



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Dealing with death and dying in an intensive care unit in Paraná*

Lidando com a morte e o morrer em uma unidade de terapia intensiva do Paraná
Enfrentando la muerte y el morir en una unidad de cuidados intensivos en Paraná

Ingrid Tauana Nunes Chuista¹, Vladimir Araujo da Silva², Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro³, Joisy Aparecida Marchi de Miranda⁴, Juliana Dalcin Donini e Silva⁵, Sonia Silva Marcon⁶

ABSTRACT

Objective: to know the perspective of nursing professionals who work in an intensive care unit in the face of death and dying. **Methodology:** a descriptive-exploratory study, with a qualitative approach, carried out with 23 professionals from an intensive care unit in a city in Northern of the state of Paraná. Data collection took place in January 2017, through semi-structured interviews, and were submitted to Bardin's content analysis. **Results:** three thematic categories emerged: Dealing with death and dying - where they express to be prepared or (un)prepared to deal with death, (de)sensitization or impotence in the face of death; Facing the imminence of death through religiosity/spirituality; and Expressing empathy and compassion - where they expose suffering in the face of the death of young patients, relief in the face of the death of elderly patients and in palliative care, and compassion in witnessing the family's pain. **Conclusion:** the participants use protection and coping strategies, in an attempt to deny or escape this confrontation, or to relieve the pain, anguish, and suffering experienced in this scenario. **Descriptors:** Death. Bereavement. Attitude to death. Intensive care units. Nursing.

RESUMO

Objetivo: conhecer a perspectiva de profissionais da enfermagem que atuam em uma unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. **Metodologia:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido com 23 profissionais de uma unidade de terapia intensiva de uma cidade do Norte do Paraná. Os dados foram coletados em janeiro de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas, e submetidos à análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas: Lidando com a morte e o morrer - onde expressam preparo ou (des)preparo para lidar com a morte, (des)sensibilização ou impotência diante da morte; Enfrentando a iminência de morte por meio da religiosidade/espiritualidade; e Expressando empatia e compaixão - onde revelam o sofrimento diante da morte de pacientes jovens, o alívio diante da morte de pacientes idosos e em cuidados paliativos, e a compaixão ao presenciar a dor da família. **Conclusão:** os participantes utilizam estratégias de defesa e enfrentamento, na tentativa de negar ou fugir desse confronto, ou aliviar a dor, a angústia e o sofrimento experienciados nesse contexto.

Descritores: Morte. Luto. Atitude frente à morte. Unidades de terapia intensiva. Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: conocer la perspectiva de los profesionales de enfermería que actúan en una unidad de cuidados intensivos frente a la muerte y el morir. **Metodología:** estudio descriptivo-exploratorio, con abordaje cualitativo, desarrollado con 23 profesionales de una unidad de cuidados intensivos en una ciudad del norte de Paraná. Los datos se recopilaron en enero de 2017, a través de entrevistas semiestructuradas, y se enviaron al análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** surgieron tres categorías temáticas: Enfrentando la muerte y el morir - donde expresan preparación o (des)preparación para enfrentar la muerte, (des)sensibilización o impotencia delante de la muerte; Enfrentando la inminencia de la muerte a través de la religiosidad/espiritualidad y; Expresando empatía y compasión - donde revelan el sufrimiento ante la muerte de pacientes jóvenes, el alivio ante la muerte de pacientes de edad avanzada y en cuidados paliativos, y la compasión al presenciar el dolor de la familia. **Conclusión:** los participantes utilizan estrategias de defensa y afrontamiento, en un intento de negar o escapar de este desafío, o de aliviar el dolor, la angustia y el sufrimiento vivido en este contexto.

Descriptor: Muerte. Aflicción. Actitud frente a la muerte. Unidades de Cuidados Intensivos. Enfermería.

¹Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças. Enfermeira Auditora. Apucarana, Paraná, Brasil. E-mail: chuistaingrid@gmail.com.

²Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Adjunto A e Subchefe do Departamento de Biociências e Saúde Única. Curitiba, Santa Catarina, Brasil. E-mail: vladimir.araujo@ufsc.br.

³Faculdade de Apucarana. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação Interunidades da Escola de Enfermagem de Ribeirão-Preto da Universidade de São Paulo. Apucarana, Paraná, Brasil. E-mail: beatrizsantiago1994@hotmail.com.

⁴Faculdade de Apucarana. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem. Apucarana, Paraná, Brasil. E-mail: joisymarchi@hotmail.com.

⁵Centro Universitário de Maringá. Professora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: julianadalcindonini@gmail.com.

⁶Universidade Estadual de Maringá. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com.

*Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso - A morte na perspectiva de profissionais da enfermagem de uma unidade de terapia intensiva, apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Apucarana, em 2017.

INTRODUÇÃO

A morte e o processo de morrer são assuntos que afligem a maioria das pessoas. No entanto, é preciso compreender que nascimento e morte são processos igualmente naturais, ou seja, o ser humano nasce, cresce, amadurece, envelhece e morre. Logo, são acontecimentos inerentes ao ciclo da vida.⁽¹⁾ Nessa perspectiva, a morte pode significar algo natural, inevitável, totalmente aceitável; um prolongamento da vida em outro plano; ou, ainda, algo complicado, complexo, cruel, inaceitável em qualquer contexto.⁽²⁾

Não obstante, a morte e o processo de morrer despertam medo no ser humano, inclusive nos profissionais de saúde, o que pode justificar a sua dificuldade em lidar com a própria limitação,⁽¹⁾ ou seja, a dificuldade em lidar com situações de morte iminente, cuidar de pacientes no fim da vida, bem como atuar em serviços e setores que têm a morte como um acontecimento diário. Ressalta-se que os profissionais da enfermagem são os que passam mais tempo com o paciente e sua família, e essa proximidade espacial e temporal desperta reações emocionais que, se não canalizadas devidamente, acarretam ansiedade e estresse.⁽³⁾

