

ETEC "PROFª. ANNA DE OLIVEIRA FERRAZ"

Técnico em Enfermagem

Dayanna da Costa Bruno

Edison Roberto Trebi Júnior

João Vitor Rodrigues da Silva

Kauany Lais da Silva Martins

Leticia Silva Bezerra

MORTE: A visão do paciente paliativo, da família e do profissional

Dayanna da Costa Bruno
Edison Roberto Trebi Júnior
João Vitor Rodrigues da Silva
Kauany Lais da Silva Martins
Leticia Silva Bezerra

MORTE: A visão do paciente paliativo, da família e do profissional

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a ETEC "Prof.^a Anna de Oliveira Ferraz", do Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, como requisito para a obtenção do título de Técnico de Nível Médio em Enfermagem sob a orientação da Prof.^a Janaina de Bello Cybis Cazal.

Araraquara
2021

Dayanna da Costa Bruno
Edison Roberto Trebi Júnior
João Vitor Rodrigues da Silva
Kauany Lais da Silva Martins
Letícia Silva Bezerra

MORTE: A visão do paciente paliativo, da família e do profissional

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Etec Profa. Anna de Oliveira Ferraz como exigência parcial para obtenção do título de **Técnico em Enfermagem**.

Aprovado em 8 de Junho de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Orientador: Janaína de Bello Cybis Cazal

Prof. Avaliador: Inaiara Scalcone Almeida Corbi

Prof. Avaliador: Carla Regina Ulian Manzato

Dedicamos esta obra aos nossos familiares, amigos e professores que acreditaram no nosso sucesso e que nos deram força para chegar até aqui.

AGRADECIMENTO

Agradecemos á Deus, por ter nos permitido chegar até aqui.

Agradecemos também por Ele ter nos dado pessoas incríveis que nos ajudaram em tudo.

As Profª Janaína e Inaiara por terem nos orientado.

À Etec Profª Anna de Oliveira Ferraz por dar oportunidades de ótimos cursos.

Aos ótimos professores que nos ensinaram tão bem.

Aos colegas que fizemos ao longo do curso.

E aos demais que contribuíram para a construção do TCC.

Não importa o que aconteça, continue a nadar

WALTERS, GRAHAM; **PROCURANDO NEMO**, 2003

RESUMO

O paciente paliativo, familiar e equipe vivenciam diversos sentimentos em processo de morte-morrer, tendo eles individualmente um ponto de vista sobre a Morte. Bem como também estratégias para enfrentar o processo. Este trabalho objetivou-se identificar a percepção dos pacientes paliativos, família e equipe, em instituições hospitalares, principalmente em UTI'S, em relação ao sentimento de morte e a propor estratégias de enfrentamento ao sentimento de morte para paciente/família e equipe que o assiste. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com análise qualitativa dos dados de 11 artigos científicos coletados entre o período de agosto de 2020 a março de 2021. Como resultado emergiram 3 categorias: Percepção do paciente paliativo, da família e equipe em relação ao sentimento de morte, as quais os sentimentos mais presentes identificados foram a tristeza, preocupação, medo, arrependimento, esperança, desesperança, entre outros. Com base no objetivo específico surgiram propostas de estratégias de enfrentamento de morte, referente ao conteúdo apresentado nas 3 categorias mencionadas. Conclui-se que o ser humano estando em vivência com cuidados paliativos ou terminalidade possui diversos sentimentos e sensações; e também foi proposto estratégias de enfrentamento de morte, onde essas estratégias se mostraram benéficas e muitas vezes favoráveis na recuperação, talvez não sendo suficientes, podendo surgir mais formas de enfrentamento.

Palavras-chave: Morte. Paciente terminal. Paliativo. Família. Equipe/Profissional.

ABSTRACT

The palliative patient, family member and team experience different feelings in the death-dying process, having an individual point of view about Death. As well as strategies to face the process. This work aimed to identify the perception of palliative patients, family and team in hospital institutions, mainly in intensive care units, in relation to the feeling of death for the patient / family and the team that assists him. This is an integrative literature review study, with qualitative analysis of the data from 11 scientific articles collected between the period of August 2020 to March 2021. As a result, 3 categories emerged: Perception of the palliative patient, family and team in relation to the feeling of death, which the most identified feelings were sadness, concern, fear, regret, hope, hopelessness, among others. Based on the specific objective, proposals for strategies for coping with death emerged, referring to the content presented in the 3 categories mentioned. It is concluded that the human being, living with palliative care or terminal life, has several feelings and sensations; and death coping strategies have also been proposed, where these strategies have been shown to be beneficial and often favorable in recovery, perhaps not being sufficient, and more ways of coping may arise.

Keywords: Death. Palliative patients. Terminal. Family. Team/Professional.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Cruzamento das palavras-chave/ descritores de acordo com as bases de dados científicas (2020 – 2021)	10
Quadro 2 - Apresentação dos estudos segundo nome dos artigos, ano de publicação, revista, objetivo, metodologia, resultados e conclusão	11

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Geral	16
3.2 Específicos	16
4 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	17
4.1 Tipo de pesquisa	17
4.2 Amostra.....	17
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5.1 Percepção do paciente paliativo em relação ao sentimento de morte	23
5.2 Percepção da família em relação ao sentimento de morte.....	28
5.3 Percepção da equipe em relação ao sentimento de morte.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS.....	42
Anexo A.....	44
Anexo B.....	45

1 INTRODUÇÃO

O tema morte é pouco discutido ou até mesmo mencionado com certo medo e temeridade. A previsão do possível fim da vida proporciona às pessoas sentimento de tristeza, angústia e apatia em vivenciar tal processo, mesmo que seja inevitável. Ao se confrontarem com alguma patologia incurável, a morte se torna mais inaceitável. (AGRA *et al.*, 2017).

O conceito de morte sofreu alterações e diversas interpretações com o passar da história. Na Idade Média, entre os séculos V e X a morte era vista como algo corriqueiro, onde pessoas morriam em suas moradias. Adiantando-se a linha temporal, no século XIX a mortalidade era motivo de inconformidade, visto que pessoas a beira da morte cessavam suas vidas, interrompendo sua existência, tendo reforço a esta ideia no século XX. Atualmente, ainda com preconceitos, a terminalidade da vida é um fator alarmante e minimamente aceitável. (CASTRO, *et al.*, 2018)

Em ambientes hospitalares é comum haver mortes, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), devido ao avanço inevitável de doenças, agravos clínicos, traumas, iatrogenia de profissionais de saúde, entre outros, bem como pacientes que estão neste processo de enfrentamento, seja por doenças terminais ou não. Visto que isso é rotineiro, os estados psicológicos e físicos dos clientes que assim habitam esses ambientes onde ocorrem tais episódios ficam prejudicados, evidenciando a preocupação e entender tal processo. (AGRA *et al.*, 2017)

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram locais criados com a finalidade de estabilizar a saúde do cliente, podendo observar as suas diversas camadas e facilitando o seu tratamento e recuperação de saúde. No Brasil, este método foi inserido em 1971, onde o Hospital Sírio Libanez deu início, possuindo 10 leitos no total. (AGRA *et al.*, 2017)

Ao notar que as UTI's são habitadas por pacientes graves potencialmente recuperáveis, que passaram por um processo de cirurgia ou estão em cuidados paliativos, sabe-se que ocorre de 40% a 50% de óbitos nesta unidade. Isto devido

ao fato de que os profissionais da saúde aplicam medidas imediatas, onde estes pacientes podem ou não sobreviver. (AGRA *et al.*, 2017)

Este processo de morte, onde a saúde mental do paciente está comprometida, devido a medos e preocupações, é notável quando se possui uma doença crônica, como o câncer. Desde que se conhece, esta patologia sempre foi vista como dolorosa e mortal, onde a percepção de morte é mais forte, ocasionando diagnósticos tardios e a recusa do mesmo (BATISTA *et al.*, 2019)

De acordo com Bezerra *et al.* (2018, p. 579)

[...] a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o cuidado paliativo como uma abordagem que auxilia na melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam os problemas associados às doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, a identificação precoce, avaliação da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais, respeitando-se a dignidade humana, proporcionando conforto e bem estar ao indivíduo.

Um estudo mostrou que fatores como medo da morte, os cuidados intensivos recebidos são muito influenciáveis no progresso de saúde, assim como a humanização, fé e os aparelhos de tratamento são benéficos e atenuantes. (AGRA *et al.*, 2017)

Os cuidados paliativos exigem que se dê conforto e o melhor tratamento para a pessoa em terapia intensiva. Porém, essa vitalidade é deixada marginalizada por muitos profissionais da saúde, no qual aplica-se técnicas pouco empáticas e despreocupação com o conforto, com o objetivo de estender a vida a todo custo (BATISTA *et al.*, 2019).

