familiarizar estes profissionais com os temas morte e morrer, para que este ensinamento seja transmitido às próximas gerações e seja possível modificar a realidade da relação entre profissional de saúde e paciente/família.

Como instituição formadora o HU precisa tornar-se atrativo aos profissionais de Terapia Intensiva pois esta pesquisa mostrou que a carga horária destes profissionais é excessiva e isto se deve à escassez deles, apesar desta instituição possuir residência médica e de enfermagem na área da terapia intensiva geral, pediátrica e neonatal.

Novas pesquisas deverão ser realizadas para que a implantação dos temas que circundam a morte e o morrer devam ser incluídos nos currículos dos cursos de graduação na área de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA HRA, MELO CF. **Práticas de ortotanasia y cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal: una revisión sistemática de la literatura.** *Enf Global* [Internet]. 29 de junio de 2018.
- AMARAL, M. X. K. **As reações emocionais do médico frente a pacientes em cuidados paliativos.** [Trabalho de Conclusão de Especialização] São Paulo: Serviço de Psicologia da Santa Casa de Misericórdia, 2005. 53 f.
- ANDREOLI, P. B. A.; ERLICHMAN, M. R. **Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves.** São Paulo: Atheneu, 2008. 374p.
- AVELLAR AMFM, ROCHA FN. Dificuldades no enfrentamento da morte e do morrer por profissionais de saúde: a perspectiva da Psicologia. *Revista Mosaico.* 2020; 11(1):63-71.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 5. ed. Lisboa, Portugal: Edições 70 LDA, 2010. 281 p.
- BARBOSA AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *J. Pediatr.* 2004 Nov/Dez; 80(6).
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 2. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010. 516 p.
- BEIER, M. Algumas considerações sobre o paternalismo hipocrático. *Rev Med Minas Gerais*, v. 20, n. 2, p. 246-254, 2010.
- CARVALHO, P. R. A.; AZEVEDO, N. S. G. Quando quem morre é a criança. In: SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer.** 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 447p.
- COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, mar./abr. 2005.

DAALEMAN, T. P.; VANDECREEK, L. Placing religion and spirituality in end-of-life care. **JAMA**, v. 284, n.19, p. 2514-17, nov. 2000.

DINIZ D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1741:48, ago. 2006.

FARIA, C. **Unidade de Terapia Intensiva–UTI**. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/medicina>. Acesso em: 22/09/2012.

FUCHS, S. C.; VICTORA, C. G.; FACHE, J. Hierarchical model: a proposal for model to be applied in the investigation of risk factors for dehydrating diarrhea. **Rev Saude Pub**, v. 30, n. 2, p. 168-78, 1996.

GARCIA-SCHINZARI NR, SANTOS FS. Assistance to children in palliative care in the Brazilian scientific literature. **Rev. paul. pediatr.**. 2014 Mar; 32(1):99-106.

GURGEL, W. B. A morte como questão social. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 27, p. 60-91, jul./dez. 2007.

HOFFMAN, L. A morte na infância e sua representação para o médico-reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 364-74, jul./set. 1993.

LAGO, P. M.; GARROS, D.; PIVA, J. P. Terminalidade e condutas de final de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 359-63, jul./set. 2007.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 145-50, 2005.

LUNARDI FILHO, W. D.; SULZBACH, R. C.; NUNES, A. C.; LUNARDI, V. L. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 60-81, 2001.

KNOBEL, E. **A vida por um fio e por inteiro**. São Paulo: Atheneu Editora, 2010.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 8. ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1998. 296 p.

MARTINS, G. Z. É preciso tocar no assunto. **Editorial Bioética**, v. 13, n. 2, 2005.

MEDEIROS MOSF , MEIRA MV, FRAGA FMR, NASCIMENTO SOBRINHO CL, SANTA RDO, SILVA RS. Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida. **Rev. Bioét.** 2020 Mar; 28(1):128-134.

MELEIRO, A. M. A. S. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. 271p.

MEZZOMO, A. A. **Fundamentos da Humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: edições Loyola, 2003. 396p.

MINAYO, M. C. S. Fase de trabalho de campo. In:__. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. Ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 2010. p.105-196.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 147-54, 2004.

MONTEIRO DT, TRENTIN LS, ROLIM DS, SIQUEIRA, AC. Limitação terapêutica em oncologia pediátrica. **Psicol Argum**. 2021 Jan./Mar., 39(103):177-198.

MONTEIRO DT, MENDES JMR, BECK CLC. Percepções dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes. **Revista Subjetividades**. 2020; 20(1).

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Bioética**, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005.

NEVES, E. Da racionalidade à razoabilidade diante da morte. **Ciências Humanas em Revista**, São Luis, v. 4, n. 1, p. 33-40, jun. 2006.

PORTELA RA, PASSOS HM, SOUSA SMA, BRUGIN ES, SILVA ACO. A espiritualidade no enfrentamento do luto: compreender para cuidar. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba. 2020 Out.; 6(10):74413-74423.