Quando o risco de morte é decorrente de doenças ou acidentes, em que o paciente permanece dias ou meses dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com auxílio de medicações, aparelhos e assistência ininterrupta, a iminência ou possibilidade da morte se propaga com maior complexidade entre os profissionais de saúde, por mais experientes que sejam em lidar com esses enfrentamentos.⁽¹⁾

Nesse contexto, a UTI é evidenciada como um ambiente que desperta mitos, sensações e sentimentos como, angústia, medo, tristeza, dor e sofrimento, segurança ou insegurança.⁽⁴⁾ No que tange à concepção dos pacientes e familiares, acredita-se que esteja relacionada à visão cultural, historicamente construída, de que a UTI é sinônimo de sofrimento e morte. Quanto à concepção dos profissionais da saúde, possivelmente, esteja relacionada à complexidade da assistência prestada, a exigência de conhecimento técnico-científico atualizado e habilidades para manipular os recursos tecnológicos que dispõe.

Além de lidar com a perda do paciente, a equipe de enfermagem ainda enfrenta outro desafio: preparar o corpo sem vida. E ao enfrentá-lo, alguns profissionais banalizam o momento da perda, desrespeitando a memória do paciente, fazendo piadas, demonstrando o quanto estão despreparados para lidar com a morte e o morrer. Outros, por sua vez, o fazem com muito respeito, reconhecendo tal procedimento como parte integrante do cuidado de enfermagem.⁽⁵⁾ Acredita-se que o desrespeito ao corpo sem vida representa uma estratégia de defesa, diante da inabilidade em lidar com a morte do outro, ou com a própria morte.

Desse modo, evidencia-se a necessidade de compreender as vivências dos profissionais da enfermagem, dar voz a quem geralmente se cala diante da angústia de cuidar da dor do outro, mas que ao falar sobre suas vivências angustiantes, torna-se sujeito reflexivo à sua prática, contribuindo para o

aprimoramento do processo assistencial em saúde.⁽⁶⁾ Diante do exposto, objetivou-se conhecer a perspectiva de profissionais da enfermagem que atuam em uma UTI frente à morte e o morrer.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma UTI adulto de um hospital de médio porte, situado em uma cidade do Norte do Paraná.

A orientação metodológica adotada neste estudo sustenta-se no decálogo descrito por Minayo: 1) conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas; 2) definir o objeto sob a forma de uma pergunta ou de uma sentença problematizadora e teorizá-lo; 3) delinear as estratégias de campo; 4) dirigir-se informalmente ao cenário de pesquisa, buscando observar os processos que nele ocorrem; 5) ir a campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-las; 6) ordenar e organizar o material secundário e o material empírico e impregnar-se das informações e observações de campo; 7) construir a tipificação do material recolhido no campo e fazer a transição entre a empiria e a elaboração teórica; 8) exercitar a interpretação de segunda ordem; 9) produzir um texto ao mesmo tempo fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível; 10) assegurar os critérios de fidedignidade e de validade.⁽⁷⁾

Foram adotados como critérios de elegibilidade: ser enfermeiro ou técnico em enfermagem; atuar em UTI há pelo menos seis meses. Foram excluídos os profissionais que estavam de licença maternidade, licença médica ou de férias. Dos 28 profissionais atuantes no serviço, dois encontravam-se em licença médica, dois tinham menos de seis meses de experiência, e um estava de férias.

Desse modo, 23 profissionais foram abordados, de modo presencial, pela primeira pesquisadora (na época, estudante do curso de graduação, treinada por seu orientador, doutor em ciências, com experiência em pesquisa qualitativa; embora trabalhasse no mesmo hospital, não tinha nenhum relacionamento com os referidos profissionais). Nesse momento, os profissionais tomaram conhecimento sobre os objetivos do estudo. Ressalta-se que nenhum profissional se recusou a participar ou desistiu do estudo.

Os dados foram coletados no mês de janeiro de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas, norteadoras pelas seguintes questões de pesquisa: como é para você acompanhar o processo de morte e morrer de um paciente? Como você se sente diante da perda de um paciente? Quais estratégias você utiliza no processo de elaboração dessa perda? Você já vivenciou alguma situação, envolvendo a morte de um paciente, que te marcou? Você pode descrevê-la? Você se sente preparado(a) para lidar com a morte de pacientes? Fale sobre isso.

As entrevistas foram previamente agendadas, realizadas individualmente, na sala de descanso médico, no interior da UTI, com duração média de 12 min. e 36 seg., audiogravadas, após consentimento e transcritas na íntegra pela própria entrevistadora, no

mesmo dia de sua realização. Não foram realizadas anotações de campo.

Posteriormente, os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin, seguindo as três fases preconizadas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados - inferência e interpretação, que, em síntese, compreende: leitura geral do material coletado (entrevistas e documentos); codificação para formulação de categorias de análise, utilizando o quadro referencial teórico e as indicações trazidas pela leitura geral; recorte do material, em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos) comparáveis e com o mesmo conteúdo semântico; estabelecimento de categorias que se diferenciam, tematicamente, nas unidades de registro (passagem de dados brutos para dados organizados); agrupamento das unidades de registro em categorias comuns; agrupamento progressivo das categorias (iniciais → intermediárias → finais); inferência e interpretação, respaldadas no referencial teórico.⁽⁸⁾

O estudo foi submetido à apreciação e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer 2.199.049, CAAE 70610617.1.0000.5216. O *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) foi adotado como referencial na descrição deste relatório de pesquisa.⁽⁹⁾ Para evitar a identificação dos participantes, optou-se por utilizar como pseudônimos, nomes de flores (em virtude de sua presença marcante em rituais fúnebres, como forma de expressar carinho e gratidão aos mortos), acompanhados pelas iniciais E ou T (diferenciando a categoria profissional, Enfermeiro ou Técnico em enfermagem, respectivamente), M ou F (diferenciando o sexo, Masculino ou Feminino, respectivamente), e por um numeral representando a idade em anos.

