UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
PROGRAMA ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE

DARCÍLIA GARCIA ARANTES

O CUIDADO DA VIDA DIANTE DA MORTE:
dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem

Niterói
2018

DARCÍLIA GARCIA ARANTES

O CUIDADO DA VIDA DIANTE DA MORTE:

dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como requisito para o Grau de Mestre.

Linha de Pesquisa: o cuidado em seu contexto sociocultural.

Orientador: Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira

Niterói

2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal Fluminense

A 662 Arantes, Darcília Garcia.
O cuidado da vida diante da morte : dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem. / Darcília Garcia Arantes. – Niterói: [s.n.], 2018.
110 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2018.
Orientador: Prof. Enéas Rangel Teixeira.

1. Morte. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Profissionais de Enfermagem. I. Título.

CDD 155.937

Bibliotecário responsável: Renata Mara de Almeida CRB-7: 6328

DARCÍLIA GARCIA ARANTES

O CUIDADO DA VIDA DIANTE DA MORTE:

dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como requisito para o Grau de Mestre.
Linha de Pesquisa: o cuidado em seu contexto sociocultural.

Aprovada em 19 de fevereiro de 2018

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira (Orientador)
Universidade Federal Fluminense – UFF

_____
Prof.ª Dr.ª Marléa Chagas Moreira (1ª examinadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

_____
Prof.ª Dr.ª Donizete Vago Daher (2ª examinadora)
Universidade Federal Fluminense – UFF

_____
Prof.ª Dr.ª Marta Sauthier (Suplente)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

_____
Prof.ª Dr.ª Eliane Ramos Pereira (Suplente)
Universidade Federal Fluminense – UFF

Niterói

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe e à minha avó Marieta por terem me dado a oportunidade de chegar até aqui. Mesmo não estando mais fisicamente comigo, sempre me incentivaram e me fizeram acreditar que sou capaz.

Agradeço ao meu orientador Professor Dr. Enéas Rangel Teixeira por ter me acolhido em seu grupo de pesquisa e ter compartilhado generosamente seu conhecimento para a realização desta dissertação.

Agradeço à Professora Dra. Donizete Vago Daher por ter participado de minha banca examinadora e por suas brilhantes contribuições. Senti-me honrada em tê-la conhecido.

Agradeço à Professora Dra. Marléa Chagas Moreira pela sua participação em todo o meu percurso. Sua voz tranquila me mostrou delicadamente o melhor caminho a seguir.

Agradeço à Professora Dra. Eliane Ramos Pereira pela sua participação em minha banca de defesa de projeto. Suas contribuições foram muito valiosas.

Agradeço à Professora Dra. Marta Sauthier pela sua participação em minha banca de defesa final. Suas considerações foram muito relevantes para a minha pesquisa.

Agradeço às minhas amigas e companheiras de trabalho, Marcia Ratto e Emília Cristina, por estarem sempre ao meu lado nos momentos de desespero e angústia, me encorajando e não me deixando esmorecer.

Agradeço ao Dr. Arquimedes Correa Lima, meu amigo, um grande achado em minha vida. Nossas conversas, em nossos encontros, esclareceram minhas dúvidas, me tranquilizaram e me ajudaram a prosseguir em minha pesquisa.

SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTI	Centro de Terapia Intensiva
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFF	Universidade Federal Fluminense
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

A pesquisa aborda a dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente em processo de morte. **Objetivo geral:** conhecer o processo relacional do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente em processo de morte. **Objetivos específicos**: identificar a maneira de cuidar o paciente em processo de morte; analisar as possibilidades dos profissionais e os limites do processo de cuidar; discutir as implicações psicoafetivas dos profissionais que cuidam do paciente em processo de morte na perspectiva do cuidado sensível. **Métodos e técnicas:** pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Como técnica de coleta de dados foi realizada a entrevista semiestruturada. A análise foi de conteúdo do tipo temática. Os participantes da pesquisa foram os profissionais de enfermagem que exercem atividades no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Antônio Pedro e que atendem aos aspectos éticos do estudo. **Resultados e discussão:** emergiram quatro categorias: Concepção sobre a morte e a morte institucionalizada; Prática dos cuidados ao paciente em processo de morte; Aspectos da dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem; Possibilidades e limites da prática do cuidado e recomendações para a prática profissional. A morte foi associada à questão religiosa e ao processo natural da vida. Os profissionais também consideram que a morte faz parte do seu cotidiano laboral, mas ainda é um tabu. Os profissionais relataram os sentimentos de tristeza, perda, gratidão e respeito ao prestar o cuidado ao paciente em processo de morte. **Conclusão:** esta pesquisa revelou que no cenário pesquisado, os profissionais enfrentam a morte de diferentes maneiras. Constatou-se que a morte no local de trabalho pode ser considerada como o fim do sofrimento para o paciente, familiar e para o profissional de enfermagem. Alguns profissionais declaram ter dificuldades de lidar com suas emoções por não terem preparo emocional para lidar com a finitude. A partir do exposto, a pesquisa demonstrou que os profissionais de enfermagem necessitam receber apoio psicológico pela instituição onde exercem suas atividades laborais, além de participar de grupos de discussão nos quais possam trocar experiências e ter liberdade para poder expressar seus sentimentos, medos e angústias vivenciados em sua prática do cuidado.

Palavras-chave: Dimensão Psicoafetiva; Morte; Cuidados de Enfermagem; Profissionais de Enfermagem.

ABSTRACT

The research addresses the psycho-affective dimension of the nursing professional in the care of the patient in the process of death. **General aim:** to know the relational process of the nursing professional in the care of the patient in the process of death. **Specific aims**: identify the way of caring for the patient in the process of death; analyze the possibilities of professionals and the limits of the caring process; to discuss the psycho-affective implications of the professionals that provide care in the perspective of sensitive care. **Methods and techniques:** this is a descriptive and exploratory research that uses a qualitative approach. The semi structured interview was performed as a data collection technique. The analysis was content of the thematic type. The research participants were the nursing professionals who work in the Intensive Care Center of the Antônio Pedro University Hospital and who attend to the ethical aspects of the study. **Results and discussion:** four categories emerged: Conception on institutionalized death and death; Practice of patient care in the process of death; Aspects of the psycho-affective dimension of the nursing professional; Possibilities and limits of the practice of care and recommendations for professional practice. Death was associated with the religious question and the natural process of life. The professionals also consider that death is part of their daily work, but it is still a taboo. Professionals reported feelings of sadness, loss, gratitude, and respect in providing care to the dying patient. **Conclusion:** this research revealed that in the researched setting, professionals face death in different ways. It was found that death in the workplace can be considered as the end of suffering for the patient, family and for the nursing professional. Some professionals claim to have difficulties coping with their emotions because they have no emotional preparation to deal with finitude. From the above, the research showed that nursing professionals need to receive psychological support from the institution where they work, and participate in discussion groups in which they can exchange experiences and be free to express their feelings, fears and anguishes experienced in their care practice.

Keywords: Psycho-affective Dimension; Death; Nursing Care; Nurse Practitioners.

RESUMEN

La investigación aborda la dimensión psicoafectiva del profesional de enfermería en el cuidado ofrecido al paciente en proceso de muerte. **Objetivo general:** Conocer el proceso relacional del profesional de enfermería en el cuidado del paciente en proceso de muerte. **Objetivos específicos**: Identificar la manera de cuidar del paciente en proceso de muerte; analizar las posibilidades de los profesionales y los límites del proceso de cuidar; discutir las implicaciones psicoafectivas de los profesionales que cuidan del paciente en proceso de muerte en la perspectiva del cuidado sensible. **Métodos y técnicas:** Investigación descriptiva y exploratoria con abordaje cualitativo. Como técnica para recolectar los datos se realizó la entrevista semiestructurada. El análisis fue de contenido del tipo temático. Los participantes de la investigación fueron los profesionales de enfermería que ejercen actividades en el Centro de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Antonio Pedro y que atendían a los aspectos éticos del estudio. **Resultados y discusión:** emergieron cuatro categorías: Concepción sobre la muerte y la muerte institucionalizada; Práctica de los cuidados ofrecidos al paciente en proceso de muerte; Aspectos de la dimensión psicoafectiva del profesional de enfermería; Posibilidades y límites de la práctica del cuidado y recomendaciones para la práctica profesional. La muerte fue asociada a la cuestión religiosa y al proceso natural de vida. Los profesionales también consideran que la muerte hace parte de su cotidiano laboral, pero que todavía es un tabú. Los profesionales relataron sentimientos de tristeza, pérdida, gratitud y respeto al cuidar del paciente en proceso de muerte. **Conclusión:** Esta investigación reveló que, en el escenario estudiado, los profesionales enfrentan la muerte de diferentes maneras. Se constató que la muerte en el local de trabajo pode ser considerada como el fin del sufrimiento para el paciente, familiar y el profesional de enfermería. Algunos profesionales declararon tener dificultades de lidiar con sus emociones por no tener preparación emocional para lidiar con la finitud. A partir de lo expuesto, la investigación demostró que los profesionales de enfermería necesitan que la institución donde ejercen sus actividades laborales los apoye y necesitan participar en grupos de discusión donde puedan mostrar experiencias y tener libertad para poder expresar sus sentimientos, miedos y angustias vividos en su práctica de cuidado.

Palabras-clave: Dimensión Psicoafectiva; Muerte; Atención de Enfermería; Enfermeras Practicantes.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9
1.1 Objeto de estudo 18
1.2 Problema 18
1.3 Questões norteadoras 19
1.4 Objetivos 19
1.5 Justificativa e relevância 20

2 REFERENCIAL CONCEITUAL 22
2.1 Aspectos relacionados ao processo de morte 22
2.2 Significados da morte 24
2.3 Cuidado: essência da vida 28
2.4 Dimensão psicoafetiva 35
2.5 Cuidados paliativos em terapia intensiva 40

3 MÉTODOS E TÉCNICAS 43
3.1 Tipo de estudo 43
3.2 Cenário da pesquisa 43
3.3 Participantes da pesquisa 45
3.4 Aspectos éticos da pesquisa 45
3.5 Coleta de dados 45
3.6 Tratamento e análise de dados 46

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 48
4.1 Primeira etapa: dados sociodemográficos 48
4.2 Construção das categorias 50
4.2.1 Concepção sobre a morte e a morte institucionalizada 50
4.2.2 Prática dos cuidados aos pacientes em processo de morte 53
4.2.3 Aspectos da dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem ... 56
4.2.4 Possibilidades e limites da prática do cuidado e recomendações para a prática profissional 62

5 ANÁLISE DE RESULTADOS 69
5.1 Concepção sobre a morte e a morte institucionalizada 69
5.2 Prática dos cuidados aos pacientes em processo de morte 71
5.3 Aspectos da dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem 74
5.4 Possibilidades, limites da prática do cuidado e recomendações para a prática profissional 81

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 87

REFERÊNCIAS 90

APÊNDICES 103
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 103
Apêndice B - Roteiro da entrevista 105

ANEXO 107
Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa 107

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática pesquisada emerge de minha experiência profissional. Há 25 anos exerço atividades como enfermeira em dois grandes hospitais da rede pública, estando, no momento, como coordenadora do Serviço de Endoscopia Digestiva e Respiratória do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Durante todo este tempo, a problemática da morte, um acontecimento que podemos predizer com absoluta certeza e, contudo, é o acontecimento sobre o qual a maioria dos seres humanos se recusa a pensar até serem confrontados com o iminente e pessoal problema, passou a fazer parte da integralidade do meu ser.

Nesse sentido, a problemática da morte deixa de ser apenas um tema a ser vivido na vida laboral e transmuta-se em uma convocação a questionar toda a minha existência. Um estranho que me inquietava ao mesmo tempo que passei a desejá-lo no mais profundo da minha vida. Um modo de desejar o desconhecido que, processualmente, como bola de neve, a cada encontro com o paciente vai crescendo e se incorporando ao meu viver e, quanto mais avanço, maior é o grau de abertura para me aproximar e cuidar dos pacientes em processo de morrer e morte, razão pela qual me interessei em desenvolver o mestrado acadêmico.

Entende-se como processo de morrer o intervalo entre o momento em que uma doença deixa de ter condições de cura até aquele em que o paciente não mais reage a qualquer medida terapêutica, progredindo inexoravelmente para a morte (MORITZ, 2005).

No Centro de Terapia Intensiva (CTI), além dos pacientes em situações graves com risco iminente de morte, porém com possibilidades de recuperação, há aqueles que se encontram em processo de morte. Para esses pacientes os cuidados paliativos são importantes e necessários, pois compreendem ações direcionadas aos pacientes críticos, em estágio terminal e sem possibilidade de cura (BARROS et al., 2012).

Tais cuidados representam uma reviravolta no processo de morrer, pois por meio deles cuida-se da vida diante da morte; representam uma ruptura com qualquer possibilidade de banalização do processo de morte e morrer; representam o cuidar como ponte de passagem da inseparabilidade entre vida

e morte, uma integração pouco pensada. Na prática, consciente ou inconscientemente, configura-se como o *pallium*[1] cuidando da vida em sua totalidade; um cuidar sempre outro. No lugar de regras previamente estabelecidas, é um cuidar sempre em movimento, se metamorfoseando em estrita relação com a necessidade de cada paciente. Simbolizam, também, uma quebra com o ideário que atrelava processo de morte à paciente terminal, como se mais nada pudesse ser feito, produzindo subjetividades propulsoras de modos de pensar que associavam a arte de cuidar apenas aos pacientes com prognósticos curativos.

A introdução dos cuidados paliativos em terapia intensiva atual deve equilibrar medidas paliativas e medidas curativas em condições críticas. Além disto, a finalidade primária da unidade de terapia intensiva (UTI) não deve ser de apenas promover tratamento agressivo; ela também deve ajudar os familiares na tomada de decisão que, dentro do possível, alivie ao máximo o sofrimento do paciente ao final da vida. Sempre há algo a mais que você pode fazer para confortar o paciente e sua família, não importa o quanto a situação seja difícil (COELHO, 2017).