QUINTANA, A. M.; CECIM, O. S.; HENN, C. G. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de Medicina. **Rev Bras Educ Med**, v. 26, n. 3, p. 204-10, 2002.

QUINTANA, A. M.; ASPINI, D. M. A atitude diante da morte e seus efeitos no profissional de saúde: uma lacuna na formação. **Revista Psicologia Argumento – Champagnat**, v. 19, n. 30, p. 45-50, 2002.

REIS TLR, PAULA CC, POTRICH T, PADOIN SMM, BIN A, MUTTI CF, et al. Relationships Established by Nursing Professionals When Caring for Children with Advanced Cancer. **Aquichán**. 2014 Oct/Dec; 14(4):496-508.

RIBEIRO WA, FASSARELLA BPA, NEVES KC. Morte e Morrer na emergência pediátrica: a protagonização da equipe de enfermagem frente a finitude da vida. **Revista Pró-UniverSUS**. 2020 Jan./Jun.; 11(1):123-128.

SALAS A. M.; GABALDÓN, P. O. C. O.; MAYORAL, M. J. L. et al. El pediatra ante La muerte de niño: integración de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. **An Pediatr, Barcelona**, v. 62, n. 5, p. 450-7, 2005.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da Saúde Pública**. São Paulo: editora Senac, 2002. 160 p.

SCHNEIDER, N.; LUECKMANN, S. L.; KUEHNE, F. et al. Developing targets for public health initiatives to improve palliative care. **BMC public health**, v. 10, p. 222, 2010.

SCHIRMER CA, FREITAS HMB, DONADUZZI DSS, MACHADO RM, ROSA AB, FETTERMANN FA. Cuidados paliativos em um pronto socorro pediátrico: percepção da equipe de enfermagem. **Vivências** [Internet]. 29º de junho de 2020 [citado em 01 Dezembro de 2020];16(31):235-44.

SILVA, L. C.; WEISS, E. M.; BERNARDES, D. B.; SOUZA, A. I. J. Hospitalização e morte na infância: desafios das famílias. **Fam. Saúde Desenv.**, v. 8, n. 1, p. 73-9, jan./abr. 2006.

SILVA, L. C. S. P.; VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 5, p. 770-774, 2010.

SIQUEIRA, J.E.; SAKAI, M. H.; EISELE, R. L. O ensino da ética no curso de Medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina(UEL). **Bioética**, v. 10, n. 1, p. 85-95, 2002.

SIQUEIRA, J. E. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Bioética**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005.

SOUZA TCF, CORREA-JÚNIOR AJS, SANTANA ME, CARVALHO JJN. Cuidados paliativos pediátricos: análise de estudos de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE** 2018 Mai; 12(5):1409-1421.

STARZEWSKI, J. R. A.; ROLIM, L. C.; MORRONE, L. C. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Revista Assoc Med Bras**, v. 51, n. 1, p. 11-6 2005.

THE Society of Critical Care Medicine. Disponível em: <http://www.sccm.org/aboutsccm/istory_of_critical_care/pages/default>. Acesso em 22/09/2012.

ULLER, A. R. “Até onde investir no paciente grave ?”- Decisões envolvendo a prática médica na UTI. [Tese de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007.64f.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes vivendo com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 552-60, jul./ago. 2002.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de Terapia Intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-44, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 5. **Palliative Care**, p.3-6, 2007.

WRIGHT M, W. O. O. D. J.; LYNCH, T. et al. Mapping levels of palliative care development: a global view. **International Observatory on End-of-Life Care-Lancaster University. Lancaster**, p.13-40, 2006.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO
QUESTIONÁRIO QUANTITATIVO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-NÍVEL DOUTORADO
PESQUISA: A MORTE NA UTI: O AGIR E O SENTIR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

INFORMAÇÕES DA PESQUISA:

Este estudo se destina a analisar a dinâmica do ambiente de UTI diante de situações de morte e as atitudes e percepções dos profissionais de saúde quando expostos a este tipo de evento

O Sr.(a) será convidado a responder um questionário onde serão identificados dados como : idade, sexo, tempo de formado, tempo de trabalho na UTI, atuação profissional, religião, aspectos pelos quais passa quando da situação de morte em seu ambiente de trabalho. Será questionado(a) também, como faz para lidar com a morte e que mecanismos utiliza para permitir que estas situações não interfiram no seu desempenho profissional e pessoal, além de esclarecer se sua crença religiosa influencia em sua conduta; e perguntas sobre a maneira como se sente no seu trabalho, grau de esgotamento físico e emocional, relação com colegas de trabalho e pacientes atendidos.

O Sr(a) poderá esperar com a sua participação mesmo que indiretamente, que suas respostas possam ser utilizadas para criar maneiras de tornar seu ambiente de trabalho menos estressante nas situações de morte, além de permitir que sejam criadas estratégias para que estas situações possam ser enfrentadas pela equipe de trabalho de modo integralizado e mais humanizado.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa o Sr(a) poderá entrar em contato com uma das pesquisadoras nos números indicados abaixo dos nomes, podendo inclusive fazer ligação a cobrar, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, no endereço e telefone relacionados abaixo.