As famílias destes pacientes paliativos podem reagir em diferentes modos. Como a morte nas UTI'S, em decorrência de complicações de doenças agudas, é comum, o sentimento de estar vulnerável e frágil é natural. Evidenciando a perda do ente querido, quando a pessoa falecida é um "fator" importante na estrutura familiar, a dor e a sensação de aceitação é mais demorada. (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

Profissionais de saúde possuem pouca experiência com a terminalidade da vida, o que acabam evitando falar sobre isso com os seus pacientes. O afastamento desse assunto da rotina é prejudicial à saúde do trabalhador, uma vez que não dialogar sobre isso, o sentimento de impotência e inutilidade é abundante e evidente. (FERREIRA, NASCIMENTO, SÁ, 2018)

A finitude da vida é um processo doloroso e, de certo modo, inesperado. Os profissionais necessitam apresentar empatia, visto que apresenta melhora significativa no prolongamento de vida. Diversas vezes, agentes da saúde demonstram insatisfação com o trabalho, devido ao baixo reconhecimento, afetando assim o processo de cuidar (AVILA *et al.*, 2019)

Em vista do exposto, e com o intento de contribuir para estudos e debates, delinea-se as seguintes questões de pesquisa: Quais os sentimentos, receios e esperanças de pessoas em cuidados paliativos, família e equipe? A produção de conhecimento atual oferece informações de forma positiva e efetiva para abordagens de enfrentamento de morte suficientes e melhores a estes clientes paliativos, família e equipe? O entendimento melhor do processo de morrer fará com que a família, profissional e cliente tenham maior vontade de prolongar a vida?

Esse trabalho pretende demonstrar resultados positivos e esclarecedores sobre esses questionamentos, evidenciando melhores abordagens de tratamento e o melhor entendimento físico e emocional do paciente paliativo, família e profissional, através de revisão de artigos sobre o tema proposto, leitura e compreensão de textos e estudos de caso publicados.

2 JUSTIFICATIVA

“Não é da morte que temos medo, mas de pensar nela” (Sêneca). O processo de morte é, dependendo de cada um, um processo doloroso e contínuo. As UTI’S, por exemplo, que são locais onde ocorre falência de pessoas rotineiramente, influencia psicológica e fisicamente todos os habitantes presentes. Ao se observar pacientes paliativos passando por esse processo, é notável os seus sentimentos tanto positivos como negativos, bem como sua percepção e expectativas de cura ou não. (AGRA *et al.*, 2017)

Esta pesquisa visa explorar o ponto de vista do cliente paliativo, família e profissional, buscando entender as suas motivações, pensamentos e medos perante a morte. Irá auxiliar os profissionais da saúde a lidar com estes pacientes de uma forma mais empática, onde os seus sentimentos serão entendidos mais eficientemente. Também a família e profissional terão noção de melhores abordagens técnicas e sentimentais a falar com um ser humano deste processo de morte-morrer, garantindo cuidados na fala e na aplicação de cuidados.

Com experiências pessoais vividas pelos integrantes do grupo, onde se conviveu ou conheceu familiares/amigos lidando com doenças crônicas sem chance de cura, elas auxiliaram na pesquisa e amostra de melhores resultados de quando a pessoa doente é ouvida e cuidada carinhosamente. Mostrará também que a força do pensamento é influenciável na longevidade da vida, evidenciando que, quando se tem proximidade para com o ser humano patológico, a força de viver é maior.

Observa-se que a conversação por parte dos pacientes e a paciência do lado do profissional é fundamentalmente positiva na recuperação e progresso de saúde. Através de dados colhidos na literatura e leitura de artigos científicos, este trabalho tem uma boa base de formulação de pensamentos e informações confiáveis, que irão auxiliar as instituições e profissionais na redução de óbitos e desistência da luta pela vida.

Portanto, essa pesquisa torna-se oportuna, visto que a morte é um processo comum em ambiente hospitalar, que as pessoas recebendo cuidados paliativos têm uma percepção de morte mais afluada e que o profissional e cliente precisam lidar com este inoportuno, mas inevitável momento. Os anseios e medos perante a finalidade da vida é forte, mostrando relevância deste conteúdo

apresentado, que lidera a amostra de melhores cuidados a estes tipos de pacientes tal qual seu estado mental e corporal.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Identificar a percepção dos pacientes paliativos, família e equipe, em instituições hospitalares, principalmente em UTI'S, em relação ao sentimento de morte.

3.2 ESPECÍFICOS

Propor estratégias de enfrentamento ao sentimento de morte para paciente, família e equipe que o assiste.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 TIPO DE PESQUISA

De acordo com Kitchenham (2004), uma revisão integrativa da literatura é a identificação, avaliação e interpretação de uma pesquisa, onde estão disponíveis conteúdos de uma questão, área ou fenômenos em que se tem interesse e pretensão de realizar uma pesquisa particular. Seguindo, Greenhalg (2003) ainda acrescenta que é um estudo que sintetiza os estudos primários com os assuntos abordados e explicitados. São utilizados meios documentais escritos e eletrônicos, como: revistas, artigos científicos, livros, jornais e páginas da internet.

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com análise qualitativa dos dados

4.2 AMOSTRA

Crterios de Inclusão: Texto completo: disponível na íntegra; Idioma: Português; Assunto principal: Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, Unidades de Terapia Intensiva. Assistência Terminal

Crterios de Exclusão: artigos científicos indisponíveis na íntegra, internacionais, estudos que não contemplam o objetivo da pesquisa.

Quadro1: Cruzamento das palavras-chave/ descritores de acordo com as bases de dados científicas (2020 – 2021)

BASE DE DADOS	PALAVRAS-CHAVE / DECs"	ARTIGOS ENCONTRADOS	ARTIGOS SELECIONADOS	ARTIGOS UTILIZADOS
• LILACS	• Morte" • Paciente Terminal	188	14	7
• LILACS	• Morte" • Paliativo	57	5	3
• LILACS	• Morte" • Família	62	2	1
	TOTAL	307	21	11

Ao realizar o cruzamento, não houveram artigos repetidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa foi feita com base em 11 artigos científicos, com abordagem qualitativa, para estudo do tema de pesquisa, publicados em Revistas Online de Saúde, entre os anos de 2013 e 2020.

Quadro 2: Apresentação dos estudos segundo nome dos artigos, ano de publicação, revista, objetivo, metodologia, resultados e conclusão.

ARTIGO/REVISTA/ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ARTIGO 1</p> <p>Morte e Luto em Cuidados Paliativos: Vivência de Profissionais de Saúde</p> <p>Revista Online de Pesquisa CUIDADO É FUNDAMENTAL 2020</p>	<p>Analisar o discurso de profissionais da Saúde sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos, no momento da morte e luto da família.</p>	<p>Pesquisa de campo, de natureza qualitativa, realizada com dez profissionais da Saúde, vinculados a dois hospitais de João Pessoa, Paraíba. Não possui Questão Norteadora.</p>	<p>Compreensão dos profissionais sobre a morte (passagem natural ou perda), sentimentos (tristeza, pesar, medo, abalo emocional, tranquilidade) e a assistência paliativa no momento da morte (necessidades físicas e emocionais), a assistência à família e as dificuldades enfrentadas no momento do luto (o acompanhamento da família).</p>	<p>Lacunas no conhecimento do tema morte e luto por profissionais, sendo necessária educação continuada nos serviços paliativos, para melhor comunicação com a família, paciente.</p>
<p>ARTIGO 2</p> <p>Pacientes oncológicos com doença avançada: preocupações e expectativas vivenciadas na terminalidade da vida</p> <p>Revista Enfermagem UERJ 2019</p>	<p>Esclarecer as preocupações e expectativas dos pacientes com câncer terminal e a terminalidade da vida.</p>	<p>Estudo qualitativo com 11 pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Dados coletados em 2016/2017, por entrevistas abertas, realizando análise dos discursos. QN: O que mais lhe causa motivos de preocupação nessa fase da doença em relação ao seu presente e futuro?</p>	<p>O medo de tornar-se um incômodo e as incertezas de como a vida continuará após sua partida. Ao aceitarem sua finitude passam por um momento de reflexão sobre a vida.</p>	<p>Doente e familiares aderem à forma de como viver melhor o agora, aproximar-se mais daqueles que lhes fazem bem, através de uma adaptação lenta e progressiva para trabalhar seus sentimentos e emoções.</p>
<p>ARTIGO 3</p> <p>Equipe de enfermagem e complexidades do cuidado no processo de morte-morrer</p> <p>TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE 2019</p>	<p>Compreender como os trabalhadores da equipe de enfermagem se percebem na inter-relação complexa no cuidado ao indivíduo enfermo e familiar cuidador na morte.</p>	<p>Pesquisa qualitativa. Participaram 24 familiares cuidadores e 47 trabalhadores da equipe de enfermagem como informantes gerais, dos quais 18 como informantes-chave. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Não possui Questão Norteadora</p>	<p>Despreparo em lidar com a finitude pode levar ao estranhamento do trabalhador. Muitas vezes é visto como descaso no cuidado e dessensibilização. Despreparo e mecanização no cuidado de morte-morrer.</p>	<p>As inter-relações dos trabalhadores mostram-se complexas. Altas cargas de horário de trabalho, despreparo profissional, dessensibilização e falta de apoio institucional contribuem para obstáculos no cuidado. Reflexão dos profissionais e reanalisar seus cuidados de morte/morrer.</p>