Diante da finitude irremediável, se faz necessário elaborar um plano terapêutico singular que, além do melhor tratamento possível, deve envolver os familiares como partícipes importantes em um momento no qual, na maioria dos casos, para não dizer todos, o amor pode ser o melhor manto a envolver o processo de morte. Um cuidado com a vida que se estende no respeito às vontades, tendências sociais e espirituais do paciente e inclui sua rede social como elo imprescindível da linha de cuidado (COELHO, 2017).

Importante destacar que a morte representa no imaginário social um cessar de tudo que se amou e se desejou. Com isso, no processo do cuidado, mesmo com todo conhecimento apreendido durante a formação profissional e com as todas mudanças propostas com a introdução dos cuidados paliativos em busca de melhor conforto para os pacientes em processo de morte, persistem as dificuldades dos diferentes profissionais em se relacionar com este perfil de usuário.

---

[1] *Pallium* - palavra derivada do latim que significa o manto que cobria os peregrinos cristãos que cruzavam a Europa, na Idade Média, em busca de indulgências (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2009). O tema será desenvolvido na página 40.

Dificuldades que remetem a negação da morte e reverbera na prática em distanciamento da linha de cuidado. Uma situação que sempre chamou minha atenção ao observar que os profissionais de saúde, incluindo a enfermagem que, em parte, inconscientemente, procuram se manter afastados desses pacientes. Atitudes que, muitas vezes, se transformam em descuidado com o ser humano em um ambiente que tem por princípio cuidar da vida em sua integralidade.

Portanto, um encontro com a finitude que solicita do profissional uma atenção em si na relação com o paciente, buscando, com isso, dentro de suas possibilidades, tornar-se consciente do medo da finitude como meio de, a partir de um cuidado de si, se relacionar melhor com o processo de morte do outro.

Uma finitude que, de modo geral, não é reconhecida como inerente ao viver; ao contrário, o que se percebe, na prática de enfermagem, é que diante dela, até mesmo nos casos de pacientes adoecidos com recuperação depois de um longo processo de internação, é que, em alguns casos, acontece uma espécie de adoecimento do profissional em virtude de sua relação com o processo de morte. Frieza, tristeza e descontrole emocional são algumas manifestações que denotam um adoecimento nem sempre percebido.

Com isso, em parte, o que se percebe é a priorização de procedimentos mecanizados, executando-se, na maioria das vezes, apenas o prescrito com ênfase na realização de ações orientadas por protocolos formalizados, ressoando como uma espécie de blindagem afetiva; como uma negação dos profissionais em admitir que o conhecimento adquirido ao longo da vida acadêmica se torna impotente diante da finitude, que é inerente não apenas aos doentes em processo de morte, mas a todo e qualquer ser vivo.

Esse contexto, em minha prática em saúde, desvia a minha atenção ampliando horizontes para cartografar nos profissionais de enfermagem, diante dos pacientes em processo de morte, diferentes sentimentos. Sentimentos que se expressam em gestos, olhares e atitudes que me passam a sensação que viver com este perfil de usuário é, de certa maneira, ter que, processualmente, adentrar o medo da finitude em si mesmo.

É diante da finitude que, como pesquisadora, questiono a necessidade de produção de práticas inovadoras em saúde com abertura para conhecimentos formulados a partir dos afetos produzidos nos encontros com o

paciente em processo de morte. Conhecimentos que procurem assimilar não o que convém conhecer, mas que possam permitir um separar-se de si mesmo, pensar diferente do que se pode, um trabalho do pensamento sobre o pensamento, um desapego em busca de novos modos de viver, sentir e pensar (FOUCAULT, 2006).

Em linhas gerais, o que estou propondo é uma clínica do cuidado que não separa vida e morte e insira nas práticas em saúde um cuidar que, ao invés de afastar o tema da morte, se aproxime cada vez mais do inaudito e do invisível aos olhos e potencialize uma sensibilidade que supere a materialidade do corpo físico e estabeleça uma ciência que cada vez mais a física quântica revela como pura energia em movimento (CAPRA, 2013).

No encontro com estes pacientes, em minha prática como enfermeira, entendo que cabe às instituições de saúde produzir saberes e fomentar pesquisas que ampliem os sentidos sobre a realidade enfrentada com esses pacientes, ativando, nos espaços de formação, a invenção ou a recriação de dispositivos e práticas de gestão do cuidado, nos quais o tema da morte se torne cada vez mais presente.

A pesquisa propõe uma mudança do cuidar em saúde que afirme a vida em qualquer situação e que a cada novo encontro com o paciente em processo de morte, no lugar do medo, se desenhe novas ações cuidadoras que ultrapassem a mecanicidade dos gestos para um fazer em saúde, no qual a separação entre vida e morte, entre os diferentes corpos, entre homem e natureza e entre todo processo que fragmenta a vida seja compreendido apenas como parte de uma incompletude natural dos sentidos, que tem por finalidade atender apenas as necessidades práticas da vida (CAPRA, 2013).

Desse modo, a pesquisa vai ao encontro de um pesquisar-pesquisador que não existe *a priori*, mas que se define na ordem do encontro; um produzir-se em ato sem se saber o que vai ser produzido, um caminho a ser construído na caminhada (MACHADO, 1983). Nada de espetacular, apenas um ampliar dos sentidos que, na relação com o paciente, vai adquirindo plasticidade nos pequenos detalhes do corpo do profissional. Um cuidar que não desconsidera os conhecimentos acadêmicos, porém, aos poucos, vai liberando a rigidez do corpo físico, permitindo que ele tenha cada vez mais vibração, mais

plasticidade, até que se torne um corpo afetivo, em completa sintonia com as necessidades da vida.

Para os pacientes, é um mudar de posição que ele não consegue solicitar; uma orelha contraída sobre um travesseiro nem sempre confortável, que pode progredir para uma lesão por pressão; uma sonda que pressiona a asa do nariz que, se não mudada de posição, produz uma lesão; um rosto que sinaliza uma dor que o verbo muitas vezes já não pode expressar; uma alimentação que suas forças já não conseguem realizar; é, enfim, uma sensibilidade para o simples pouco valorizado pelo conhecimento, mas que, no entanto, faz diferença para aquele que está deitado sobre um leito hospitalar.

Para os profissionais, é um superar a si mesmo aparentemente elementar, porém com um grau de atenção que, no lugar de seguir apenas regras normatizadas, exige uma ética da conversão de si mesmo diante da impotência do outro. Um modo de viver em saúde na qual a vida do profissional, a cada novo movimento, supera a si mesmo; nas palavras de Foucault (2006), é uma arte da existência. É uma coexistência na qual cuidar do processo de morte equivale a cuidar de uma sensibilidade esmerilhada naquilo que o outro já não pode manifestar. É um cuidar do outro que exige um cuidar de si mesmo. É um cuidar de si mesmo que produz um clinicar que aceita a morte como parte da vida.

A morte é um assunto de difícil inserção nas práticas em saúde, não sendo, na maioria das vezes, foco de discussão nos diferentes serviços por onde passei e atuo. Situação que faz sobressair as dificuldades dos profissionais em se relacionar com o paciente e sua rede social para o esclarecimento de suas dúvidas e medos. De modo geral, esquivam-se com respostas consoladoras que não convencem o paciente nem a seus familiares e muito pouco produz, em termos de conhecimento, para um tema tão presente, porém quase que intocável em nossa cotidianidade.

Percebo em minha prática de enfermagem que quanto mais as ciências da saúde avançam, mais os profissionais se afastam dos pacientes, principalmente dos mais graves, recorrendo com frequência às tecnologias duras (MERHY, 1997), ou simplesmente se limitando ao prescrito. Para mim, inconscientemente, esta conduta, objeto de pesquisa, talvez possa ser uma estratégia dos profissionais de saúde para evitar a relação com os pacientes e

as situações de confronto com a morte. Importante ressaltar que Merhy (1997) não condena o uso destas tecnologias, mas enfatiza a importância do uso das tecnologias leves. Essas compreendem um modelo de atenção que aproxima o profissional do paciente, melhora os processos de comunicação, de acolhimento, de autonomização, de vínculos que conduzem as ações em saúde ao encontro das necessidades dos usuários. São, portanto, tecnologias que exigem do profissional um trabalho de si para consigo mesmo, um entrar em contato com seus afetos, uma modificação na própria pessoa para que ela possa se abrir para um cuidar do outro a partir de um cuidar de si mesmo (FOUCAULT, 2006).

Boemer (1998) afirma que o paciente terminal não recebe qualquer prioridade do serviço de enfermagem no momento de elaboração da escala diária de trabalho. As prioridades são estabelecidas em função da complexidade do tratamento e não em função do paciente enquanto pessoa. Essa atitude colabora para agravar a solidão do paciente em processo de morte ao mesmo tempo em que limita a construção de um plano terapêutico centrado nas necessidades humanas.

Nas décadas de 1980 e 1990 autores como Maranhão (1985) e Pitta (1994) já mencionavam em seus estudos o despreparo dos profissionais de saúde em enfrentar a morte e a prestar cuidados a pacientes com esse perfil, pois a morte, no ambiente hospitalar, é considerada fracasso. Hoje, em pleno século XXI, poucas mudanças ocorreram. Os profissionais continuam confusos diante de tanta tecnologia, dificultando a tomada de decisão por uma conduta terapêutica (KOVACS, 2014).

Silva *et al.* (2011), em seu estudo, concluíram que há grande dificuldade dos enfermeiros em lidar com o paciente em processo de morte. A realização de técnicas e protocolos é dominante e há pouca valorização dos aspectos psicoespirituais desse paciente.

Para Santos e Hormanez (2013), o intenso desgaste emocional do profissional ao lidar com pacientes que estão morrendo e a falta de mecanismos institucionais que o auxiliem no alívio e elaboração destes sentimentos podem afetar a sua saúde mental.

Verifica-se um processo de morte cada vez mais institucionalizado e medicalizado, que tem por objetivo manter o organismo do paciente em

funcionamento, porém, em grande parte, conta com profissionais despreparados para assistir as reais necessidades do paciente em iminência de morte, e para apoiar seus familiares. A tecnologia prolonga a vida dos doentes, mas não os ajuda no processo de morrer, não oferece um cuidado acolhedor para aquele que se encontra nos seus últimos dias de vida e que, talvez, deseje novos devires (COSTA; LIMA, 2005).

Para Moritz e Nassar (2004), o desenvolvimento técnico-científico permitiu a cura dos pacientes anteriormente considerados irrecuperáveis, entretanto, em muitos casos, possibilitou o prolongamento do processo de morrer à custa de sofrimento adicional para o paciente e seus familiares.

Atualmente observa-se que o que determina se uma tecnologia desumaniza o cuidado de enfermagem não é a tecnologia por si só, mas, fundamentalmente, o modo como cada cultura, a partir de seus valores, define o sentido de humanidade (SCHWONKE et al., 2011, p. 191). Desse modo, dependendo dos valores culturais, o prolongamento da vida sem considerar os limites do tratamento, pode provocar medo e sofrimento ao paciente. Pois, além do fato de se encontrar doente é inegável que estar em um ambiente submetido a equipamentos, pessoas desconhecidas e longe de seus familiares e amigos é uma agressão que cada humano responde de acordo com sua estrutura emocional (KOVACS, 2011).

Tal pensamento reforça a minha proposta de pesquisa, que também é justificada pela minha experiência profissional. Em minha prática, percebo a insistência em tratamentos prolongados sem nenhuma perspectiva de cura ou melhora e um olhar profissional quase sempre voltado para dados laboratoriais e resultados de exames de imagens, os quais são base para modificações de condutas que desconsideram que o cuidar, no processo de morte, embora não exclua essas tecnologias, exige simplicidade e ações de uma clínica do cuidado que acompanha o paciente até os seus últimos momentos, aceitando a morte como parte da vida.

Segundo Horta (1999), quando a vida física é considerada como bem supremo e absoluto, acima da liberdade e dignidade, a manutenção da vida a todo custo se transforma em idolatria. Com esse pensamento, muitas vezes a medicina promove implicitamente esse culto idólatra à vida, organizando a fase terminal como luta desmedida contra a morte.

Estamos diante de uma questão problema, de um objeto de investigação em saúde que emana da percepção do afastamento dos profissionais de saúde e o quanto estes, em muitos casos, não estão preparados e não conseguem lidar com o paciente em processo de morte. Minha prática sinaliza que diferentes estratégias são montadas para se manter distante de um processo de morte, que inevitavelmente faz parte da vida de todos, resultando num cuidar cada vez mais desprovido de afeto, mais utilitário e mecanizado. Reconhecer a morte é, penso eu, um processo difícil, que leva os profissionais a se relacionar com o fracasso, com a impotência e com a finitude da vida do outro e, talvez, deles mesmos.

Não é incomum que o profissional médico, ao se deparar com a morte iminente, implemente ações terapêuticas que pouco produzirão alteração no quadro clínico do paciente. Estas medidas permitem que as funções vitais sejam mantidas por aparelhos, mesmo que não haja condições de se restabelecer o retorno a uma vida relacional. Paiva (2009), ao refletir sobre a formação médica em relação ao processo de morte e morrer, destaca a dificuldade dos médicos em aceitar e lidar com a morte, já que sua formação acadêmica se fundamenta na cura dos doentes, sendo pouco enfatizado o cuidado ao paciente, em especial àqueles que possuem poucas chances de cura.

No entanto, a minha prática mostra que estar próximo desses pacientes, dependendo do modo como o profissional se cuida em relação ao processo de morte, pode, no lugar de despotencializá-lo, conduzi-lo à produção de novos valores, novos modos de cuidar, sendo ele mesmo uma afirmação de um cuidar sem limites, um cuidar que ousa ser sempre outro, independentemente das condições do paciente.

Nesse sentido, o objeto de estudo desta dissertação nasce do meu desassossego, da minha inquietude no encontro com os pacientes considerados pelas práticas em saúde como fora de possibilidades terapêuticas, em processo de morte ou, como preferem alguns, um paciente terminal. Um ser humano que, ainda em vida e muitas vezes consciente de seu diagnóstico, recebe uma espécie de rótulo que define o seu fim antes mesmo de sua morte biológica.

