

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**MORTE: O VIVIDO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
CIRÚRGICA**

GISELE DA CRUZ FERREIRA

**Juiz de Fora
2012**

Gisele da Cruz Ferreira

MORTE: O VIVIDO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM CIRÚRGICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena

Juiz de Fora, julho 2012

MORTE: O VIVIDO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM CIRÚRGICA

Gisele da Cruz Ferreira

Dissertação submetida à Banca Examinadora do programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 13 de julho de 2012

Membros da Banca Examinadora:

Profª. Drª. Anna Maria de Oliveira Salimena
Orientadora
Profª Associada da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Profª Drª Ívis Emília de Oliveira Souza
1ª Examinadora
Profª Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Profª Drª Maria Carmen Simões Cardoso de Melo
2ª Examinadora
Profª Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete
1ª Examinadora-Suplente
Profª - Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local (UNA/MG)

Profª Drª Lúcia de Fátima da Silva
2ª Examinadora-Suplente

Dedicatória

*Dedico essa dissertação, primeiramente a Deus por ter me dado forças,
inspiração e percepção para que pudesse escrever
sobre um tema tão silenciador e
veículo de inúmeros sentimentos.
À aqueles que irão usufruir do conteúdo,
fazendo com que traga novas perspectivas para o cuidar em Enfermagem*

Agradecimentos

Agradeço a Deus, causa primeira de todas as coisas, por ter me proporcionado essa incrível oportunidade de estudar e com este poder ajudar a tornar a vida do outro mais especial e confortável num momento de adoecimento.

À minha Orientadora, Prof^a Dr^a Anna Maria, por me dar oportunidade de crescimento e ter me ajudado a trilhar meu caminho.

À minha família, por me apoiar incessantemente, em todos os momentos, desde o nascimento até agora. Realmente, não seria nada sem vocês!

Ao Raphael por ter tido compreensão, dedicação e intensa paciência em todos os momentos de ausência e distanciamento ao longo desses anos.

Aos Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, pela oportunidade de realizar o Curso de Mestrado e aos professores deste pelo conhecimento compartilhado.

Aos amigos do mestrado pela amizade e companheirismo. Vocês transformaram esses 2 anos num caminho de flores, apesar de haver inúmeras pedras existentes e persistentes. Obrigada por ter tido o prazer de conhecê-los!

Aos amigos do HU que participaram da concretização de meu sonho e que torcem por mim.

*!.. E o futuro é uma astronave
Que tentamos pilotar
Não tem tempo, nem piedade
Nem tem hora de chegar
Sem pedir licença
Muda a nossa vida
E depois convidada
A rir ou chorar...*

*Nessa estrada não nos cabe
Conhecer ou ver o que virá
O fim dela ninguém sabe
Bem ao certo onde vai dar
Vamos todos
Numa linda passarela
De uma aquarela
Que um dia enfim
Descolorirá..."*

Toquinho - Aquarela

Resumo

A morte é um desafio para todos os profissionais de enfermagem principalmente para aqueles que atuam na área cirúrgica, pois tal situação não é a esperada. Esse estudo teve como objetivo compreender a experiência de morte de paciente no vivido de profissionais de enfermagem de um setor cirúrgico. Utilizou-se a abordagem qualitativa visando à essência nos depoimentos, buscando uma aproximação com a Fenomenologia, através de entrevista aberta com dez profissionais de enfermagem, realizada nos meses de março a maio de 2011. O cenário foi o Hospital Universitário de Juiz de Fora/MG. A análise compreensiva desvelou as seguintes Unidades de Significação: A tristeza, o sentimento de perda e derrota e a impotência diante da morte é bem presente; um processo natural como o fim do sofrimento aliado ao sentimento de dever cumprido; a crença e a religiosidade auxiliam na vivência da morte. Considera-se que apesar de todo o avanço tecnológico, este momento está presente e é a partir daí, que o profissional de enfermagem deve estar embasado cientificamente e emocionalmente para ser capaz de lidar com esse vivido tão repleto de sentimentos e sensações.

Palavras chave: Equipe de enfermagem, Morte, Enfermagem Perioperatória.

Abstract

Death is a challenge for all nursing professionals especially for those working in the field of surgery, as this situation is not as expected. This study aimed to understand the experience of death of the patient lived in a nursing professional in an industry cirúrgico. Utilizou qualitative approach to seeking the essence in the statements, seeking a rapprochement with Phenomenology, open interviews with ten professionals nursing, during the months from March to May 2011. The setting was the University Hospital of Juiz de Fora / MG. The comprehensive analysis unveiled the following units of meaning: Grief, loss and the feeling of defeat and powerlessness in the face of death is very present, a natural process as the end of suffering coupled with the feeling of accomplishment; belief and religiosity assist in living death. It is considered that despite all technological advances, this moment is present and thereafter, the nursing staff must be grounded scientifically and emotionally to be able to handle that lived so full of feelings

Keywords: Nursing staff, Death, Perioperative Nursing.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1 - Trajetória profissional -----	10
2 - Objetivo -----	14

CAPÍTULO II - SOLO DE TRADIÇÃO

1 – Conceito e concepções acerca da morte e do morrer no contexto sócio-cultural -----	15
2 – A pessoa diante da necessidade de se submeter a processos cirúrgicos -----	20
3 – Morte, paciente cirúrgico e suas interfaces -----	22

CAPÍTULO III - REFERENCIAL FILOSÓFICO

3.1 – Fenomenologia -----	38
3.2 - O pensamento de Martin Heidegger -----	43

CAPÍTULO IV – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1– Fenomenologia como alternativa para investigação -----	46
4.2 – Compreensão em Heidegger-----	47
4.3 – Cenário -----	48
4.4 - Sujeitos -----	49

CAPÍTULO V – ANÁLISE COMPREENSIVA

5.1– As estruturas essenciais -----	52
5.2 - Compreensão vaga e mediana – 1º momento metódico -----	53
5.2.1 – Unidades de Significação -----	53
5.2.2 - Fio condutor da interpretação -----	58
5.3 – Compreensão interpretativa – 2º momento metódico -----	59

CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	63
----------------------------	----

REFERÊNCIAS -----	65
-------------------	----

ANEXOS

Anexo I – Autorização do Comitê de Ética -----	70
Anexo II – Termo de Consentimento livre e Esclarecido -----	72

INTRODUÇÃO

1 – Trajetória profissional

Fiquei motivada durante a graduação a desenvolver um estudo sobre tanatologia, uma vez que pude perceber o quão era distante esse tema dos graduandos e quão é pouco explorado no curso. O afastamento de todos os profissionais de saúde diante dos pacientes que estavam em fase terminal e da própria equipe de enfermagem era nítido, se escondendo atrás de procedimentos e tarefas a serem executadas. A distância aumentava cada vez mais no momento em que o quarto estava repleto de aparelhos, medicações, procedimentos, enfim, quanto mais havia técnicas e materiais na tentativa de aumentar a sobrevida do doente, todos se afastavam fisicamente e emocionalmente.

Diante dessas inquietações realizei meu Trabalho de Conclusão de Curso (monografia) com enfermeiras que atuavam na assistência ao paciente oncológico, que se direcionou para a busca do significado de terminalidade/morte, uma vez que, nesse contexto é forte a possibilidade de que a terminalidade pode acontecer a qualquer momento, tornando-se quase sempre algo esperado.

Iniciei minhas atividades laborais no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e fui direcionada para o setor cirúrgico. Pude perceber como enfermeira assistencial o quanto é forte para toda a equipe de enfermagem vivenciar a morte diante de um contexto que está diretamente relacionada com a cura e reestabelecimento da saúde.

Assim, questioneimei-me qual seria o significado da morte do paciente cirúrgico para os membros da equipe de enfermagem, se concretizando, enfim, no meu objeto de pesquisa para a elaboração da dissertação de mestrado.

A morte foi concebida de diversas maneiras ao longo da história, considerada um fenômeno de aspecto distinto em várias civilizações, sendo conceituada como falecer, findar, perecer e para alguns ter a vida eterna. Mas, nas mais diversas concepções é sempre um fenômeno existencial, gerador de medo além de despertar temores nos seres humanos, evidenciando sentimentos que se revelam na dificuldade em se lidar com a finitude, mesmo estando presente nas mais variadas crenças e valores. Atualmente, a morte é evitada ao máximo, graças às novas e crescentes invenções tecnológicas, buscando a manutenção da vida. Portanto, a morte é vista como algo distante e que não deve ser discutida amplamente (SILVA, 2005).

A finitude vai ao encontro das experiências que o indivíduo teve como, por exemplo, a morte de familiares e pessoas próximas. Além disso, crenças e religião estão presentes na forma pela qual é vivenciada. Sendo assim a terminalidade/morte deve ser entendida como mais uma fase do processo viver e não um episódio dramático que irá ocorrer um dia. Enfim, aceitar a morte como algo inevitável deve ser o primeiro passo para que essa fase seja experienciada e vivenciada de forma mais harmônica.

Acredita-se que a morte permeia toda a existência do ser humano, inclusive na vida de um profissional de saúde, principalmente dos membros da equipe de enfermagem, indo mais profundamente do que apenas o sentido biológico, mas algo mais completo e integral que representa esse ser. E como uma das finalidades da

enfermagem é o “*cuidar do outro, isso implica a coexistência e a participação, na compreensão da vivência de estar doente*” (CARVALHO e VALLE, 2002, p. 845) e com possibilidade de morrer.

Neste sentido, encontra-se estudiosos como Spezani e Cruz que corroboram expressando que “*A Enfermagem tem em seus ideais o compromisso com a vida. Não obstante ao que isso tudo venha a significar, tem a responsabilidade de assistir a clientela em todo o seu ciclo vital, contemplando-a holisticamente*” (2000, p.1), portanto assistindo-o até o momento de sua finitude. De acordo com Bretas, Oliveira e Yamaguti (2006) a morte biológica é uma dentre muitas mortes vivenciadas pelos seres humanos, pois desde a separação da mãe do ventre materno, a perda da juventude até a terceira idade, enfrenta-se o processo de morrer. Neste contexto, a enfermagem como arte e ciência fundamentada no “cuidar do outro” é uma profissão que caracteriza esse cuidado pela atenção, zelo e preocupação no atendimento ao outro.

O cuidar de um paciente, frente à possibilidade de morte eminente, traz a quem o assiste uma multiplicidade de sentimentos tais como: compaixão, angustia e temor gerando dor e sofrimento. O contato com o paciente, inicialmente, pode representar um choque para o profissional da equipe de enfermagem, porque é o momento em que ele se depara com a fragilidade humana e a complexidade dos problemas que envolvem a pessoa nesta situação. O doente não é apenas mais um caso, precisa ser compreendido nas suas múltiplas reações e a abordagem profissional deve ser humanizada, profundamente solidária e solícita geradora não só de saúde, mas principalmente de conforto e ajuda.

A equipe de enfermagem, por não apresentar todo o subsídio e conhecimento a respeito desse vivido do paciente, por vezes se distancia do mesmo, limitando-se a executar procedimentos técnicos e buscando não se envolver diante da situação. De acordo com Trincaus e Corrêa (2007, p.50) *“Na busca pela atenção integral é primordial que a equipe de saúde fundamente suas ações em uma concepção ampliada de homem, na sua existência, reconhecendo o fenômeno morte como parte integrante da existência”*.

Para Boemer (1986), mesmo com a introdução de um lado mais humanista no curso de enfermagem com as disciplinas de ciências humanas, o fracasso é um sentimento bem presente no cotidiano do enfermeiro, pois há uma ruptura de um vínculo construído entre paciente-enfermeiro. E, Ghezzi (1995, p. 89) falando sobre a assistência de enfermagem diz que *“... podemos ajudá-los a morrer, tentando ajudá-los a viver, em vez de deixar que sobrevivam de forma tão desumana”*.

Segundo Boemer (1986), as instituições de saúde têm como principal objetivo a cura e a manutenção da saúde, desta forma não é difícil de perceber que esses locais não veem a morte com bons olhos, pois é como se este fato fosse de encontro aos seus propósitos e assim tenta-se mascarar toda situação que a envolva. A instituição vê a morte como algo extremamente negativo, uma vez que seus ideais e toda sua estrutura, que seria para alcançar o bem-estar e a reestruturação da vida, é perdida com a ocorrência de uma morte. Assim, *“todos se concentram nas tarefas a serem realizadas de modo a afastar a morte de um mundo que ela ousou se fazer presente”* (BOEMER, 1986, p. 17).