ARTIGO/ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ARTIGO 4</p> <p>Vivenciando o processo morte-morrer: uma análise fenomenológica do paciente com câncer em estágio terminal</p> <p>Rev. Eletr. Enferm. 2019</p>	<p>Compreender o sofrimento que emana do processo de terminalidade e suas consequências na vida de quem o vivencia</p>	<p>Estudo qualitativo. Pesquisa fenomenológica, embasada no pensar heideggeriano realizada com 11 pacientes com câncer em estágio avançado. Os dados foram obtidos por entrevistas abertas, realizadas no período de novembro de 2015 a março de 2016. QN: Quais sentimentos surgem ao conviver com o diagnóstico de câncer avançado?</p>	<p>Emergiram duas temáticas: “Enfrentando o processo morte-morrer” e “Desvelando o sofrer pela terminalidade”, as quais mostram que é no enfrentamento da morte que cada Ser vivencia de forma única e individualizada seu modo de ser-no-mundo</p>	<p>O Ser que vivencia o processo de terminalidade da vida descortina de maneira própria, o seu encontro com o sofrimento e o processo de aceitação e compreensão da finitude, o que imputa à enfermagem um olhar crucialmente holístico e individual para que as necessidades de quem experiencia o processo de terminalidade da vida sejam contempladas.</p>
<p>ARTIGO 5</p> <p>Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia</p> <p>Revista Brasileira de Educação Médica, 2018</p>	<p>Expor o quão complexo o tema morte é para os profissionais da saúde, mesmo sendo algo presente no cotidiano deles</p>	<p>Estudo qualitativo, construído por meio de relatos de profissionais de saúde que convivem com pacientes acamados ou com alto grau de dependência. Não possui Questão Norteadora.</p>	<p>Desconforto em conversar sobre morte com paciente/família. Falta de integração dentro da equipe multiprofissional. Desconhecimento de conceitos como “distanásia”.</p>	<p>Profissional tem que ter mais familiaridade sobre o tema “morte”, com treinamentos e formações profissionais. Necessidade de mais comunicação entre a equipe.</p>
<p>ARTIGO 6</p> <p>Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias</p> <p>Revista Gaúcha de Enfermagem 2018</p>	<p>Como os profissionais de saúde lidam com a terminalidade da vida dos pacientes hospitalizados e como acontece o inter-relacionamento com os mesmos e seus familiares.</p>	<p>Estudo exploratório, qualitativo. Coletados relatos entre o ano de 2015/2016, com profissionais de saúde (membros da equipe multidisciplinar, técnicos de enfermagem e enfermeiros) que vivenciam esse processo de morte/morrer em seu cotidiano de trabalho. QN: Que condições influenciam as interações dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes e familiares frente à morte e ao morrer?</p>	<p>Profissionais observam os pacientes em terminalidade, buscando identificar suas necessidades e atende-las da melhor forma para que se sintam amparados e confortados, tanto para pacientes, como para seus familiares.</p>	<p>Profissionais possuem diversificadas opiniões e comportamentos diante desse processo de morrer e do morrer. Necessário uma pesquisa mais aprofundada no assunto, pois o foi realizado em apenas uma unidade.</p>

ARTIGO/ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ARTIGO 7</p> <p>Espiritualidade no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos</p> <p>Revista Salusvita – ciências biológicas e da saúde 2018</p>	<p>Conhecer a abordagem espiritual realizada nos cuidados pelos profissionais de enfermagem.</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo e exploratório com oito pacientes oncológicos atendidos pela equipe de Consultoria em Cuidados Paliativos de um hospital escola do Sul do Brasil. QN: Qual a percepção dos pacientes oncológicos quanto à abordagem da espiritualidade pelos profissionais de enfermagem?</p>	<p>Espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento da doença pelo enfermo e entre enfermeiros e pacientes ainda é pouco presente.</p> <p>Abordagem está focada no modelo biomédico.</p>	<p>Espiritualidade difícil de ser abordada com os pacientes por parecer invasão de privacidade.</p> <p>Enfermagem não detém conhecimentos específicos ou confiança para realizá-lo.</p>
<p>ARTIGO 8</p> <p>Fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte em UTI: a visão dos pacientes</p> <p>Revista Online de Pesquisa CUIDADO É FUNDAMENTAL 2017</p>	<p>Identificar os fatores agravantes e atuantes à percepção de morte dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva</p>	<p>Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 07 pacientes internos em UTI, utilizando-se o critério saturação para delimitação da amostra. Os dados foram coletados através de entrevistas com roteiro semi-estruturado, abordagem indireta ao sujeito. Não possui Questão Norteadora.</p>	<p>Fatores agravantes: pensamento negativo, gravidade de outros pacientes internos, óbitos frequentes, medo da morte, cuidados intensivos ofertados, o olhar dos profissionais.</p> <p>Fatores atenuantes: pensamento positivo, fé, cuidados prestados de profissionais, humanização e agilidade, aparelhagem.</p>	<p>Alguns fatores contribuem com o agravamento da percepção de morte dos pacientes e outros atenuam, favorecendo, muitas vezes, a recuperação do paciente.</p>
<p>ARTIGO 9</p> <p>A Morte em Cena na UTI: A Família Diante da Terminalidade</p> <p>Trends in Psychology/Temas em Psicologia 2017</p>	<p>Estudo mais amplo sobre os efeitos da letalidade em familiares de pacientes críticos internados em Unidade de Terapia Intensiva.</p>	<p>Utilizou-se metodologia clínico-qualitativa de pesquisa. Foram entrevistados seis familiares de pacientes em situação de terminalidade em UTI de um hospital privado de médio porte. Não possui Questão Norteadora.</p>	<p>O luto preditivo foi um recurso adaptável para reorganizar seus recursos.</p> <p>Resiliência entre familiares, com o suporte social e à família houve o ponto de vista na qual o doente não está sofrendo.</p>	<p>Fatores como idade e papel do ente na família, bem como prolongamento da vida do paciente e cuidados médicos é decisivo no processo de aceitação da perda e luto.</p>

ARTIGO/ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ARTIGO 10</p> <p>Manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer: perspectiva da pessoa com câncer</p> <p>Revista Online de Pesquisa CUIDADO É FUNDAMENTAL 2017</p>	<p>Conhecer manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer da pessoa com câncer no final de vida.</p>	<p>Estudo de caso, qualitativo, descritivo. Cenário: domicílio dos participantes vinculados ao Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar, em Pelotas/RS. Participaram cinco pessoas com câncer no final de vida, quatro do sexo masculino e uma do sexo feminino. A coleta de dados por entrevista semiestruturada e observação participante, em agosto e setembro de 2015, com três ou quatro encontros em seus domicílios. Foi aplicada a Análise Temática. Questão norteadora: QN: Quais as manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer da pessoa com câncer no final de vida?</p>	<p>Emergiram quatro categorias:</p> <p>Manifestações e Necessidades Emocionais: raiva, medo, esperança, entre outros.</p> <p>Manifestações e Necessidades Sociais: interrupção do emprego, lazer, etc.</p> <p>Manifestações e Necessidades Físicas: dores físicas, náuseas, vômitos, etc.</p> <p>Manifestações e Necessidades Espirituais: religiosidade, espiritualidade, fé.</p>	<p>O câncer modifica a vida dos pacientes e familiares exigindo dos profissionais de saúde habilidade e olhar sensível para o atendimento de sua integralidade, considerando suas dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais.</p>
<p>ARTIGO 11</p> <p>Percepções e necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva</p> <p>Rev Fund Care Online 2013</p>	<p>Conhecer as percepções e necessidades dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva</p>	<p>Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Dados coletados com familiares de pacientes internados em uma UTI de um hospital universitário, por entrevista semiestruturada. Os achados foram analisados de acordo com o referencial teórico da Análise de Conteúdo. QN: "Quais são as percepções e necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI?"</p>	<p>Familiares possuem sentimentos contraditórios em relação a UTI. Percebem um setor prevalente de medo da morte. Mas também um setor de qualidade de cuidados. Interação efetiva com os profissionais também é necessária por eles.</p>	<p>Conclui-se ser necessário estabelecer um processo dialógico efetivo junto aos familiares dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva, com vistas a possibilitar que vivenciem de forma mais tranquila esse período.</p>

Ao analisar os artigos selecionados e utilizados, chegou-se a 3 categorias para resultados e discussão: Percepção do paciente paliativo em relação ao sentimento de morte (ARTIGOS 2, 4, 7, 8 e 10); percepção da família em relação ao sentimento de morte (ARTIGOS 3, 9 e 11); percepção da equipe em relação ao sentimento de morte (ARTIGO 1, 3, 5 e 6).