RESULTADOS

Dos 23 profissionais em estudo, 18 (78,3%) eram do sexo feminino, 11 (47,8%) solteiros, 17 (73,9%) técnicos de enfermagem e 12 (52,2%) católicos. A média da idade dos participantes foi de 32,1 anos e o tempo médio de atuação em UTI foi de 3,1 anos. Dos discursos dos participantes emergiram três categorias temáticas: Lidando com a morte e o morrer; Enfrentando a iminência de morte por meio da religiosidade/espiritualidade; e Expressando empatia e compaixão.

Lidando com a morte e o morrer

Lidar com a morte e o morrer é uma realidade altamente presente no trabalho da enfermagem em uma UTI, mas as estratégias de enfrentamento dessa realidade são bastante peculiares e dependentes das experiências, crenças e valores de cada profissional. Percebe-se que alguns participantes sentem-se (des)preparados para lidar com isso. Mesmo sabendo que a morte integra o ciclo da vida, sempre consideram muito complicado lidar com a perda do paciente, e o sofrimento é inevitável.

Eu tenho muita dificuldade em lidar com a morte! [...] Na maioria das vezes, eu acho que não estou preparada. [...] Eu me apego demais às pessoas! (Kalanchoe, T. F. 31).

A gente nunca está preparado para lidar com a morte! Mas, a gente tenta todos os dias! Entrega na mão de Deus (suspiro), e pede para Ele fazer a parte Dele, e a gente a nossa! [...] Eu tento dar o meu melhor (Tagetes, T. F. 39).

A gente nunca está preparado para lidar com a morte. A morte vem de repente e não tem ninguém que a impeça. [...] Mas, a gente tem que ser forte, para poder dar o apoio à família (Cravo, T. M. 25).

Por outro lado, outros sentem-se preparados para lidar com a morte e o morrer. Seus discursos revelam que os mesmos atribuem o seu preparo à consciência tranquila de que fizeram tudo o que estava ao seu alcance (competência técnico-científica), à capacidade de separar as questões profissionais das emocionais, às crenças religiosas de que Deus sabe o que faz, e à experiência adquirida ao longo da atuação profissional.

Eu tenho certeza que eu estou preparado! Porque, se você faz aquilo que está nas suas condições... [...] Se você se doar, e fizer tudo aquilo que você aprendeu, que você estudou... E fazer com amor e carinho... Você vai estar preparado para lidar com a perda, mesmo que ela seja dolorosa! (Crisântemo, E. M. 26).

Sim, eu me sinto preparada, porque o que a gente pode fazer pela vida do paciente, enquanto ele está vivo... Eu acho que eu dou o meu melhor [...] Eu não fico vivendo o luto do paciente (Gérbera, T. F. 24).

Sim, eu me sinto. Porque como eu disse, Deus sabe de todas as coisas, e quando chega a nossa hora, não tem nada o que se possa fazer. [...] Quando a gente perde alguém, aqui dentro [no seu interior], eu fico muito sentida! Se eu tiver que chorar, eu choro. [...] Nunca me atrapalhou a perda de um paciente [...] Passou! Pronto! Eu volto a fazer as minhas tarefas normalmente (Rosa, T. F. 39).

Eu me sinto, porque [...] não tem o que fazer, entendeu? Você cuidou, você sabe que você fez o seu melhor para cuidar [...] (Cravina, T. F. 31).

Eu acredito que agora [...] eu consigo lidar com a morte, sim. (Orquídea (E. F. 27).

Querendo ou não [...] a gente acaba se preparando. [...] Então, a gente já está preparada! É uma coisa que a gente já tem bastante domínio! (Íris, E. F. 28).

Mas, também, há quem diga sentir-se preparado para a morte do outro, mas não para a própria morte, o que coloca em dúvida tal preparação.

Eu não sei se eu estou preparado para minha morte [risos], mas como lidar com a morte de paciente, eu acho que estou preparado (Antúrio, E. M. 50).

Em alguns discursos, é possível observar que nem sempre foi assim, desvelando que lidar com a morte em um UTI é um processo dinâmico, cuja percepção pode mudar com o passar do tempo.

Eu já fui de ficar sofrendo vários dias pela morte de paciente, ir em velório [...] Agora eu não vou mais (risos). Mas, no começo, eu me apegava tanto com o paciente [...] Mas, a gente tem que aprender a separar essas duas partes. (Gérbera, T. F.24).

Agora sim! [...] Porque eu não absorvo [as perdas]. [...] Mas, no início, não. No início, para mim era bem complicado. [...] Eu levava os rostinhos deles todos para casa (Orquídea, E. F. 27).

A gente acaba aprendendo a não se envolver tanto com os pacientes [...] a gente aprende no dia a dia [...] Eu acho que um ano já é o suficiente para se preparar! (Íris, E. F. 28).

Alguns participantes revelam, em suas falas, que já se “acostumaram” com a presença constante da morte na UTI, e que para eles virou rotina, um acontecimento habitual, cotidiano, uma atividade mecânica, automática.

Quase todo dia alguém morre! Então, acaba se tornando, assim... não comum. [...] Mas, uma rotina, sabe? Então, não é que eu não sinta nada, mas se tornou rotina (Margarida, E. F. 29).

Já acostumei! (Camélia, T. F. 33).

Para mim é rotina [risos] (Lírio, T. M. 28).