Pesquisadora responsável

Pesquisadora responsável

Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy **Tel:81268544** Rachel V. de Abreu Haickel Nina **Tel:
99919620**

São Luis, ____/____/____

Assinatura do participante

Em caso de dúvidas, esclarecimentos ou reclamações

<p>Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Rua Barão de Itapary n°227,4° andar, Centro, São Luís, MA CEP 6502070 Telefone 2109- 1223</p>
--

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO QUANTITATIVO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL DE DOUTORADO

1. UTI: _____ Não
2. Idade: _____
3. Sexo:
- Masculino Feminino
3. Estado Civil:
- Casado
- Solteiro
- Divorciado
- União estável
- Viúvo
4. Categoria profissional: _____
5. Ano de graduação: _____
6. Instituição de graduação: _____
7. Tempo de atuação em UTI: _____
8. Hábitos sociais e de vida:
- Tabagista
- Etilista
9. Religião:
- Sim. Qual? _____
10. Até que ponto a religião é importante na sua vida?
- Não é importante
- Pouco importante
- Bastante importante
- Muito importante
10. Pratica atividade física?
- Não
- Sim. Quantas vezes por semana? ____
11. Qual o seu lazer preferido?
- Cinema/Teatro
- Shows
- Happy Hour
- Futebol no final de semana
- Outro: _____
12. A instituição onde exerce a MAIORIA do seu trabalho em Terapia Intensiva é:

- Pública
 - Privada
 - Outro: _____
13. Quando foi a primeira experiência com morte?
- Infância
 - Adolescência
 - Idade Adulta
- Quem foi? _____
14. Em sua primeira experiência profissional com a morte o paciente em questão era:
- Criança
 - Adolescente
 - Adulto
 - Idoso
- Qual a sua maior lembrança?
- A notícia para a família
 - Os cuidados com o corpo
 - Reação dos familiares
 - Reação pessoal
 - Outra: _____
15. Na graduação o tema “Morte” foi discutido?
- Não
 - Sim. Quantas vezes? _____
16. Na pós-graduação o tema “Morte” foi discutido?
- Não
 - Sim. Quantas vezes? _____
17. Na vida profissional o tema morte foi discutido?
- Não
 - Sim. Quantas vezes? _____
18. Quem deve dar a notícia de morte na UTI?
- Médico
 - Enfermeiro
 - Médico e Enfermeiro juntos
 - Psicólogo
- Por que? _____
19. O que é a morte pra você?
- O fim
 - O começo
 - Fracasso
 - Libertação
 - Outro: _____
20. Você se culpa ou já se culpou pela morte de um paciente?
- Não
 - Sim
- Gostaria de descrever? _____
21. O seu comportamento diante da morte é influenciado por:
- Educação
 - Cultura

- Trabalho
 - Religião
 - Outro: _____
22. O paciente fora de possibilidades terapêuticas deve ser reanimado?
- Sim
 - Não
- Por que? _____
23. A ordem de não-ressuscitação deve ser discutida com o paciente (ou responsável – quando o paciente não pode se comunicar) em todos os casos?
- Sim
 - Não
- Por que? _____
24. A presença da família atrapalha as manobras de ressuscitação?
- Sim
 - Não
- Por que? _____
25. Você já atendeu um familiar grave que morreu no seu setor de trabalho?
- Sim
 - Não
26. Quando um paciente terminal morre, o que isso significa para você?
- Alívio
 - Dor
- Descanso
 - Menos um
27. Como você se sente após um atendimento na UTI que resulta na morte de um paciente? (Em poucas palavras)_____
28. A religião é importante para minha vida profissional.
1. Concordo totalmente
 2. Concordo
 3. Indiferente
 4. Discordo
 5. Discordo totalmente
29. Em relação ao seu lazer preferido, você o está praticando de maneira satisfatória.
6. Concordo totalmente
 7. Concordo
 8. Indiferente
 9. Discordo
 10. Discordo totalmente
30. Na graduação o tema “Morte” foi discutido de maneira satisfatória.
11. Concordo totalmente
 12. Concordo
 13. Indiferente
 14. Discordo
 15. Discordo totalmente

31. Na pós-graduação o tema “Morte” foi discutido de maneira satisfatória.

- 16. Concordo totalmente
- 17. Concordo
- 18. Indiferente
- 19. Discordo
- 20. Discordo totalmente

32. Na vida profissional o tema morte tem sido discutido de maneira satisfatória.

- 21. Concordo totalmente
- 22. Concordo
- 23. Indiferente
- 24. Discordo
- 25. Discordo totalmente

33. A morte é o fim.

- 1. Concordo totalmente
- 2. Concordo
- 3. Indiferente
- 4. Discordo
- 5. Discordo totalmente

34. A morte é o começo.

- 1. Concordo totalmente
- 2. Concordo
- 3. Indiferente
- 4. Discordo
- 5. Discordo totalmente