5.1 Percepção do paciente paliativo em relação ao sentimento de morte

De acordo com os artigos analisados neste estudo, os sentimentos gerais mais presentes entre os pacientes entrevistados, em diferentes modos de questionamentos e situação hospitalar e patológica, são a Tristeza, preocupação, medo, arrependimento, esperança, desesperança, conformidade. (BATISTA *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2019; BEZERRA *et. al.*, 2018; AGRA *et. al*, 2017; ARRIEIRA *et al.*, 2017)

Em alguns dos estudos, percebe-se, através dos relatos entre os pacientes, uma percepção de cada indivíduo sobre a morte, o sentimento de preocupação com filhos, parentes, além de reflexão sobre a vida e o que lhe espera e desapego com bens materiais.

Com base em dois artigos qualitativos, há diversos depoimentos, onde se notam tais observações. Alguns desses relatos:

“Vejo hoje que, neste mundo, não vale a pena a gente se apegar com nada, com bens materiais, não vale a pena se apegar a nada [ênfase ao nada], do que adianta ter um monte dinheiro ou uma casa bonita, e não ter saúde, não ter o amanhã, então de nada adianta (Empresária, 47 anos)” (BATISTA *et. al*, 2019).

“E eu fico preocupado pelo que a minha esposa está passando, pelo trabalho que ela está passando por causa minha [baixou o tom da voz, se emocionou e demonstrou tristeza nesse momento] (P1)” (ARRIEIRA *et al.*, 2017).

É falado também sobre a presença da espiritualidade e fé. Para vários participantes, a espiritualidade serve para refletir sobre a vida, aliviar a dor, dar forças para seguir em frente, pois se sentem acolhidos para enfrentar a morte. E

também mencionam sua crença e religião, dando um ponto de vista sobre sua percepção de Deus. (BEZERRA et. al.,2018; ARRIEIRA et al., 2017)

“[...] É através da fé que me sinto tranquilo, me sinto leve. Me sinto preparado para enfrentar a passagem final e, enquanto ela não chega, é por meio dela que tenho forças pra viver um dia após o outro [...] (João)” (BEZERRA et. al.,2018).

‘Católica não praticante e espírita [...] Na igreja assim não vou [...] Agora não tenho mais condições, mas quando podia eu ia semanalmente, até semana passada eu fui lá tomar um passezinho no centro espírita sempre ia uma vez por semana [...] A religião principal minha é Deus, eu acredito muito em Deus, eu acho que Deus está em todas as religiões. (P4)” (ARRIEIRA et al., 2017).

Nesta mesma pesquisa, mostra que a falta de abordagem pelo profissional de saúde pode fazer com que o paciente se sinta desamparado por não ter com quem discutir sobre seus questionamentos em relação à morte. (BEZERRA et. al., 2018)

“[...] me sinto desamparada por não ter com quem tirar minhas dúvidas, pois a família não gosta de falar sobre esses assuntos ligados a espiritualidade e ao processo de morrer. Sinto falta de ter uma pessoa que eu possa expressar meus sentimentos e expor minhas vontades [...] (Joana)” (BEZERRA et. al., 2018).

Em um estudo, surgiu-se duas reflexões de percepção de morte. Uma delas mostrava os fatores agravantes, que os sentimentos de negatividade, a gravidade dos pacientes, óbitos frequentes, cuidados ofertados, alteram essa percepção e que pode contribuir para a piora do quadro. (AGRA et. al, 2017)

“[...] Eu tenho a impressão que a qualquer momento a gente pode morrer, por causa dos cuidado, é, eu sei lá, acho que é, (...) Os cuidado que eles têm a mais, os olhares dos médico, a preocupação, aí isso preocupa a gente [...]. (ENT. 1)” (AGRA et. al, 2017).

“[...] Era gente passando mal, eles correndo pra um canto e pra outro, aumentava o medo [...]. (ENT. 5)” (AGRA et. al, 2017).

A outra reflexão, seguindo esta ideia, seria os fatores atenuantes a percepção de morte, onde mostra que o pensamento positivo, a fé, humanização e assistência no cuidado, aparelhos, podem fazer com que a luta contra a morte se acentuar. De acordo com os pacientes, as maquinas e equipamentos modernos dão

segurança no tratamento, assim como o cuidado atencioso e de qualidade de seus cuidadores dão mais conforto. (AGRA *et. al*, 2017)

“[...] Tem que ser muito forte, tem que ser, muito pensamento positivo [...]. (ENT. 1)” (AGRA *et. al*, 2017).

“[...] Bom, porque lá tem mais aparelho, né! entendeu? a medicação é em cima. Em todo canto é bom, mas lá, sempre é melhor [...]. (ENT. 4)” (AGRA *et. al*, 2017).

Uma pesquisa evidencia entre os pacientes o sentimento de tristeza devido a alterações corporais, tristeza e medo perante a morte, raiva da situação, culpa. (ARRIEIRA *et al.*, 2017)

“Tem dias que fico mais cansado esses dias me deitei e chorei e aí a (esposa) viu e ficou chateada. Esporadicamente me sinto triste, mas isso é normal da própria doença, fica meio chateado conforme tá assim, se olha no espelho e está magro, quando perde o cabelo. A primeira vez que fiquei bem careca, começou a cair o cabelo, tive que raspar. (P2)” (ARRIEIRA *et al.*, 2017).

“Quando eu fui fazer cirurgia em Porto alegre eu fiquei com medo de não voltar e ver eles [família], essa foi a parte que mais fiquei com medo. (P2)” (ARRIEIRA *et al.*, 2017).

Alteração de rotina do paciente, tendo a interrupção do trabalho e lazer, é notável. O sentimento de falta é aparente, por conta de não conseguir ou poder realizar mais as atividades rotineiras. (ARRIEIRA *et al.*, 2017)

“Era uma vida de dona de casa normal, saía, ia no centro. É bem bom a gente ter uma vida de dona de casa normal, agora com a doença não consigo fazer as coisas, eu sinto falta. (P4)” (ARRIEIRA *et al.*, 2017).

Mudanças físicas estão presentes, mostrando as dores e incômodos dos tratamentos. (ARRIEIRA *et al.*, 2017)

“Caminho pouco, tenho muita dor pra caminhar (P1)” (ARRIEIRA *et al.*, 2017).

“Perdi muito peso, parei de falar por causa da traqueostomia e nem sinto o gosto dos alimentos [...] os sintomas que sinto é a dor. (P3)” (ARRIEIRA *et al.*, 2017).

Um estudo mostra o sentimento e reflexão sobre o seu ser-no-mundo e sua vivência, considerando seu estado patológico. “Segundo Elisabeth Kluber-Ross, os sofrimentos são fontes de desestruturação do ser-doente, conduzindo-o por cinco estágios emocionais”. Assim, foi analisado, também observando a obra heideggeriana, as 5 fases do luto e como estes pacientes estão passando por ela: negação, raiva, barganha, depressão, aceitação. (COSTA *et al.*, 2019)

Já neste, onde o objeto de estudo são pacientes com câncer em fase terminal, fala que não são todos que transitam por cada fase do luto e não necessariamente em ordem cronológica. Cada indivíduo tem sua particularidade, podendo persistir na mesma fase por tempo indeterminado, como, por exemplo, manter a recusa até o fim (negação). (BATISTA *et. al*, 2019)

Na fase de Negação mostra-se a dificuldade em aceitar o destino e realidade de morte. (COSTA *et al.*, 2019)

“Não quero pensar, não penso, quero levar a vida como se não tivesse nada, as pessoas colocam muito medo na gente (Raposa)” (COSTA *et al.*, 2019).

Na fase de Raiva, o paciente sente-se uma revolta com a vida. Nota-se pelos depoimentos, que a injustiça por está acontecendo com ela, o porquê com ela. (COSTA *et al.*, 2019)

“Sabe o que me revolta, tem tanto vagabundo que tira a vida dos outros, faz tanta maldade nesse mundo e não morre, e a gente que tenta ajudar os outros fica sofrendo desse jeito (Vaidosa)” (COSTA *et al.*, 2019).

A fase da Barganha o paciente em fase terminal passa por momentos de negociações e pedidos de fé. Observando os relatos dos mesmos, e notável a esperança em superar a doença e que o bem mais irá lhe curar. (COSTA *et al.*, 2019)

“Acredito muito que Deus pode todas as coisas, sei que Ele vai me curar, pois como estou buscando a cura, ela faz parte do milagre, Ele não vai falhar, tenho uma intimidade com Deus que me faz crer na cura (Empresaria)” (COSTA *et al.*, 2019).

Ao vivenciar a fase de Depressão, o isolamento, desesperança e falta de perspectivas futuras de vida, aparecem entre os doentes. Em relatos, evidenciou-se uma tristeza profunda e a vontade de viver mais. (COSTA *et al.*, 2019)

“A gente tinha toda a vida para frente, daí a pouco aparece uma coisa dessa, que é perigosa, [...] as vezes só queria viver mais um pouco, para ver os netos crescerem (Raposa)” (COSTA *et al.*, 2019).