Certo que meu desassossego não corresponde àquele que pode paralisar ou amedrontar um profissional de saúde diante da morte ou levá-lo a esquivar-se de um tema que, de modo geral, se evita colocar em debate. Ao contrário, meu desassossego se aproxima do que o personagem Soares, heterônimo de Fernando Pessoa no livro do Desassossego (2011), define como "um bom desassossego". Uma inquietação que me aproximou, me fez pensar e questionar se este "abismo" chamado morte me levaria a um pesquisar que impulsione um descaminho nas práticas em saúde, ativando novos modos de se relacionar e cuidar dos pacientes que se encontrem na tênue linha que separa a vida da morte.

Assim, o desassossego que me levou a formular esta pesquisa, de certo modo, ao invés de me causar o tédio por não ter o que fazer por este perfil de paciente, me potencializa para questionar o que é definido quando se diz: "ele é um paciente terminal". Uma provocação que me convoca em busca de novas construções que não fragilizem ou adoeçam o profissional de saúde, mas sim que possam potencializá-lo a cuidar do outro independentemente das suas condições e que, ao mesmo tempo, produza um bom desassossego diante daquilo para o qual o conhecimento adquirido ainda não pode dar respostas.

Nessa perspectiva, pesquisar o tema da morte é, fundamentalmente, fomentar uma clínica do cuidar que questione a finitude no próprio ato de cuidar, em busca de um transvalorar dos valores estabelecidos.

O meu desassossego me remete à uma curiosidade formulada por Foucault (1984):

Em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (p. 13).

Nesse sentido, fazer uma reflexão sobre a morte e o cuidar do paciente em processo de morte provoca em mim uma questão que me recorda a definição de vida proposta pela filosofia de Spinoza, conforme Chauí (2011).

Para o filósofo, a vida é a força pela qual as coisas perseveram em seu ser, e, como essa força é distinta das próprias coisas. Desse modo, dizemos propriamente que as coisas têm vida. É uma vida que não se confunde com o corpo. Pois, este é compreendido por ele como um modo que exprime, de uma maneira definida e determinada, a essência de Deus, enquanto considerado como coisa extensa, sendo o corpo apenas um fenômeno, um meio de expressão de uma substância absolutamente infinita que consiste de infinitos atributos, cada um dos quais exprime uma essência eterna e infinita (SPINOZA, 1983).

Com Spinoza, volto aos pacientes em processo de morte e meu pensamento me remete de imediato ao nascer e perecer do corpo e às diferentes mortes que antecedem o seu fim. Com isso, olho para os pacientes e, com eles, sou obrigada pela força da morte a olhar para dentro de mim e ter que admitir que como todo ser vivo sou apenas uma expressão que, desde o meu nascimento, morre a cada dia. E através desse olhar sou forçada a tomar uma posição que me aproxima cada vez mais do tema da morte. Assim, me questiono, olho nos olhos de cada paciente em processo de morte e sinto a finitude em mim. Constitui-se, então, como um movimento que se dobra sobre minha prática profissional e me leva a questionar o que é cuidar da morte quando estou diante de uma vida que é infinita nela mesma. Este é um dos alinhavos para o qual esta dissertação busca respostas, ou seja, problematizar a relação entre vida e morte e como os profissionais de enfermagem lidam com esta realidade no cotidiano de seu fazer em saúde.

1.1 Objeto de estudo

Dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem diante do cuidado ao paciente em processo de morte.

1.2 Problema

A dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem reflete na forma de cuidar de pacientes em processo de morte, afastando-os ou aproximando-os. Para Leite (2012), a dimensão psicoafetiva se refere a fatores psicológicos

sobre os quais não é possível falar sem levar em consideração as disposições biológicas e socioculturais do indivíduo.

No contexto da morte, percebe-se a priorização de procedimentos mecanizados, executando-se, na maioria das vezes o prescrito, com ênfase nas ações orientadas por protocolos formalizados.

Destarte, a problemática de investigação se refere à dificuldade de cuidar da pessoa diante da morte, considerado a dimensão psicoafetiva do processo relacional. De certo modo, é como se o processo de morte se separasse do próprio paciente, tamanha angústia do profissional. Como se a morte fosse uma entidade à parte que se antevê à própria vida. Com isso, emerge no imaginário do profissional todas as construções de medo da morte, levando-o a criar barreiras que entorpecem sua sensibilidade no cuidar da vida do outro.

1.3 Questões norteadoras

- Como o profissional de enfermagem cuida do paciente em processo de morte?
- Quais as possibilidades e limites para a realização desse cuidado?
- Quais as implicações dessa relação que podem favorecer o cuidado humano ético e estético?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Conhecer o processo relacional do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente em processo de morte.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar os modos de cuidar do paciente em processo de morte;
- Analisar as possibilidades e limites do processo de cuidar;
- Discutir as implicações psicoafetivas dos profissionais que cuidam do paciente em processo de morte, na perspectiva do cuidado sensível.

1.5 Justificativa e relevância

Ao pesquisar as publicações científicas para fundamentar este estudo, foram encontrados vários artigos que abordam o tema da morte, porém com pouca ênfase na dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem. As buscas realizadas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando a estratégia “morte AND cuidado de enfermagem AND sentimentos AND atitude frente à morte”, com recorte temporal de 2011 a 2016, resultaram em 48 artigos. Desses, selecionaram-se 15, os quais trazem em suas discussões o cuidado de enfermagem e os sentimentos dos profissionais na prática de cuidados aos pacientes em processo de morte. Foram utilizados os descritores “sentimentos” e “atitudes frente à morte” em detrimento de “dimensão psicoafetiva” por este termo não ser indexado em vocabulário estruturado.

Este estudo poderá contribuir para o ensino, pesquisa e prática profissional. No campo da pesquisa, poderá contribuir, direta ou indiretamente, com a produção de novos conhecimentos sobre a temática em questão, proporcionando reflexões sobre o processo de morrer e morte.

Trata-se de um trabalho processual que transita dos bancos acadêmicos para a linha de cuidado, com ênfase na produção de subjetividades que aceitem a inseparabilidade entre vida e morte. Traz à tona problematizações que fazem conexões entre pesquisa, ensino e prática, tendo como meta ampliar as reflexões que levem os profissionais a sentirem-se mais preparados para enfrentar os desafios do processo de morrer e morte, podendo ajudá-los, inclusive, na elaboração de suas perdas.

Para o ensino, este estudo poderá ser facilitador, nos espaços de formação, para a invenção e recriação de dispositivos e práticas de gestão do cuidado, no qual a relação vida e morte se torne cada vez mais presente. Um ensino que possui como alicerce de formação as necessidades enfrentadas no cotidiano das práticas, funcionando como operador de mudanças que se capilarizam e envolvem os diferentes atores da enfermagem e que tem como foco a melhoria das práticas assistenciais. Um ensino coextensivo à pesquisa, que incorpora o cuidar como pilar de sustentação e que produz mudança nos processos fragmentados de atenção.

Diante desse contexto, pesquisa, ensino e prática se alinham com a Resolução COFEN 311/2007, que trata do Código de Ética, em seus Artigos 3º e 32º, segundo os quais o profissional de enfermagem deve respeitar a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital sem discriminação, devendo-se respeitar o ser humano na situação de morte e pós-morte. Nesse sentido, esta pesquisa poderá aprimorar as potencialidades dos profissionais de enfermagem para que estes produzam novos modos de cuidar e novos modos de se relacionar com o paciente e sua rede social.

2 REFERENCIAL CONCEITUAL

2.1 Aspectos relacionados ao processo de morte

De que temos medo? Diria Hobbes: da morte violenta (CHAUÍ, 2011). Temos medo daquilo que não queremos ver e, muitas das vezes, sequer queremos ouvir falar e, menos ainda, sentir. A morte nos causa assombro, por mais que tenhamos que vivê-la no nosso cotidiano. Ela precisa viver à sombra de nós, mesmo que a todo tempo esteja nos margeando, coexistindo com a vida. Diante dela o imponderável se apresenta: finitude e impotência, mortes das mortes de muitos momentos que antecedem o fim, que definimos como derradeiro.

Vários simbolismos sobre a morte foram construídos pelo homem ao longo dos anos. Mas os estudos sobre o tema ganham mais destaque a partir da década de 1960, quando pesquisadores observam mudanças nas representações e práticas relacionadas à morte e o morrer (MENEZES, 2008).

O ser humano é o único ser vivo que tem a consciência de sua própria finitude. É o único que sabe por antecipação de sua morte. Sofre por isso, pergunta o sentido de seu existir porque é o único que tem certeza que algum dia morrerá (GIACOIA JUNIOR, 2005).

Os animais irracionais, diferente dos humanos, possuem diversas estratégias de defesa que fazem parte do instinto animal. O instinto é um sistema importante de proteção contra o perigo da morte. De outra maneira, é a espécie que conhece a morte, não o indivíduo (MORIN, 1997).

Nas sociedades primitivas, em particular nas totêmicas, a morte sempre foi considerada como um acidente. Acreditava-se que a vida era indestrutível e que só cessaria através de um fenômeno não natural, um acidente. A morte não era entendida como natural. O morto incorporava-se ao totem ou reencarnava. Muitas religiões assimilaram tais ideias e, a partir delas, surge o conceito de alma imortal. Já os povos egípcios negam a possibilidade da morte. Para eles, ninguém morre: o espírito ou a alma transmuta de forma, descansa ou reencarna. Descansa na forma de múmia enquanto aguarda uma nova vida (CHIAVENATO, 1998).

Mudanças significativas ocorreram entre os séculos XIV e XVII e entre o século XVIII e os dias atuais. Até o século XIV somente a Igreja, na figura do padre, ajudava o moribundo a morrer. A morte, neste contexto, era um desejo de Deus e seria um pecado tentar impedi-la na hora de sua chegada (CHIAVENATO, 1998). Assim, até o fim do século XVIII as pessoas morriam tranquila e naturalmente, sem pressa nem desespero, não evitavam a morte nem a exaltavam (ARIÉS, 1977).

Morria-se em casa, entre os familiares. A morte era assistida, não era um morrer solitário e anônimo. A morte era um evento social esperado. Os familiares, amigos e o padre compareciam na residência do moribundo e aguardavam o momento da morte. Não se escondia de quem ia morrer a proximidade com a morte, a cerimônia religiosa em sua casa o preparava para o fim (CHIAVENATO, 1998).

Nesse processo, o doente terminal entende o mundo, seu mundo encolhendo para as dimensões de seu quarto, de seu leito, de seu corpo. Corpo que expressa a presença do ser humano ao mundo e a sua história e, portanto, à convivência com os outros. Neste corpo, o rosto se destaca, e, nesse rosto, o olhar vai demonstrar sua fragilidade e a incerteza (LEPARGNEUR, 1987).

Ao prevalecer o conceito de morte natural (ou seja, a morte decorrente de causas naturais, que podem ser controladas pelo homem), os médicos começam a ter o poder e aos poucos passam a determinar o momento em que o sacerdote pode atuar. Essa nova ordem se dá devido à evolução da ciência com a descoberta de novos meios de tratamento. E, a partir dessa fase, a morte começou a ocorrer em outro ambiente.

A morte tem ocorrido cada vez mais no âmbito hospitalar devido à obsessão de “curá-la” (HENNEZEL, 2006). Nessa perspectiva, a morte carrega a conotação equivocada de ser uma doença; e pela necessidade de se prolongar incessantemente a vida, o tema da morte é abolido do cotidiano laboral e social. Este fenômeno, sinônimo de fracasso na atual sociedade, tende a ser evitado a qualquer custo e, quando não é sobrepujado, é escondido e negado (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

No contexto da morte no ambiente hospitalar, as famílias deixam seus entes doentes sob a responsabilidade da equipe de saúde por considerarem o

hospital o local ideal para tal desfecho e por considerarem o preparo da equipe de saúde para lidar com a difícil situação. Nesse ambiente frio, longe da família, cheio de regras e em meio a desconhecidos, a pessoa se transforma em doente sem poder decidir mais sobre a sua vida e a equipe de saúde cria estratégias de afastamento. Morrer tornou-se um ato solitário e impessoal porque o paciente sai de seu ambiente familiar e vai para a instituição hospitalar, local de estranhos (KUBLER-ROSS, 2008).

Ao escutar seus pacientes, Kubler-Ross aprendeu a conhecer a psicologia e a espiritualidade no processo de morrer. A partir daí, propôs um modelo descrito em cinco estágios, pelos quais as pessoas passam ao se defrontarem com a experiência da morte. Segundo seu modelo, alguns pacientes poderão passar pelos cinco estágios da morte: negação/isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação. A autora ressalta que pelo menos dois desses estágios serão experenciados por pessoas que estejam vivenciando a problemática da morte (KUBLER-ROSS, 2008).

Nas últimas décadas, com o advento do capitalismo, o relacionamento profissional tornou-se algo cada vez mais impessoal, as profissões tornaram-se empregos e, com isso, foram abandonados diversos valores humanos, os quais necessitam com urgência de serem resgatados para que a ciência seja verdadeiramente eficiente e resolutiva (BARBOSA; SILVA, 2007; DRANE; PESSINI, 2005). Na verdade, o que observo na prática profissional é o gradativo esquecimento da humanidade.

A morte é aquilo contra o que, em seu exercício cotidiano, a vida vem se chocar; e a doença deixa de ser considerada como acidente e passa a se relacionar com a vida e a morte. Não é porque o homem adoece é que morre, mas é porque pode morrer é que o homem adoece (FOUCAULT, 1979).

2.2 Significados da morte

O verbo morrer significa perder a vida, exalar o último suspiro, falecer. Morte é um substantivo feminino que significa o ato de morrer, destruição, grande dor, pesar profundo (FERREIRA, 2010).

A palavra morte tem sua origem no latim *mortis*, que significa o ato de morrer, fim da vida. Sua definição pauta-se na cessação irreversível de todas

as funções corpóreas manifestadas por ausência de respiração espontânea e perda total das funções cardiovascular e cerebral (RAMOS, 2001).