35. A morte é libertação.

- 1. Concordo totalmente

2. Concordo

3. Indiferente

4. Discordo

5. Discordo totalmente

36. A morte é fracasso.

1. Concordo totalmente

2. Concordo

3. Indiferente

4. Discordo

5. Discordo totalmente

37. A morte de um paciente já fez você se sentir culpado.

1. Concordo totalmente

2. Concordo

3. Indiferente

4. Discordo

5. Discordo totalmente

38. Minhas crenças pessoais (religião/religiosidade/espiritualidade) influenciam o meu comportamento diante da morte.

1. Concordo totalmente

2. Concordo

3. Indiferente

4. Discordo

5. Discordo totalmente

39. Meu comportamento diante da morte é influenciado apenas pelo meu conhecimento científico e técnico.

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo totalmente

40. O paciente fora de possibilidades terapêuticas deve ser reanimado.

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo totalmente

41. A ordem de não-ressuscitação deve ser discutida com o paciente (ou responsável – quando o paciente não pode se comunicar) em todos os casos?

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo totalmente

42. A presença da família atrapalha as manobras de ressuscitação.

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo totalmente

APÊNDICE 4 – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A MORTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: O AGIR E O SENTIR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

1. Primeira experiência vivenciada com a morte;
2. Primeira experiência vivenciada com morte como profissional de saúde;
3. Contato com temas relacionados à morte e protocolo de má notícia durante a graduação;
4. Relação com o paciente grave e com a família;
5. Diferença na abordagem do paciente grave – crianças, adultos e idosos;
6. Diferença na abordagem dos diferentes pacientes: fora de possibilidade terapêutica e com possibilidade terapêutica;
7. Situações vivenciadas no momento da notícia de morte;
8. Influências religiosas e culturais no enfrentamento da morte de paciente;
9. Formas de enfrentamento do estresse cotidiano do trabalho em UTI;
10. Relação entre trabalho em UTI e adoecimento do profissional;

APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA
ENTREVISTA QUALITATIVA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

A MORTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: O AGIR E O SENTIR DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Este estudo se destina a analisar a dinâmica do ambiente de UTI diante de situações de morte e as atitudes e percepções dos profissionais de saúde quando expostos a este tipo de evento.

O Sr. (a) será convidado a responder um questionário onde serão identificados dados como: idade, sexo, tempo de formado, tempo de trabalho na UTI, atuação profissional e religião. Depois será feita uma entrevista onde o Sr.(a) falará de aspectos pelos quais passa diante da situação de morte em seu ambiente de trabalho.

A sua participação, mesmo que indiretamente, poderá contribuir para criar maneiras de tornar seu ambiente de trabalho menos estressante nas situações de morte, além de permitir que sejam criadas estratégias para que estas situações possam ser enfrentadas pela equipe de trabalho de modo integralizado e mais humanizado.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Em caso de dúvidas relativas à pesquisa você pode contactar uma das pesquisadoras cujo contato encontra-se abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, cujo endereço e telefone encontram-se abaixo:

Em caso de dúvidas, esclarecimentos ou reclamações

<p>Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Rua Barão de Itapary nº227,4º andar, Centro, São Luís, MA CEP 6502070 Telefone 2109-1223</p>

Pesquisadora responsável
Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy
Tel: 81268544/21091170

Pesquisadora responsável
Rachel Vilela de A. Haickel Nina
Tel: 99919620/21091098

Assinatura do participante

São Luís, ____/____/____

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Federal do Maranhão
Hospital Universitário
Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº 035/10
Registro do CEP: 025/10 Processo Nº: 006168/2009-70
Pesquisador (a) Responsável: Zeni Carvalho Lamy
Equipe executora: Zeni Carvalho Lamy e Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina
Tipo de pesquisa: PROJETO DE DOUTORADO
Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Grupo: III
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **19.02.10** o Processo Nº: **006168/2009-70**, referente ao projeto de pesquisa: **"A morte na unidade de terapia intensiva: o agir e o sentir do profissional de saúde"**, tendo como pesquisador (a) responsável: **Zeni Carvalho Lamy**, cujo objetivo geral é **"Analisar a dinâmica do ambiente de UTI diante da morte sob a perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes críticos"**.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Solicita-se ao (à) pesquisador (a) o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luís, 25 de fevereiro de 2010


Profª Drª Dorlene Mª Cardoso de Aquino
Vice-Coordenadora do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

ANEXO 2 – FINANCIAMENTO DO CNPq, EDITAL MCT/CNPq 14/2009



Ofício SN/CGEFO/CNPq

Brasília, 17 de novembro de 2009

Zeni Carvalho Lamy
Rua 11, Quadra E, Casa 13 Jardim Coelho Neto, Calhau
65071 430 Sao Luis MA

Referência: Edital MCT/CNPq 14/2009 Universal Faixa A Até R\$ 20.000,00

Processo: 477644/2009 0

Projeto: A MORTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: O AGIR E O SENTIR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

Prezado(a) Senhor(a),

Em aditamento à notificação de concessão, encaminhada ao seu endereço eletrônico institucional do CNPq, encaminhamos anexos, solicitação e roteiro para abertura de Conta Pesquisador do Tesouro Nacional.