Na ultima fase, a Aceitação, o paciente já se conforma com o fim da vida e mostra uma lucidez mais clara do que antes quanto a isso. As falas esclarecem que a conformidade com a terminalidade e a fé, na maioria das vezes, está presente. (COSTA *et al.*, 2019)

Notou-se também que o tempo é um dos maiores fatores de reflexão e arrependimentos, mostrando que, para estes pacientes em fase terminal, pequenos momentos gastos não são mais importantes como antes. (BATISTA *et. al*, 2019)

“Fazer o que? Está nas mãos de Deus, a gente não pode fazer mais nada, seja o que Deus quiser. O que for pra eu passar outro não passa, a gente não pode evitar, é uma coisa de todo mundo (Aviador)” (COSTA *et al.*, 2019).

“Hoje não faço mais planejamento a longo prazo, antes planejava tudo, gostaria de ter uma casa assim, queria viajar. Depois disso [doença] não planejo mais nada, no máximo faço planos para uma semana. (Rosa, 40 anos)” (BATISTA *et. al*, 2019).

O sentimento de aproximação com os entes querido é notado. Na pesquisa, onde pacientes com câncer terminal estão sendo estudados, a sensação de mais proximidade com a família é observada. (BATISTA *et. al*, 2019)

“Eu sou apaixonada pelos meus filhos e tenho certeza que eles por mim. A gente ficou muito mais próximos depois disso [doença]; já éramos, mas agora ficamos mais. (Empresaria, 47 anos)” (BATISTA *et. al*, 2019).

Mas também, nesse mesmo estudo, o distanciamento do ente querido devido a sua condição acontece. Muitos entram em estado de recusa que o ente está doente e não fazem visitas ou telefonemas. (BATISTA *et. al*, 2019)

“[...] eu sinto falta na verdade é da minha filha, a gente era muito próxima, e de uns tempos para cá, depois que fiquei assim ela sumiu. Os outros acham estranho isso, ela era a mais próxima comigo, mas hoje ela não se

preocupa mais, não liga, não me visita, e olha que a gente mora na mesma cidade. (Vaidosa, 59 anos)” (BATISTA *et. al*, 2019).

5.2 Percepção da família em relação ao sentimento de morte

Os sentimentos mais apresentados pelos familiares são: luto preditivo, desamparo, tristeza, medo, preocupações com a sustentabilidade familiar, inconformidade com a perda. (AMARO *et.al.*, 2013), (AVILA *et al.*, 2019), (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017).

De acordo com MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017, p. 1290:

“[...] Freud (1926/2014) referiu-se ao trauma como um estado de desamparo psíquico, uma situação de impotência realmente experimentada. [...]”.

Assim, muitos dos familiares experimentam diversas sensações por conta da perda. (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

Em uma das pesquisas diz que os familiares participantes da pesquisa se mostraram desacreditados do que estava acontecendo com o ente doente. O súbito diagnóstico da patologia foi motivo de inconformidade, visto que o ente internado cuidava da saúde, não aparentava sinais de adoecimento e aproveitava a vida. (AVILA *et al.*, 2019)

O familiar mostrou também tristeza por conta da progressão da doença e o desgaste dos tratamentos no indivíduo patológico. Além do mais, estes notavam conforme o tempo se alongava, a incapacidade. (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

“Ele começou a ficar doente há 2 anos, mas nos últimos nove meses ele caiu, até chegar a este ponto. Não queria mais andar, falar, comer era um sacrifício. Tanto que ele chegou aqui desidratado e desnutrido. Foi ficando sem forças e foi se isolando. Muito triste. . . . Até que chegou num ponto que tivemos que interná-lo. Esses meses todos temos batalhado ali, junto dele, sempre dando força e carinho. Ele era muito ativo, forte, andava sempre ereto. Vê-lo definhar, andar curvado, cuspidando secreção numa xícara me doía. (Elisa, esposa, 79 anos)” (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017).

A adaptação em decorrência da piora do quadro clínico é contínua, principalmente na fase crônica da patologia. O familiar enfrenta essas mudanças no estado de saúde do ente doente, ficando surpreso quando acontece repentinamente. Muitas vezes se dá ao fato do indivíduo patologia não mostrar suas dores ou aparentar estar doente. (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

“A hepatite C começou há 37 anos, quando mamãe foi fazer uma cirurgia, mas, como dizem, ela é silenciosa. Mamãe sempre falava dela, mas a gente achava que ela era mais forte e que a doença nunca ia pegá-la de jeito. Ela adorava viver, viajar, sair com as amigas, estar com a gente e com os netos. Não parecia doente. Dessa vez, ela estava chegando de uma viagem internacional quando começou a se sentir mal. E trouxemos ela pra cá. Os médicos fizeram uma cirurgia, mas não deu certo... Nos últimos dias, antes de vir para cá, ela estava com sangramento por toda parte. O sangue saía pela boca e pelas fezes. (Francisco, filho, 55 anos)” (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017).

O medo de tocar o ente doente é evidente. Devido ao medo de ferir, prejudicar, contrair doenças ou receio, o familiar cuidador adota uma postura de incerteza em realizar qualquer procedimento que não seja a equipe a fazer. (AVILA *et al.*, 2019)

Neste estudo, no entanto, o familiar se sente seguro com os cuidados de higiene feitos pelos enfermeiros e equipe. A sensação de segurança quando realizado por um profissional diminui essa sensação de morte. (AMARO *et.al.*, 2013)

“Mas é bom o serviço, o atendimento ao meu avô é bom! Quando nós chegamos para visita ele está sempre de banho tomado, com o lençol limpo, bem apresentável! (E1)” (AMARO *et.al.*, 2013).

A tecnologia e o ambiente de UTI é visto tanto de um lado positivo como negativo. Em seu lado benéfico, todos os equipamentos e máquinas avançadas dão a sensação de segurança para o familiar, uma vez que acreditam nas maiores chances de melhora do estado de saúde. Assim como os profissionais que lá trabalham são vistos como seguros e qualificados, reforçando o sentimento de confiança; (AMARO *et.al.*, 2013)

“Sei que é a Unidade de Terapia Intensiva, para onde vêm os pacientes que estão críticos e precisam de um tratamento mais específico e que tem condições de se recuperar! A gente tem o alívio de que aqui ela tem os profissionais que estão mais perto e, aí, toda hora tem um profissional. (E4)” (AMARO *et.al.*, 2013).

Na sua visão controversa, muitas das vezes o familiar se percebe desamparado e relaxado perante os profissionais, em razão de estarem lidando com tecnologia avançada, que muitas vezes substitui o ser humano. Assim como a quantidade de equipamentos ligados ao paciente é desestimulantes. (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

“Toca lá o interfone e uma voz diz: “está em procedimento, volta daqui a pouco”. O que é isso? Tem que ter alguém de lá de dentro, que abre a porta e olha no meu olho. Nesses meses de idas e vindas no hospital, vi dezenas de pessoas do lado de fora com lágrimas nos olhos, falando com interfone e indo embora. Sabe, abre a porta e explica o que acontece. Isso acalma a gente. (Denis, marido, 63 anos)” (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017).

“Quando a gente chega aqui e encontra ela sedada, com o tubo, o coração fica apertado, né? Todos aqueles aparelhos ligados nela me apavoram e toda a quantidade de remédios que ela tem que tomar para ficar viva me assustam porque são medicamentos muito fortes. É inacreditável, mas se não fossem esses aparelhos ela não teria chegado até aqui. (Ana, filha, 70 anos)” (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017).

Porém nas duas pesquisas o sentimento de ansiedade, estresse, preocupação e despreparo em estar em um ambiente, de acordo com eles, morte, se mostra presente. Geralmente a mudança na rotina e a entrada em um local desconhecido e não vivenciado causa receio e aflições sobre o futuro. (AMARO et.al., 2013; MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

Observando os relatos, falta de clareza nas informações, escassez de informações de orientações e conflito entre informações dos profissionais confundem e deixam o familiar menos confiante do que está sendo feito. Além disso, o tempo de visita é mencionado como pouco ou insuficiente. (AMARO et.al., 2013)

“A gente nunca sabe se é certo, porque eles nunca falam a mesma língua, um diz uma coisa, te explica a situação de um jeito, diz que o paciente tem uma coisa. O outro vem e te diz que não, que não tem, que é outra coisa. E aí? Como que fica a cabeça da gente? Acreditar em quem? (E3)” (AMARO et.al., 2013).

“Aí, faltam algumas coisas, as visitas são muito curtas, mal dá tempo de dar uma olhadinha nele [...] a equipe podia nos falar mais sobre o caso dele e dizer o que a gente pode fazer quando estamos lá dentro. (E7)” (AMARO et.al., 2013).