Morte encefálica é a definição legal de morte. É a perda total e irreversível das funções cerebrais (BRASIL, 2008).

Mas o que é a morte? A resposta parece fácil: morte é o fim da vida, a cessação da existência. Mas ... sabemos o que é vida? Sabemos o que significa sua cessação? Não é muito fácil responder a essas perguntas, pelo menos não através da ciência (GOSWAMI, 2008). Nem todas as palavras conseguem expressar o que muito se imagina e tão pouco se sabe sobre a morte (CASSORLA, 2012).

A morte, para alguns, é o fim de tudo, da vida física, energética e espiritual. Para outros, apenas o fim da vida no corpo físico, algo imaterial (espírito/alma) que sobrevive e sobreviverá em outros lugares. Ainda há aqueles que acham que a morte é a volta do espírito/alma para o seu plano de vida normal, ou seja, o espiritual (KEIZER, 2008).

A morte no seu sentido mais amplo é um fenômeno da vida e, de fato, pode mesmo ser identificado como sendo o fenômeno da vida (BOEMER, 1998).

Assim como o nascimento, a morte integra o processo vital do ser humano. É um processo natural e biológico. Todavia, o homem caracteriza-se pelos aspectos simbólicos, pelo seu significado ou valores que estabelece para as coisas. Por isso, o significado da morte vem se alterando no percorrer da história entre as diferentes culturas humanas (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

A morte é considerada como um assunto interdito em nossa sociedade, pois a consideram uma ocorrência ruim. Diante dela muitos silenciam, mas não podemos esquecer que é o único acontecimento que, com certeza, nos depararemos um dia. A morte, a nossa morte, não começa no fim de nossa vida, mas no nascimento e nos renascimentos (ELIAS, 2001).

A morte é um processo dinâmico, progressivo e irreversível que acontece durante toda a vida. Como morremos um pouco a cada dia, talvez não nos demos conta que partimos pouco a pouco. E quando nos recusamos a refletir sobre a morte e seu processo, estamos também negando a possibilidade de reflexão sobre o fim de nossa experiência física. Somos preparados para negar a morte e como não olhamos para ela, negligenciamos

a vida porque vida e morte não se separam. Então, o grande cuidado da vida é a preparação para morrer. Por isso precisamos ter coragem para encará-la e formular nossas próprias concepções sobre o assunto. Nesse sentido, Kovacs (2008) reflete a morte como sendo construída socialmente e submissa a variáveis, como a religiosidade.

Considerar a morte como a sequência natural do fenômeno vital e não como uma perda, entender que a morte ocorre quando o corpo físico não pode ser mais cuidado pela vida é aceitá-la como fim desse fenômeno. A vida se experimenta através do corpo e ele demonstra a fragilidade humana. A vida corporal é mortal porque perde sua força vital, adoece e morre. A morte não vem no fim da vida, começa no seu primeiro momento e morremos lentamente até acabarmos de morrer (BOFF, 2011). Nesse pensamento, podemos tê-la sempre em nossa vida e em nosso pensamento e, dessa forma, nos prepararíamos para algo que não pode ser evitado. Sendo assim, a morte estaria incluída no planejamento do nosso propósito de vida.

A afirmação de Boff (2011) se alinha com a minha, quando ele cita que a morte não vem de fora, mas se processa dentro da vida com a perda progressiva da força vital e quando o corpo não responde mais a essa energia ele adoece e morre. Morremos um pouco a cada dia. A morte é um processo dinâmico que se manifesta durante toda a vida e diante dela temos a impotência dos seres fenomênicos, pois temos início, meio e fim. A finitude está intrínseca à vida.

Sêneca foi um dos primeiros a encarar a morte com naturalidade. Diz que há uma diferença entre estar e ser no mundo. Aquele que está e que passa pelo mundo dominado pelas ilusões e alienado de valores verdadeiros não aprende a morrer; sua felicidade é precária e marcada pela angústia da morte. Já aquele que respeita o ser e assume os verdadeiros valores da humanidade se reconhece como mortal, sabe que a morte é inexorável e está preparado para deixar a vida. Por isso afirma que a vida toda é um aprender a morrer (CHIAVENATO, 1998).

Pensar na morte, na nossa morte ou na morte dos outros nos traz incômodos e indagações. Ao nos depararmos com a morte somos obrigados a encontrar um novo sentido para a vida. Mesmo sem termos consciência, morremos dia a dia e a consciência de nossa finitude é o que nos causa grande

dor e sofrimento. Nesse sentido, Morin (1997) cita que tememos a morte por medo da desintegração de nossa individualidade.

O problema social da morte é especialmente difícil de resolver porque os vivos encontram dificuldades de se identificar com o natural processo de morte. A morte do outro nos faz pensar a nossa própria morte. A visão do moribundo abala o nosso imaginário construído ao longo da vida como uma barreira contra a ideia de sua própria morte (ELIAS, 2001, p. 19). Nesse sentido, minha inquietação se afirma, pois, é ao cuidar desse paciente que nossa morte se concretiza e confirmamos que somos finitos.

Para nós a morte é um ponto de crise. É o fim de tudo que amamos, que nos é familiar. Estamos todos destinados à morte, mesmo não sabendo o momento de sua chegada. E quando ela chegar, o que faremos? Volto-me para os pacientes considerados pelas práticas de saúde como “terminais” e o que observo, na maioria das vezes, é o medo, medo que não é só deles, mas também da equipe que o assiste.

> A morte é um dos grandes perigos biossociais na vida humana. Como outros aspectos animais, a morte, tanto como processo quanto como imagem mnemônica, é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social durante o impulso civilizador. Para os próprios moribundos, isso significa que eles também são empurrados para os bastidores, são isolados (ELIAS, 2001, p. 17).

Chiavenato (1998) expressa três ideias de morte: a morte como o começo de uma vida, difundida por algumas religiões, o que implica a imortalidade da alma; a morte como o fim de um ciclo da vida, o destino do homem; e a morte como uma possibilidade de existência, algo presente a vida inteira e a partir da ideia de sua morte interpreta sua vida.

Não conseguimos imaginar o nosso fim de vida. Se a vida tiver um fim será sempre associado a um mal. Portanto, a morte está sempre associada a algo ruim, a algum castigo (KUBLER-ROSS, 2008).

A morte não é mais relacionada como limite natural para o sofrimento humano; morte e sofrimento são construídos paralelamente, causando, quando juntos, a perplexidade, porque são entendidos separadamente pelo próprio homem. Nesse sentido, a dor, a doença e a morte foram abolidas num pacto de costumes, aprisionadas e privatizadas no espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação (PITTA, 2003).

Procuramos nas ciências, nas doutrinas filosóficas e na religião as respostas para tentar minimizar tal medo. Medo que nos paralisa, pois nos vemos no outro e pensamos que também somos finitos e que algum dia nós poderemos estar em tal situação. Mas como poderemos ajudá-los quando a cura já não é mais possível, se tememos a morte e tudo que a rodeia?

2.3 Cuidado: essência da vida

No ato de cuidar faz-se necessário uma amplitude dos sentidos ao que Barbier (2002) define como escuta sensível. Um escutar holístico que exige o silenciar da multidão de vozes que nos habitam e que convocam, em nós e no outro, sentimentos e emoções não expressos na fala, condição que afirma uma diferença fundamental entre ouvir e escutar.

O ouvir refere-se à captação de sons, enquanto a escuta diz respeito a captação das sensações que por entre a linguagem revela sentir o outro em sua totalidade, formando uma integração ouvir-ver-sentir, condição sem a qual o ato de cuidar se reduz a ações mecanizadas, relação sujeito-objeto incapaz de atender às reais necessidades do paciente em sua singularidade existencial (CECCIM, 2001).

A partir desses pressupostos pode-se afirmar a inseparabilidade entre escuta e cuidado. Uma coexistência na qual um é imprescindível ao outro, mesmo quando se pensa em uma prática de enfermagem como base epistemológica. Nesse sentido, a ciência e todo conhecimento pode processualmente avançar em direção à construção de uma visão transdisciplinar, e, nesta, o avanço tecnológico não se desvincula da dimensão subjetiva do cuidar (PEREIRA et al., 2012).

Nesse sentido, o cuidado sensível é intrínseco ao cuidar ação. Um cuidar que envolve técnicas, protocolos e todo conhecimento científico, dando sentido a um holismo, no qual as dimensões afetivas e cognitivas se entrelaçam e afirmam que as diferentes dimensões do paciente fortalecem uma prática de enfermagem fundamentada na integralidade do cuidado (COELHO, 2006).

É no cuidar sensível que o profissional de saúde amplia seus sentidos para o inaudito que revela uma vida intensa que a simples fala, em muitos

casos, não pode expressar. Nesse movimento, o cuidar do outro é alinhavado por uma escuta que dispara linhas de cuidado estruturadas pelo sentir.

Na prática, quando experimentamos o cuidar sensível, podemos pensar em um paciente hospitalizado que não é capaz de manifestar seu medo de não retornar ao convívio familiar, ao mesmo tempo em que se vê em um ambiente totalmente estranho, inóspito, sem a presença de sua rede social. É diante dessas situações que o cuidar sensível pode superar, dentro do possível, o ambiente “frio” que domina as práticas em saúde para um ambiente, no qual, técnicas, protocolos e todo conhecimento cientifico se entrelaçam com a dimensão afetiva, dando sentido a uma produção holística.

São nessas situações que o cuidado sensível opera uma mudança radical na atividade de enfermagem, introduzindo práticas que não desvalorizam os conhecimentos formalizados, mas que através deles compartilha sentimentos e emoções e, fundamentalmente, transmite confiança. Um fiar junto que dispara um cuidar sensível e compreende o cuidado em sua totalidade, deixando uma abertura para o imprevisível que acompanha cada paciente.

Para cada paciente um projeto singular terapêutico, para cada profissional uma vida em movimento que emerge sempre como novidade existencial, condição que nas práticas de saúde libera os profissionais dos engessamentos do cotidiano e promove um dinamismo que no lugar da exaustão pela repetição, com consequente adoecimento, revigora as práticas de cuidado na construção permanente de novos modos de cuidar.

Modos de cuidar que operam a desconstrução de um sujeito que se coloca numa posição superior ao paciente, revelando um sujeito que, ao respeitar o saber do paciente sobre si, absorve seus conhecimentos, suprime o modelo hospitalocêntrico baseado na relação sujeito-objeto para dar lugar a um modelo relacional de composição, no qual paciente e rede social se inserem como parte do cuidado.

Na minha trajetória como enfermeira, aprendi que o cuidado é inerente à vida. Collière (1999) cita que desde o momento em que a vida se manifesta, existe o cuidado, pois é preciso “tomar conta da vida” para que ela possa se manter. Por isso cuidamos daquilo que consideramos o nosso maior bem: a vida. Vida que não nos pertence, mas utiliza o nosso corpo para se expressar.

E para nos mantermos vivos é que cuidamos. Mas cuidamos de que? Cuidamos de não morrer.

O homem cuida porque sabe de sua finitude. Nesse sentido o cuidado ata-se, portanto, a essa força não-voluntária e não-voluntariosa do ser humano que chamamos vida. Quando a morte chega, a tarefa do cuidado é interrompida. O homem sabe de sua temporalidade, de sua existência e por isso cuida (SANTOS, 2009). O cuidado com a morte é o que nos impulsiona a cuidar de nossa existência, é o que nos move a desejar viver.

Pessini (1996) cita que a ação de cuidar é multidisciplinar, e o que se pretende é promover o bem-estar físico, cuidando da dor e do sofrimento; o bem-estar mental, ajudando a enfrentar angústias, medos e insegurança; o bem-estar social, garantindo as necessidades socioeconômicas e relacionais de ternura; e o bem-estar espiritual pela vivência solidária e apoio nos valores de fé e esperança.

Tenho entendido e incorporado, cada vez mais, que o ato de cuidar é complexo e só existe no encontro de corpos. Esse ato exige ética, percepção, doação e criação de vínculo. Essas atitudes são necessárias para que o outro se sinta cuidado em um ambiente estranho do qual não faz parte. Lima e Teixeira (2007) referem que o cuidado ético valoriza o diálogo, o respeito pelo outro, o prazer e a felicidade.

Coelho e Rodrigues (2009) citam que o cuidado ético significa a implementação, nas ações do enfermeiro e da equipe, de uma prática que considere a individualidade e a subjetividade do ser cuidado, aliviando o seu estado de vulnerabilidade.

No caso dos pacientes em processo de morte, aqueles considerados pelas práticas de saúde como terminais, o que se tem observado é o distanciamento da equipe de enfermagem, que por considerar que eles não têm possibilidade de cura, não necessitam de cuidado. Mas são justamente esses pacientes que mais necessitam de cuidado, pois já não mais possuem uma relação de cuidado com a vida. É preciso compreender que o cuidado, diferente do tratamento, vai além da cura (COLLIÈRE, 2003).

O cuidado é um impulso inato. A perfeita identificação é quando sabemos que estamos cuidando do outro porque somos “conatos” (SPINOZA, 1983), porque somos potência cuidadora; é quando sabemos que ao cuidar do

paciente, cuidamos também de nós porque somos da mesma espécie. Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios desde o momento em que adquirimos autonomia, mas é também um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda e qualquer pessoa que tenha necessidade de ajuda para manter as suas necessidades vitais (COLLIÈRE, 1999).

Na área da saúde, a doença impõe-se à saúde, ou seja, impõe à vida, a sua vontade. Vida-saúde-doença confrontarão forças e nesse confronto uma se destacará. Nesse entendimento, o doente, através da doença, demonstra a desorganização do corpo ideal, e o profissional de saúde capta, qualifica e direciona a energia do cuidado para a regeneração e reorganização desse corpo. Entre o cuidador e o ser cuidado ocorre a formação de um campo energético que favorece a cura (WATSON, 1988[2] *apud* WALDOW, 1998). A energia cuidadora é virtual, abstrata. Existe independentemente de estar sendo utilizada, porém é atualizada no momento do cuidado.