2 – Objetivo

Compreender a experiência de morte de paciente no vivido de profissionais de enfermagem de um setor cirúrgico.

II - SOLO DE TRADIÇÃO

1 – Conceito e concepções acerca da morte e do morrer no contexto sócio-cultural

A História da Morte no Ocidente foi pesquisada por Phillippe Ariès que transformou seus estudos em publicação no ano de 1975. Desde então tem sido referência para os pesquisadores da Tanatologia. Portanto, foi utilizado este livro como referencial para melhor entendimento de como se deu a visão da morte durante toda a evolução da humanidade.

A palavra morte causa diversos sentimentos nas pessoas sendo considerado um tema difícil e com pouca abordagem. Os profissionais de saúde principalmente os de enfermagem lidam diretamente com esse momento e também apresentam dificuldades em trabalhar com esse tipo de situação inclusive quando esta se dá de forma abrupta e repentina.

Castro (2000, p. 10) nos diz que “a morte é um desafio para os homens” justamente por não existirem explicações e conhecimento profundo acerca do tema. Devido a esses motivos a morte trás consigo temor e inúmeras justificativas.

Referenciando Airès (2001) para explicar melhor o caminho trilhado pela humanidade e pela morte durante os tempos, será citado como referência o autor que faz um percurso do homem do ocidente e sua relação com a morte que sofre intensas modificações à medida em que a sociedade se transforma. Posteriormente será introduzido outros autores que tratam da morte nos dias atuais caracterizando-a por distância e medo.

De acordo com Ariès (2001), a morte é inevitável sendo considerada como inerente ao existir humano, porém a mesma se mostra de diversas formas uma vez que é influenciada pelo modo como os homens lidam com ela, fazendo com que o enfrentamento se dê de forma peculiar. Esse autor estudou e analisou a representação da morte diante da contextualização histórica do século XV ao XX, caracterizando a visão da morte pelos homens numa relação condizente com a sociedade e seus pensamentos. Ele descreve como se deu a passagem diante do contexto histórico a morte familiar, a morte “domesticada” presente na Idade Média e finalmente a morte encarada como maldita e que necessita ser mascarada bem difundida nos dias atuais.

Sendo assim, a morte fazia-se presente com naturalidade do século V e VI até o século XII. Os corpos sem vida ficavam juntos, amontoados, não existindo uma individualidade, como túmulos especiais para a sua guarda. Apenas as grandes personalidades dessa época, como reis e sacerdotes, é que possuíam um local reservado que se localizava em Igrejas e Catedrais (ARIÉS, 2001).

Com o surgimento do capitalismo na Europa Ocidental, ocorreram modificações na sociedade e em seu pensamento e a visão da morte também sofreu transformações, temos então a “Morte Domada ou Domesticada”. Muito presente na época medieval, que era esperada no leito, ao lado de parentes, amigos e vizinhos além das crianças que vivenciavam esse ritual bem de perto. Havia cerimoniais singulares, discretos, sem exacerbação de sentimento, considerada uma atitude fundamentalmente familiar.

O doente dava suas recomendações finais e expressava suas últimas vontades, era realizado todo o ritual aberto a comunidade e posteriormente recebia a

extrema-unção (sacramento de partida). Após a confirmação da morte, o corpo era direcionado para a Igreja para que se procedesse à cerimônia de purificação, em seguida, levado ao cemitério onde aconteciam visitas eventuais por parentes e amigos para que o mesmo não caísse no esquecimento (ARIÉS, 2001).

Na “Morte em si mesmo” o homem passa a se preocupar com sua própria morte e o que ocorrerá logo após, o medo do julgamento e de ir para o inferno. Os bens materiais e a família estão no centro das coisas com que não ser podem ser perdidas, por isso o homem rico busca garantias para o além através de rituais, de donativos destinados a Igreja, missas e testamentos direcionando parte de seus bens para a Instituição (ARIÉS, 2001).

A “Vida no Cadáver” é o tema que configura a vida na morte, uma vez que o cadáver sabe de todos os segredos da vida e da morte. Possui um resíduo de vida, pois unhas e pelos crescem e há fluidos, considerado como argumento para a imortalidade da alma. Existe a crença de que o corpo ainda tem a poder de ouvir e de lembrar de coisas. Assim, o natural se torna indissociável do sobrenatural e os ossos são usados como amuletos para proteção (ARIÉS, 2001).

Nos séculos XVII ao XVIII surge um grande medo caracterizado pela “Morte Aparente”, o de ser enterrado vivo, confundindo a morte e a vida. A sensação desesperadora de acordar dentro de um túmulo está presente e para afastar esse acontecimento terrível surgem rituais e cerimônias cada vez mais duradouras para adiar esse enterro e evitar este fato. A morte só é considerada como tal a partir do momento em que começa o processo de decomposição do corpo. O cemitério passa a ter o status de residência dos mortos considerado uma local sagrado (ARIÉS, 2001).

No século XIX é considerado a “Morte Romântica” também conhecida como “Morte de Ouro”. É vista como bela, repouso e uma reconstrução familiar e reencontro com os entes que já partiram. Há um desejo pela morte e cultos, possui conotação de liberdade e fuga, sendo repelida apenas pela dor da separação. Emerge o medo relativo às almas que viriam para molestar os vivos, levando a crença em intensas superstições (ARIÉS, 2001).

No século XX é conhecida como “Morte Interdita, Morte Vergonhosa” e deve ser escondida. Ela não é acompanhada, não pertence mais a pessoa, e nem a seus familiares, morre-se no hospital, sozinho, rodeado por estranhos em ambientes repletos de equipamentos e seus barulhos intermináveis e desagradáveis. O hospital é o esconderijo da doença e da morte, pois são feias e repugnantes demais para que se mostre. Não há espaço para a dor e para o luto (ARIÉS, 2001).

Torna-se algo frio, encoberto e de forma institucionalizada. Morre-se hoje, longe da família e das pessoas amadas, em uma cama de hospital com pessoas desconhecidas ao lado, que a todo o momento ficam observando sinais vitais e nem percebem que existe ao seu lado um ser que precisa de atenção e carinho. “... *hoje em dia, morrer é triste demais, sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano*” (Küber-Ross, 2005, p. 11). Prosseguindo, esta estudiosa ainda expressa:

“É provável também que devêssemos dar mais atenção ao paciente sob os lençóis e cobertores, pôr talvez um ponto final em nossa bem intencionada eficiência e correr para segurar a mão do paciente, sorrir ou prestar atenção numa pergunta” (Küber-Ross 2005, p. 12).

Corroborando, Lunardi Filho et al (2001) dizem que a morte, algo muito mais presente que nós podemos imaginar, passa a ocorrer em instituições hospitalares,

asilos, longe do ambiente familiar, onde raramente se dá. Atualmente, o que se busca é dar a impressão de que tudo continua como sempre, a morte não pode ser percebida (ARIÉS, 2001).

A morte que deve acontecer é aquela que não se sabe se a pessoa está viva ou morta. O avanço tecnológico e a medicina usam suas novas e poderosas armas para combater um inimigo que ousa se fazer presente e desafiar seus conhecimentos. *“A medicina desnuda a morte buscando munir-se, através dela, de conhecimentos e técnicas para ludibriar ou, pelo menos, adiar a finitude humana”* (Bellato e Carvalho, 2005, p.102).

Os sacerdotes dos tempos passados eram os que realizavam a ligação entre esses dois mundos, sempre sensibilizando as entidades sobrenaturais quanto ao sofrimento humano e à morte, pedindo sua benevolência para abreviá-los. Na atualidade, *“a medicina traz uma nova geração de sacerdotes/feiticeiros que se colocam frente à deusa ciência, buscando seu poder de maneira a prolongar a vida, colocando em suspenso a morte”* (BELLATO e CARVALHO, 2005, p.102).

A percepção da morte para os profissionais de saúde se restringe a uma disfunção orgânica, sendo considerada como algo extremamente negativo, um mal a ser tratado e que se deve buscar evitar com todas as forças, enfim, algo que deve ser encoberto, suprimido. No dizer de Giacoia:

“A essa ideologia clínica da morte pertence sua subtração do espaço social das vivências domésticas, seu ocultamento no espaço cerrado das enfermarias, a sua retirada do campo de visibilidade e audição, seu encerramento discreto e velado, na forma silenciosa da morte hospitalar” (2005, p.18).

O grande avanço da biotecnologia possibilita aos homens novos e inúmeros caminhos, inclusive chances maiores de se prolongar a vida. Porém, às vezes, isso se dá de forma mecânica, através da tecnologia, em detrimento dos valores psicológicos nos quais foram construídos os pilares de existência humana (GIACOIA, 2005).

Nos nossos dias, os enterros são de responsabilidade das agências funerárias, que se comprometem com todo o cerimonial. A família é afastada da vivência do processo da morte e desta forma se distancia cada vez mais da situação e se encobre algo que não deve ser mostrado de modo algum (REZENDE; KEGLER; GOMES, 2004).

2 – A pessoa diante da necessidade de se submeter a processos cirúrgicos

Normalmente o ser humano não se encontra preparado para o inesperado como, por exemplo, a necessidade de realização de uma cirurgia, o que faz com que esta experiência se torne apavorante. Essa realidade possibilita o surgimento de sentimentos dolorosos e angustiantes, envolvendo também os seus familiares (CHISTOFORO et al, 2006).

O processo cirúrgico é um fato inusitado na vida do ser humano, caracterizando um período de crise. Segundo Ferreira (1995) toda crise é uma manifestação violenta e repentina da ruptura de equilíbrio, caracterizando um período de instabilidade transitória.

Segundo Cordeiro (1986) a cirurgia é um procedimento invasivo, utilizado como recurso diagnóstico ou terapêutico muitas vezes imposto ao paciente. Poderá implicar em transformações em seu cotidiano e envolver uma gama de transtornos

físicos, emocionais, espirituais e sociais. Além disso, a hospitalização é fator de insegurança, que pode ser evidenciado pelo receio de ocorrência de algum acidente do tratamento, incerteza sobre a competência das pessoas que lhe darão cuidados, sentimento de solidão, e impessoalidade do próprio ambiente hospitalar.

De acordo com Pedrolo et al (2001) o paciente cirúrgico é a pessoa que irá ser submetida a uma cirurgia, eletiva ou de emergência, para o tratamento de uma doença ou de uma condição clínica específica. Desde a internação, o paciente é envolvido por vários fatores que acarretam mudanças em sua vida e na de sua família. Todo paciente cirúrgico sofre algum tipo de reação emocional, explícita ou implicitamente. Dessa forma, o estresse fisiológico e emocional sempre acompanha o paciente, desde o momento do diagnóstico médico até a alta hospitalar, além da hospitalização que por si só, acarreta uma situação de estresse.

Moraes e Peniche (2003) discorrem ainda acerca da importância do processo cognitivo como mediador da intensidade das respostas aos estímulos, decorrentes das diferentes formas de avaliação feitas pelos indivíduos. O ser humano está muito distante de ser apenas um ser biológico, que obedece a um padrão mínimo de respostas. É um ser complexo, terá que conviver com fatores que atuarão na sua estrutura biológica, resultando em demandas psíquicas e espirituais. Essas serão administradas com graus de competência e resolutividade de acordo com o substrato psíquico e espiritual de cada um, sua maneira de interpretar os problemas, desencadeando alterações hormonais específicas que devem ser consideradas ao se elaborar um plano de cuidados de enfermagem.

De acordo com Vasconcelos (2006) a crise de vida trazida pela doença bem como pela necessidade de intervenção cirúrgica fragiliza o paciente e sua família,

pode quebrar as barreiras que protegem sua intimidade mais profunda, especialmente em relação às pessoas que deles estão cuidando. A intimidade desarrumada, povoada de precariedades, é então exposta como nunca. Na vida agitada e competitiva da modernidade, a doença ou a intervenção cirúrgica são das poucas circunstâncias que justificam e obrigam ao repouso e ao isolamento prolongados.