A presença dos parentes é de grande importância neste momento de morte. Estes familiares que acompanham geralmente se sentem mais amparados quando outros membros da família prestam apoio. (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

Neste artigo, fala que o familiar tende a passar por fases de aceitação da realidade, como a incredulidade do que está havendo. Muitos recorrem ao ser divino ou o estado de negação, afinal, é uma lacuna que nunca mais será preenchida. No caso de idosos, os relatos mostram tristeza, mas certa conformidade. (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

“Mas será que Deus vai me dar colo se Ele tirar meu filho de mim? Não sei se ainda tenho forças para suportar isso. Converso com ele, digo que ele não pode fazer isso comigo, que ele ainda tem muito para viver, que ainda precisa casar, ter filhos. (Cristina, mãe, 78 anos)” (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017).

“Minha mãe morrer faz parte da vida, mas é que a gente nunca para pra pensar que isso pode acontecer, mesmo ela tendo 93 anos. Sou muito católica e acho que a vida continua numa outra dimensão. Minha mãe sempre foi muito boa, fez sempre o bem e merece ter um fim sem sofrimento. Não quero que ela morra logo, mas também não quero que ela fique sofrendo. (Ana, filha, 70 anos)” (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017).

O luto antecipatório é tido como uma forma de precaver a dor e se preparar para o pior. Percebe-se que os familiares já aceitam a morte ou se preparar para ela, mesmo que ainda não tenha acontecido de fato. É um momento de ansiedade. (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

“Até que acho que deram um sedativo e ele dormiu. A médica pediu para eu esperar do lado de fora e saí com o coração apertado, porque sabia que podia ser a última vez que eu ia estar com ele sem ser nessa situação [silêncio]. Eu preciso muito do meu filho, ele não pode partir [muito choro]. (Cristina, mãe, 78 anos)” (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017).

A perda de pessoas no passado pode dificultar a aceitação da perda, isso porque não acreditam que estão passando por isso novamente e o desejo de ficar mais próximo do ente querido está presente, pois já vivenciou essa experiência de luto e perda. (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

“Já perdi muita gente, já sofri demais e ainda sofro, pois sou muito sozinho. Perdi meus pais num acidente em que eu estava, depois o meu tio que foi

como um pai para mim, depois perdi uma namorada grávida de um filho meu de 6 meses. Minha vida só recomeçou agora há 2 anos. Então eu acho uma estupidez eu não poder ficar com minha esposa [chora]; ela vai logo embora... [choro] deixa eu ficar com ela, cada hora, minuto, é mais uma hora, um minuto com ela. (Denis, marido, 63 anos)" (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017).

O sentimento de conformidade é aparente neste estudo. Os familiares, quando o ente é idoso, costumam lembrar sua vida, o que viveu e aproveitou, a relação entre ele e o familiar e como aproveitou com eles. (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

"Minha mãe morrer faz parte da vida, mas é que a gente nunca para pra pensar que isso pode acontecer, mesmo ela tendo 93 anos. Sou muito católica e acho que a vida conti nua numa outra dimensão. Minha mãe sem pre foi muito boa, fez sempre o bem e me rece ter um fi m sem sofrimento. Não quero que ela morra logo, mas também não quero que ela fi que sofrendo. (Ana, fi lha, 70 anos)" (MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017).

5.3 Percepção da equipe em relação ao sentimento de morte

Os sentimentos percebidos entre os profissionais que cuidam desses pacientes paliativos, onde envolvem Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem, entre outros, evidenciam-se o estresse e o cansaço, despreparo ao lidar com a morte, tristeza.

Os trabalhadores, em uma pesquisa, demonstram cansaço e estresse por conta da sobrecarga de trabalho, onde se sentem esgotados por conta atividades de trabalho excessivas e falta de divisões de tarefas igualitárias entre os funcionários da equipe. (AVILA *et al.*, 2019)

"Quando tem muitos pacientes acamados que necessitam de mim e que eu não consigo vencer, porque é um técnico para quatro, cinco, seis acamados, isso me deixa doente! Porque eu vou pra casa com sensação de que meu dever não foi cumprido, que eu vim só mecanicamente e trabalhei (EE18)" (AVILA *et al.*, 2019).

Também mostram que muitas das vezes se sentem preocupados e enraivecidos devido a alguns colegas não prestarem uma assistência imediata e

atenciosa, onde diversas vezes ignoram os chamados do familiar e paciente. (CASTRO *et al.*, 2018)

“Eu já vi colegas, assim, saindo do quarto, o acompanhante está na porta e vai lá fazer burocracia de avisar médico, funerária, papelada, tudo [...] deixando para o médico o papel de avisar. (EA 3)” (CASTRO *et al.*, 2018).

A falta de apoio da instituição, que não acompanha psicologicamente os trabalhadores que lidam com morte no dia a dia, é aparente entre eles. Se sentem desanimados e exaustos, pois não tem um momento para desabafo ou orientação. (AVILA *et al.*, 2019)

“O funcionário tem que ter um psicólogo, o funcionário tem que ter um acompanhamento, para nós sabermos lidar com certas circunstâncias como a morte, que é tão difícil (EE5)” (AVILA *et al.*, 2019).

Muitas vezes também a equipe de enfermagem se sente desvalorizada pela equipe médica. Os relatos mostram que a equipe não se sente ouvida, que o reconhecimento de sua profissão e serviços prestados não são feitos. Essa falta de dialogo entre médico-enfermeiro ocasiona dificuldades em manter um cuidado de qualidade. (AVILA *et al.*, 2019)

“A enfermagem, perante a medicina [...], o que a gente fala, eles não absorvem sabe?! Não dão atenção, se está prescrito um laxativo, faz! Pô, estou falando que o paciente já evacuou [...] o médico não tem confiança na enfermagem! Eu ou o enfermeiro falar, é indiferente para eles, e dependendo do enfermeiro do setor também não temos respaldo, nem mesmo da nossa chefia imediata [...] tenho muitos planos de abandonar a área da saúde e esse é um dos grandes motivos.” (AVILA *et al.*, 2019).

O sentimento de impotência em decorrência da falta opções para tratamento e limitações terapêuticas para àquele paciente sem chances de melhora, nesta pesquisa, é manifesto. Esse misto de emoções revela uma refuta e, talvez, uma decepção profissional. (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018)

Uma técnica em enfermagem relata exatamente:

“É a gente fica impotente né, às vezes a gente quer fazer e não tem mais o que fazer. A gente não quer que eles acabem assim, nossa função não é ver eles morrerem. É ver eles irem pra casa, né?” – Profissional 13” (FERREIRA, NASCIMENTO, SÁ, 2018).

Aqui, o despreparo em lidar com a morte revela que os profissionais se sentem inseguros e incapacitados em lidar tanto com familiares como pacientes, pois não tiveram preparação prévia ou treinamento suficiente para lidar a finitude. Isso os deixa limitados e, de certa forma, constrangidos. (AVILA *et al.*, 2019)

Neste estudo já mencionado, onde aborda a percepção do profissional da saúde perante procedimento Distanásia, mostra uma má formação profissional em relação a essa área de morte-morrer e que causa do distanciamento do paciente, evidenciando uma postura de negação, tornando o cuidar mais corporal que emocional. (FERREIRA, NASCIMENTO, SÁ, 2018)

“O sofrimento (causado pela morte do paciente) é mais relacionado a nossa incapacidade de cuidar do que o fato da pessoa estar morrendo [...] a gente não sabe como adentrar nesses momentos [...] para nós, acaba sendo mais uma demanda (EE12).” (AVILA *et al.*, 2019).

“Só que ninguém tinha falado isso pra ela, que ela não tinha mais proposta curativa, que se ela quisesse viver um pouco mais ela ia ter que abortar. Aí eu lembro que o professor da época disse não melhor não falar, não vamos tirar as esperanças. Só que assim, é a vida dela, né? E ela tem que se programar. Cara, se eu fosse viver mais um ano, eu gostaria de saber pra conseguir me organizar entendeu?” – Profissional 2” (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

Porém, em duas pesquisas, alguns membros da equipe que cuida dos pacientes paliativos relatam fazer o melhor para ouvir, conversar e orientar a família neste processo doloroso. Assim como procurar deixar o paciente mais confortável emocional e fisicamente. (CASTRO *et al.*, 2018) (BATISTA *et al.*, 2020)

“Então, abraçar o familiar que, muitas das vezes, não vê a morte como a gente vê, não está preparado. Dar atenção para esse familiar e, de certa forma, tentar acolher. Às vezes, ele não aceita bem a fala do médico, mas a equipe multidisciplinar envolvida, ela pode ajudar. Um ajuda o outro. (MA 1)” (CASTRO *et al.*, 2018).

“Eu me lembro de alguns que, mesmo sedados, eu fiquei junto, peguei na mão, tentei falar pra não ter medo, que o sofrimento estava terminando [...] e que ele não estava sozinho, eu estava ali com ele. (PS8)” (BATISTA *et al.*, 2020).

Mas as dificuldades em acompanhar o luto com a família, após a partida do ente querido, é complicado. Apresentam dificuldades em fazer o

acompanhamento devido ao fato de despreparo e não-aceitação de alguns familiares. (BATISTA et. al., 2020).