Macrae (1990) cita que a energia vital permeia todo o espaço e torna-se mais concentrada ao redor dos organismos vivos. Consequentemente, todas as coisas vivas, sem exceção, compartilham de um campo energético vital. O ser humano é um sistema de energia complexo, multidimensional e, desse ponto de vista, a saúde implica um equilíbrio interno entre os diferentes níveis ou dimensões de energia, tanto quanto um intercâmbio aberto e harmonioso entre o indivíduo e o meio ambiente.

O profissional de enfermagem diante de um leito hospitalar vive a impotência e finitude em seu cotidiano. Um viver em saúde que, em muitos casos, o conhecimento apreendido ao se defrontar com a realidade não pode negar sua impotência. Um fato inconteste: uma vida por um fio. Órgãos que não mais respondem à dinâmica fisiológica, corpo esvanecendo o brilho da pele, um vermelho de extremidades que, com maior ou menor velocidade, dependendo de cada caso, reflete um coração que já não tem força para bombear o sangue, rins que já não podem filtrar as substâncias tóxicas do organismo. Uma falência maior ou menor dos órgãos que muitas das vezes define que a autonomia orgânica por si só já não pode ser mantida.

---

[2] WATSON, J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. New York: National League of nursing,1988.

Confronta-se com um vivo que contraria a normatividade proposta por Canguilhem (2006). Um vivo que, em muitos casos, já não possui condições de superar a si mesmo produzindo novos modos de viver e emergir sempre outro diante dos obstáculos da vida. Ao contrário, um vivo que necessita de cateteres para infusão de drogas que mantenham a pressão arterial, sedação, antibióticos para combater infecções, aparelhos para ventilação e todo um suporte multiprofissional acompanhando-o nas vinte e quatro horas do dia. Não é rara esta experiência para os profissionais de enfermagem, um perfil de paciente que, por falta de leitos em terapia intensiva, acaba fazendo parte da rotina de enfermarias, leitos de emergência e unidades de pronto-atendimento.

No paciente crítico, o poder da vida encontra-se no seu limite, já não consegue se expressar em sua totalidade. Com isso, a força inerente a toda forma viva, em seu confronto permanente com o meio em que vive, sofre rupturas (CANGUILHEM, 2006). Em outros termos: “Se existe um poder da vida, ele não se deixa apreender a não ser através dos erros e falhas da vida que aparecem quando é barrado por obstáculos que impedem ou entravam sua manifestação” (MACHEREY, 2010, p. 57).

Detecta-se, nesse entendimento, que é o paciente em processo de morte, o paciente crítico, que mais necessita de cuidado; porque até podemos viver sem tratamento, mas não sem cuidado (COLLIÈRE, 2003). A autora cita que há dois tipos de cuidado: o cuidado de manutenção, que tem como objetivo manter a vida, e o cuidado de reparação, que reparam os obstáculos que se apresentam à vida. Para o paciente em processo de morte, os cuidados de manutenção são importantes para sustentação da vida; os cuidados de reparação, por sua vez, têm o objetivo de limitar a doença, lutar contra ela e limitar suas causas, afastar o indivíduo de seu ambiente e até mesmo de si próprio, quando passa a ser visto como um órgão ou doença (COLLIÈRE, 1999).

Para Collière (1999, p. 239):

> Quando há prevalência do *cure* sobre o *care*, isto é, dos cuidados de reparação, negligenciando os cuidados quotidianos e habituais, há aniquilação progressiva de todas as forças vivas da pessoa, de tudo o que a faz ser e desejar reagir, porque há esgotamento das fontes de energia vital, sejam de que naturezas forem (afetiva, física, social, etc.). Esta aniquilação pode ir até a deterioração irreversível.

De certo modo, por necessidade da profissão, não apenas em terapia intensiva, a equipe de enfermagem é aquela que acompanha todo o processo vida-morte em diferentes fases; acompanha os valores negativos da vida em sua efetuação plena. Doença, morte e vida compondo o cenário de uma experimentação vital em ato.

Nós, profissionais da enfermagem, convivemos inconscientemente, na maior parte do tempo, junto do que não queremos ver em nós; e, por força das circunstâncias, somos movidos por um modelo de formação que vê a doença como um mal que precisa ser extirpado, mesmo diante da finitude perante a qual nos sentimos impotentes. Mas, mesmo em situação de impotência, que é um tipo de morte em nós, vamos até o limite máximo da razão lógica, do saber, na tentativa de dar conta do que não podemos explicar.

Quase sempre, mesmo com uma tensão que varia de profissional para profissional, colocamos o conhecer à frente do sentir, como se não existisse outro caminho para cuidar de uma vida que se encontra no “fio da navalha”, não percebendo em nós e no outro uma fonte inesgotável de mudança de valores diante da impotência e da finitude.

Isso, em parte, ressoa para os pacientes não críticos, familiares e colegas de trabalho e, não raro, acaba fazendo parte da produção social. Somos práticos, objetivos, e nossa ciência, nossos protocolos, nossas técnicas provocam em muitos de nós um sentido de morte quando o conhecimento não responde às necessidades vitais. Trata-se de um processo que produz um “congelar” do sentir, do emocionar; é um tipo de morte vivida em nós para que possamos dar conta de um viver que, de certa maneira, se recusa a continuar em um corpo que não mais responde ao *devir* vida. Um afetar constrangido pelo saber e, talvez, pelo medo de relacionar-se com a morte.

Diante do fim derradeiro, diante de um leito de morte, quase sempre a cena se repete: a equipe médica se retira para providenciar os papéis referentes ao óbito e a enfermagem cuida do corpo. Trata-se de um cuidar do corpo físico após a morte, mas que não é apenas um “preparo” do corpo, vivemos literalmente o que podemos definir como ritual da morte. Dada a morte, é como se a missão profissional estivesse cumprida e, por isso, rapidamente nos recompomos para continuar com nossas atividades. É a

morte cuidando para que a vida afaste os ruídos do intelecto para um cuidar de si diante de uma vida que segue um devir outro.

Para Waldow (2012) não é incomum os profissionais de enfermagem desenvolverem apenas tarefas, isto é, cumprirem as obrigações na perspectiva da atividade remunerada, um meio de sobrevivência. E essa postura de frieza com os pacientes também é percebida entre os profissionais eficientes, responsáveis. Podemos dizer que, nestes casos, não existe um real envolvimento, uma implicação com a arte de cuidar.

Casate e Correa (2005) citam que os profissionais de saúde, principalmente os de UTI, ao não se darem conta de onde termina a máquina e começa o doente, transformam a sua relação com a máquina e o cuidado de enfermagem em atos mecânicos, passando a ver o doente como uma extensão do aparato tecnológico.

É incontestável que o uso das tecnologias duras se tornou importante para a Medicina moderna e o quanto são verdadeiros seus benefícios. Tais tecnologias, no entanto, também têm contribuído para que a morte seja adiada e o sofrimento prolongado. Nesse sentido, quando se prioriza salvar o doente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou doença inevitável pode fazer com que o trabalho da equipe seja percebido como frustrante, desmotivador e sem significado (KOVACS, 2003), pois o profissional de saúde é formado para curar doenças e salvar vidas. Assim, a morte de um paciente pode ser considerada como fracasso profissional e, mesmo de forma inconsciente, faz com que o profissional se depare com a própria finitude (BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

Nessas situações, não há um agir em saúde aberto a uma transmutação dos valores da vida, um ser outro a cada dia na ordem dos encontros. Por outro caminho, segundo Waldow (2012): há profissionais extremamente sensíveis, que no ato de cuidar expressam e lapidam a cada novo encontro uma sensibilidade que é sempre renovada. Diria eu, citando Spinoza (1983), um afetar e ser afetado que quebra a mecanicidade dos atos, rotinas e protocolos e faz do viver em saúde um espaço de transformação de si diante da dor e sofrimento do outro.

Não queremos com isso desmerecer os profissionais centrados apenas no agir intelectualizado ou frio, como diz Waldow (2012). Importante problematizar que no ambiente hospitalar há sempre uma zona de tensão, na

qual até mesmo os comportamentos ditos “frios” são envolvidos e, segundo a minha experiência, a distância ao afetar-se pelo outro talvez seja muito mais uma questão de sobrevivência por temer a dor e o sofrimento; mais uma espécie de morte do que propriamente a ausência de sensibilidade. Nestes casos, estamos diante de um sensível do ser que, antes de ser algo inato ao humano, é algo que se conquista no grau de abertura possível de cada um nos encontros da vida. Um emocionar-se junto e com o outro que remete a um viver que está sempre às margens de uma vida que excede qualquer normalização.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem papel de extrema importância no cuidado ao paciente em processo de morte e sua família. Pois, o cuidar implica em ações e comportamentos que envolvem valores, habilidades e atitudes que favoreçam as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Desse modo, a visão do ser humano, sem sua fragmentação corpo/mente destacada pelo modelo biomédico, poderá dar destaque ao cuidado que é essencial em qualquer situação de doença e vulnerabilidade diante do processo de morrer. Isto pois, as ações cuidadoras envolvem, entre outras finalidades, o alívio, o conforto e o restabelecimento, podendo ocorrer, ou não, a cura e, nesse mesmo sentido, a morte. O cuidado é, então, imprescindível em todas as situações de enfermidades e durante o processo de morrer (WALDOW, 1998).

Mas o cuidado tem se distanciado de suas finalidades, muito em parte devido a influência do avanço tecnológico sobre as relações humanas. Para alguns autores, o desenvolvimento tecnológico, aliado ao trabalho e às formas de produção, vem dificultando as relações humanas, transformando-as em frias, objetivas, individualistas, calculistas, enfim, pouco humanas (ARONE; CUNHA, 2007).

2.4 Dimensão psicoafetiva

A dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem pode influenciar na sua relação terapêutica com o paciente. Para Lupton (2000)[3] *apud* Mandú (2004, p. 671):

[3] LUPTON, D. Corpos, prazeres e práticas do eu. Educação e Realidade, v. 25, n. 2, p. 15-48, 2000.

> A dimensão psico-afetiva, que não se descola da biológica e sociocultural, faz parte da história de vida, do desenvolvimento da individualização e nela se elabora e se reelabora. Na construção do eu interior encontram-se sentimentos inconscientes e conscientes, de prazer, satisfação, tristeza, frustração, ressentimento, culpas, necessidades; imagens de si, que modelam a vida, sua produção/reprodução e modos de nela se colocar, intimamente relacionados aos comportamentos em saúde.

O cuidado e sua efetividade dependem da relação entre o profissional e o paciente, pois quem cuida não realiza apenas uma ação; quem cuida compartilha os cuidados. Nesse sentido, ocorre uma interação durante o cuidado que promove um processo de criação e reprodução dos sentidos, denominada produção de subjetividade (LIMA; TEIXEIRA, 2007).

Com o passar dos anos, a morte passou a ser isolada e escondida nos hospitais, sendo acompanhada pelos profissionais da área da saúde. Porém, ao contrário do que se possa imaginar, será no hospital que os profissionais serão preparados para o NÃO enfrentamento da morte (BORGES; MENDES, 2012). No hospital serão forjadas estratégias para controlar as manifestações emocionais dos profissionais, pacientes e familiares com o objetivo de proteger a rotina institucional que precisará ser resguardada (MENEZES, 2008).

O modo de lidar com a morte sofreu algumas mudanças a partir dos avanços tecnológicos e científicos da medicina. Como os profissionais de saúde assumiram o papel de “seres onipotentes”, detentores do saber científico (BERTOLINO, 2009), aos pacientes restou a dependência das determinações dos profissionais e, com isso, a perda de sua autonomia e dignidade.

O paciente em condição de terminalidade acaba sendo segregado pela equipe de enfermagem que, por muitas vezes, fala e age próximo ao leito como se ele já não estivesse mais vivo, referindo-se ao doente no tempo verbal do passado (BOEMER, 1998; MENEZES, 2008). Dessa forma, os profissionais despersonalizam e evitam a morte do outro, ao mesmo tempo que evitam o contato com suas emoções no processo morte e morrer.

Kubler-Ross (2008) afirma que, historicamente, o homem não desenvolveu grandes mudanças no que se refere à morte; ela ainda se constitui algo universalmente assombroso. Quando o profissional de saúde não consegue evitar a morte ou aliviar o sofrimento do paciente, esse fato o faz pensar em sua própria morte e finitude, o que para ele é muito doloroso (KOVACS, 2008).

O convívio diário com a dor e o sofrimento faz com que o profissional de enfermagem tenha um olhar mais atento para suas fragilidades, medos e dúvidas. Como no ambiente de trabalho há um silenciamento da morte, os profissionais entram em processo de luto não reconhecido e não autorizado, pois lá eles não têm o direito de expressar seus sentimentos, o que pode levá-los ao colapso (DOKA, 1989; KOVACS, 2008).

Por não poderem expressar suas emoções, suas angústias e sentimentos, começam a surgir manifestações psicossomáticas, como o esgotamento físico e a diminuição de concentração. Muitos profissionais não aceitam que o luto deve ser vivido, elaborado e autorizado (KOVACS, 2012). Por outra via, Parkers (1998) afirma que os profissionais de saúde vivem o luto e uma ambivalência sentimental: aproximação e empatia *versus* distanciamento como defesa.

Shorter e Stayt (2010) destacam que a exposição frequente a situações de risco de morte e morrer cria na equipe de enfermagem uma dissociação emocional, na qual os sentimentos de dor, pesar, impotência e frustração diante da morte são temporariamente negados e por isso o profissional não se paralisa diante de suas emoções. O auxílio na elaboração desta demanda emocional pode proporcionar alívio do seu sofrimento psíquico e, por conseguinte, diminuição dos índices de absenteísmo e afastamento do trabalho (MARTINS; ROBAZZI, 2009).

Pitta (1994), ao observar o sofrimento psíquico dos profissionais na prática hospitalar, destacou que este mesmo objeto de trabalho, paradoxalmente, é capaz de produzir satisfação e prazer, através de mecanismos defensivos de natureza sublimatória, quando há condições que possibilitam aos trabalhadores terem suas tarefas socialmente valorizadas.