Ah, para mim é algo natural! É uma fase que a pessoa passa. [...] Para mim é um processo normal (Tulipa, T. F. 23).

Depois de um tempo, acaba ficando mecânico (Begônia, T. F. 40).

Porque aqui dentro da UTI é tudo muito automático (Orquídea, E. F. 27).

Outros mostraram-se indiferentes, frios, insensíveis, refletindo um modo deficiente ou desumano de cuidar, que ignora a identidade e a história de vida do paciente, ou descreveram uma postura associada a uma visão gerencial voltada a vislumbrar o paciente como um potencial doador de órgãos. Observa-se que há uma perda de sentimentos, uma (des)sensibilização! Tudo se torna racional!

Tu perdes um paciente, tu já raciocinas assim: é um potencial doador! [...]. Hoje não! Se me perguntar o nome, eu não vou nem saber te dizer. [...] O papel te prende muito! Porque tu tens que relatar, evoluir, preencher, buscar a D.O. [Declaração de Óbito], comunicar a família [...] A gente perde um pouco daquela sensibilidade. Não que a gente deixa de ser humano (Orquídea, E. F. 27).

Eu não sinto nada. [...] Eu não tenho muito apego com paciente. A não ser que, às vezes,

ele se apega em mim. [...] eu não tenho apego a nada (Camélia, T. F. 33).

Se a gente for muito pelo emocional, a gente fica mal. É porque você acaba vendo a família sofrer. [...] Então, tem que ter, sim, sensibilidade, mas tem que ser um pouco racional ali na hora (Lisianto, T. F. 24).

Analisando os discursos, percebe-se ainda que alguns participantes consideram desgastante a tentativa, muitas vezes, frustrada, de salvar vidas, sentem-se tristes diante da perda de seus pacientes, decepcionados e impotentes diante da morte, por mais que façam tudo o que está ao seu alcance, conforme relatos a seguir:

Nós trabalhamos tentando reverter essa situação. Porque a gente pensa na vida! Então, quando a gente não consegue esse êxito [...] e o paciente acaba evoluindo à óbito... Então, por mais que você tenha a consciência tranquila, que você fez aquilo o que você tinha que fazer... [...] é desgastante (Antúrio, E. M. 50).

Muito mal, muito triste. Porque você faz tudo o que está ao seu alcance. [...] Mas, é triste quando a gente não consegue salvar (Tagetes, T. F. 39).

Sempre tem um sentimento de perda. Seja quem for. Seja criança, um parente, um paciente, um desconhecido. É uma perda (Girassol, T. F. 35).

A gente fica triste! [...] Queria poder ter feito mais [...] Tem coisas que eu acho que é só Deus mesmo! Mas, a gente procura fazer o que a gente pode, para salvar a vida (Begônia, T. F. 40).

Quando você faz uma massagem [manobra de ressuscitação cardiopulmonar]... [...] Quando você não consegue ter o retorno [...] da vida do paciente... É muito decepcionante! (Cravo, T. M. 25).

Enfrentando a iminência de morte por meio da religiosidade/espiritualidade

Os discursos desvelam a espiritualidade de alguns participantes ao recordarem situações de iminência de morte e perda de seus pacientes. Para enfrentarem tais situações, os profissionais ancoram-se em suas crenças religiosas, encarando a morte como um processo natural, e suplicando a Deus, o que for melhor para cada paciente, considerando a temporalidade existencial de cada um, haja vista que a religiosidade/espiritualidade influenciam a capacidade de enfrentamento de situações envolvendo a morte e o morrer.

Eu sempre peço para Deus fazer o melhor para cada paciente. [...] Se essa for a vontade Dele [...] (Lisianto, T. F. 24).

Eu acho que, por mais difícil que seja, cada um tem o seu tempo aqui na terra. Então, se Deus chamou... [...] é porque era o momento [...] A

gente tem que buscar Deus, tem que aceitar (Papoula, T. F. 30).

Eu tenho muita fé em Deus. E acredito [...] que estamos aqui de passagem. Nada é nosso. [...] Mas, a hora que Ele quiser recolher... (Jasmim, T. F. 43).

Expressando empatia e compaixão

Os discursos também revelam diferenças na percepção dos participantes em relação à morte de pacientes jovens e idosos. Identifica-se que a perda de pacientes jovens abala muito mais a equipe de enfermagem, pelo fato de não ter vivido o suficiente, e que um paciente idoso já passou por todas as etapas da existência humana.

Quando é criança, é claro que eu morro junto [suspiro]. [...] Primeiro porque eu sou mãe, e segundo porque a criança não viveu ainda o que tinha que viver (Cravina, T. F. 31).

Dependendo da idade [...] se é um paciente idoso, que precisa descansar, que está sofrendo demais [...] eu não me abalo. Mas, se for paciente novo, eu fico meio abalada (Chuva de Prata, T. F. 24).

Agora, se for uma criança... [...] Eu nem consigo trabalhar com criança! Porque criança, para mim, é difícil (Margarida, E. F. 29).

Ah! Depende do estado dele. Se for uma criança, um adolescente... Daí é um impacto maior (Lírio, T. M. 28).

Mesmo trabalhando em uma UTI, munidos de tantos recursos tecnológicos de última geração, alguns participantes conseguem compreender os seus limites pessoais e profissionais diante da iminência de morte de um paciente em cuidados paliativos, e percebem que prolongar a sua vida, a todo o custo, submetendo-o a procedimentos invasivos e dolorosos, implica em negar-lhe o direito de uma morte digna, encarando a morte como um alívio, um descanso para o sofrimento.

E você só quer que alivie logo. Independente se vai voltar bem ou se vai morrer (Begônia, T. F. 40).

Depende do diagnóstico [...] Se estiver com câncer, em estágio terminal [...] ou fazendo diálise e sofrendo há muito tempo, ali... [...] eu penso que seja um alívio. Pois, só vai prolongar o sofrimento (Margarida, E. F. 29).