Nesta situação de dor, silêncio, dependência do cuidado dos outros e encontro com a possibilidade da morte, se instalam fortes sentimentos de raiva, inveja, ressentimento, auto piedade, vulnerabilidade, medo, desespero, fantasias e desejos confusos, são evocados e parecem tomar a mente por períodos prolongados. Estas vivências emocionadas e dolorosas criam um estado de sensibilidade em que gestos pequenos dos cuidadores passam a ter um significado profundo. É um momento de grande elaboração mental, caracterizado por profunda angústia existencial onde há questionamentos dos valores que vinham norteando sua vida.

3 – Morte, paciente cirúrgico e suas interfaces:

A palavra morte trás consigo diversos sentimentos que em sua maioria são negativos. Dessa forma deve ser mascarada para evitar que seja encarada e discutida abertamente, sendo considerada um tabu. Tanto pacientes hospitalizados quanto a sociedade em geral, inclusive os graduandos na área de saúde, evitam tratar desse tema, uma vez que é responsável por uma reflexão geradora de muitas emoções (BERNIERI; HIRDES, 2007).

A morte vai ao encontro das experiências que esse indivíduo já teve como a morte de familiares e de entes queridos, além das crenças e a religião influenciarem na forma pela qual será vista. Refletir sobre a morte ou se deparar com uma situação desta, nos faz pensar acerca de nossa própria terminalidade, sendo a morte, dessa forma, escondida.

O paciente vivencia diversas experiências e sentimentos no decorrer de seu tratamento. Geralmente, quando as pessoas descobrem a existência de uma doença, buscam por diversas alternativas artificiais, prolongar a vida e evitar a morte, mas à medida que esses procedimentos não trazem resultados, é comum que morte passe a ser vista como um fato iminente e ameaçador. A confirmação da chegada do fim acarreta medo ao paciente. Este deve ser entendido como mais uma fase do processo viver e não como um episódio dramático que irá ocorrer um dia, enfim, aceitar a finitude como algo inquestionável e natural seria um primeiro passo para que essa fase seja encarada e vivenciada de forma mais harmônica (BRETAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

De acordo com Bernieri e Hirdes “... a morte é capaz de gerar muitos pensamentos dirigidos à emoção, até mesmo quando os indivíduos são levados apenas a refletir sobre a mesma” (2007, p. 94). Esses sentimentos e emoções podem ser de abalo, frustração, medo, culpa, angústia entre outros.

A solidão pode se fazer presente no paciente, uma vez que ele se depara sozinho diante de um prognóstico de morte iminente, geralmente longe de seus familiares e amigos, num leito hospitalar, ficando a mercê de normas e rotinas que quase nunca se assemelham as suas, restrito aos horários de visita, fazendo com que esse sentimento aumente suficientemente para se sentir abandonado

(LUNARDI FILHO et al, 2001)

Conforme Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006) há diversos medos que o paciente se defronta. Entre estes podemos evidenciar: a rejeição pela ocorrência de deformidades e deterioração do corpo, ocasionando a solidão do indivíduo; a dor e do sofrimento que pode ser o mais presente de todos os medos; além da perda do controle de sua própria vida, perdendo o poder de decisão de suas questões, entre outros. Todos esses fatores estão interligados a mortes e perdas gradativas que formam e dinamizam o ser humano.

O fato é que todas as pessoas doentes ou não, sabem que vão morrer, mas não experienciam esse sentimento e tão pouco se preparam para esse momento, tornando-se algo distante e nunca estarão efetivamente em suas questões reflexivas. Desde quando nascemos, temos a certeza de que este momento nos espera e que a partir do nascimento já estamos morrendo, lenta e progressivamente a cada dia.

O paciente que vivencia esse tipo de situação apresenta formas diversas de reagir, uma vez que possui inúmeras dimensões o ser, totalizando algo completo e complexo. A dimensão física é acometida quando algo está em dissonância com o funcionamento normal e esperado do organismo humano. O lado psicológico pode ser afetado quando os sentimentos de desesperança e medo dominam o ser. A porção social vai ao encontro da perda da função, antes exercida sem quaisquer problemas além da perda do convívio com as pessoas com as quais sempre estiveram mais próximas do paciente, além da sensação muito presente de solidão. Por fim, segundo Pessini *“a dimensão espiritual envolve levantamento de questionamentos acerca da existência e a forma de agir perante toda sua vida”*

(2002, p. 61).

Apesar de vivenciar uma diversidade de sentimentos, às vezes, o próprio paciente não sabe enfrentar. Se o mesmo estiver em domínio de suas faculdades mentais é o responsável por decidir o curso de seu tratamento, após a análise de todas as possibilidades envolvidas e explicitadas pela equipe de saúde e sua família.

Paradoxalmente, o sentimento de esperança também está muito presente, tanto por medo de assumir que sua terminalidade está próxima, quanto no futuro incerto que se espera daqui para frente em relação à vida que se tem hoje (TRINCAUS; CORRÊA, 2007). O falar constante dos pacientes em tais situações, não implica, necessariamente, em que esse indivíduo saiba de sua doença ou a aceite, podendo “... *denotar falta de apropriação de significados...*” (TRINCAUS; CORRÊA, 2007, p. 49).

A família do paciente cirúrgico participa ativamente de todas as fases que o paciente experiencia. Portanto, esses familiares devem ser amparados para que possam auxiliar no processo perioperatório. Eles se sentem impotentes em relação à situação e necessitam de ajuda específica diante de tal circunstância.

Quando o paciente cirúrgico perde sua capacidade de decisão devido a inúmeros fatores físicos ou emocionais, a família se torna a responsável pela decisão, com explicitações prévias da equipe, e sequenciamento do tratamento que deverá ser oferecido ao paciente. Por esse fato, a família deve ser assistida de forma adequada, para que quando se deparar com esse momento de tomada de decisão, esta possa se decidir de forma coerente e livre de influências que possam gerar mais sentimentos desagradáveis ao paciente (MANISSADIJAN; OKAY, 1986).

O fato gerador de conflitos para a família é o medo do desconhecido. A omissão da verdade cria certo distanciamento numa relação que deveria ser de confiança e empatia, dessa forma, traz sentimentos de desamparo emocional e desesperança, em lugar de apoio e cumplicidade (MANISSADIJAN; OKAY, 1986).

Pode-se ratificar tal afirmação de Rezende, Kegler e Gomes “*O importante é transmitir a verdade, explanando o estritamente necessário, respeitando o limite de cada um*” (2004, p. 185). Além disso, o tempo para que a informação seja decodificada corretamente é necessário que seja considerado.

Nascimento et al (2006) afirma que a ansiedade de uma família diante do aparecimento de uma doença pode gerar uma crise familiar. Esse fato pode ser amenizado quando existe uma boa interação entre os coadjuvantes do processo. A família também experencia as etapas do tratamento do paciente, em algumas mais do que outras, mas compartilha com seu familiar as etapas sentidas e vividas por ele. Movidos por sentimento de culpa ou de incapacidade, reagem de forma agressiva em relação aos profissionais de saúde.

O início da institucionalização das práticas curativas no Brasil se deu a partir da década de 60, e dessa forma, a forma de vivenciar a morte também começou a ocorrer dentro desses lugares. As doenças deveriam ser concentradas nesses ambientes porque não existiam mais pessoas disponíveis para cuidar dos doentes, uma vez que se estava no auge da industrialização, de crescente êxodo rural e era necessária cada vez mais mão-de-obra livre (MOREIRA e LISBOA, 2006).

Atualmente, o culto a jovialidade é enfatizado e introjetado em nossas mentes desde crianças. Assim, situações que fogem a esses padrões devem ser colocadas a parte desse mundo, onde “tudo é perfeito” ou deveria ser. Dessa forma, doentes,

velhos e outros grupos que não apresentam mais um papel funcional na sociedade e aqueles que não se enquadram aos padrões de beleza devem ser descartados sendo reunidos e colocados em lugar que fiquem distantes de todos iguais e belos. Sendo criadas as instituições direcionadas e que abarquem essas pessoas (FERNANDES et al., 2006).

Mas, é necessário enaltecer que a instituição, não é feita apenas de paredes e aparelhos, ela se torna concreta e funcional na medida em que existam pessoas inseridas nela e que as dirigem e trabalham. Essas mesmas pessoas, na maioria das vezes, comungam da mesma visão da sociedade, então dessa forma Moreira e Lisboa dizem que *“... o hospital esconde por detrás de sua fachada, as mesmas inseguranças, precariedades e medos encontrados na sociedade”* (2006, p. 6).

De acordo com Boemer (1986) as instituições de saúde, especialmente os setores cirúrgicos, têm como principal objetivo a cura e a manutenção da saúde, desta forma não é difícil perceber que esses locais não veem a morte com bons olhos, pois é como se este fato fosse de encontro a seus propósitos e assim tenta-se mascarar toda situação que a envolva, evidenciado nos procedimentos e atitudes presentes no pós-morte.

A instituição vê a morte como algo extremamente negativo, uma vez que seus ideais e toda sua estrutura que seria para alcançar o bem-estar e a reestruturação da vida é perdida com a ocorrência de uma morte. Neste contexto, quando ocorre um episódio, tenta-se a todo custo esconder e para isso utiliza-se de diversos rituais. Então, *“A própria palavra morte é evitada e diz-se que o paciente foi a óbito ou teve parada cardíaca”*... *“todos se concentram nas tarefas a serem realizadas de modo a afastar a morte de um mundo que ela ousou se fazer presente”* (BOEMER, 1986, p.

17).

Sabendo-se que a instituição busca a todo custo à manutenção da vida, promover e restabelecer o bem-estar, os profissionais que dela fazem parte também devem ser tratados adequadamente para que possam desempenhar suas funções normalmente e com qualidade. Ou seja, a prestação de serviços psicológicos que contemplem o autoconhecimento, ou até mesmo, a superação de vivências que possam vir a interferir no pleno desenvolvimento das atividades, são estratégias que visam a promoção desse bem-estar. Hoga confirma, dizendo:

“Tanto os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços existentes nas instituições, quanto os próprios profissionais são co-responsáveis pela busca e adoção de medidas que favoreçam a promoção do bem-estar físico e emocional de si mesmos e da equipe de profissionais, assim como do ambiente de trabalho” (2004, p.19).

Esses profissionais apresentam medos e ansiedades como todos. Sofrem influências de suas experiências de vida, de sua experiência profissional e de outros fatores que estão diretamente relacionados à sua vida atual e pregressa. A morte, portanto, faz parte desse arcabouço sentimental e de experiência de vida do profissional, influenciando de forma substancial a tomada de conduta.

O modelo de atendimento à saúde vigente no país e o qual vivenciamos, a avaliação do sofrimento alheio não é tão valorizado, o que vai de encontro ao curar a doença. De acordo com esse pensamento, aqueles pacientes que não podem ser curado vão se sentindo, cada vez, mais distantes da equipe de saúde, reafirmando a derrota de todos os participantes do processo. Porém, segundo Pessini “... *podemos implementar uma política de assistência e cuidado que honre a dignidade do ser humano doente*” (2002, p. 52).

Smeltzer e Bare complementam dizendo que:

“Os pacientes e as famílias que internalizam o significado de cuidado socialmente construído em segundo lugar podem temer que qualquer desvio dos objetos na direção do cuidado focalizado no conforto, resulte em falta de cuidados ou em cuidados de má qualidade, e que os médicos em que eles confiaram os abandonarão quando se retirarem da batalha pela cura” (2006, p. 396).

De acordo com Souza e Lemonica (2003) a qualidade da relação profissional-paciente é de extrema importância para que se possa promover a tomada de decisão que tendem a ser coerentes e a mais apropriada principalmente, no que tange aos cuidados paliativos.

O conhecimento do paciente e suas características próprias favorecem a penetração no mundo do paciente, fazendo com que haja um melhor direcionamento aos cuidados que deverão ser prestado. O estreitamento dos laços fica facilitado, gerando mais confiança nos profissionais e pacientes (HOGA, 2004), além de uma melhor interpenetração de sujeitos facilitando o conhecimento entre eles e promovendo um direcionamento assistencial nos reais pontos que dificultam o processo.

Embora, não havendo mais oportunidades de cura física a esses pacientes terminais, vale ressaltar que outros cuidados devem ser feitos para que alcance uma “cura” mais ampla, lembrando que mente, espírito e sociedade também fazem parte deste indivíduo e não apenas o corpo biológico.