Lima Júnior (2001) ao estudar a relação entre prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem dos hospitais universitários, destacaram que esses profissionais dão valor à necessidade do afeto e da dedicação ao lidar com a dor e o sofrimento do paciente, pois isso dá significado ao trabalho, manifestando o prazer na sua realização. Segundo esses autores, assistir o paciente em processo de morte significa uma das situações mais penosas a serem enfrentadas pela equipe de enfermagem.

O profissional de saúde, em especial o de enfermagem, diariamente vivencia situações de dor, sofrimento e morte. Os sentimentos que estas situações proporcionam são impotência, frustração, revolta e ansiedade (KOVACS, 2012). Isto porque o profissional de saúde é preparado para lidar com a doença e tentar curá-la, mas não é preparado para lidar com o sofrimento decorrente do adoecer (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

O sentimento de fracasso pode estar associado ao modelo biomédico que ensina a tratar a doença e não a cuidar de pessoas, não abrindo espaço para que o aluno, durante a formação acadêmica, possa compreender que o ser humano está geneticamente programado para morrer (BORGES; MENDES, 2012).

Quando o profissional de saúde, após longa atuação, não consegue evitar a morte ou aliviar o sofrimento do paciente, esse fato o faz pensar em sua própria morte e finitude, o que para ele é muito doloroso (KOVACS, 2012). Isto porque no processo de cuidar, antes da morte do paciente, o profissional, em muitas situações, se confronta por tempo indeterminado com dor e sofrimento acompanhado todo processo de exaustão da vida, tornando-se a morte o último estágio a ser vivenciado por ele, condição que consciente ou inconscientemente remete ao seu próprio processo de morte (CASSORLA, 2007).

Os profissionais de enfermagem são os membros da equipe de saúde que mantém uma relação mais íntima com o paciente, não apenas por estarem por mais horas no ambiente hospitalar, mas também por prestarem maior parte dos cuidados diretos ao paciente. Isso é muito significativo, já que, por isso, a equipe de enfermagem tem possibilidade de conhecer o paciente em sua integralidade (PACHECO, 2014).

O sofrimento dos familiares também gera sentimento de profundo pesar para a equipe de enfermagem, pois a família procura disfarçar o que sente com a chegada da morte. Cabe ao profissional, então, respeitar a singularidade do paciente e seus familiares nesse momento tão difícil (GERMANO; MENEGUIM, 2013).

Os profissionais de saúde apresentam algumas formas de defesa quando estão diante das ansiedades provocadas pelo trabalho, são elas: fragmentação da relação profissional-paciente, pois quanto mais íntimo for

esse relacionamento mais o profissional está propício a vivenciar a angústia; despersonalização e negação da importância do ser humano, que faz como que se assumam todos os pacientes como iguais e que devem ser tratados da mesma forma; distanciamento e negação de sentimentos, no intuito de manter os sentimentos controlados e o cuidado fragmentado facilita essa atitude; tentativa de eliminar decisões: utilização de rotinas para realizar tarefas com o objetivo de controlar as decisões a serem tomadas diante das demandas dos pacientes; e redução do peso da responsabilidade: não há a definição de responsabilidades, o técnico de enfermagem se sente muito dependente do enfermeiro e o enfermeiro de seu supervisor (PITTA, 2003).

Como estratégias para suportar um trabalho tão penoso, os profissionais buscam estratégias em seus próprios valores, aliando o cuidado a uma dimensão espiritual (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007). Nessa concepção, a religiosidade, que conforta e dá esperança, é assumida como catalisadora para a aceitação e o enfrentamento da morte e como subsídio para o alívio do sofrimento dos pacientes e, indiretamente, do seu (MENOSSI, 2012; MEDEIROS, 2014).

Em situações em que ocorre o agravamento do quadro clínico do paciente e a morte se aproxima, a exigência do cuidado aumenta, pois, sintomas incapacitantes se apresentam e fazem com que a equipe de enfermagem se torne mais presente à beira do leito. Diante do leito de morte é que o paciente mais necessita do cuidado em toda a sua integralidade. Nesse momento se manifesta o dilema entre o cuidar e a obrigação de salvar ou prolongar sua vida a todo custo (KOVACS, 2012). No ambiente hospitalar muitos conflitos coexistem: lidar com vida e morte, bem-estar e doença, curar e cuidar (PITTA, 2003) e nesse confronto encontra-se a equipe de enfermagem que precisa atender às demandas dos pacientes e familiares e realizar procedimentos prescritos pela equipe médica, conscientes que a morte, de certa forma, já se faz presente.

Desse modo, ao cuidar da vida em seus últimos estágios, o profissional já convive com a morte, dando o melhor de si para manutenção de uma vida que ele já percebe ser atravessado pelo morrer. E quando a morte é constatada, de imediato, faz parte do seu fazer profissional preparar o corpo daquele que ele acompanhou os momentos finais.

É diante desse dilema que alguns profissionais consideram o preparo do corpo como uma punição pela morte do paciente que não conseguiram salvar, além de se sentirem desconfortáveis. Para outros, o preparo do corpo parece amenizar o sofrimento, pois é uma forma de cuidar, mesmo que o paciente já não necessite mais ser cuidado (MOTA, 2011).

Os sentimentos de orgulho e utilidade são citados quando os profissionais relatam suas contribuições para o conforto e alívio da dor. O ato de cuidar de quem está frágil e dependente possibilita aos profissionais de enfermagem experienciar sentimentos muito agradáveis, sobretudo o de utilidade que lhes confere, por consequência, a sensação de desenvolvimento de uma tarefa socialmente nobre. O trabalho quando funciona como fonte de prazer, seja pela construção da identidade do sujeito, pelo seu reconhecimento ou pela realização profissional, permite que o trabalhador se torne sujeito da ação, dominando o trabalho e não sendo dominado por ele (MARIANO; CARREIRA, 2016).

2.5 Cuidados paliativos em terapia intensiva

Diante do processo de morte e morrer, faz-se necessário e urgente ampliar horizontes que assimilem a importância de abrir espaço para este perfil de pacientes em terapia intensiva. Uma intervenção que deve ser precedida pelo rigor de critérios que levem em consideração não a morte em si, mas essencialmente o como se morre. Nesses termos, o que entra na pauta de discussão é o sofrimento diante da morte e o quanto a terapia intensiva pode ajudar a amenizar a dor dos pacientes e seus familiares em um momento tão difícil.

Não raro, em muitos casos por falta de leitos, mas sobretudo pela cultura de que terapia intensiva não é lugar para o paciente em processo de morte, esses pacientes terminam em macas pelas emergências e corredores ou, quando possível, são transferidos para enfermarias. Espaços geralmente desprovidos de logística intervencionista adequada, de profissionais especializados, e, em muitos casos, de fisioterapeuta e médicos nas vinte e quatro horas. Esse quadro é desolador para a equipe de enfermagem, familiares e principalmente para os pacientes.

Estamos diante de um desafio que envolve mudança de cultura e investimento governamental, pois sabemos da luta que é em nossa sociedade conseguir um leito em terapia intensiva. Desse modo, quando se fala em terapia intensiva, mas não apenas neste espaço, estamos diante de uma necessidade de quebrar consensos e investir em dissensos que, dentro do possível, entendam a importância de ultrapassar o binômio doença-tratamento e assumir o sofrimento humano como prioridade.

Na experiência da pesquisadora, o paciente em cuidados paliativos ainda é visto, por muitos profissionais, como sujeito pelo qual nada mais pode ser feito. Um equívoco mediado pelo pensamento de que o ser humano é apenas biológico e não como um ser vivo com múltiplas dimensões que precisam ser acolhidas. Trata-se de um reducionismo da vida que se caracteriza pelo foco na dimensão temporal, isto é, no tempo que resta para o corpo sobreviver, em detrimento do foco nas condições pelas quais a passagem ou o processo de morte se dará.

É nesse ponto que a enfermagem pode fazer toda a diferença, pois, nestes casos, o modelo curativo passa a ser aliado de um cuidar que, no lugar de se preocupar apenas com o alívio dos sintomas, cuida da vida em sua integralidade. Não importa em que estágio se encontra esta ou aquela vida, o cuidado no lugar de ser algo previsível é gestado em estrita relação com o momento presente de cada vida, de cada singularidade existencial.

Diante disso, é primordial que as “portas” das UTI, representadas por suas equipes, além de fazer uso do modelo curativo, se sensibilizem para com os pacientes em cuidados paliativos. Para que isso aconteça, faz-se necessário, por parte da instituição e órgãos formadores, a utilização de ferramentas que operem a desconstrução dos modelos mecanizados de praticar saúde e invistam em subjetividades com foco na sensibilidade humana, fundamento dos cuidados paliativos. Uma necessidade que aumenta a cada dia e, em muitos casos, a terapia intensiva, na atualidade, é a única opção para amenizar o sofrimento desses pacientes e seus familiares.

Discussões recentes enfatizam a importância da integração precoce entre cuidados paliativos e curativos a todas as pessoas com doenças ameaçadoras à vida, visando promover a qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento mediante a oferta de um cuidado singular,

considerando as necessidades dos clientes e de seus familiares (MENDONÇA, 2012).

É nesse caminhar que a origem da palavra paliativo, derivada do latim *pallium*, faz todo sentido; se assume como um manto que deve envolver novas formas de sentir, pensar e organizar práticas de saúde, tendo em vista que a vida é inseparável da morte.

> O cuidado paliativo é a abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, o que requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2012).

A partir dessa nova definição atribuída aos cuidados paliativos, verifica-se que eles afirmam a vida e encaram o morrer como um processo natural e cíclico, que não apressam nem adiam a morte, mas também não a prolongam; oferecem um sistema de apoio para os pacientes viverem tão ativamente quanto possível até o momento de sua morte; ajudam a família a lidar com a doença e com o luto; proporcionam alívio da dor e sintomas desconfortáveis (WHO, 2012).

Nesse sentido podemos perceber que muito pode ser feito fazer quando a equipe multiprofissional de saúde participa efetivamente, garantindo uma assistência integral e humanizada.

A equipe multidisciplinar, em parceria com os familiares, deve estabelecer o planejamento de ações que promovam o atendimento integral às necessidades humanas, vislumbrando, cada vez mais, a adoção de cuidados menos agressivos, em busca da qualidade de vida ou da morte, caso esta venha a ocorrer (BALIZA et al., 2015). Grosso modo, nas situações de finitude, os profissionais do CTI devem se empenhar em promover uma mudança de cenário o qual não dissocie as ações técnicas das práticas humanizadas. (SILVEIRA et al., 2016).

3 MÉTODOS E TÉCNICAS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Este tipo de abordagem pretende responder às necessidades geradas pelas questões norteadoras do estudo e busca compreender uma realidade específica. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (CANZONIERI, 2010).

A pesquisa descritiva pretende descrever uma realidade estudada por possibilitar a análise de fenômenos, sua descrição e observação. Este tipo de pesquisa é habitualmente realizado pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2010). Assim, a pesquisa debruça-se sobre o cotidiano do profissional de enfermagem ao cuidar do paciente em processo de morte e sua implicação psicoafetiva. Desta forma, procura-se trabalhar com as subjetividades, falas e compreensões, para que os participantes da pesquisa possam se expressar.

O estudo exploratório é indicado quando se tem por necessidade explorar o desconhecido, o requer mais informações. Envolve o levantamento geral, formas de pesquisas bibliográficas e estudo de casos (GIL, 1994).

Sobre a abordagem qualitativa, Minayo (2009) enfatiza que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, de significados, crenças, valores e atitudes.

Na pesquisa qualitativa, o material utilizado nas análises é a palavra que expressa a fala cotidiana, nos discursos intelectuais burocráticos, políticos e nas relações afetivas ou técnicas. Neste método procura-se interpretar o conteúdo das falas, ultrapassando a mensagem e conhecendo os significados latentes (MINAYO, 2009).

3.2 Cenário da pesquisa

No Brasil, os primeiros CTI foram criados na década de 1970, com o objetivo de concentrar pacientes com alto grau de complexidade em uma área hospitalar com infraestrutura adequada, equipamentos, materiais de consumo e

recursos humanos para o desenvolvimento do trabalho com segurança (ABRAHÃO, 2010).

Nesse sentido, o CTI foi escolhido como cenário de estudo por ele ser o setor hospitalar que mais se associa à morte (FRIZON et al., 2011), e, também, porque a equipe de profissionais do CTI que recebe e cuida dos pacientes graves ou instáveis, os quais muitos deles evoluem para óbito, por estarem constantemente lidando com a iminência de morte, sofrem tensão emocional constante, afetando o seu fazer profissional (MORAES; GRANATO, 2014).

A admissão no CTI faz o paciente, e seus familiares, considerar a gravidade da doença, a chance de não se obter a cura para ela e, por conseguinte, a evolução para a morte. Por estar afastado de seus familiares, no CTI, o paciente se torna emocionalmente fragilizado, acarretando aumento dos mecanismos de defesa e diminuição da tolerância à frustração (GUANAES; SOUZA, 2004).

Como qualquer outra unidade hospitalar, o CTI também é o local onde a cura é desejada, porém, seus usuários não identificam este local como próprio para recuperação, promoção e manutenção da vida. Seus usuários o veem como local de separação, impotência e ameaça iminente de morte (GONÇALVES, 2007).

A medicina moderna produz uma morte controlada, inconsciente, silenciosa e escondida. Não à toa a figura tradicional da morte, um esqueleto com uma foice nas mãos, foi substituída, a partir da Segunda Guerra Mundial, pela figura de um paciente no CTI, local exemplar do modelo de morte moderna, no qual o doente permanece só, em um ambiente frio, com o seu corpo invadido por tubos, drenos, sondas e conectado a aparelhos. É uma parte do hospital isolada da vida e do mundo externo (CARRARA, 2004).

O desenvolvimento desta pesquisa se deu no CTI do HUAP, que se constitui referência para os municípios da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, quais sejam: Niterói, cidade onde se localiza; São Gonçalo; Itaboraí; Silva Jardim; Tanguá; Maricá; e Rio Bonito

Por se tratar de um hospital universitário vinculado ao Ministério da Educação e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) como unidade de alta complexidade, assume compromisso com a pesquisa, ensino e extensão.