Quando é idoso, com prognóstico ruim, dependendo do tempo que está na UTI [...] sofrendo... uma angústia [...] antes de morrer [...] entubação, medicação (Lisianto, T. F. 24).

Depende do paciente [...] Ah! Os idosos, eu acho que é um sofrimento estar aqui. Eu acho que para eles é um alívio! (Camélia, T. F. 33).

Eu acho que ver o paciente sofrendo no leito de UTI, longe da família [...] Às vezes, quando

a morte acontece [...] até alivia, porque você sabe que descansou (Palma, E. F. 30).

Existem pacientes que, infelizmente, a gente sabe que não tem prognóstico [...] Daí você pensa que o descanso eterno será o melhor para ele (Crisântemo, E. M. 27).

Depende do paciente. [...] Por exemplo, um paciente idoso, que está aqui só por causa dos aparelhos... [...] Então, no momento em que tu perde um paciente desses, tu diz: descansou! (Orquídea, E. F. 27).

Constatou-se que alguns participantes se preocupam com os sentimentos e as reações dos familiares, com a dor da família diante da perda de seu ente querido, e, inundados de empatia e compaixão, se preparam para acompanhar os familiares no momento em que o médico comunica a notícia da morte do paciente, ficar ao lado deles, se fazer presente, consolá-los e confortá-los, reconhecendo a história de vida de cada família.

Depois de algum tempo, dói, claro que dói [...] não mais por causa do paciente, mas porque você sabe que a família vai sofrer e, às vezes, você se coloca no lugar da família (Cravina, T. F, 31).

É muito, muito triste! Então, o maior conforto que a gente pode dar para os familiares, é a presença, aquele consolo. É muito importante isso na hora! (Papoula, T. F. 30).

Porque sabemos que é uma pessoa que está ali! É um pai, uma mãe, um irmão... Sabemos que tem uma família! É complicado! É um pouco difícil lidar com isso aí! (Copo de Leite, T. M. 23).

Porque quando a gente perde um paciente, há sempre uma família para a gente ajudar a cuidar. E a gente, mesmo sofrendo [...] tenta se manter! (Madressilva, T. F. 55).

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que *Kalanchoe*, *Tagetes* e *Cravo* sentem-se (des)preparados para lidar com a morte.

Um estudo de revisão integrativa que objetivou analisar a produção científica brasileira sobre a experiência de profissionais da enfermagem diante da morte de pacientes críticos, também identificou que existe um grande despreparo dos profissionais em relação ao processo de morte e morrer, que causa sofrimento e, conseqüentemente, implicações na qualidade da assistência prestada ao paciente e sua família.⁽¹⁰⁾

Para *Antúrio*, *Tagetes*, *Cravo*, *Begônia* e *Girassol* a perda de um paciente é desgastante. Muitas vezes, sentem-se tristes, decepcionados e impotentes.

Outros estudos corroboram esse achado ao evidenciar que, embora lidem constantemente com a morte, aceitá-la contradiz o objetivo essencial do trabalho desses profissionais, que é preservar a saúde e a vida. E isso desperta sensação de frustração, fracasso e impotência.^(3,11) As representações sociais de 23 enfermeiros com experiência em UTI,

mestrandos e doutorandos de duas universidades públicas, localizadas nos estados do Rio de Janeiro e Pernambuco, desvelam o processo de morte e morrer como uma possibilidade concreta - lutar pela vida e contra a morte. E ao lidar com essa situação, os profissionais confrontam a incômoda sensação da própria finitude. Mesmo em um ambiente altamente tecnificado e com assistência médica qualificada, os profissionais experienciam um sentimento de fracasso, por não conseguirem impedir que a morte sobrepuje a luta pela vida.⁽¹²⁾

A frustração representa um estado de decepção, associado a uma carga emocional significativa, manifestado diante da impossibilidade de se fazer algo desejado, nesse caso, salvar a vida do paciente, cujo limiar de tolerância varia entre os profissionais. Fracasso é sinônimo de frustração. Destarte, a sensação de frustração certifica a responsabilidade do enfermeiro pelo cuidado com a vida, e a morte como um fracasso pessoal. A impotência, por sua vez, é a dor emocional decorrente de uma situação ou circunstância desagradável e irremediável,⁽¹¹⁾ como a morte de um paciente.

No contexto da emergência extra-hospitalar, um estudo qualitativo realizado no país Basco, que objetivou explorar as experiências, emoções e estratégias de enfrentamento de seis enfermeiras e sete técnicos em emergência, concluiu que a ressuscitação cardiopulmonar malsucedida pode ser uma experiência traumática, que desperta tristeza ou incerteza. No entanto, também é possível experimentar uma sensação de dever cumprido, de ter feito o que estava ao seu alcance para salvar a vida do paciente,⁽¹³⁾ assim como, relatam Cravina, Gérbera e Crisântemo.

Talvez, essa sensação de dever cumprido possa influenciar a percepção de alguns profissionais, haja vista que *Antúrio* (mesmo considerando a perda do paciente um processo desgastante e tenha dúvida em relação à própria finitude), *Cravina*, *Gérbera*, *Rosa*, *Crisântemo* e *Íris* sentem-se preparados para lidar com a morte.

Esse achado também é corroborado pelo estudo descritivo realizado em Durango, no México, com o objetivo de determinar a atitude de 30 profissionais da enfermagem frente à morte de pacientes em uma UTI, por meio do Questionário de Atitudes em Relação à Morte, subdividido em seis subescalas: evitação, aceitação, medo, passagem, saída e perspectiva profissional. Os resultados sugerem que os profissionais estão preparados para cuidar da vida, pois, de um modo geral, aceitam a morte como um fato inevitável.⁽¹⁴⁾

Todavia, para *Gérbera*, *Orquídea* e *Íris*, nem sempre foi assim. O tempo e a experiência lhes permitiram adaptar-se aos desafios que lhes foram impostos.