A sensação de impotência desses profissionais de saúde é visível, por todas as questões levantadas anteriormente. O fracasso é percebido, não só nesses profissionais, mas em toda a equipe multiprofissional que tem responsabilidade pelo paciente, pois não sabem como lidar com situações que fogem ao alcance e que

não se podem levar as possibilidades e subsídios para o paciente em promover sua saúde e sua vida.

O suporte necessário para que se dê esse enfrentamento diante da morte se faz necessário desde o primeiro contato com o paciente nos cursos de graduação. Dessa forma, o aluno e futuro profissional terá uma visão mais ampliada e consciente de que a finitude pode estar presente em qualquer momento da vida.

Souza e Lemonica (2003) relatam que a subutilização dos conteúdos existentes nos cursos de graduação, traz dificuldades para o aluno quando este se depara com situações deste tipo, como as habilidades destinadas ao paciente terminal, o domínio psicológico, espiritual e sociológico. Enfatizando que a universidade não se preocupa com a formação humana de seus alunos, mas apenas com a transmissão de informações técnicas. Além de haver uma educação profissional deficitária, podemos dizer e enfatizar, também, que a própria educação familiar e social destinada a todos nós, não trata abertamente temas como a morte, fazendo com que se crie uma “fenda” na formação como cidadão.

Há um despreparo dos estudantes, onde não lhes é oferecido uma visão antropológica que contemple a filosofia dos cuidados paliativos encontrada nos casos em que não há mais técnicas e procedimentos a serem realizados. Tal modelo de ensino se limita a uma visão “... *reducionista do ser humano como um todo*” (PESSINI, 2002, p. 56).

Muitas vezes o conteúdo mais subjetivo que também deveria ser feito de forma mais presente fica restrita a experiências do próprio aluno, podendo ser boas ou ruins, o que irá interferir de forma drástica na maneira pelo qual o aluno reagirá quando se deparar com situações deste nível. Manissadijan e Okay ratificam estas

assertivas expressando que o conteúdo se restringe a fatores técnico-científicos, “... *julgando, de certo modo, implícita no aluno, competência ética e moral, mercê de sua vivência familiar, escolar e social prévias... e são influenciados por seus valores pessoais e motivações inconscientes*” (1986, p. 62). Uma consequência desse despreparo acadêmico se reflete no posicionamento do profissional e em suas escolhas como: “... *os médicos não aceitam facilmente a postura de intervir menos ou não intervir em relação ao paciente. É mais fácil intervir com suporte terapêutico agressivo e a tecnologia sofisticada e complexa*” (MANISSADIJAN; OKAY, 1986 p.64).

Também, Bernieri e Hirdes expressam que:

“A tendência, quando não sabemos enfrentar tal situação, é a de nos afastarmos dela, a fim de nos precavermos de sentimentos como o medo, a culpa e até mesmo a sensação de fracasso por não termos conseguido fazer mais nada para evitar tal desfecho” (2007, p. 94).

Estar, verdadeiramente, com o paciente neste momento, compartilhar informações e tomar decisões interdisciplinarmente, rever as reais necessidades do paciente, tentar minimizar a dor, são algumas formas de levar um cuidado mais humanizado e coerente para os pacientes terminais. Corroborando a afirmação acima, Souza e Lemonica dizem que: “... *possuir sensibilidade suficiente para atuar em conjunto, com liberdade, consciência e autonomia, pelo fim comum – bem-estar, conforto e cidadania, desde sempre e até o último momento*” (2003, p.95).

A morte, mesmo sendo considerada como um fenômeno da vida, sempre trouxe medos e se fez presente na vida das pessoas despertando um grande temor. Esse medo extremo está diretamente relacionado com a dificuldade em se lidar com a morte e se insere em crenças, valores, aspectos religiosos que o indivíduo carrega

consigo. Porém, essas dificuldades se expressam de forma mais consistente através da realidade em que o trabalhador se encontra (FERNANDES et al, 2001).

A equipe de enfermagem apresenta dificuldades em lidar com a terminalidade/morte. De acordo com Moreira e Lisboa (2006) esse fato se deve a existência de limitações encontradas na relação de profissionais e pacientes, além da ausência de espaço para que ocorram discussões e, conseqüentemente, a consolidação e entendimento dos sentimentos que emergem com as vivências individuais.

Estudo realizado Silva (2005) sobre a importância desta temática expressa que *“lidar com os sentimentos a respeito da morte, pelos profissionais é um sistema delicado e difícil de conduzir, o que não pode até não ser aceito pela consciência do profissional, mas que emerge de sua inconsciência e é evidenciado em seus atos”* (2005, p. 370).

Assim, as experiências profissionais anteriores, bem como as vivências pessoais, são fatores que estão intrínsecos e que, mesmo inconscientes, podem surgir mesmo que as negue. Como dizem Fernandes et al (2006, p.3) *“... a equipe de enfermagem não possui a concepção de que desde que um ser nasce ele é um ser para a morte, e, portanto, suficientemente velho para morrer”*. Corroborando, FERNANDES et al (2001) nos diz que o profissional, antes de tudo é um sujeito emergente inserido num contexto de relações sociais e que sua subjetividade está determinada pelas suas experiências históricas e socioculturais construindo, assim, sua história individual. Dessa forma, torna-se um desafio encontrar formas para se lidar de forma eficaz com a morte no ambiente de trabalho se adequando as necessidades de cada um.

Percebe-se que “... a equipe privilegia os aspectos factuais e funcionais do dia a dia, em detrimento dos existenciais, não valorizando a dimensão humana e singularidade do assistir o cliente/paciente em sua morte” (CASTRO, 2000, p. 1). Considerando a morte como uma fase de vida, esta precisa ser tratada da melhor maneira, pois a dignidade do ser humano não está presente apenas no pleno desenvolvimento de suas atividades quando este possui saúde, mas também quando o indivíduo não a possui.

Devem-se levantar questionamentos que fundamente na dialética morte/vida para que se possa enfrentar a realidade e encarar as respostas para saber-se lidar com a finitude (SPEZANI e CRUZ, 2000).

O processo cuidar envolve dois caminhos que se unem, sendo dois seres humanos que se relacionam: o primeiro que possui conhecimento técnico-científico e humanístico para que se efetive o cuidado e o segundo que está necessitando de ajuda de um profissional que é dotado de tais atributos (HOGA, 2004).

Neste contexto, Cezar-Vaz expressa que o cuidado de enfermagem constitui num ação terapêutica a fim de promover uma melhor qualidade de vida e a “... enfermagem tem um compromisso com a vida, através do cuidado da mesma” (2001, p. 96).

Sendo assim, o cuidar de um paciente cirúrgico nesse processo de morte pode se tornar algo muito impessoal, por trazer a tona fatos, lembranças, medos e fantasmas presentes em sua memória. Esse distanciamento não se deve ao fato, simplesmente de gerar conflitos e, talvez, proporcionar uma visão de futuro não tão agradável, mas é gerada como forma de proteção ao desconhecido ou de algo que não se deseja e que pode ser iminente, além de ser imposto culturalmente e

arraigado no nosso cotidiano influenciando inconscientemente nossas atitudes. O estado mental desses profissionais deve ser entendido e trabalhado para que todas essas formas de autodefesa sejam minimizadas, a fim de compreender o processo de forma natural, mas não banalizada (HOGA, 2004).

Neste sentido, o ensino de enfermagem deve contemplar assuntos que abordem essa temática, para que se tenha segurança e tranquilidade ao entrar-se em contato com esses pacientes específicos, uma vez que, na graduação não é ensinado a lutar a favor da vida, mas apenas a lutar contra a morte, seja ela como for. Moreira e Lisboa enfatizam que “... *não há uma discussão sobre como o profissional deve agir diante dos questionamentos feitos por pacientes e familiares*” (2006, p. 6).

Portanto, não se deve focar apenas a realização de procedimentos técnicos, mas também, e em alguns casos é fundamental, saber lidar com a complexidade do ser em todos os seus aspectos e singularidades, como descrevem Moreira e Lisboa que “o cuidado fica *restrito a técnicas a serem executadas visando o corpo do paciente, destituindo-o de toda uma singularidade intrapessoal*” (2006, p. 6). Com relação aos procedimentos técnicos, tão valorizados em nossa profissão, Kübler-Ross nos diz que:

“... o fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea, não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas...” (2005, p. 13).

A equipe de enfermagem, por não apresentar todo o subsídio teórico e a confiança necessária para que se possa ser útil e solidário em relação a esse

paciente terminal faz com que se promova um afastamento do mesmo, limitando-se a executar procedimentos técnicos e buscando não se envolver diante daquela situação, negligenciando seus fatores emocionais e psicológicos.

De acordo com Hoga (2004) o autoconhecimento do profissional encarando suas limitações e potencialidades faz com que ele exerça de forma holística o cuidado com o outro. Assim, como dizem Moreira e Lisboa (2006) se não enxergar no outro as suas possibilidades, inclusive à de morrer, e, também, se não nos percebermos dessa forma, não se conseguirá alcançar esse atendimento. Esse autoconhecimento faz com que os profissionais se tornem sensível, promovendo uma captação maior das necessidades subjetivas do paciente.

A própria limitação do profissional diante de uma situação conflituosa e sua consequente aceitação, permite que essa possa ser vencida, assim, podemos dizer que aceitaríamos as limitações daqueles que nos circundam transformando-se num processo permanente que de forma gradativa rompemos com os condicionamentos impostos por nós mesmos e pelo meio no qual estamos inseridos (SILVA, 2001).

A inexistência de avaliações de profissionais perante tal situação, além de não haver uma formação que contemple tal assunto de forma eficaz, não sendo muitas vezes abordado nos cursos de graduação, faz com que esses profissionais não saibam lidar com esse fato, se tornando totalmente desconhecido o que, conseqüentemente, promove um distanciamento de estudantes e profissionais do paciente. Esse distanciamento não ajuda na reflexão da morte e nem nos oferece os dados necessários para que haja um conhecimento amplo gerado através da vivência de tal situação. Assim, forma-se um círculo vicioso onde não há transformações efetivas que busquem o rompimento sequencial das ações

(BRETAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Atualmente, há uma sobrecarga de funções para o enfermeiro, o que dificulta o bom andamento das atividades diárias. Esse fato, não permite que o enfermeiro possa se dedicar aos pacientes e se distanciam cada vez mais do doente. Não há espaço para sentar e conversar, buscando informações sobre quais necessidades e desejos têm, mas o relacionamento se restringe, a saber se os procedimentos estão sendo corretamente executados, mais uma vez, se limitando ao corpo biológico, que às vezes é o que menos clama por atenção. Fato confirmado por Fernandes et al quando argumentam que:

“Tem-se que considerar a sobrecarga do enfermeiro (a), em relação ao seu trabalho, o que impede a visão de que este cuidar com respeito, perpassa o sentido da audição, no que tange ser capaz de ouvir, de prestar atenção às pessoas, de perceber o que pensam ou sentem” (2006, p.2).

Hoga (2004) recomenda que se deva considerar que a humanização da assistência dispendida aos pacientes está em uma relação direta com as condições de trabalho e de seu preparo adequado, no que tange a condições emocionais nas relações humanas, do conhecimento teórico e técnico das funções. E, de acordo com Boemer (1986), mesmo com a introdução de um lado mais humanista no curso de enfermagem com as disciplinas de ciências humanas, o fracasso é um sentimento bem presente no enfermeiro, pois há uma ruptura de um vínculo construído entre paciente-enfermeiro.

Nesse sentido, Ghezzi ratifica ao expressar que: “... *podemos ajudá-los a morrer, tentando ajudá-lo a viver, em vez de deixar que sobrevivam de forma tão desumana*” (1995, p. 89). E, também Trincaus e Corrêa corroboram expressando que “*Na busca pela atenção integral é primordial que a equipe de saúde fundamente*

suas ações em uma concepção ampliada de homem, na sua existência, reconhecendo o fenômeno morte como parte integrante da existência” (2007, p. 50).

Mesmo sabendo que há muita dificuldade de se lidar com a morte, é necessário que se façam estas reflexões acerca do assunto para que a equipe possa “... *avançar na compreensão das facetas do fenômeno morte, considerando que é uma ocorrência inerente do viver e do existir das pessoas” (CASTRO, 2000, p. 5).* É necessário muito mais do que um cuidado humanizado, é fundamental que possamos perceber que há um holismo peculiar e que está presente em cada ser humano (SILVA, 2005).