“Não há esse momento do luto com a família. O hospital acompanha até o momento da morte. Para o pós-luto, nós não temos nem espaço. A gente como profissional se sente muito impotente. O número de profissionais atuando é mínimo. (PS9)” (BATISTA et. al., 2020).

“Alguns aceitam, quando passa muito tempo em sofrimento. Mas, quando é uma doença fulminante, rápida, não aceitam. A não aceitação é a maior dificuldade. (PS3)” (BATISTA et. al., 2020).

No cuidado ao corpo sem vida, quando o paciente vem a falecer, os depoimentos dão a entender que há respeito por parte de alguns profissionais, mas também falta de ética e empatia de outros (como brincadeiras e piadas durante o processo de preparar). Isso sugere a necessidade de uma instrução eficaz para lidar com este momento. (CASTRO et al., 2018) (BASTISTA et al., 2020)

“Para mim não importa se é só o corpo, vou respeitar até a hora que levar ele para fora e entregar ele lá. Faço tudo como se ele estivesse vivo, como se ele estivesse sentindo. Então para mim os cuidados de enfermagem, nosso, prestados no pós morte [...] eu faço assim. Sou assim. (TE 8) (CASTRO et al., 2018)” (BASTISTA et al., 2020).

“Então, eu acho que tem gente que não tem respeito mesmo. Até depois que a pessoa já faleceu e tudo. Às vezes na hora que você está fazendo aquela primeira arrumada no corpo tem gente que desrespeita, colegas nossos e tal. Piadas, esse tipo de coisa, assim. (TE 2) (CASTRO et al., 2018)” (BASTISTA et al., 2020).

No quesito cuidar familiar, os profissionais da equipe de enfermagem se manifestam incomodados com o fato de o familiar poder contribuir mais com o cuidado e não o faz. Para eles, o acompanhante pode realizar coisas básicas, afinal, como mencionado, há um laço familiar-paciente. (AVILA et al., 2019)

“O familiar também, às vezes, fica no hospital, querendo que a gente faça as coisas para o paciente, que eles poderiam fazer (EE16).” (AVILA et al., 2019).

Em relação ao paciente, o vínculo com o mesmo é um fator que revela tristeza, abalamento emocional e dificuldade em lidar com morte, isso porque a convivência e conexão com ele estão estabelecidas. (BATISTA et al., 2019)

““Eu fico emocionalmente abalada. Quando vejo o paciente morrendo e vejo o acompanhante, eu choro junto com eles. (PS1).” (BATISTA *et al.*, 2019).

Assim, também mostra que há alguns pacientes em que o vínculo afetivo se torna maior. Há diversos motivos para isto acontecer, como o tempo de acompanhamento do caso, acontecimentos pessoais, etc. (BATISTA *et al.*, 2019; CASTRO, *et al.*, 2018)

“A gente tem um contato maior com aquele paciente e, inevitavelmente, tem um apego maior. Impossível não se sensibilizar com algumas histórias. (PS4)” (BATISTA *et al.*, 2019).

“É assim, quando você cuida daquele paciente, cuidado direto e você se apegando a ele isso mexe muito com a gente. (TE 5)” (CASTRO, *et al.*, 2018).

Conforme o objetivo específico desta pesquisa, surgiram propostas de estratégias de enfrentamento de morte, referente ao conteúdo apresentado nas 3 categorias acima.

Os **Pacientes** paliativos estão passando por um período delicado e desesperador. Porém, apesar dos pesares, diversas estratégias podem ser adotadas pelos mesmos, tendo como base os problemas apresentados nas categorias acima e os artigos utilizados, a fim de aliviar esse sentimento de morte e ter um processo de finitude ou a perspectiva dele mais tranquila e passional.

De acordo com alguns dos estudos utilizados, um dos variados meios de enfrentar esse momento é necessidade de desabafar, falar seus sentimentos e anseios, pois isso trás alívio e tranquilidade a mente. (ARRIEIRA *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2019;)

A fé, como mostrado na pesquisa, foi uma estratégia quase unanime entre os pacientes de cada estudo. Através da crença e religiosidade, a preocupação com a morte torna-se menos acentuada. A crença em algo maior é necessária àqueles que acreditam, demonstrando que uma compreensão, aceitação e tranquilidade da finitude são aparentadas devido a algo divino. (AGRA *et al.*, 2017; ARRIEIRA *et al.*, 2017; BATISTA *et al.*, 2019; BEZERRA *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2019)

O profissional também contribui muito para enfrentar este momento, dado que, ao parar para conversar, auxiliar em suas inseguranças, incentiva a sua melhora. (ARRIEIRA et al., 2017; BEZERRA et. al., 2018; COSTA et al., 2019)

Ao notar que quando a equipe transmite informações mais claras e objetivas, como seu progresso da doença, estado físico, etc., o paciente se sente mais protegido. Isso se deve ao fato de conseguir compreender o que está havendo consigo mesmo, minimizando a sensação de morte. (ARRIEIRA et al., 2017)

Em alguns dos artigos, surgem meios de superar, como, por exemplo, manter a esperança ativa. É uma forma de visar a sua melhora futura, retirando esse pesar da finitude, preocupações com filhos, etc. (AGRA et. al, 2017; ARRIEIRA et al., 2017; BATISTA et al., 2019)

O sentimento de esperança não deve ser desencorajado pelos membros da equipe. O incitamento de tal sentimento é uma forma de deixar o cliente mais sereno e disposto a continuar lutando pela vida. (COSTA et al., 2019)

Uma das estratégias adotadas por um paciente é realizar um aconselhamento às pessoas sobre seu estado de saúde, como: não seguir os seus passos, cuidar da saúde, não exagerar. Isso trouxe satisfação ao mesmo e realização, pois fez sua parte para ajudar e deixou o seu legado. (COSTA et al., 2019)

Estimular, através da equipe e família, o paciente a dialogar sobre suas dores físicas e mentais. Essa estratégia ajudaria a enfrentar a sensação de pesar e de estar morrendo, pois ao ser ouvido e diagnosticado, pode-se iniciar o tratamento e proporcionar paz e alívio. (ARRIEIRA et al., 2017)

Os familiares e amigos próximos contribuem de forma extraordinária para este confronto de morte-morrer. O paciente aprecia estes momentos de felicidade, uma vez que se torna excitado e acolhido em ver pessoas ao seu lado. (ARRIEIRA et al., 2017; BATISTA et al., 2019)

No que se diz respeito à **Família** e amigos que acompanham os entes queridos doentes em todos os seus cuidados de morte e morrer, também passam por momentos difíceis e conflitos de emoções, que podem variar desde a angústia de ver o ente sofrendo até a esperança de cura. Com isso, tendo como base os problemas apresentados nas categorias acima e os artigos utilizados, propõe-se estratégias que podem ser utilizadas por esses familiares, para enfrentar e minimizar esses sentimentos de finitude.

Os profissionais podem ajudar a família a enfrentar este momento de desacreditação da realidade fazendo o acompanhamento próximo a estas famílias, saber falar as coisas certas, possuir estratégias de fala e escuta. Torna-se assim o pesar de sentimentos mortíferos menos acentuados nos familiares. (AVILA et al., 2019; MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

Em um estudo, informou que a instrução da família com relação à doença, o estado atual, é importante para dar segurança. Informações claras e precisas também aliviam sofrimento dos familiares, por entenderem tudo e saberem os procedimentos, cuidados, que estão sendo feitos. (AVILA et al., 2019; AMARO et.al., 2013)

Assim sendo, o profissional e a instituição podem contribuir com a minimização dos sentimentos de o familiar internado de estar morrendo, com o aumento do tempo de visitas e o acompanhamento das visitas ao seu ente doente, explicando todas as informações e apoiando-os. (AMARO et.al., 2013; MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

Estratégia surgiu em dois estudos, que é a reunião da família neste momento difícil. A reunião de todos os familiares ajuda a aliviar o sentimento de solidão e medo, ocasionando o apoio entre si. (AMARO et.al., 2013; MACHADO; MAGALHÃES; MONTEIRO, 2017)

No estudo, mostra que alguns realizam rituais de despedida para a passagem da morte, como cremação do corpo. Isso trás sentimento de alívio da perda e continuação da vida. (MACHADO, MAGALHÃES, MONTEIRO, 2017)

Já em relação à **Equipe** e profissionais que acompanham esses pacientes em cuidados paliativos ou em terminalidade e também a família, passam por momentos dolorosos e angustiantes, mas também de exaustão e esperança. Assim como há maneiras de contornar ou reduzir essas emoções em pacientes e família, o profissional necessita de tais estratégias. Posto isso, tendo como base os problemas apresentados nas categorias acima e os artigos utilizados variadas maneiras de enfrentar estes momentos existem.