Os achados do estudo que objetivou compreender as experiências vivenciadas por nove enfermeiras de uma UTI neonatal diante do processo de morte e luto ratificam os achados supracitados. As enfermeiras relatam que o tempo de atuação na área leva o profissional a adotar atitudes que o ajuda a enfrentar melhor essa situação, reconhecer a dimensão do sofrimento da família, oferecer um ambiente

acolhedor, utilizar o toque, respeitar o silêncio do familiar e mostrar-se disponível para ouvi-lo.⁽¹⁵⁾

Na percepção de *Margarida*, *Camélia*, *Lírio*, *Tulipa*, *Begônia* e *Orquídea*, lidar com a morte todos os dias implica em encará-la como uma atividade mecânica, automática.

Com efeito, a automatização das atividades laborais e o estabelecimento de vínculo hostil podem ser consequências de um tipo de despersonalização relacionada à descaracterização do cuidado de enfermagem, inerente à intenção de evitar ou rejeitar oportunidades de estabelecer vínculos e manter-se distante de pacientes e familiares, na tentativa de evitar a angústia e o sofrimento.⁽⁶⁾

Para além da automatização, o profissional da enfermagem, por vezes engessado em virtude dos procedimentos inerentes aos protocolos de manutenção do potencial doador de órgãos, tornar-se insensível e/ou indiferente diante da morte de seus pacientes, como é possível identificar nas falas de *Orquídea*, *Camélia* e *Lisianto*.

Corroborando os achados do presente estudo, enfermeiros que participaram de um estudo que objetivou conhecer as angústias vivenciadas no trabalho com pacientes em risco ou em processo de morte em uma unidade hemato-oncológica, no Rio Grande do Sul, sugerem que no início da atuação profissional é possível lançar mão de estratégias para elaborar o luto de um paciente. Entretanto, com o passar do tempo, a convivência com situações de morte parece enrijecer essa possibilidade, como em um mecanismo de defesa, tornando-os insensíveis à morte do outro. É importante salientar que perceber o imperceptível e lidar com as mobilizações de sentimentos decorrentes dessa percepção, representa uma fonte de angústia que nem sempre é possível enfrentar.⁽⁶⁾

No que tange ao paciente potencial doador de órgãos, destaca-se o estudo qualitativo que objetivou compreender os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica potencial doador, para 12 enfermeiros envolvidos em práticas assistenciais de terapia intensiva ou no processo de captação de órgãos e tecidos de um hospital universitário do nordeste brasileiro. Conclui-se que o significado do cuidado ao paciente em morte encefálica potencial doador ancora-se na compreensão de sua complexidade para além de um ser morto, mas um ser que gera vida, por meio da doação de seus órgãos.⁽¹⁶⁾

O presente estudo também identificou que diante da perda de seus pacientes, *Jasmim*, *Lisianto* e *Papoula* encontram suporte e resiliência na religiosidade/espiritualidade.

Os achados de um estudo qualitativo, que objetivou analisar como 21 enfermeiros lidam com a morte e a religiosidade no processo de cuidar em unidades de oncologia pediátrica e adulto de um hospital universitário de Pernambuco, reiteram os achados acima apresentados. Para os enfermeiros, a religiosidade/espiritualidade constitui um elemento norteador da prática clínica, que os ajuda a lidar melhor com, e superar, os impactos emocionais inerentes ao processo de morte. Associada aos

conhecimentos científicos da enfermagem, a religiosidade/espiritualidade pode auxiliá-los tanto no cuidado aos pacientes e família, como no enfrentamento de situações cotidianas adversas como a morte, confortando-os.⁽¹⁷⁾

Porém, nem todos os profissionais dispõem desse recurso. Por medo de rejeição, receio de invadir a intimidade do outro ou de ser mal interpretado, ou ainda por inabilidade em abordar o tema, os enfermeiros podem renunciar a vivência de sua religiosidade/espiritualidade no ambiente de trabalho. Os autores evidenciam a importância da instituição de saúde oferecer suporte emocional aos profissionais que atuam em ambientes onde a morte é uma constante que causa estresse, dor e sofrimento.⁽¹⁷⁾

É importante ressaltar que a percepção dos participantes do presente estudo pode variar de acordo com a idade do paciente que morre. Para *Lírio, Cravina, Chuva de Prata e Margarida*, a perda de pacientes jovens é mais difícil de aceitar.

Corroborando essa percepção, um estudo fenomenológico sobre a experiência diante da morte, realizado com 17 enfermeiras de um serviço de terapia intensiva, em Córdoba, na Argentina, evidenciou que o fator que mais influencia significativamente a atitude das enfermeiras diante da morte é a idade do paciente, pois consideram que os jovens não viveram o suficiente para realizar os planos de vida padronizados pela sociedade; em seguida vem o vínculo com ele estabelecido; e, por último, a patologia.⁽¹¹⁾ Para nove enfermeiras que trabalham em uma UTI Neonatal em São Paulo, é impossível não se envolver com o bebê e sua família; a morte de um neonato é sempre um momento muito difícil; e o sofrimento é inevitável.⁽¹⁵⁾

É digno de nota o estudo transversal realizado em Israel, com o objetivo de explorar a comorbidade de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e sintomas depressivos entre 125 enfermeiras obstétricas com exposição a óbito perinatal. Os resultados demonstram que um risco elevado de TEPT foi positivamente associado à idade e a um risco elevado de depressão; e negativamente associado à autoeficácia de enfrentamento. Os autores evidenciam a necessidade de intervenções contra o estresse, a oferta de ambientes clínicos de apoio e o desenvolvimento de programas educacionais entre enfermeiras obstétricas.⁽¹⁸⁾