Após a abertura da Conta Pesquisador junto ao Banco do Brasil, o número da mesma deverá ser informado ao CNPq de acordo com uma das seguintes opções:

- No ato do registro do aceite do Termo de Concessão, através da chave de acesso encaminhada por e mail; ou
- Na Plataforma Integrada Carlos Chagas, aba Pesquisador/Gerenciamento de Projetos/Dados Bancários.

Atenciosamente,

Jovan Guimaraes Gadioli dos Santos
Coordenador Geral
PO=087/2003

Ministério da Ciência e
Tecnologia

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e
Tecnológico
Administração Central (Head Office)
SEPN 509, Bloco A, Ed. Nazir
70750 901 Brasília DF Brasil

Telefone +55 61 2108.9000
Fax +55 61 2108.9908
e mail: cgefo@cnpq.br

ANEXO 3 – REGRAS DE PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS DO JORNAL DE MEDICINA PALIATIVA

Journal of Palliative Medicine

Editor-in-Chief: Charles F. von Gunten, MD, PhD

ISSN: 1096-6218 • Published Monthly • Online ISSN: 1557-7740

Current Volume: 16

Latest Impact Factor* is 1.849

*2011 Journal Citation Reports® published by Thomson Reuters, 2012

Preparation of Original Manuscript

Original manuscripts may NOT exceed 3,000 words, excluding references, tables, figures and appendixes. Original manuscripts are generally reports of completed research studies. There are ample sample sizes, statistical analyses, and firm conclusions from the work can be drawn. Submissions over 3,000 words will be returned to the author. Leave ample margins on both sides, top, and bottom of manuscript text file. A structured abstract of 250 words or less, using the following guidelines, must be included and should be self-explanatory without reference to the text:

- Background (Why was this report needed)
- Objective (What did you set out to do?)
- Design (How did you go about doing it)
- Setting/Subjects (If this was a clinical trial, in what setting was it done and who were the subjects)
- Measurements
- Results (What did you discover)
- Conclusions

Number pages consecutively, including the title page. Do not place author names anywhere in the manuscript. A separate cover page should be uploaded with information for all authors, including degrees, affiliations and contact information for corresponding author.

Unless otherwise noted, *Journal of Palliative Medicine* follows the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. See: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. International Committee of Medical Journal Editors. *Ann Intern Med.* 1997;126:36–47.

Disclosure Statement

Immediately following the *Acknowledgments* section, include a section entitled "Author Disclosure Statement." This text must be part of your actual manuscript file.

In this portion of the paper, authors must disclose any commercial associations that might create a conflict of interest in connection with submitted manuscripts. This statement should include appropriate information for EACH author, thereby representing that competing financial interests of all authors have been appropriately disclosed according to the policy of the Journal. It is important that all conflicts of interest, whether they are actual or potential, be disclosed. This information will remain confidential while the paper is being reviewed and will not influence the editorial decision.

Please see the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals at <http://www.icmje.org/index.html#conflicts> for further guidance.

If no conflicts exist, the authors must state "No competing financial interests exist."

Tables and Illustrations

Prepare each table and its title in a separate file. Use Arabic numerals to number tables. Each table must stand alone; *i.e.*, contain all necessary information in the caption, and the table itself must be understood independently of the text. Details of experimental conditions should be included in the table footnotes. Information that appears in the text should not be repeated in a table, and tables should not contain data that can be given in the text in one or two sentences.

Figures/images should be presented according to these guidelines:

- Do **not** include any illustrations as part of your text file.
- Do **not** prepare any figures in Word as they are not workable.
- Black and white line illustrations (bar charts and line graphs) must be submitted at 900 DPI.
- Halftones and color photos should be submitted at 300 DPI.
- Please submit only **TIFF or EPS files**.
- **Color art must be saved as CYMK not RGB**. If RGB files are submitted, the files will be converted to CYMK, and some slight color variation may occur.
- **Do NOT prepare any files in PowerPoint or Excel**. These files cannot be uploaded in Manuscript Central.
- When naming your files, please label them with your last name and "Fig1." (For example, Smith.Fig1). Label figures and tables inside the files in addition to naming the file with the figure or table number

IMPORTANT:

Please upload individual files of all manuscript material - do **NOT** upload a single PDF file containing all text, figure, and table files of your article. Once all individual files are uploaded on to Manuscript Central, the system will automatically create a single PDF proof for you and the peer-review process.

Abbreviations

Abbreviations of journal titles should follow *MEDLINE*.

References

References should be presented in numerical order and in the following style:

- *Journal articles*: Christakis NA, Escarce JJ: Survival of medicare patients after enrollment in hospice programs. *New Engl J Med* 1996;335:172-178.

- *Chapter in a book*: Lipman AG, Gauthier ME: Pharmacology of opioid analgesics: Basic problems. In: Portenoy RK, Bruera E (eds): Topics in Palliative Care, Volume I. New York: Oxford University Press, 1997, pp. 137–162.
- *Book*: Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3e. Doyle D, Hank G, Cherny N (eds). Oxford University Press, New York, NY, 2005.