Uma das estratégias que pode ser adotada, baseada no estudo, seria ofertar atendimento psicológico obrigatório a todos os trabalhadores, a fim de minimizar o sofrimento psicológico e físico destes trabalhadores que lidam com a finitude de pacientes. E a instituição deve ofertar essa assistência e dar maior apoio à seus colaboradores. (AVILA et al., 2019)

Também os profissionais não devem se envergonhar em procurar apoio psicológico, pois é comum e necessário. O tratamento mental melhora a sua autonomia no trabalho, o atendimento a pacientes em terminalidade que necessitam do melhor cuidado, além de ser uma forma de desabafar suas angustias e medos perante a morte e reavaliação de cuidados. (ARRIEIRA et al., 2017; BASTISTA, et al., 2020)

Muitas vezes o vínculo entre paciente-equipe é criado e se torna muito forte. Isso torna a partida do paciente muito mais difícil, pois, ao se deixarem se envolver e criarem uma proximidade, a dor da perda é sentida. Dito isso, a procura de assistência psicológica é absolutamente preciso. (AVILA et al., 2019)

A instituição deve reconhecer de forma gratificante todos os profissionais, pois os motiva a realizar seu trabalho de maneira responsável e com amor e empatia. Além de perceberem como um local que possui a valorização do seu trabalho. (AVILA et al., 2019)

Necessidade de uma formação mais especializada e qualificada, onde há reavaliação dos ensinamentos em escolas de como lidar com a morte. O conhecimento para estes profissionais os prepara para estes momentos, diminuindo o impacto dessas sensações de morte quando acontecer. (ARRIEIRA et al., 2017; BASTISTA, et al., 2020; FERREIRA, NASCIMENTO, SÁ, 2018)

A habilidade de comunicação entre membros da equipe que lidam com o sofrimento do próximo precisa ser instalada. Isso trás percepções de fragilidades no cuidado e providencia a procura de melhoras no cuidado aos pacientes e família. (AVILA et al., 2019; BASTISTA, et al., 2020)

Ainda esclarece a necessidade uma formação capacitada para lidar com diversos tipos de pacientes e profissionais que enfrentam o momento de finitude com descaso ou insegurança. (BASTISTA et al., 2019; CASTRO, et al., 2018)

Uma das formas de passar por este sentimento de incomodo com a ausência família seria realizar o aconselhamento aos familiares sobre como estimular e ajudar com coisas básicas, como trocar fralda, por exemplo. Assim, pode aliviar a sensação de esgotamento e estresse. (AVILA et al., 2019)

É necessário a equipe criar estratégias de como transmitir esses conselhos e informações. Seja por gestos, desenhos, linguagem coloquial, etc. O importante é a compreensão dos familiares e a satisfação da equipe em conseguir passar sem problemas. (ARRIEIRA et al., 2017)

A esperança é uma forma de enfrentar, assim como escutar e amparar, o apoio a fé dos clientes, não desistir facilmente do progresso, estimular a reunião da família, medicações e estratégias para diminuir a dor destes pacientes. Estas estratégias são formas de o profissional se sentir grato e mais conformado com o possível fim de vida do paciente e combater a finitude o mais plenamente possível. (ARRIEIRA et al., 2017; BATISTA et al., 2019)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da nossa pesquisa, chegamos a conclusão, baseado na revisão integrativa da literatura de artigos científicos, que o paciente em cuidados paliativos, família e equipe possuem sentimentos e sensações diversos, positivos e negativos, como tristeza e esperança, perante a terminalidade, que foram desmembrados em 3 categorias. Tendo chegado a esses resultados, acreditamos que os sentimentos apresentados são muito apropriados e bem esclarecidos que podem interferir de algum modo no quadro de saúde e cuidados prestados.

Assim como foi proposto estratégias de enfrentamento de morte, onde essas estratégias se mostraram benéficas e muitas vezes favoráveis na recuperação. Porém, apesar de serem excelentes e evidenciarem benefícios, nós concluimos que talvez não sejam suficientes, podendo acrescentar algumas: a busca por hobbies como leitura, utilizar musicoterapia, vídeos, possuir objetos que tragam sentimentos bons, ligar para amigos e família sempre que puder, escrever diários pessoais, gravar vídeos, etc.

Portanto, através desta pesquisa, pode-se ter uma base de como o ser humano, estando em vivência de cuidados paliativos e terminalidade, tem a percepção do processo de morte e morrer e adotar noções de como se defrontar com ele, como também conhecimento que possa ajudar na vontade de prolongamento de vida.

REFERÊNCIAS

AGRA, Glenda, et al. **Fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte em UTI: a visão dos pacientes.** Rev Fund Care Online, 2017, jan/mar; 9(1), p. 51-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.51-56>.

AMARO, Daniele, et al. **Percepções e necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva.** Rev Fund Care Online, 2013, jul/set, p. 622-634. DOI: [10.9789/2175-5361.2013v5n4p622](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n4p622)

ARRIEIRA, I. C. O.; et. al. **Manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer: perspectiva da pessoa com câncer.** Rev Fund Care Online, 2017, jul./set., p. 705-716. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.705-716>

AVILA, L. I., et al. **Equipe de Enfermagem e complexidades do cuidado no processo de morte-morrer.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019, 17(3):e0021949, p. 1-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00219>.

BASTISTA, J. B. V.; et. al. **Morte e luto em cuidados paliativos: vivência de profissionais da saúde.** Rev Fund Care Online, 2020, dez./jan., p. 703-709. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9468>

BATISTA, V.C.; CECÍLIO, H. P. M.; FERREIRA, P. C.; LINO, I. G. T.; MARCON, S. S.; PRADO, E.. **Pacientes oncológicos com doença avançada: preocupações e expectativas vivenciadas na terminalidade da vida.** Artigo de Pesquisa Research Article Artículo de Investigación. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2019, p. 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.45650>.

BEZERRA, B. C. de Carvalho; et. al. **Espiritualidade no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos.** SALUSVITA, Bauru, 2018, v. 37, n. 3, p. 577-597.

CASTRO, E. A. B.; LEITE, J. L.; PRADO, R. T.; SILVA, Í. R.; SILVA, L. J.. **Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias.** Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0011, p. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>.

COSTA, Josane Rosenilda da; et. al. **Vivenciando o processo morte-morrer: uma análise fenomenológica do paciente com câncer em estágio terminal.** Rev. Eletr. Enferm. [Internet], 2019, p. 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.55593>.

FERREIRAL, J. M. G.; NASCIMENTO, J. L.; SÁ, F. C. **Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia**. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica, 2018, p. 87-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170134>.

MACHADO, Rebeca Nonato; MAGALHÃES, Andrea Seixas; MONTEIRO, Mayla Cosmo. **A Morte em Cena na UTI: A Família Diante da Terminalidade**. Trends in Psychology – Temas em Psicologia, Setembro, 2017, Vol. 5, nº 3, p. 1285-1299. DOI: 10.9788/TP2017.3-17Pt.

Anexo A – Termo de Autorização de Divulgação



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO

Nós, alunos abaixo assinados, regularmente matriculados no curso **Técnico em Enfermagem**, na qualidade de titulares dos direitos morais e patrimoniais de autores do texto apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso com o título **“MORTE: A visão do paciente paliativo, da família e do profissional”** apresentado na **ETEC “Profª Anna de Oliveira Ferraz”**, autorizamos o Centro Paula Souza a reproduzir integral ou parcialmente o trabalho escrito e/ou disponibilizá-lo em ambientes virtuais.

Araraquara, 8 de Junho de 2021.

Nome	RG	Assinatura
Dayanna da Costa Bruno	48.650.101-2	<i>Dayanna da Costa Bruno</i>
Edison Roberto Trebi Júnior	56.201.428-7	<i>Edison R.T. Jr</i>
João Vitor Rodrigues da Silva	55.040.112-X	<i>JVR</i>
Kauany Lais da Silva Martins	55.039.574-X	<i>Kauany Martins</i>
Letícia Silva Bezerra	59.703.340-7	<i>Letícia Silva Bezerra</i>

Anexo B – Declaração de Autenticidade



DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE

Nós, alunos abaixo assinados, regularmente matriculados no curso **Técnico em Enfermagem** na **ETEC “Profª Anna de Oliveira Ferraz”**, declaramos ser os autores do texto apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso com o título **“MORTE: A visão do paciente paliativo, da família e do profissional”**.

Afirmamos, também, ter seguido as normas da ABNT referente às citações textuais que utilizamos, dessa forma, creditando a autoria a seus verdadeiros autores (Lei n.9.610, 19/02/1998).

Através dessa declaração damos ciência da nossa responsabilidade sobre o texto apresentado e assumimos qualquer encargo por eventuais problemas legais, no tocante aos direitos autorais e originalidade do texto.

Araraquara, 8 de Junho de 2021.

Nome	RG	Assinatura
Dayanna da Costa Bruno	48.650.101-2	<i>Dayanna da Costa Bruno</i>
Edison Roberto Trebi Júnior	56.201.428-7	<i>Edison R. Jr</i>
João Vitor Rodrigues da Silva	55.040.112-X	<i>JVR</i>
Kauany Lais da Silva Martins	55.039.574-X	<i>Kauany Martins</i>
Letícia Silva Bezerra	59.703.340-7	<i>Letícia Silva Bezerra</i>