Segundo Silva (2001) a enfermagem juntamente com as demais profissionais de saúde e com a sociedade devem ter um compromisso com o movimento em favor da vida dentro de todas as formas de expressão e de complexidade, sendo necessário “...*que o cuidado encontre uma nova filosofia, para que possam favorecer o bem viver” (2001, p. 20).*

III – REFERENCIAL FILOSÓFICO

3.1 – Fenomenologia

As percepções e questionamentos direcionaram-se para uma pesquisa de natureza qualitativa cujo fenômeno é o desvelamento do significado da morte para a equipe de enfermagem que atua em um setor cirúrgico.

Levando em consideração o aspecto morte diante de nosso contexto cultural/social e todas as suas particularidades, tabus e sentimentos, aliado aos questionamentos deste estudo, acredita-se que a abordagem fenomenológica da pesquisa qualitativa ajustou com o presente objetivo pois a “fenomenologia permite mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos, que se expõem e se expressam por si mesmos” (CAÇADOR, 2008, p.37).

A pesquisa se embasou numa abordagem qualitativa, pois de acordo com Minayo “*é a mais adequada para uma análise minuciosa de objetos mais complexos que possuem um grande leque de causas e efeitos. Esta metodologia aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas*” (1996, p. 22). Acrescentando, pode-se dizer que esse tipo de pesquisa apresenta como característica a capacidade de promover um estudo mais fidedigno através de uma investigação que objetiva o universo das significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, importantes para a descrição e compreensão das situações (MINAYO, 2004).

Dessa forma, optou-se pela abordagem qualitativa fenomenológica, pois o objeto em questão é algo histórico/social que passa por intensas transformações

subjetivas no decorrer do tempo, apresentando ampla complexidade que só pode ser compreendida através da dimensão qualitativa.

A fenomenologia é um movimento da filosofia que surgiu com Edmund Husserl, no início do século XX vindo como oposição a corrente positivista tão difundida e sólida naquela época. Foi considerada como um “movimento” inicialmente e era compreendido como teoria da aparência e como sinônimo de uma falsa visão da realidade. A palavra "fenomenologia" deriva de duas expressões gregas: "phainomenon" (fenômeno) - que significa aquilo que se mostra por si mesmo, o manifesto; e "logos" - que tem o significado de discurso esclarecedor (SPINDOLA, 1997).

Assim, a fenomenologia podia ser considerada como um discurso esclarecedor daquilo que se mostra a si mesmo. Do verbo "phainesthai", assume a conotação de mostrar-se, desvelar-se. Fenômeno é considerado tudo o que se manifesta ou se desvela ao sujeito que o questiona. Edmund Husserl defende, com essa teoria, a construção de uma ciência que contemple as experiências vividas, o vivido. (SPINDOLA, 1997).

A fenomenologia é considerada como uma ciência rigorosa, descritiva, concreta que mostra o ser em si mesmo, além de se preocupar com o vivido desse ser. Assim, tem o intuito de compreender o homem em toda sua complexidade e singularidade existencial, inserido num contexto sociocultural (CAPALBO, 1994).

Sendo assim, consiste numa reflexão que leva em conta as possibilidades existentes e percebe as coisas como elas se manifestam tornando a investigação uma “volta as coisas mesmas”. Desta forma, o fenômeno em questão é descrito e não explicado independente de relações de causas e efeitos. A descrição é

realizada com total rigor para que a partir desta possa se encontrar o fenômeno (SPINDOLA, 1997).

Portanto, entende-se a fenomenologia como uma ciência voltada para as coisas vividas que estão inseridas numa realidade, o cotidiano. Trata de compreender o homem e suas experiências vividas em sua singularidade inserido no mundo. De acordo com Capalbo (1997) a atitude proveniente da fenomenologia é direcionada a desvelar as coisas em suas características próprias, apresentando suas peculiaridades emergindo daí à essência através de uma atitude de transparência dos fenômenos. Porém, para que essa essência possa ser desvelada é de fundamental importância que haja uma suspensão de toda e qualquer visão e pensamento anterior a determinada situação. O ser humano entendido por esse pensamento está inserido num contexto social, religioso e cultural, o que pode interferir em sua posição e sua visão de realidade, entendendo que um não coexiste sem o outro e que sua verdade também sofrerá influência de todos esses fatores.

Diante do exposto, estabelece-se uma atitude de acolhimento e entendimento mais aprimorado do outro, em que valores, opiniões, ilusões e ideias são melhor compreendidos através do colocar-se em seu lugar, para que se possa compreender suas expectativas e enxergar verdadeiramente o que o outro sente, pensa e como percebe o mundo.

A metodologia fenomenológica com sua tentativa de se aproximar mais da compreensão do outro vai ao encontro da tendência da enfermagem que busca o entendimento do ser como um todo através de sua complexidade. A assistência de enfermagem que se busca, atualmente, é centrada no ser humano inserido num contexto sociocultural e que, através dessa perspectiva, pode-se entender melhor

suas possibilidades de saúde e futuro.

A trajetória fenomenológica é essencialmente descritiva e busca chegar à essência de um fenômeno previamente interrogado com objetivo de compreendê-lo. É direcionada para os significados, ou seja, para as expressões utilizadas pelos sujeitos que vivenciam determinada experiência de acordo com suas percepções sobre aquilo que está sendo pesquisado.

A enfermagem quando interage com o ser-doente deve primar por uma assistência em que ações, valores, respeito e dignidade se torne essencial a fim de promover um zelo ao bem estar daqueles a quem o assiste. Dessa forma, a compreensão do ser como aquele inserido num contexto e que trás consigo uma imensidão de desejos, sentimentos e valores é necessário para que o cuidado vá ao encontro de uma assistência humanizada, não se restringindo a descrição de apenas um órgão ou um objeto qualquer.

Então, através da fenomenologia é possível entender a realidade do cuidado, o qual se configura como um fenômeno e se mostra em nossa experiência na enfermagem. Neste sentido, não significa *“pensar e falar sobre cuidado como objeto independente de nós, mas de pensar e falar a partir do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos”* (BOFF, 2004 p.89)

Na sociedade atual, a saúde e a doença não podem ser analisadas isoladamente da pessoa que concretamente está vivenciando tal fenômeno, mas como algo que interage entre si e se inter-relaciona. Há necessidade de uma abordagem que contemple esta totalidade existencial examinando a doença como é vivida pelo ser que adoece considerando as condições histórico, culturais, sociais e

subjetivas em que surgiu (SPINDOLA, 1997).

Por isso, essa abordagem metodológica fenomenológica se faz pertinente uma vez que a enfermagem envolvem pessoas e manifesta preocupação com as relações humanas que se mantêm entre eles e seu mundo de trabalho (CAÇADOR, 2008)

Tratar dessas questões relativas ao ser humano através do empirismo sem contextualização, subjetividade de quem o experencia, é tirar a autenticidade dos protagonistas em questão, tornando todos os atores do processos apenas como coadjuvantes no mundo. Dessa forma, haveria uma postura reducionista do fenômeno, impossibilitando que o mesmo seja visto diante de outras percepções, como se todas as possibilidades já tivessem se esgotado e nada mais haveria de ser desvelado.

A relação que deve ser estabelecida entre o pesquisador e o entrevistado não deve conter medo, mas cooperação. Não deve haver o mínimo indicio avaliativo e o sujeito também não deve se sentir questionado durante o processo, pois o intuito desde é de penetração do pesquisador no mundo vivido pelo sujeito. É necessário, portanto, que o sujeito fique bem a vontade durante o processo, para expor seus sentimentos e opiniões se colocando por inteiro diante dela.

Para que a pesquisa obtenha sucesso, torna-se necessário que haja uma construção de empatia, liberdade e diálogo, fatores estes que favoreçam a compreensão do vivido do sujeito ampliando o olhar direcionando, em fim, para o horizonte do pesquisado (CARVALHO & VALLE, 2002).

3.2 - O pensamento de Martin Heidegger

Martin Heidegger nasceu em setembro de 1889 numa pequena cidade alemã. Em 1915 aproximou-se de Husserl transformando-se em seu discípulo e dedicando-se a fenomenologia. A partir desse contato, desenvolveu um método próprio de interpretação e análise que tinha como objetivo a compreensão do Ser. “Ser e Tempo”, publicado em 1927, sua obra mais significativa, num primeiro momento, de difícil entendimento e apreensão, evidencia seus pensamentos e nos convida a refletir acerca de questionamentos complexos e profundos.

O conceito de Ser é indefinível e o mais universal do Homem, todos conseguem compreendê-lo sem quaisquer definições pois se torna evidente em si mesmo. Para tanto, este Ser apresenta obscuridades que se encobrem diante de sua complexidade, sendo necessário seu desvelamento (Heidegger, 2006).

Ente é considerado como tudo aquilo que existe ou ocupa lugar no mundo, uma árvore, uma cadeira, um homem, enfim, tudo aquilo que vemos, falamos e que há possibilidade de ser questionado. Porém, o homem não é considerado apenas como ente, pois é o único aberto ao ser, aquele que pode compreender o ser, sendo considerado como o “*Dasein*”, “o ser-aí” (Heidegger, 2006).

O *Dasein* (ser-aí) é o ser que todo mundo é, que se distingue dos outros entes e que tem a possibilidade de perguntar sobre o ser. (Almeida, 2009).

O modo de ser do ente é entendido como *pre-sença*, um ente privilegiado, não apenas um ente comum, uma vez que se difere através da característica de estabelecer uma relação com seu próprio ser. (Almeida, 2009).

Para Heidegger (2006) encontra-se as expressões ôntico e ontológico. É considerado como ôntico o objeto, coisas e entes dotados da pre-sença. Ontológico

é o ser do humano. A partir dessa distinção podemos questionar o ser e o sentido para compreender melhor aquilo que está obscuro para nós. (Salimena, 2007).

O sentido da *pre-sença* é demonstrado pela temporalidade. Heidegger (2006) mostra que o ser está preso ao tempo, sendo considerado como temporal, apresentando um caráter provisório diante de suas ações e relações. A temporalidade não é apenas aquela relacionada ao tempo do relógio, cronológico, indicando um movimento interno existente em cada ser diante de todas as possibilidades. O *ser-aí* é um *ser-de-possibilidades*, porém em sua abertura coloca em evidência essas possibilidades impressas em um contexto cronológico, definindo-o como um *ser para a morte*. A morte, portanto, é o limite de todas as possibilidades, o *ser-aí* teme o não-poder-mais-ser (Heidegger, 2006).

Kovács (2002) nos acrescenta que a morte é algo que faz parte do cotidiano e que se faz presente na morte dos outros e não na própria. A morte é "... a possibilidade mais peculiar, irrefutável e irrepresentável do ser-aí. Dentro de todas as minhas possibilidades, já está presente a absoluta impossibilidade, de não estar mais aí". (p. 147)

A cada escolha que fazemos, uma vez que somos ser-de-possibilidades, está decretada a morte da outra possibilidade que não fora escolhida. Diante dessa escolha temos a angústia de não poder usufruir todas as possibilidades de uma única vez, assim "O ser-aí morre cotidianamente todos os dias". (KOVÁCS, 2002, p.148)

Diante dessas assertivas acima, podemos dizer que, o ser-aí está diante das possibilidades no futuro que pode vir a ser e que também poderá não vir a ser, uma vez que está encoberto em todas as minhas possibilidades a de não estar mais aí

(KOVÁCS, 2002).

Enfim, todo ser-aí é um ser-para-a-morte (Heidegger, 2006). Quando pensamos que todo o ser-aí apresenta um universo de possibilidades, está ali incluso a possibilidade do fim. A morte então, seria a possibilidade da impossibilidade da existência e nos aproximamos dela quando pensamos antecipadamente na mesma o que surge uma sensação de ameaça e um sentimento de angústia diante dessa situação.

IV – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 – Fenomenologia como alternativa para investigação

Acredita-se que para sanar as inquietações referentes ao objetivo deste estudo em questão que se trata do desvelamento do significado da morte do paciente para os profissionais de enfermagem que atuam no setor cirúrgico optou-se pela descrição do vivido desses profissionais, através de seu modo de ser.