If it is necessary to cite an abstract, this should be designated. Authors are responsible for the accuracy of the reference, and are reminded that inaccurate references are highly frustrating to the reader, the cited author, and indexing services.

Permissions

The **author(s)** must obtain permission to reproduce figures, tables and text from previously published material. Written permission must be obtained from the original copyright holder (generally the publisher, not the author or editor) of the journal or book concerned. An appropriate credit line should be included in the figure or legend or table footnote, as well as in the reference list. Written permission must be obtained from the author of any unpublished material cited from other sources, and should accompany the manuscript.

Reprints

Reprints may be ordered by using the special reprint order form that will accompany page proofs. Reprints ordered after the issue is printed will be charged at a substantially higher rate.

Publisher

The Journal is published twelve times a year by Mary Ann Liebert, Inc., 140 Huguenot Street, New Rochelle, NY 10801-5215. Telephone: 914-740-2100; fax: 914-740-2101; email: info@liebertpub.com

The views, opinions, findings, conclusions and recommendations set forth in any Journal article are solely those of the authors of those articles and do not necessarily reflect the views, policy or position of the Journal, its Publisher, its editorial staff or any affiliated Societies and should not be attributed to any of them.

ANEXO 3 – REGRAS DE PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS DA REVISTA MEDICINA(SÃO PAULO)

Rev Med (São Paulo). Orientação aos Colaboradores

ISSN (impresso): 0034-8554

ISSN (online): 1679-9836

Indexada: [Lilacs](#), [Latindex](#)

A “Revista de Medicina” é um periódico **bimestral** (a partir de 2018), que tem por finalidade a publicação de artigos de profissionais e estudantes de medicina e ciências afins, bem como a exploração de temas importantes para a formação médico-acadêmica.

O artigo deverá atingir um nível de complexidade de forma a atender alunos de graduação de curso superior e pós-graduação stricto e lato sensu.

Para esse fim, sempre que possível, encoraja-se um enfoque fisiopatológico ao texto. Somente serão aceitos artigos de caráter médico-científico. Deseja-se que sejam citadas referências atualizadas, permitindo leituras complementares mais aprofundadas. Artigos de revisão serão aceitos mediante aprovação do Conselho Consultivo.

A partir de 2020 todos artigos aprovados serão publicados em Português e Inglês.

Seções

Editorial: Artigos que apresentam uma introdução sobre o tema da Revista, analisando suas perspectivas atuais. Estes artigos devem ser avaliados pelo Conselho Consultivo que poderá modificá-lo para adequação a esta secção.

Eventos: eventos importantes da área médica, ou relevantes para os alunos de medicina. A fonte dos textos deve ser sempre informada.

Aprendendo: Os artigos dessa seção têm como objetivo frisar temas consagrados da área médica, estimulando o raciocínio clínico desde os primeiros anos da graduação. Estes artigos não visam “copiar” livro-textos, mas sim apresentar tópicos da área médica de maneira clara, objetiva e apresentando dicas que normalmente não se encontram nos livros. Por esse motivo, artigos para o “Aprendendo” devem ter a participação de um profissional médico da área. Esta secção poderá apresentar-se como: Relato de Caso

- **Artigos Médicos:** Os artigos para esta seção devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista de Medicina.

Os artigos publicados são de propriedade da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial em outros periódicos, bem como a tradução para outros idiomas sem a autorização do Corpo Editorial da Revista. Todos os artigos submetidos à apreciação do Corpo Editorial deverão ser acompanhados de uma **declaração de transferência de direitos autorais**,

assinados por todos os autores. No caso da não aprovação de um artigo pelo Corpo Editorial, esse será devolvido aos autores.

A Revista de Medicina não se responsabiliza pelos conceitos e opiniões emitidos nos artigos, sendo esses de exclusiva responsabilidade dos autores. Daremos preferência aos artigos escritos pelos estudantes de medicina, contudo sempre deve haver um professor responsável por cada artigo.

Carreira e Educação Médica: Artigos com o objetivo de ajudar na formação do médico, durante a graduação e os anos de residência, apresentando informações sobre diferentes especialidades médicas, cursos e congressos, com o objetivo de ajudar o estudante a escolher sua futura carreira. Os artigos sobre especialidades devem ter a co-autoria de um profissional da área. Nessa secção também pode-se incluir uma entrevista com um médico ou professor da faculdade.

Cartas: Espaço reservado à publicação de opiniões e críticas de edições anteriores da Revista ou que sejam relevantes para os estudantes de medicina. As cartas devem ser submetidas no Portal.

Seleção dos Artigos

Os artigos aceitos pelo Corpo Editorial serão encaminhados a um membro do Conselho Consultivo. Este designará relatores responsáveis pela avaliação dos artigos. O autor permanecerá anônimo perante o Conselho Consultivo e relatores, e estes permanecerão anônimos perante o autor. Caso o artigo não seja aprovado pelo Conselho Consultivo, os autores serão comunicados desta decisão. O Corpo Editorial se reserva o direito de realizar adaptações ao estilo da Revista e corrigir eventuais erros gramaticais, de grafia, de digitação, de normalização bibliográfica, nos unitermos e key words, sem alterações no conteúdo dos artigos.