O CTI atende aos usuários procedentes das enfermarias e do Serviço de Emergência do próprio hospital e àqueles referenciados, via Central de Regulação do município de Niterói. Possui 10 leitos ativos, sendo três deles reservados para acompanhamento de pós-operatório imediato de cirurgia torácica, neurocirurgia e cirurgia geral. Esses pacientes são, em sua maioria, adultos que já possuem diagnósticos conhecidos de doenças classificadas como degenerativas em fase aguda e com risco iminente de morte.

3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes desta pesquisa foram os profissionais da equipe de enfermagem do CTI, que é composta por 11 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e seis auxiliares de enfermagem. A escala de serviço é dividida em turno da manhã, plantões diurnos e noturnos em regime de 12 x 60 horas.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais de enfermagem do quadro permanente que desenvolvem atividades no referido setor, com mais de um ano de experiência profissional em serviços que atendem clientes fora de possibilidade terapêutica, considerando a proximidade destes profissionais com o processo de morte. Foram excluídos os profissionais que estavam em férias ou licença médica durante o período de coleta de dados.

Dos 41 profissionais de enfermagem, 25 compuseram a amostra final da pesquisa.

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense, em 12 de abril de 2017, sob CAAE 61197216200005243. As participações foram formalizadas pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

3.5 Coleta de dados

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada que, de acordo com Minayo (2009, p. 57), “é o procedimento

mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais". As entrevistas ocorreram de acordo com a disponibilidade dos participantes e foram realizadas individualmente pela autora desta dissertação, com auxílio de um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado com base nos objetivos desta pesquisa.

As entrevistas ocorreram na sala da chefia de enfermagem do setor a fim de preservar o sigilo e anonimato dos entrevistados, no período de abril a junho de 2017, aos sábados, no período das 14 às 17h30min e, para entrevistar os profissionais dos plantões noturnos, às sextas-feiras e sábados no horário de 19h30min às 22 horas. Elas foram gravadas por meio de gravador digital e duraram entre 10 minutos e 54 minutos.

Ao chegar ao setor observei que alguns funcionários se sentiam um pouco desconfortáveis com a minha presença, pois, apesar de fazer parte do quadro de funcionários da instituição, alguns não me conheciam. Após a minha apresentação e explicação dos objetivos de minha presença e da pesquisa, pude contar com a colaboração de grande parte dos profissionais.

Após o término da pesquisa, o arquivo referente às entrevistas foi armazenado em arquivo seguro e sigiloso, onde permanecerá por cinco anos; após esse período será destruído.

3.6 Tratamento e análise de dados

Após as gravações, as entrevistas foram transcritas considerando a fala, opiniões, atitudes, bem como as expressões emocionais, entonações de voz, pausas e outros aspectos relevantes.

Os dados sociodemográficos dos participantes do estudo foram coletados durante a entrevista e descritos nos resultados para subsidiar e contextualizar a análise. Concluída a transcrição, o material foi submetido à análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), segundo o qual trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens.

Nesse tipo de análise pretende-se a compreensão dos significados das falas em profundidade, pois, a partir delas podem ser alcançadas dimensões que vão além das mensagens.

Esse método pressupõe três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2009).

A fase de pré-análise consistiu na organização do material, seguida pela leitura exaustiva dele com o objetivo de se ter uma visão de conjunto, elaborar pressupostos para balizarem a análise, escolher as formas de classificação inicial e, por fim, preparar o material a ser explorado. Na fase de exploração do material foram realizadas as codificações, isto é, os dados brutos foram sistematicamente transformados e agregados em unidades que permitiram a descrição das características do conteúdo.

Na terceira e última fase, os dados codificados foram categorizados e tratados de maneira a serem significativos e válidos para o alcance das inferências e interpretações do conjunto, cujos resultados foram utilizados para fins teóricos.

Cabe ressaltar que as categorias dos dados foram inicialmente delineadas no roteiro de entrevista, cujas perguntas direcionavam para a construção de quatro pré-categorias que poderiam ou não ser confirmadas.

Após o término das entrevistas e obedecendo aos procedimentos de transcrição, leitura e releitura do conteúdo, aproximações por núcleos de sentido, novas leituras e agrupamentos por temáticas, os dados foram organizados em quatro categorias e subcategorias que estão relacionadas no quadro 1.

Quadro 1. Definição de categorias e subcategorias da pesquisa. Niterói, 2017

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Concepção sobre a morte e a morte institucionalizada	Entre a concepção natural e religiosa A morte e a pluralidade dos sentidos
Prática dos cuidados aos pacientes em processo de morte	O fazer profissional Sobre o manejo dos cuidados
Aspectos da dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem	A complexidade dos sentimentos O que mais afeta Experiências significativas da prática profissional
Possibilidades e limites da prática do cuidado e recomendações para a prática profissional	Possibilidades e formas para melhorar o cuidado Limites da prática do cuidado Recomendações para a prática profissional

Fonte: A autora

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em duas etapas em obediência ao roteiro de entrevista. Na primeira etapa, foram descritos os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa e, na segunda, os conteúdos das entrevistas categorizados por unidades temáticas.

4.1 Primeira etapa: dados sociodemográficos

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas dos profissionais de enfermagem. Niterói, 2017

Variáveis associadas	n	%
Sexo		
Feminino	15	60,0%
Masculino	10	40,0%
Profissão		
Enfermeiro	8	32,0%
Técnico de enfermagem	15	60,0%
Auxiliar de enfermagem	2	8,0%
Faixa etária		
Até 30 anos	4	16,0%
31à 35 anos	6	24,0%
36 a 40 anos	6	24,0%
41à 45 anos	4	16,0%
46à 50 anos	4	16,0%
51à 55 anos	1	4,0%
Grau de escolaridade		
Médio	17	68,0%
Nível Superior	8	32,0%
Qualificação		
Especialização	19	76,0%
Mestrado	6	24,0%
Tempo de serviço na instituição		
Até 05 anos	9	36,0%
05 a 09 anos	10	40,0%
10à 15 anos	5	20,0%
21à 25 anos	1	4,0%
Tempo de formação		
Até 05 anos	1	4,0%
06 a 09 anos	6	24,0%
10 a 14 anos	8	32,0%
15 a 20 anos	7	28,0%
21 a 25 anos	2	8,0%
26 a 30 anos	1	4,0%
Renda		
Não responderam	16	64,0%
05 a 06 salários mínimos	8	32,0%
Acima de 10 salários	1	4,0%

Continua...

...continuação

Religião		
Católica	10	40,0%
Evangélica	8	32,0%
Espírita	3	12,0%
Não possui	4	16,0%

Fonte: A autora

Do total de 25 entrevistados, encontramos oito enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem, sendo 10 (40%) do sexo masculino e 15 (60%) do sexo feminino. A caracterização da enfermagem como campo profissional predominantemente feminino é própria da história dessa profissão que já nasceu e se desenvolveu nessa perspectiva, o que é reforçado por dados fornecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2013). Para Araújo e Rotemberg (2011), apesar do número de homens profissionais de enfermagem ter aumentado nas últimas décadas, a inserção nesse cenário ainda é pequena, de modo que a enfermagem se mantem como uma profissão eminentemente feminina.

A faixa etária variou entre 24 e 51 anos, com maior proporção daqueles com idades entre 31 e 35 anos (24%) e 36 e 40 anos (24%); a menor proporção se deu na faixa etária que compreende as idades entre 51 e 55 anos (4%). Pesquisa realizada pelo COFEN (2013) evidenciou os profissionais de enfermagem do Brasil possuem entre 26 e 55 anos, com maior representatividade daqueles com idades entre 26 e 35 anos (35,1%).

O grau de escolaridade variou entre nível médio (68%) e superior completo (32%). Porém, 73% dos participantes de nível médio possuem nível superior completo e 27% possuem nível superior incompleto. Quanto aos profissionais de nível superior, 75% possuem especialização e 25% possuem mestrado.

Quanto ao tempo de serviço na instituição, 36% referiram ter menos de cinco anos, 40% possuem de 5 a 9 anos, 20% de 10 a 15 anos e 4% de 21 a 25 anos. Em relação ao tempo de formação, 4% dos participantes declararam ter até 5 anos de formado, 24% de 6 a 9 anos, 32% de 10 a 14 anos, 28% de 15 a 20 anos, 8% de 21 a 25 anos e 4% de 26 a 30 anos.

A maioria dos entrevistados (64%) não respondeu sobre a renda recebida, 32% recebem entre cinco e seis salários mínimos e 4% recebem acima de dez salários mínimos.

Quanto à religião, houve predomínio da católica (40%), seguida da evangélica (32%) e espírita (12%); 16% informaram não ter religião, porém relataram acreditar em algo superior.

4.2 Construção das categorias

Nesta etapa da pesquisa, descreveram-se os conteúdos das entrevistas agrupados em quatro categorias temáticas que emergiram após a leitura do material: Concepção sobre a morte e a morte institucionalizada; Prática dos cuidados aos pacientes em processo de morte; Aspectos da dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem; Possibilidades e limites da prática do cuidado e recomendações para a prática profissional.

4.2.1 Concepção sobre a morte e a morte institucionalizada

Evidenciaram-se nos depoimentos acerca da concepção de morte, seu sentido e a morte no local de trabalho conceitos associados à questão religiosa, ao processo natural, ao fim do sofrimento, equilíbrio planetário, isolamento social, morte como parte do cotidiano, tabu, morte como fracasso e frustração profissional.

<u>Concepção de morte relacionada à questão religiosa</u>

Nas falas abaixo se pode perceber as expressões sobre a concepção de morte associadas à religiosidade.

> *[...] seria a passagem dessa vida que a gente tem aqui na Terra para uma outra vida, um outro tipo de corpo, uma outra forma... A separação do corpo e espírito, no caso, o corpo morre, mas o espírito continuaria (Técnico de Enfermagem 01).*
>
> *[...] é o fim de uma trajetória que você tem aqui na Terra (Técnico de Enfermagem 07).*
>
> *[...] é o desligamento da parte da matéria física e a gente sobrepõe a parte espiritual (Técnico de Enfermagem 12).*
>
> *[...] é quando a alma não pertence mais àquele corpo, corpo físico (Enfermeiro 07).*
>
> *[...] é uma passagem, o fim de uma existência (Enfermeiro 08).*
>
> *[...] é uma passagem da vida que viemos aqui cumprir (Técnico de Enfermagem 13).*

Concepção de morte como um processo natural

Alguns participantes entendem a morte como processo natural:

[...] no meu entender é um processo da vida, é o término da vida. A gente nasce, vive e a morte é a coisa mais certa que a gente tem na vida (Enfermeiro 03).

[...] é simplesmente o término de tudo o que o indivíduo já foi... é o fim fisiológico de tudo (Técnico de Enfermagem 02).

[...] é o fim de uma trajetória que você tem aqui na Terra (Técnica de Enfermagem 07).

[...] resumidamente é o fim da vida, do funcionamento do corpo (Enfermeiro 04).

[...] é um processo natural que nós inevitavelmente vamos passar... para nossa cultura é muito triste... Nossa cultura ocidental trata como um momento triste, de pesar (Enfermeiro 05).

[...] é um processo que faz parte do ser humano. É o fim da vida (Técnico de Enfermagem 14).

[...] é a falência da pessoa em se manter viva (Enfermeiro 02).

A morte e a pluralidade dos sentidos

De acordo com os extratos abaixo, verifica-se que alguns participantes consideram a morte como o fim do sofrimento:

[...] às vezes parece ser a solução para aquilo ali... é a melhor coisa que poderia acontecer para aquele paciente, que está ali frente ao sofrimento... nessa situação é considerada um alívio (Enfermeiro 01).

[...] algumas mortes sempre trazem algum tipo de sofrimento... E eu fico com a sensação de perda maior para a família e de descanso para o paciente (Enfermeiro 08).

[...] às vezes um paciente que já estava num sofrimento muito grande, eu vejo como um descanso (Enfermeiro 02).

[...] quando o paciente, o ser humano está sofrendo, é um alívio (Técnico de Enfermagem 13).

[...] a morte é um descanso para a pessoa, por mais que seja difícil para quem fica..., mas para quem está vivendo o processo da doença, eu entendo como um descanso (Enfermeiro 03).

[...] para o paciente que está muito doente, em estágio terminal, a morte seria um alívio, um prêmio... O sofrimento chegou ao fim (Técnico de Enfermagem 07).

Durante as entrevistas também se identificou o sentido da morte como uma questão relacionada à religiosidade.

[...] é o tempo da pessoa na Terra (Técnico de Enfermagem 04).

> *[...] cada um tem seu tempo, sua missão a ser desenvolvida. Uns tem um pouquinho mais, outros um pouquinho menos e outros até mesmo nenhum tempo (Técnico de Enfermagem 03).*
>
> *[...] um ciclo que a mente se desliga do corpo e vai para um outro plano, dependendo da crença que a pessoa tiver (Técnico de Enfermagem 14).*
>
> *[...] foi algo assim: Deus condenou à morte Adão e Eva por conta do pecado que eles cometeram e com dores do parto terá seu filho, vai nascer desenvolver e morrer. Não vai perpetuar aqui na Terra (Técnico de Enfermagem 06).*
>
> *[...] é o fim do nosso corpo carnal (Enfermeiro 04).*

Ao se perguntar como é a morte no local de trabalho alguns profissionais consideram ser parte do cotidiano, o fim do sofrimento para o paciente.