Assim, o desenrolar da pesquisa voltou-se para a abordagem qualitativa, pois esta contempla uma maior aproximação das questões vividas pelos profissionais, abarcando o pensar, o sentir e o agir (PALÚ et al, 2004).

Portanto, a pesquisa qualitativa segundo Minayo trata de uma investigação que:

“... além de uma prática, é também uma atitude de constante busca, definindo um processo intrinsecamente inacabado e permanente... é uma atividade de aproximação sucessiva de realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados” (MINAYO, 2004, p. 69).

Sendo assim, foi feita uma aproximação à abordagem fenomenológica uma vez que se tratou da descrição e compreensão do fenômeno e não apenas explicá-lo. Ao se voltar para as “coisas mesmas” e para o mundo vivido, busca-se achar a essência desse fenômeno, fazendo com que sujeito e mundo se tornassem inseparáveis um do outro (CARVALHO e VALLE, 2002).

Foi utilizado o referencial de Martin Heidegger (2006) para compreender a vivência desses profissionais de enfermagem que lidam com a morte inesperada de

um paciente que se encontra no setor cirúrgico. Assim, permitiu-se descrever o fenômeno gerado através dessa vivência para que possamos alcançar a sua essência.

Dessa forma, entende-se a fenomenologia como o estudo/ciência de um fenômeno, permitindo descrever, evidenciar, mostrar as facetas do mesmo proveniente de experiências, do vivido e que se expressam por si mesmo.

4.2 - Compreensão em Heidegger

Heidegger (2006) considera o humano como um ente que não é apenas um objeto, mas como um ser de possibilidades. Dessa forma podemos dizer que este ente apresenta uma visão de mundo e que se depara com inúmeras possibilidades, inclusive a de sua finitude (Heidegger, 2006).

A fenomenologia busca mostrar, evidenciar a essência de tais fenômenos e não tentar demonstrá-lo, pois ele, o fenômeno, encontra-se velado, podendo até ser esquecido (Heidegger, 2006).

Para que as facetas deste fenômeno possam ser desveladas e alcançar sua essência é necessário que o pesquisador possa se colocar de tal forma que esteja aberto as possibilidades, se ausentando de preconceitos, obtendo um olhar atento e acolhendo ideias e sentimentos para que esteja cada vez mais próximo da forma de ver do entrevistado a fim de proporcionar a melhor compreensão acerca do fenômeno (Heidegger, 2006).

Para Heidegger (2006, p. 204) *“compreender é o ser existencial do próprio poder-ser da pré-sença de tal maneira que, em si mesma, este ser abre e mostra a quantas anda seu próprio ser.”*

Essa compreensão, denominada de vaga e mediana, é nada mais nada menos do que o ente fala, pensa de determinado fato. Após essa compreensão da faceta do fenômeno que está velada é que o pesquisador entrará na fase de interpretação, considerada como última fase da pesquisa, alcançada com a hermenêutica (Heidegger, 2006).

Após essa descrição da compreensão e interpretação segundo Heidegger (2006), direcionei um olhar atento aos profissionais de enfermagem que atuam no setor cirúrgico, interrogando-os quanto a possibilidade de morte dos pacientes que estão sob seu cuidados, seus sentimentos, posturas e opiniões.

4.3 - Cenário

Utilizou-se como cenário o Setor de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). O HU/UFJF é considerado um centro de referência destinado ao atendimento de pacientes integrados na rede SUS, possuindo uma área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio de Janeiro.

O Hospital Universitário desenvolve, há mais de 40 anos, um trabalho de excelência na área de saúde, em níveis primário, secundário e terciário, conjugando atividades de ensino, pesquisa e extensão. A preparação de seus profissionais, tanto no nível de Graduação quanto de Pós-graduação em diversas áreas da saúde, está intrinsecamente ligada ao atendimento humanizado à população, além proporcionar a construção de um conhecimento direcionado ao segmento da saúde.

Programas e Projetos de Extensão destinados à comunidade e as pesquisas científicas desenvolvidas nas áreas correlatas, fazem com que o HU se torne um

referencial pedagógico e de assistência hospitalar (ambulatorial e cirúrgico). A implementação de novas tecnologias, através de equipamentos de diagnóstico e terapêuticos de última geração dão suporte à filosofia do Hospital: “ensinar e atender com qualidade”.

A equipe multiprofissional é composta por mais de 800 pessoas, entre docentes (232), pessoal técnico-administrativo (468), residentes (103), além de voluntários, imbuídos no programa de acolhimento integrado, voltado para o paciente e para as famílias.

O Hospital Universitário disponibiliza uma capacidade instalada e ocupacional de 140 leitos, 16 leitos de Hospital Dia, salas de Ambulatório nas diversas especialidades, boxes para acolhimento integrado, consultório de Odontologia hospitalar, 02 Centros Cirúrgicos (sendo 04 salas de grandes cirurgias e 04 salas de pequenas e médias), perfazendo uma média de 7.500 consultas/mês e 294 internações/mês (Hospital Universitário).

4.4 - Sujeitos

Foram sujeitos do estudo 10 profissionais da Equipe de Enfermagem, de ambos os sexos e que atuam nesta unidade há mais de 06 meses e excluídos da pesquisa os profissionais que não atenderam aos critérios de inclusão. Inicialmente foram escolhidos para a pesquisa 16 sujeitos como consta no projeto enviado para o Comitê de Ética, porém a partir da 9ª entrevista percebeu-se que havia repetição nas falas, sendo concluído o estudo com 10 entrevistas.

Valeu-se da técnica de entrevista aberta, pautada no referencial de Carvalho (1991) que nos evidencia o modo de adentrar na verdade, sem quaisquer tipos de

preconceitos ou falseamento. Tentou-se estabelecer uma relação empática com a intenção de formar um clima descontraído, possibilitando o diálogo tal com é preconizado por essa autora.

Antes de proceder à coleta dos depoimentos, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário de Juiz de Fora com o parecer nº 288/2010 (Anexo I). Após essa aprovação do projeto, foi feito contato com os depoentes, explicado a cada um dos participantes a pretensão desta pesquisa e oferecido à plena liberdade de participação ou recusa. Também foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) e solicitado sua assinatura. Bem como, explicado seu conteúdo, atendendo a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Utilizou-se este termo de consentimento elaborado em duas vias (uma para a pesquisadora e a outra para o sujeito), através de formulário próprio, sendo-lhes assegurado o anonimato.

As entrevistas foram agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, garantindo-lhes o direito de se retirarem do estudo em qualquer época ou estágio do trabalho que estava se desenvolvendo, assim como o ressarcimento de quaisquer danos que acontecessem.

Após a explicação desta investigação, sua importância e com anuência dos entrevistados, então, foram todos os profissionais de enfermagem convidados a serem sujeitos desta pesquisa e tiveram a liberdade de escolher seus pseudônimos, de acordo com o seu gênero e os mesmos estão identificados com o nome subscritos. A pesquisa apresentou as seguintes questões norteadoras: Como você se sente frente à possibilidade de morte do(s) paciente(s) que está sob seus

cuidados?

Os depoimentos foram gravados em mp4 e transcritos posteriormente pela própria pesquisadora, sendo realizadas 10 entrevistas. Também, durante a realização das entrevistas, observamos a fala não verbal dos depoentes, expressa em gestos ou outras manifestações, registrando em diário de campo logo após. Pois, conforme Minayo (2004) este é essencial no desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, visto que se torna uma fonte enriquecedora para a mesma.

Os depoentes pertencentes à equipe de Enfermagem, englobam enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. São pertencentes ao sexo feminino e masculino. Apresentam de 6 meses a 30 anos de formação na área de enfermagem. Atuam no turno diurno e noturno.

V – ANÁLISE COMPREENSIVA

5.1 – As estruturas essenciais

Para que pudesse dar prosseguimento ao estudo, foi percebido muitos momentos singulares e especiais, tanto no que se refere a vida profissional quanto a pessoal. A partir daí, reflexões tomaram conta dos pensamentos e foi necessário despir dos pré-julgamentos para que pudesse promover o envolvimento adequado com as entrevistas.

As concepções e preconceitos tiveram que ser postos de lado, para que pudesse encontrar “as coisas mesmas”, com o fenômeno, e finalmente avançar no desvelar da morte do paciente cirúrgico.

Os depoentes foram receptivos para marcar as entrevistas, permitindo o conhecimento e a descoberta tanto de pessoas quanto de pensamentos acerca do tema permitindo o desvelamento de facetas que no cotidiano não apareciam.

Para efetivar as entrevistas, foi introduzido novamente o tema e a questão norteadora: como você se sente frente à possibilidade de morte do(s) paciente(s) que está sob seus cuidados? O fato de haver gravação das falas, intimidou alguns depoentes, porém todas as falas ditas posteriormente, com o gravador desligados também foram consideradas, além de suas posições e linguagem não-verbal, tal como estranheza e desconforto ao discursar sobre o tema, anotadas devidamente num diário de campo.

Ocorreu, posteriormente a transcrição das entrevistas e a partir daí uma leitura flutuante das mesmas a fim de extrair as estruturas mais relevantes,

essenciais para o tema em discussão.

5.2 - Compreensão vaga e mediana – 1º momento metódico

A partir da redução dos pressupostos e preconceitos, da leitura intensiva das entrevistas, identificação das estruturas essenciais e das Unidades de Significado, pude realizar a compreensão vaga e mediana.

Inicialmente me deparei com 6 significados presentes nas falas dos depoentes que estavam relacionados com a questão norteadora: **Morte e a tristeza**; **Morte e o profissionalismo**; **Impotência diante da morte**; **Morte como processo natural**; **Morte e o fim do sofrimento**; Religião como suporte.

Posteriormente, com intensa leitura e buscando um aprofundamento maior nas mesmas, pude reestruturar os significados e agrupá-los em Unidades de Significação.

5.2.1 – Unidades de Significação

1. **A tristeza, o sentimento de perda e derrota e a impotência diante da morte é bem presente na experiência da equipe de enfermagem cirúrgica.**

“!Num primeiro momento eu fico assim chateada, eu tenho um sentimento de derrota, eu penso assim que o meu serviço não valeu a pena, a gente luta luta e no final perde o paciente... tenho um sentimento de perda...” E Flor

“Bem ...é... ah... é muito difícil lidar diretamente com a morte, mas... no início foi muito difícil pra mim eu ficava muito fragilizada, chorei muito...” E Mariazinha

“O sentimento que eu sinto é um sentimento de impotência, o que a gente pode fazer não é o suficiente pra manter ele vivo, então assim, a gente fica triste, fica com um sentimento de incapacidade, mas não tem o que fazer...” E Cristiane

“Assim, por um lado eu sinto assim, como se eu não tivesse feito muita coisa pra poder ajudar, sabe...assim, tem uma pessoa que tem risco de morte, eu pensaria que seria sempre tem alguma coisa pra poder ser feita né... e a morte é a última coisa que eu pensaria que acontecesse com outra pessoa... fico triste né, porque tem casos aí que aconteceu aqui, paciente foi a óbito e fiquei bastante triste...” E Patrícia

“...então quando o paciente acontece esse segundo passo, que eu acho que faltou que eu sinto que faltou um investimento que faltou um conhecimento profissional eu fico meio triste, eu fico muito triste...” E Azaléia

“Eu me sinto quase que terminal também, é difícil, não é compreensível pra mim, mesmo sendo um paciente que eu lido só com ele assim... mas pra mim é como se fosse uma pessoa querida, então, não tem como eu me sinto como se fosse da família dele... me sinto fragilizada por demais, entendeu...” E Esperança

“...a sensação é de impotência e você, as vezes dá vontade de fugir porque é muito difícil de chegar perto do paciente e falar algo que seja positivo quando você sabe que o quadro é muito reservado, o prognóstico é... ruim... então a sensação de impotência é uma das piores sensações que eu tenho diante do meu trabalho diante de lidar com esse tipo de paciente porque eu sei que por mais que eu faça... é... torna-se muito difícil chegar perto do paciente com a cara

limpa.... ... tava muito difícil, eu sentia vontade de chorar, não gosto nem de lembrar quando eu lembro do paciente...” E Fátima