Toda matéria relacionada à investigação humana e à pesquisa animal deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética da Instituição onde o trabalho foi realizado, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1965, 1983 e 1989), as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

NORMAS PARA A APRESENTAÇÃO DE ARTIGOS

Os artigos devem apresentar de 5 a 20 páginas digitadas em fonte **Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento 1,5 cm**, preservando 2,5 cm nas margens direita e superior e 2,5 cm nas margens esquerda e inferior (conforme normas da ABNT), **com recuo nos parágrafos de 1 cm.**

O manuscrito deve estar em formato **Microsoft Word**, as ilustrações: Tabelas e Gráficos em formato Excell e as Figuras no formato **JPEG com 300 dpi** (inseridas no texto próximas onde são citadas e **também anexar no portal em arquivos separados do texto**).

Estes arquivos devem ser enviados ao Corpo Editorial através da submissão online no Portal de Revistas da USP: <http://revistas.usp.br/revistadc>

Após fazer as alterações sugeridas pelo Conselho Consultivo e pelo Corpo Editorial, o autor deve enviar o arquivo contendo o artigo completo finalizado e as figuras, as tabelas e os gráficos também em arquivos separados do texto. Todos os arquivos devem estar formatados segundo as exigências previamente citadas. O arquivo deve estar claramente identificado e marcado com o nome do autor, o título do trabalho e a data de envio. Siga as instruções gerais de estilo e de referências, contidas abaixo.

Ilustrações e Tabelas serão manuseadas de modo convencional, entretanto as legendas devem ser incluídas no texto e no arquivo separado. Caracteres não-standard (letras gregas, símbolos matemáticos, etc) devem ser codificados no texto. Faça uma lista de tais caracteres e dos códigos usados. Pede-se que as **figuras** sejam gravadas com resolução gráfica mínima de **300 dpi**. Caso o autor envie tais arquivos em resolução inferior à solicitada, a Revista de Medicina não se responsabiliza se as imagens apresentarem baixa resolução na apresentação final do artigo.

Na página de rosto do original devem constar:

- título do artigo elaborado de forma clara e concisa (português);
- versão do título em inglês;
- nome completo dos autores, afiliação, Número do registro ORCID de todos autores e e-mail de todos os autores;
- instituição na qual o trabalho foi realizado;
- referência à publicação do trabalho em evento, indicando local e data de realização;
- Indicar o nome do autor responsável pela publicação, endereço completo e e-mail;
- Resumo em português e palavras-chave;
- Abstract em inglês e Keywords.

Resumo/Abstract

Todo artigo deve apresentar dois resumos: um em **português** e outro em **inglês**. Os resumos devem ter no máximo **300 palavras**. O resumo deve:

- indicar o objetivo do trabalho;
- descrever de forma concisa os métodos e técnicas, quando novos, nomear princípios básicos, tipos de operação e grau de exatidão;
- relacionar os resultados em ordem lógica, usando o verbo no passado;
- discutir a compatibilidade ou não entre resultados obtidos e as investigações anteriores;
- usar o verbo na voz ativa e na terceira pessoa do singular;
- evitar as locuções “o autor descreve”, “neste artigo”, “o autor expõe”;
- não adjetivar;
- não usar parágrafos.

Descritores/Keywords

Devem indicar de 3 a 8, estar em português e em inglês e de acordo com as metodologias:

- [DeCS](#) - Descritores em Ciências da Saúde. Metodologia [LILACS](#) – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;
- [MESH](#) – Medical Subject Heading da National Library of Medicine.

Estrutura formal

Introdução: Estabelecer objetivo do trabalho embasado em bibliografia, relacionando a outros trabalhos publicados anteriormente, esclarecendo o estado atual em que se encontra o problema investigado.

Material e Métodos ou **Casuística e Métodos** (quando a pesquisa envolve seres humanos): descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e caracterizar a população e a amostra, detalhar técnicas e equipamentos novos, indicar quantidades exatas, referenciar os métodos e técnicas utilizadas (incluindo métodos estatísticos).

Resultados: Exposição factual da observação, apresentados na seqüência lógica do texto e apoiados por gráficos e tabelas.

Discussão: Apresentar os dados obtidos e resultados alcançados, estabelecer a compatibilidade ou não com os resultados anteriores de outros autores. As comunicações pessoais ou publicações de caráter restrito devem ser evitadas como provas de argumentos.

Conclusões: Apresentar as deduções lógicas fundamentais nos resultados e na discussão. As conclusões podem ser apresentadas na Discussão.

Agradecimentos (opcionais): devem ser breves, dirigidos a pessoas e Instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho.

Participação dos autortes no texto: especificar qual foi a contribuição de cada autor no texto.

Referências (estilo VANCOUVER)

Numerar as citações das referências no texto usando o sistema numérico (sobrescrito, sem parênteses) de acordo com o aparecimento no texto, consecutivamente.