Para quem atua na emergência extra-hospitalar, o contato frequente com o sofrimento alheio é um elemento gerador de estresse emocional, cuja intensidade aumenta quando interagem com a família ou quando o paciente é criança ou jovem. Neste último caso, admitem ter maior capacidade de empatia, e observam emoções e sensações mais intensas após a cessação da ressuscitação. Quanto às estratégias de enfrentamento, os participantes reportaram-se somente ao compartilhamento de emoções com os colegas de trabalho.⁽¹³⁾

No que tange à morte do paciente com prognóstico reservado, a aceitação nem sempre é tão difícil. Begônia, Margarida, Lisianto, Camélia, Palma, Crisântemo e Orquídea, por exemplo, a encaram como um alívio para o sofrimento do paciente.

Os achados do estudo realizado em Córdoba também ratificam os achados supracitados. Quando se trata de uma doença avançada ou crônico-degenerativa, as enfermeiras sentem tranquilidade, pois encaram a morte como o fim da dor, do desconforto, do sofrimento do paciente.⁽¹¹⁾ Na concepção de profissionais da enfermagem de uma unidade de cuidados intensivos do México, a morte também é considerada um alívio diante da sobrecarga enfrentada pelos familiares do paciente em seu final de vida.⁽¹⁴⁾

É importante salientar que inserir os cuidados paliativos nas práticas clínicas de profissionais formados para salvar vidas a todo custo, torna-se um desafio complexo, pois é preciso aceitar a morte como um evento natural. Assim sendo, os profissionais de enfermagem buscam realizar certas ações para promover conforto e bem-estar ao paciente no fim da vida.⁽¹⁹⁾

Além das questões relacionadas à morte do paciente, o presente estudo identificou, nos discursos de *Cravina, Papoula, Copo De Leite e Madressilva*, manifestações de empatia e compaixão em relação aos familiares que perderam o seu ente querido.

Contextualizando, um estudo que objetivou relacionar a empatia com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, no contexto atual da Enfermagem, apresenta uma reflexão acerca do *Clinical Caritas* e os elementos de cuidado que o constituem, e conclui que a empatia, o exercício de colocar-se no lugar do outro, auxilia os profissionais da enfermagem a lidar com os aspectos relacionados à religiosidade/espiritualidade, à vida e à morte, qualificando os processos assistenciais ao valorizá-lo.⁽²⁰⁾

Por outro lado, ter apenas empatia pode colocar em risco a atuação do profissional de saúde, levando à impossibilidade de cuidar do outro, em especial para os que lidam constantemente com cuidados paliativos. A empatia pode nos direcionar ao sofrimento alheio, fazendo com que sintamos a dor e o sofrimento do outro, deixando para trás o autocuidado e sendo irresponsáveis com a própria existência. Já a compaixão, vai além de colocar-se no lugar do outro. Ela nos permite compreender o sofrimento do outro sem que sejamos corrompidos por ele e sem que nos esqueçamos de nós mesmos. O profissional, ao reconhecer os seus limites, consegue saber até onde pode chegar com o seu cuidado, compreender a angústia do outro e, assim, transformá-la.⁽²¹⁾

Vale salientar o estudo descritivo com abordagem quantitativa que objetivou identificar a concordância de 3.451 enfermeiros de 36 hospitais de Portugal, sobre as concepções de enfermagem com potencial para sustentar a sua prática no âmbito da morte e dos processos de morrer. Os resultados evidenciam as Teorias de Virginia Henderson, Afaf Meleis e Madeleine Leininger. Diante dos atuais desafios, de uma prática predominantemente centrada na satisfação das necessidades, considera-se imprescindível facilitar a vivência da morte e dos processos de morrer de formas culturalmente significativas.⁽²²⁾

Elenca-se como limitações do presente estudo, o seu delineamento metodológico, que impede generalizações e restringe a interpretação dos dados ao olhar subjetivo dos pesquisadores; a compreensão da perspectiva de profissionais da enfermagem em relação à morte, a partir da realidade vivenciada na referida UTI; a não validação das transcrições pelas participantes; e a ausência de *feedback* para as participantes, sobre os resultados do estudo.

Acredita-se que os resultados revelam nuances que ratificam a complexidade do fenômeno, discutida em outros estudos; podem despertar importantes reflexões sobre a necessidade de oferecer suporte emocional para os profissionais da enfermagem; criar espaços (psico)pedagógicos no ambiente hospitalar, onde possam falar sobre morte, expressar e compartilhar experiências, angústias, medos e ansiedade em relação à morte, com vistas à qualidade da assistência prestada; bem como reiterar a importância de se incluir disciplinas como tanatologia e cuidados paliativos no processo de formação dos profissionais da enfermagem, preparando-os para lidar com a morte e o luto de seus pacientes.

CONCLUSÃO

Embora os profissionais da enfermagem trabalhem na referida UTI há algum tempo, muitos reconhecem que falar sobre a morte é muito difícil e doloroso. Desse modo, muitas vezes, adotam a negação ou fuga, como estratégia de defesa, diante dos sentimentos de culpa, frustração e impotência relacionados à morte. Mesmo que presenciem constantes perdas em seu cotidiano de trabalho, alguns profissionais não as veem com naturalidade. Com o passar do tempo muitos banalizam a morte, desconsiderando a história de vida do paciente.

Por outro lado, existem aqueles profissionais que optam por não criar vínculo com os pacientes. Esta atitude pode ser compreendida como uma estratégia de enfrentamento usada com a finalidade de evitar compartilhar a dor e o sofrimento do outro, o medo ou desespero de confrontar a própria morte. Houve também quem confessasse sentir alívio com a morte do paciente, ao encará-la como o fim do sofrimento para o paciente, para a família e para si.