“Me sinto assim angustiada pela pessoa estar passando o que está passando, não pela morte em si, mas pelo sofrimento que vem antes da morte da pessoa...” E Josefina

2) **A morte é vista como um processo natural, como o fim do sofrimento aliado ao sentimento de dever cumprido.**

“Bom, assim eu procuro tornar os últimos dias do paciente de uma forma que ele tenha um sofrimento menor, entendeu,... então todo o cuidado tanto o meu quanto o das equipe eu procuro direcionar pra diminuir o sofrimento do paciente..” E Felipe

“...é um sentimento de ... que eu fiz o que pude fazer... dentro da minha possibilidade, da minha limitação eu fiz o que eu pude fazer... só que tem coisas que vão além né da nossa possibilidade, do nosso conhecimento humano.” E Flor

“Primeiro você tem a dor de uma perda mas você acaba vendo que o sofrimento daquela pessoa ali tá tão intenso, o sofrimento tá tão grande que você começa a pensar que a melhor saída mesmo... é a morte pra ela...” E Mariazinha

“... aí o sentimento que eu tenho é que... desejando que se realmente for a hora dele que ele esteja menos... acabar com aquele sofrimento que ele esteja sentindo..” E Mano

“Olha, existem dois sentimentos, primeiro, quando o paciente está perante, diante dessa circunstância e é um paciente que a gente vê que evoluiu gradativamente, que tudo foi investido, que tudo foi

realizado, mas nós tivemos êxito, pra mim é só uma questão de ordem natural das coisas, tá entendendo... eu não deixo me abalar muito não... (...) se é a hora de partir eu não esquento não eu faço minha oração pra ele, preparo o corpo encaminho pro necrotério e eu fico com a consciência tranquila.” E Azaléia

“...em alguns casos a gente tem certo alívio e tem pessoa que rege de uma forma tão diferente, tão sereno diante da morte que também passa aquela tranquilidade pra gente, assim, né.... agora quando o sofrimento é muito grande, esse mexe mais comigo, não pela morte, pelo final, mas pelo sofrimento, não pela morte em si, mas pelo sofrimento...”

E Josefina

3) **A crença e a religiosidade auxiliam na experiência com a morte dos pacientes cirúrgicos.**

“... que aonde ele tiver que ir perto de Deus, que ele tenha uma vida melhor, eu penso assim, sinceramente.” E Mano

“... eu não sei se é por causa da minha da minha crença que eu tenho da minha crença religiosa, nesse ponto eu trabalho muito bem...” E Azaléia

Dessas estruturas essenciais identificadas e reunidas em Unidades de Significado foi percebido como o profissional de enfermagem sente diante da possibilidade da morte do paciente cirúrgico que está sob seus cuidados.

A equipe de enfermagem que atua no setor cirúrgico, ao falar da possibilidade de morte do paciente que está sob seus cuidados demonstra dificuldades, inquietude e falta de apropriação inicial com o tema, gerando uma gama de situações como incômodo físico e faces de constrangimento.

Descrevem toda a dificuldade em lidar com o tema relatando seus sentimentos de pesar, de dor e tristeza evidenciado e corroborado por suas atitudes não-verbais. Fato este percebido com as falas que demonstram ainda o sentimento de incapacidade, uma vez que esses profissionais oferecem uma qualidade de assistência de qualidade, atendendo o paciente em suas necessidades buscando de qualquer forma sua reabilitação e a morte os alcança levando toda essa esperança, fazendo que os profissionais de enfermagem tenham bem próximo o sentimento de impotência diante do fato.

O sofrimento advindo de situações difíceis de adoecimento também está bem presente. Os profissionais vivenciam esse sofrimento, uma vez que estão bem perto do mesmo. Assim, quando percebem que aquele sofrimento chegou num ponto crítico e que o tratamento não está tendo uma boa resposta, sofrem juntamente com o paciente e admitem que se a morte estivesse presente seria uma melhor solução.

Algumas vezes, a morte é encarada como um processo natural da vida quando visto como um desenrolar do processo de saúde-doença e que o mesmo se direcionará para o fim. Dessa forma, há uma naturalidade maior ao se lidar com a morte, o que não isenta a presença de sentimentos no processo, porém o mesmo é encarado com maior serenidade.

A sensação de dever cumprido também está presente, levando em consideração que todas as atitudes que deveriam ser tomadas o foram, e assim, é

geradora desse sentimento, o que trás mais tranqüilidade ao processo.

O ato da morte simplesmente não é capaz de gerar tantos sentimentos, transtornos e reflexões. Todo o seu contexto, como sofrimento, vivências é que fazem dessa situação tão conflituosa e percebida como algo aterrorizante.

A crença em algo superior e o apoio da religiosidade atua diretamente na forma de enfrentamento da morte e das atitudes/ações a serem tomadas. Esse acreditar em algo maior faz com que todo aquele sentimento e tristeza tenha um sentido e o sofrimento tenha um fim a medida em que o paciente esteja melhor amparado em outras circunstâncias.

5.2.2 - Fio condutor da interpretação

A partir de um ir e vir de significados, sensações e conceitos acerca da morte podemos dizer que retiramos das falas dos depoentes o que é ocasional (ôntico) daquilo que é essencial (ontológico).

Dessa forma, o significado da morte para a equipe de enfermagem que tem a possibilidade de morte de um paciente que está sob seus cuidados transita pelo fio condutor descrito abaixo:

- A tristeza, o sentimento de perda e derrota e a impotência diante da morte é bem presente.
- A morte é um processo natural como o fim do sofrimento aliado ao sentimento de dever cumprido.
- A crença e a religiosidade auxiliam na experiência com a morte dos pacientes cirúrgicos.

5.3– Compreensão interpretativa – 2º momento metódico

Diante do processo envolvente e estrutural do primeiro momento metódico que é a compreensão vaga e mediana, tornou-se possível compreender a morte sob o olhar da equipe de enfermagem atuante no setor cirúrgico. Dessa forma, passamos para o segundo momento metódico que consiste numa compreensão interpretativa denominada de hermenêutica a fim de que possamos desvelar do sentido velado do significado da morte para essa equipe.

Heidegger (2006) nos diz que apenas é possível interpretar um conceito de ser a partir da compreensão de um fenômeno proveniente do vivido de um ser.

O conceito extraído de ser, proveniente do vivido da morte da equipe de enfermagem cirúrgica demonstra a tristeza, o sentimento de perda e derrota e a impotência diante da morte está bem presente; a morte é vista como um processo natural como o fim do sofrimento aliado ao sentimento de dever cumprido; a crença e a religiosidade auxiliam na vivência da morte.

O clareamento do conceito de ser para se proceder a análise interpretativa emergiu das Unidades de Significado e da Compreensão vaga e mediana. O movimento do ser está presente, uma vez que se evidencia o movimento do ser-aí relacionado diretamente com a finitude. A partir desse vivido dos sujeitos demonstra o ser-aí como um ser-de-possibilidades (HEIDGGER, 2006).

A hermenêutica do estudo está fundamentada no referencial teórico-filosófico de Martin Heidegger (2006) indo ao encontro do objeto e objetivo da pesquisa.

Extraindo a singularidade do ser desses sujeitos, compreendi que este modo de ser se torna semelhante ao ser dos entes presente no cotidiano que se evidencia num movimento ôntico/ontológico. Ente consiste em toda forma de como falamos,

vemos, enxergamos o mundo, enfim é ser como somos (HEIDGGER, 2006). Assim, a partir da compreensão vaga e mediana, diante de falas/expressões dos depoentes encarados como entes expressam seu significado da morte.

A tristeza, o sentimento de perda e derrota e a impotência diante da morte é bem presente na experiência da equipe de enfermagem cirúrgica.

Quando a morte se faz presente num paciente cirúrgico, a equipe como um todo se abala levando a diversas reflexões inclusive de sua própria morte que passa a ser vista como algo possível e concreto. Todos os esforços são direcionados a cura e reabilitação do paciente e a morte vem num caminho oposto ao que é esperado trazendo consigo inúmeros sentimentos como a tristeza.

Nascimento et al expressam que: *“O profissional de saúde, por não ser indiferente a essa condição, experencia sentimentos, tais como tristeza...”* (2006, p. 5), corroborando com as falas dos depoentes deste estudo.

Heidegger (2006) nos diz que todo ser-aí, é um ser-de-possibilidades e que também é um ser-para-a-morte, refletindo que a morte está presente na vida dos seres como algo extremamente possível de se concretizar.

Para Heidegger (2006, p. 313) *“ a morte se desvela como perda e, mais do que isso, como aquela perda experimentada pelos que ficam. Ao sofrer a perda, não se tem acesso à perda ontológica como tal, sofrida por quem morre. Em sentido genuíno, estamos apenas junto.”* Acrescentando ainda que:

“... a morte dos outros, porém, torna-se mais penetrante, pois o findar da presença e objetivamente acessível. Sendo essencialmente ser-com os outros, a presença pode obter uma experiência da morte. Esse dado objetivo da morte também deverá possibilitar uma delimitação ontológica da totalidade da presença.” (2006, p. 311).

Sendo assim, se mostra como Heidegger (1993, p. 19) apresenta que “a gente não vive a própria morte, mas se vive e sofre com a morte do outro”. Então, encontramos em nossos depoentes a expressão de sofrimento intenso, de tristeza e de derrota, mas com possibilidades de enfrentar desafios.

A morte é vista como um processo natural, como o fim do sofrimento aliado ao sentimento de dever cumprido. Heidegger nos apresenta a dimensão da morte considerando que “esta é uma verdade fundamental do ser-aí, pois este é um ser para a morte”. E, que “de todas as possibilidades que se abre para o ser, a morte é a mais própria, a mais irremissível e como tal, indeterminada e insuperável do ser-aí” (1993,p. 47).

Neste sentido, A morte também é vista como um processo natural, consequência da vida e que precisa ser encarada de forma tranquila e serena, principalmente quando o profissional de enfermagem tem a percepção de que todos os esforços que foram realizados e que todas as tentativas de mantê-lo vivo foram feitas porém não obtiveram sucesso.

Assim, todo o sentimento de dever cumprido aliado a cessação do sofrimento do paciente e de familiares culminam num desfecho natural do processo viver.

Spezani e Cruz nos dizem que “*A morte de uma forma geral é a única certeza da vida, uma vez que se constitui no ponto crucial de sua existência*” (2000, p. 3). E, Heidegger expressa que:

“... da mesma forma que a presença, enquanto é, constantemente já é o seu ainda-não, ela também é o seu fim. O findar implicado na morte não significa o ser e estar-no-fim da presença, mas o seu ser-para-o-fim. A morte é um modo de ser que a presença assume no momento que é. Para morrer basta estar vivo.” (2006, p. 320).

Segundo Heidegger, o ser-aí experiencia a morte do outro em seu cotidiano, estando na inautenticidade, na impessoalidade e na impropriedade. Portanto, o ser autêntico questiona sua condição existencial de ser-para-a-morte e busca a compreensão ontológica de sua finitude.

A crença e a religiosidade auxiliam na experiência com a morte dos pacientes cirúrgicos. A religião sem quaisquer distinção e a crença em algo superior auxiliam de forma positiva o lidar com a morte, fazendo com esse vivido possa se tornam algo mais sutil e mais suave sem eliminar a dureza de se vivenciar uma morte.

Fernandes et al (2006, p. 4), nos confirmam este pensar quando dizem que: *“Ao lado da busca de uma explicação causal... percebe-se um componente religioso relacionado ao alívio da dor...”*. Também Bretas, Oliveira e Yamaguti corroboram dizendo que *“... a fé religiosa influencia na capacidade de enfrentamento de situações envolvendo a morte e o morrer...”* (2006, p. 483).

Sendo assim, o ser-aí procura ser-com-o-outro e encontra num Ser Supremo o apoio para o seu cotidiano e obter suporte emocional para o seu dia-a-dia. Nesse sentido, Heidegger (1993, p. 19) coloca que “o relacionar-se com alguém, com o outro numa maneira envolvente e significativa, é solicitude (...) que implica nas características básicas e ter consideração” e então encontra-se uma co-existência autêntica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratou-se nesse estudo buscar desvelar o significado da morte do paciente para os profissionais da equipe de enfermagem do setor cirúrgico, evidenciando os sentimentos envolvidos no processo de morte deste paciente.