- Abreviar os títulos dos periódicos de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus - <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>.
- Seguir Estilo de Vancouver “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Médicas” - <http://www.icmje.org/index.html>.
- Indicar o número DOI (Digital Object Identifier) dos artigos citados quando constar, caso não conste indique o endereço eletrônico.

Apresentar as Referências de acordo com as **Normas “Estilo Vancouver**, seguir os exemplos:

Livros e outras monografias

Pastore AR, Cerri GG. Ultra-sonografia: ginecologia, obstetrícia. São Paulo: Sarvier; 1997.

Capítulo de Livros

Ribeiro RM, Haddad JM, Rossi P. Imagenologia em uroginecologia. In: Girão MBC, Lima GR, Baracat EC. Cirurgia vaginal em uroginecologia. 2a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.41-7.

Artigo de Periódico

Almeida MFP, Farias TC, Lisboa JBRM. Complicações do uso de haste intramedular bloqueada no tratamento de fraturas de fêmur. Rev Med (São Paulo). 2012;91(4):267-71. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i4p267-271>.

Almeida MFP, Farias TC, Lisboa JBRM. Complicações do uso de haste intramedular bloqueada no tratamento de fraturas de fêmur. Rev Med (São Paulo). 2012;91(4):267-71. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i4p267-271>.

Touret F, de Lamballerie X. Of chloroquine and COVID-19. Antiviral Res. 2020;177:104762. doi: 10.1016/j.antiviral.2020.104762.

Korean Society of Infectious Diseases and Korea Centers for Disease Control and Prevention. Analysis on 54 mortality cases of coronavirus disease 2019 in the Republic of Korea from january 19 to march 10, 2020. J Korean Med Sci. 2020 Mar 30;35(12):e132. doi: 10.3346/jkms.2020.35.e13.

Dissertações e Teses

Janaudis MA. A música como instrumento de reflexão para o estudante de medicina [doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-20052011-175337/pt-br.php>.

Borges IBP. O uso da atorvastatina é seguro em pacientes com miopatias autoimunes sistêmicas? Estudo prospectivo, duplo cego, randomizado e controlado [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2019. doi: <https://doi.org/10.11606/D.5.2019.tde-14112019-165317>.

Eventos - Considerados no todo

7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p.1561-5.

Eventos - Considerados em parte

Yacubian J, Campi CC, Pires CC, Ometto M, Cerri GG, Gattaz WF. Phospholipid metabolism in frontal lobe of schizophrenia patients. In: APA 2000 - Annual Meeting. American

Psychiatric Association. “The doctor-patient-relationship”; 2000 May 13-18; Chicago, Ill. Abstracts. Chicago: APA; 2000. p.145, NR327.

Material Eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infections diseases. Emerg Infect Dis [cited 2011 July 12]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. Sand Diego: CMEA; 1995.

Normas Completas poderão ser consultadas

“Estilo Vancouver” – Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals (Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas médicas).

- Ann Intern Med. 1997;126:36-47.
- N Engl J Med. 1991;324:424-8.
- Folha Médica. 2000;119 (2):9-21.
- <http://www.icmje.org/index.html>
- <http://www.cma.ca/mwc/uniform.html>

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Citação no texto

As referências são representadas no texto pelo número índice - **sobrescrito, sem parênteses** - e, apenas em casos especiais, é acrescido o nome do autor.

Exemplo: Gown¹⁰.

Tabelas

Devem ser digitadas e apresentadas em folhas à parte, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos na ordem em que forem citadas no texto. Evitar linhas verticais e inclinadas. A entidade responsável pelo levantamento de dados deve ser indicada no rodapé da tabela.

Imagens

Todas as ilustrações, fotografias, desenhos, slides, gráficos, etc. devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos na ordem em que forem citados no texto, identificados com a legenda e título do trabalho. As legendas devem ser apresentadas em folha à parte, de forma breve e clara. Devem ser enviadas separadas do texto, formato **JPEG, com 300 dpi** de resolução.

Os artigos devem ser submetidos online através do site: <http://revistas.usp.br/revistadc>

Revista de Medicina
 Departamento Científico
 Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
 Av. Dr. Arnaldo, 455 - Subsolo
 01246-903 São Paulo, SP
 Tel.: (011) 2661-7703 - Secretaria Executiva da Revista (Suely)

e-mail: revistademedicina@fm.usp.br
<http://www.revistas.usp.br/revistadc> (Portal de Revistas da USP)

Declaração de Direito Autoral

DECLARAÇÃO

....., de de 20xxx

Declaramos, para os devidos fins, que o manuscrito “.....” é de nossa autoria e nos responsabilizamos pelo seu conteúdo.

Declaramos a não existência de conflito de interesse profissional, financeiro ou benefícios direto e indireto que possam influenciar os resultados apresentados.

Declaramos, ainda, que caso o manuscrito intitulado venha a ser aceito para publicação, nos comprometemos a transferir a cessão integral dos direitos autorais à “Revista de Medicina” do Departamento Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Nome	CPF	Assinatura

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.