Ainda sobre a questão do preparo para lidar com o processo de morte e morrer e desenvolver estratégias de enfrentamento, evidencia-se que a religiosidade/espiritualidade representa uma aliada para os profissionais da enfermagem, uma fonte energética que dispõem para encarar a situação de maneira menos traumática, aliviando a dor, a angústia e o sofrimento experienciados, e reduzindo as dificuldades enfrentadas, principalmente quando se trata da morte de pessoas jovens.

REFERÊNCIAS

1. Vicensi MC. Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in intensive care. *Bioética*. [Internet]. 2016 Apr [citado em 04 set. 2020]; 24(1): 64-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>.
2. La Longuiniere ACF, Lobo MP, Leite PL, Barros RCS, Souza AN, Vieira SNS. Knowledge of critical care nurses about the process of brain death diagnosis. *Rev Rene (Online)*. [Internet]. 2016 [citado em 04 set. 2020]; 17(5):691-8. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500015>.
3. Tobajas MCD, Ortiz NJ, Martínez BG, Gavilán CS. Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enferm. glob*. [Internet]. 2016 Dic [citado 17 de set. de 2020]; 16(1):246-65. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.232221>.
4. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. The Living, Dynamic and Complex Environment Care in Intensive Care Unit. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 Jun [citado em 04 set. 2020]; 23(3):411-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>.
5. Prado RT, Leite JL, Castro EAB, Silva LJ, Silva IR. Uncovering care for patients in the death/dying process and their families. *Rev. gaúch. enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 04 set. 2020]; 39:e2017-0111. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>.
6. Bastos RA, Quintana AM, Carnevale F. Psychological distress experienced by nurses who work with patients in death process: a clinical-qualitative study. *Trends in Psychol*. [Internet]. 2018 [citado em 04 set. 2020]; 26(2):795-805. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-10En>.
7. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2012 Mar [citado em 04 set. 2020]; 17(3):621-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [cited 2020 Nov 14]; 19(6):349-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
10. Freitas TLL, Banazeski AC, Eisele A, Souza EN, Bitencourt JVOV, Souza SS. The look of Nursing on Death and Dying Process of critically ill patients: an Integrative review. *Enferm. glob*. [Internet]. 2016 [citado 18 set. 2020]; 15(41): 322-34. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015&lng=es.
11. Flores G, Castro R, Quipildor R. Actitud del personal de Enfermería ante la muerte de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Notas enferm. (Córdoba)*. [Internet]. 2019 [citado em 18 set. 2020]; 19(34): 26-36. Disponível em: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/26320/28119>.
12. Silva CRL, Abrão FMS, Oliveira RC, Louro TQ, Moura LF, Silva RCL. Social representations of nurses on the process of death and dying in ICU. *Ciênc. cuid. saúde*. [Internet]. 2016 [citado em 04 set. 2020]; 15(3): 474-81. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i3.32345>.

13. Fernández-Aedo I, Pérez-Urdiales I, Unanue-Arza S, García-Azpiazu Z, Ballesteros-Peña S. A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2017 [citado em 18 set. 2020]; 28(2):57-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.003>.

14. García-Avendaño DJ, Ochoa-Estrada MC, Briceño-Rodríguez II. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary*. [Internet]. 2018 septiembre [citado em 18 set. 2020]; 15(3): 281-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2421>.

15. Almeida FA, Moraes MS, Cunha MLR. Taking care of the newborn dying and their families: nurses' experiences of neonatal intensive care. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2016 Jun [citado em 04 set. 2020]; 50(spe): 122-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300018>.

16. Magalhães ALP, Erdmann AL, Sousa FGM, Lanzoni GMM, Silva EL, Mello ALSF. Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Rev. gaúch. enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 18 set. 2020]; 39: e2017-0274. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274>.

17. Góis ARS, Abrão FMS. O processo de cuidar do enfermeiro diante da morte. *Rev. enferm. UFSM*. [Internet]. 2015 [citado 2020 Sep 04]; 5(3): 415-25. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769215832>.

18. Hamama-Raz Y, Walker R, Palgi Y, Mashiach R, Lee-Ovadia K, Manny A, Ben-Ezra M. Comorbidity of post-traumatic stress symptoms and depressive symptoms among obstetric nurses with perinatal death exposure. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. [Internet]. 2016 [citado em 18 set. 2020]; 53(2):58-62. Disponível em: https://cdn.doctorsonly.co.il/2016/12/09_Comorbidity-of-Post-traumatic.pdf.

19. Arrieira ICO, Thofehr MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2018 [citado em 04 set. 2020]; 52: e03312. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>.

20. Saviato RM, Leao ER. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2016 [citado em 04 set. 2020]; 20(1): 198-202. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0198.pdf.

21. Arantes ACQ. A morte é um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2016: 192 p.

22. Cardoso MFPT, Ribeiro OMPL, Martins MMFPS. Death and dying: contributions to a practice based on nursing theoretical frameworks. *Rev. gaúch. enferm.* [Internet]. 2019 [citado em 18 set. 2020]; 40: e20180139. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180139>.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2020/09/12

Accepted: 2020/11/18

Publishing: 2020/12/08

Corresponding Address

Ingrid Tauana Nunes Chuista

E-mail: chuistaingrid@gmail.com

Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças, Apucarana.

Como citar este artigo (Vancouver):

Chuista ITN, Silva VA, Ribeiro BMSS, Miranda JAM, Silva JDD, Marcon SS. Lidando com a morte e o morrer em uma unidade de terapia intensiva do Paraná. *Rev Enferm UFPI* [internet] 2020 [acesso em: dia mês abreviado ano];9:e11470. Doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.11470>