A morte é um desafio para todos os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na área cirúrgica, uma vez que neste local busca-se a cura ou reabilitação do indivíduo e não se espera sua morte e todos os esforços são destinados a propiciar a vida.

A equipe de enfermagem tem papel crucial nos cuidados prestados a esses pacientes, fazendo com que o mesmo tenha a melhor assistência possível diante de uma situação de morte.

Neste estudo algumas facetas do fenômeno morte foram desveladas e enfatizadas durante os depoimentos nas entrevistas realizadas. Foram destacadas a tristeza, o sentimento de perda, a impotência, o sentimento de dever cumprido, o alívio do sofrimento e a religiosidade como forma amenizadora do processo.

Acredita-se que o tema morte e o morrer deve ser contemplado de forma mais substancial nos currículos acadêmicos, para que a prática assistencial seja mais embasada, levando ao paciente um cuidado mais acolhedor e seguro e uma assistência ao profissional que se depara nessa situação cotidianamente.

Percebe-se que se faz necessário o preparo dos profissionais de enfermagem para que estes possam humanizar o cuidado de quem vivencia o processo da morte e frente a este saber conhecer o paciente como um ser humano que se encontra

neste processo, compreendendo as múltiplas experiências e seu vivido neste momento crucial.

Assim, espera-se que este estudo possa gerar inúmeras reflexões e que nós profissionais de saúde possamos transformar tal situação, fazendo que todos os envolvidos no processo possam vivenciá-la da melhor maneira possível, pois a máquina não substitui a essência humana e, portanto, temos que resgatar o sentido do fazer para desvelarmos o sentido do ser e compreender o significado do morrer.

Houve a intenção de contribuir para a qualidade da assistência ao paciente e sua família frente a possibilidade de agravamento de sua condição de saúde.

Enfim, a morte como sendo um evento natural e inevitável, ainda que uma certeza da vida, consiste num tema de difícil abordagem e de relevância para os profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho. Muitas vezes por não ser um tema extensamente discutido e difundido, há um reducionismo de sua compreensão.

Considera-se que somente quando os profissionais que atuam na área de saúde compreender a morte como parte da existência é que poderão estar realmente com o paciente não se antepondo à morte como desafio à vida, mas como parte fundamental e integrante da mesma.

Referências:

ALMEIDA, I.S. **O SER-CASAL-ADOLESCENTE-NO-VIVIDO-DE-GESTAR-PARIR-E-NUTRIR: uma abordagem existencial como possibilidade para a Enfermagem 2009. 209p.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ARIÉS, P. **História da morte no Ocidente.** Rio de Janeiro, RJ: Ediouro Publicações; 2001

BELLATO, Roseney.; CARVALHO, Emília de Campos.. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, Janeiro, 2005.

BERNIERI, Jamine; HIRDES, Alice. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Revista Texto Contexto**, Florianópolis, v.16. n.1, p.89-96, jan-mar, 2007.

BOEMER, Magali R. **A morte e o morrer.** São Paulo: Cortez, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96.** Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília; 1996.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de.; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre a morte e o morrer. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.477-483, 2006.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis, RJ: Vozes; 2004

CAÇADOR, B. S. **Enfermagem compreendendo a dimensão espiritual/religiosa de mulheres em pré-operatório de cirurgia ginecológica.** 2008. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora.

CAPALBO, C. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. **Rev.Enf.UERJ**, v.2, n.1, p.70-6, 1994.

_____. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev.Enf. UERJ**, v.2, n.2, p.192-7, 1994.

CARVALHO, A. S.. **Metodologia da Entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.93

CARVALHO, M. D. B., VALLE, E. R. M. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem, **Maringá**, v. 24, n. 3, p. 843-847, 2002

CASTRO, Maria Telles de. **Diante da morte**: uma análise compreensiva do cotidiano das(os) enfermeiras(os) e suas equipes em uma unidade de emergência.2000. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,2000.

CEZAR-VAZ, M.R. et al. A certeza incerta da morte e as suas metáforas na situação de acometimento de AIDS-tuberculose. **Revista Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis. v.10, n. 03, p. 82-100, set/dez 2001.

CHISTOFORO, B. E. B.; ZAGONEL, I. P. S.; CARVALHO, D. S. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Rev. Cogitare enferm**. Curitiba; 2006, vol.11, no.1; p.55-60. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo>

CORDEIRO, A. L. A. O. et al. Apoio psicológico ao paciente – uma prioridade da assistência de enfermagem. **Rev.. Baiana de Enfermagem**, 2(1): 119-135, jun. 1986

FERNANDES, Maria Edilene Nunes; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; ALBUQUERQUE, Ana Lúcia Pereira de; MOTA, Maria Ludermiller Sabóia. A morte em unidade de terapia intensiva: percepções do enfermeiro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.7. n.1, abril, 2006.

FERNANDES, J. D. Et al. De portas fechadas com a morte. **Revista Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis. v.10, n. 03, p. 39-59, set/dez 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1995

GHEZZI, Maria Ines Leal. **Convivendo com o ser morrendo**. Porto Alegre: Sagra: DC Luzzato, 1995.

GIACOIA, Oswaldo. A visão da morte ao longo do tempo. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v.38, n.1, p. 13-19, 2005.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**; Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. **Ser e Tempo**; Petrópolis: Vozes, 2006.

HOGA, Luiza Akiko Komura. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.38, n.1, p.13-20, 2004.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Juiz de Fora, 2010. Disponível em <<http://www.hu.ufjf.br>> Acesso em 20 de setembro de 2010.

KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo Editora, 2002.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LUNARDI FILHO, W.D. Et al. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. **Revista Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.03, p. 60-81, set/dez 2001

MANISSADIJAN, Antranik; OKAY, Yassuhiko. Aspectos éticos do tratamento de pacientes gravemente enfermos e medicamente desenganados. **Revista Pediatria**, São Paulo, v.8, n.1, p.62-65, 1986.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4a ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

MORAES, L. O., PENICHE, A. C. G., Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais, **Rev Esc Enferm USP** 2003; 37(3):54-62

MOREIRA, Almir da Costa; LISBOA, Márcia Tereza Luz. A morte entre o público e o privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14. n.3, setembro, 2006.

NASCIMENTO, Carlos Alberto Domingues do; SILVA, Andréia de Brito; SILVA, Mineya Cabral da; PEREIRA, Manoel Henrique de Miranda. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. **Revista Rene**, Fortaleza, v.7, n.1, abril, 2006.

PALÚ, Ligia Aparecida; LABRINICI, Liliana Maria; ALBINI, Leomar. **A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**. 2004. 41p. Monografia. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná

PEDROLO, F. T. et al. A experiência de cuidar do paciente cirúrgico: as percepções dos alunos de um curso de graduação em enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n. 1, p. 35-40, mar. 2001

PESSINI, Leonardo. **Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar**. 2002. Disponível em <[http:// www.portalmédico.org.br](http://www.portalmédico.org.br)> Acesso em 01 de Agosto de 2007

REZENDE, Maristela Soares; KEGLER, André Luiz; GOMES, Diana. Morte: uma certeza afligindo profissionais de enfermagem, familiares e pacientes. **Revista Técnica-Científica Enfermagem**, v.2, n.9, p.182-185, 2004.

SALIMENA, Anna Maria. O. **O cotidiano da mulher após a histerectomia à luz do pensamento de Martin Heidegger** 2007. 137p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, Jorge Luiz Lima. A importância do estudo da morte para profissionais de saúde. **Revista Técnica-Científica Enfermagem**, v.3, n.13, p.363-374, 2005.

SILVA, A.L., Morte-Renascimento: foco do cuidado transdimensional. **Revista Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.03,p. 11-24, set/dez 2001.

SMELTZER E BARE. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Vol.1;10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, Maria Tereza de Moraes; LEMONICA, Lino. **Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida**. 2003. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br>.> Acesso em 01 de Agosto de 2007.

SPEZANI, René; CRUZ, Isabel. **Produção Científica em enfermagem sobre ansiedade e morte: implicações para o enfermeiro de terapia intensiva**. 2000. Disponível em <[http:// www.uff.br/nepae/ansiedadeemorte.doc](http://www.uff.br/nepae/ansiedadeemorte.doc).> Acesso em 15 de Julho de 2007

SPINDOLA,T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Rev.Esc.Enf.USP.**, v.31, n.3, p.403-9, dez. 1997.

TRINCAUS, Maria Regiane; CORRÊA, Adriana Katia. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.41,n.1, p.44-51, 2007.

VASCONCELOS, E. M. A. **Espiritualidade no Trabalho em Saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU/UFJF

**Parecer nº 288/2010**

Protocolo CEP-HU/UFJF: 124-420-2010 **FR:** 385929 **CAAE:** 0100.0.420.000-10

Projeto de Pesquisa: Desvelando a morte no olhar da equipe de enfermagem.

Versão do Protocolo: 10/11/2010

Grupo: III

Pesquisador Responsável: Gisele da Cruz Ferreira

Pesquisadores Participantes: Anna Maria de Oliveira Salimena

Instituição: Unidade de Pós-operatório do Hospital Universitário da UFJF

Sumário/comentários do protocolo:

Justificativa: Os autores destacam que diante de muitas inquietações sobre a finitude/terminalidade/morte surgiu a necessidade de desenvolver um estudo sobre o significado para os membros da equipe de enfermagem da possibilidade da terminalidade/morte do paciente.

Objetivos: Desvelar o significado da terminalidade/morte do paciente para os profissionais da equipe de enfermagem e conhecer os mecanismos utilizados pelos profissionais da equipe de enfermagem para lidar com a possibilidade da terminalidade/morte em seu cotidiano.

Metodologia: Estudo com metodologia de natureza qualitativa, que esta contempla a aproximação de questões vividas pelos sujeitos, abarcando o pensar, o sentir e o agir, que terá como cenário a Unidade de Pós-operatória, unidade semi-fechada, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF).

Revisão e referências: atualizadas, sustentam os objetivos do estudo.

Critérios de participação: 16 profissionais da Equipe de Enfermagem de ambos os sexos e que atuam nesta unidade há mais de 06 meses.

Crítérios de exclusão: Profissionais que não preenchem os critérios de inclusão.

Orçamento: De responsabilidade do pesquisador.

Cronograma: prevê coleta de dados posterior à aprovação do CEP.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
RUA CATULO BREVIGLIEI S/Nº - B. SANTA CATARINA
36036-110- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL - Fone: 40095205
www.cep.hu.ufjf.br - cep.hu@ufjf.edu.br

Prof.ª *Angela Maria Gardner*
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: O TCLE está em linguagem clara para compreensão dos participantes do estudo.

Pesquisador: Apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Situação: Projeto Aprovado.

Juiz de Fora, 24 de janeiro de 2011.


Prof.ª Dra. Angela Maria Góller
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR: PPG – Mestrado em Enfermagem/ UFJF

Pesquisador Responsável: Gisele da Cruz Ferreira
Endereço: Rua Padre Anchieta, 65/402 São Mateus CEP:36016-440 – Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 32135371 E-mail: gigi_cferreira@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “DESVELANDO A MORTE NO OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM”. Neste estudo pretendemos desvelar o significado da possibilidade da terminalidade/morte do paciente para os profissionais da equipe de enfermagem e conhecer os mecanismos utilizados pelos profissionais da equipe de enfermagem para lidar com a possibilidade da terminalidade/morte em seu cotidiano.

O motivo que nos leva a estudar tal tema é contribuir para uma abordagem humana, com respeito os sentimentos do outro, bem como o respeito aos seus próprios sentimentos. Espero que os resultados encontrados sirvam para reflexões e discussões, para promover cada vez mais o cuidado humanizado pela enfermeira e que este também seja cuidado quando se fizer necessário.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: as entrevistas serão agendadas previamente, de acordo com a sua disponibilidade, garantindo-lhe o direito de se retirar do estudo em qualquer época ou estágio do trabalho que estaremos desenvolvendo, assim como o ressarcimento de quaisquer danos que venham acontecer, mesmo se tratando de risco mínimo, pois serão colhidos só os depoimentos dos participantes sujeitos.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo

“DESVELANDO A MORTE NO OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data

Nome	Assinatura pesquisador	Data

Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital universitário Unidade Santa Catarina

Prédio da Administração Sala 27 CEP 36036-110

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