> *[...] a morte aqui no CTI, infelizmente, é quase um cotidiano. Não que todo dia tenha paciente morrendo, mas todo dia nós vivemos à sua sombra, pois a qualquer momento pode acontecer com qualquer um deles (Técnico de Enfermagem 02).*
>
> *[...] aqui faz parte do nosso dia a dia. Infelizmente é muito comum (Técnico de Enfermagem 09).*
>
> *[...] é uma coisa frequente, comum; praticamente uma consequência (Auxiliar de Enfermagem 01).*
>
> *[...] é, na verdade, quase uma constante a morte dentro desse setor (Técnico de Enfermagem 01).*
>
> *[...] é uma coisa muito comum no CTI. É o fim do nosso cuidado depois de fazer tudo o que a gente podia (Enfermeiro 04).*
>
> *[...] a gente lida com pacientes muito crônicos e que são muito invadidos e você vê que aquele corpo ali já começa a perder a identidade, sabe. Então, nesses casos, eu acabo vendo a morte como um alívio para aquele corpo, aquela alma (Enfermeiro 01).*
>
> *[...] a gente tem muito paciente aqui que ficou muito tempo naquele sofrimento, que às vezes a gente não está mais suportando ver aquela pessoa passar por cuidados que não vão levar a nada... acredito que seja o descanso, o fim do sofrimento (Enfermeiro 02).*
>
> *[...] muitas vezes o fim do sofrimento (Auxiliar de Enfermagem 02).*
>
> *[...] quando o paciente é acompanhado por nós e ele não responde a nenhum tipo de tratamento... Para a gente é até um alívio para o paciente, para ele não ter mais sofrimento (Técnico de Enfermagem 04).*

Alguns participantes consideram a morte no local de trabalho como fracasso e frustração profissional.

> *[...] tem casos que a morte choca... ela traz para a equipe esse sentimento de frustração (Enfermeiro 03).*
>
> *[...] pode ser considerada um fracasso para o nosso serviço (Técnico de Enfermagem 08).*
>
> *[...] o profissional, muitas vezes, ele se considera frustrado, derrotado por isso (Técnico de Enfermagem 14).*

> *[...] é pesado. Pesado no sentido de que a gente trabalha em prol da vida. A gente quer cuidar para que a pessoa saia e vá viver o que ela tiver que viver, mas faz parte (Enfermeiro 05).*

Ainda sobre o sentido da morte, destaca-se a seguir três depoimentos distintos sobre a morte no cuidado de enfermagem.

Um participante atribuiu à morte o sentido de que faz do equilíbrio do planeta:

> *[...] acredito que seja uma reciclagem, uma renovação do planeta. O indivíduo tem que morrer para que se mantenha o equilíbrio (Técnico de Enfermagem 02).*
>
> *Outro profissional representou a morte como um isolamento social, assim, considerou que ao se isolar socialmente, perder o entusiasmo pela vida, pelo convívio social, isto também pode ser considerado como um processo de morte.*
>
> *[...] quando você não quer viver e participar, isso também é uma morte (Enfermeiro 07).*
>
> *Um dos participantes da pesquisa declara que apesar de fazer parte do cotidiano, a morte ainda é um tabu.*
>
> *[...] eu vejo que é um tabu, as pessoas têm muitos dedos, ninguém fala. Ainda existe como se fosse uma capa onde as pessoas têm que ser duronas para lidar com aquilo... A morte é uma coisa que precisa ser discutida porque faz parte do processo de viver. É uma das etapas da vida..., mas é um tabu ainda e precisa ser resolvido (Enfermeiro 06).*

4.2.2 Prática dos cuidados aos pacientes em processo de morte

Esta categoria descreveu a prática dos cuidados para o profissional de enfermagem, a participação dos profissionais em eventos ou cursos que abordem o cuidado da pessoa em processo de morte e os cuidados considerados importantes para esse perfil de paciente.

<u>O fazer profissional</u>

Pode-se notar nas falas abaixo que alguns profissionais relatam apresentar dificuldades para realizar o cuidado ao paciente em processo de morte.

> *[...] é um pouco difícil porque a gente sabe que a pessoa não tem expectativa de melhora. Eu fico com a sensação de estar enxugando gelo, mas eu procuro propiciar o máximo de cuidados paliativos [...] (Técnico de Enfermagem 05).*
>
> *[...] quando é um paciente que interna e reinterna, você cria um vínculo com ele de amizade. E é muito difícil... E você fala logo assim: não quero estar nesse dia [...] (Técnico de Enfermagem 03).*

> *[...] já foi mais difícil para mim. Aqui no CTI, eu tenho a sensação de que eu não consigo olhar quando eu estou executando o meu trabalho naquele momento. Eu não consigo olhar para o paciente e esse paciente está morrendo [...] (Técnico de Enfermagem 01).*
>
> *[...] sempre é muito difícil porque o paciente não morre e simplesmente acabou. Tem sempre uma história por conta de uma vida, de um projeto, de uma família, de vínculos. Então, eu, assim, eu me sinto mal (Enfermeiro 08).*
>
> *[...] é difícil. A gente acaba trazendo isso para a nossa vida (Técnico de Enfermagem 08).*

Quando perguntados sobre o cuidar de um paciente em processo de morte, alguns participantes responderam que aliviar o sofrimento é muito importante para a prática do cuidado.

> *[...] a gente procura dar dignidade nesse momento, fazer o tratamento paliativo para que esse paciente não sofra... A gente tenta fazer o melhor possível para poder dar um cuidado paliativo, tirar esse paciente da dor e dar mais conforto (Técnico de Enfermagem 11).*
>
> *[...] oferecer o melhor, tanto pelo repouso, amenizar a dor naquele leito de morte, no qual a gente vê o corpo sofrendo (Técnico de Enfermagem 12).*

Ao prestar o cuidado ao paciente em processo de morte um dos entrevistados sente-se honrado, conforme relato abaixo:

> *[...] eu me sinto particularmente honrado. Os últimos momentos da vida devem ser idealizados como se fossem os primeiros momentos da vida, então, para mim é uma honra (Técnico de Enfermagem 14).*
>
> *Alguns dos entrevistados responderam que prestam o cuidado ao paciente em processo de morte de uma forma natural.*
>
> *[...] lógico, tem nossos sentimentos... Mas é um processo natural (Técnico de Enfermagem 13).*
>
> *[...] normal no sentido profissional, mas a gente acaba sendo frio (Técnico de Enfermagem 09).*
>
> *[...] eu não vejo muita diferença. Meu trabalho aqui é cuidar, é manter as funções fisiológicas do corpo... A gente tem a questão da morte encefálica que já é uma morte, mas nosso trabalho não acaba (Enfermeiro 04).*

Quanto à questão da participação em encontros ou cursos de aperfeiçoamento no cuidado da pessoa em processo de morte, três técnicos de enfermagem e dois enfermeiros já participaram, enquanto doze técnicos de enfermagem, seis enfermeiros e dois auxiliares de enfermagem nunca participaram de eventos que tenham abordado esse tema.

Sobre o manejo do cuidado

Percebem-se nas falas abaixo que os cuidados para promover o conforto são importantes para o paciente em processo de morte.

> *[...] se a pessoa está limpa, no caso, o banho, se está sendo aspirado, isso é um conforto para ele. Tudo que você sente bem em fazer, com certeza você vai saber que a pessoa vai se sentir bem em receber. Tudo que leve o conforto (Técnico de Enfermagem 13).*
>
> *[...] a primeira coisa é o conforto. Que ele não esteja com dor, não esteja em agonia respiratória (Enfermeiro 05).*
>
> *[...] o conforto. Minimizar a dispneia... E o conforto para a família (Auxiliar de Enfermagem 01).*
>
> *[...] é promover o conforto. É minimizar a dor, tudo aquilo que causa desconforto no paciente (Técnico de Enfermagem 03).*
>
> *[...] eu entendo que o que tem que ser oferecido ao paciente é a dignidade e o conforto (Técnico de Enfermagem 14).*
>
> *[...] a melhoria do meu cuidado... é a minimização do sofrimento. Não permitir que aquela pessoa tenha dor... não permitir a dor, não permitir fome, não permitir sede. Ter todo o conforto, essa é a dignidade. Morrer com dignidade (Técnico de Enfermagem 05).*
>
> *[...] dentro do que está ao meu alcance... eu tento fazer o máximo possível para que haja conforto (Enfermeiro 02).*
>
> *[...] oferecer o máximo de conforto que eu puder dar ao paciente (Técnico de Enfermagem 09).*

Identificou-se também que há a importância do apoio psicológico ao paciente e que, nos últimos momentos vividos, esse suporte conforta.

> *[...] o apoio psicológico, o cuidado do corpo e da mente do ser humano como um todo... E um resto de vida digno (Técnico de Enfermagem 08).*
>
> *[...] quando o paciente é lúcido e está quase morrendo, o apoio psicológico é muito importante (Técnico de Enfermagem 09).*

A presença do familiar também foi citada como um importante cuidado ao paciente em processo de morte, pois o fortalece e o conforta.

> *[...] o maior acesso à família. A presença da família dá mais dignidade, mais conforto (Técnico de Enfermagem 14).*
>
> *[...] a presença da família (Técnico de Enfermagem 11).*
>
> *[...] me incomoda muito o fato de se ter aqui... um paciente que está lúcido, orientado, que não tem possibilidade terapêutica, estar aqui isolado. Só tem o contato da família durante a visita que é muito reduzida no CTI. Não tem acompanhante (Enfermeiro 02).*
>
> *[...] definiu que aquele paciente é um paciente fora de possibilidade, essa família tinha que ter uma participação muito mais efetiva nesse final de vida. Tinha que ter uma visita aberta, outros formatos para essa família*

> *nesse momento de sofrimento. Eu acho que a questão da família é muito negligenciada (Enfermeiro 08).*

Um dos entrevistados considera a escuta um cuidado importante para o paciente.

> *[...] a escuta é o primeiro cuidado, quando possível. Porque no CTI muitas vezes a escuta não consegue ser executada... O paciente está entubado, traqueostomizado, mas existem outras formas de escutar o paciente sem ser através da linguagem verbal... Plantão passado aconteceu com um paciente... Ele está traqueostomizado e eu perguntei para ele o que ele estava precisando para eu poder ajudar e ele respondeu carinho. Aquilo me marcou porque eu nunca ia imaginar ouvir aquilo. Normalmente eles pedem água, comida, mas o carinho foi marcante... eu acho que o que paciente mais precisa é a escuta (Enfermeiro 06).*

Alguns participantes citam os cuidados de enfermagem, sejam eles de reparação ou de manutenção, como importantes para o paciente em processo de morte.

> *[...] cuidados específicos de higiene pessoal... Cuidado com a pele (Técnico de Enfermagem 11).*
>
> *[...] os cuidados são os mesmos. É a mesma higiene, a mesma assistência (Enfermeiro 07).*
>
> *[...] os cuidados básicos para manter o paciente nas condições melhores possíveis, limpo... não é porque está em processo de morte que as pessoas têm que ficar sujas, sem banho (Enfermeiro 06).*
>
> *[...] falando propriamente aqui do CTI, eu prezo muito pela questão da higiene, do banho... Eu acho que o banho é o momento, talvez, de troca maior entre você e o paciente... Você já sabe o modo que ele gosta da temperatura da água ou o modo como se vira para cá, esse lado machuca, vira para um lado, vira para o outro... Acho fundamental porque é algo que ele não pode nem fazer por ele... Medicação, mudança de decúbito, faz parte da rotina... Higiene oral, ocular, aspiração, essa coisa de ter sujeira me incomoda muito (Técnico de Enfermagem 01).*

4.2.3 Aspectos da dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem

Esta categoria abordou os sentimentos e emoções que os profissionais apresentam ao cuidar do paciente em processo de morte; o que mais afeta esse profissional e como o profissional lida com esse afeto no seu dia a dia.

<u>A complexidade de sentimentos</u>

Nos relatos abaixo observam-se diferentes modos de sentir diante dos pacientes em processo de morte, destacando-se: respeito, frieza, perda, gratidão, empatia e tranquilidade.

> *[...] o sentimento de respeito mesmo... Às vezes a gente sente uma coisa a mais... mas o maior sentimento é o respeito. Eu respeito muito a morte (Técnico de Enfermagem 03).*
>
> *[...] de respeito naquele momento (Auxiliar de Enfermagem 01).*
>
> *[...] eu respeito o corpo porque sei que a alma não está mais presente... eu respeito o cuidado ao corpo e não a pessoa porque a pessoa já foi (Enfermeiro 07).*

Alguns participantes responderam que o sentimento de frieza se manifesta durante o cuidado ao paciente em processo de morte.

> *[...] normalmente é frieza. A gente acaba sendo frio. A gente não pode se comover, absorver todo o processo de morte do nosso trabalho (Técnico de Enfermagem 09).*
>
> *[...] a nossa profissão bota a gente mais frio que as outras pessoas, que as pessoas fora da área da saúde... eu tenho que estar fria, sensata, racional para lidar com aquilo. Acho que é uma característica da profissão (Enfermeiro 04).*
>
> *[...] eu procuro me manter fria... eu sinto assim, muitas vezes eu procuro manter o máximo de frieza para cuidar bem daquela pessoa (Técnico de Enfermagem 05).*
>
> *[...] procuro transmitir o máximo de frieza possível. A gente tem que ser fria... tem que esquecer a emoção e prevalecer a razão (Técnico de enfermagem 06).*

Alguns dos entrevistados referem o sentimento de perda conforme os registros abaixo:

> *[...] a gente acaba tendo esse sentimento de perda também porque é um ser humano que está ali e você às vezes se transporta também para aquela situação. Você imagina algum familiar seu naquela situação e isso traz esse sentimento de perda, de impotência (Enfermeiro 03).*
>
> *[...] eu sempre tenho um sentimento de perda (Enfermeiro 08).*

Um dos participantes declarou se sentir grato por ter tido a experiência do cuidado com esse perfil de paciente.

> *[...] muitos momentos eu já senti gratidão por ter tido a oportunidade... quando tem aqueles pacientes que ficaram bastante tempo, você sabe que a gente acaba sendo a família deles (Enfermeiro 02).*

Ao serem perguntados acerca dos sentimentos aos prestarem o cuidado, alguns entrevistados responderam que a empatia se destacava.

> *[...] eu cuidei da minha avó nesse hospital quando fui acadêmica e eu olho para os pacientes procurando ter empatia... A gente tem que tomar muito cuidado porque acaba sendo muito mecânico... eu sempre tento ter empatia com a pessoa, até quando esse paciente às vezes é muito difícil (Enfermeiro 06).*
>
> *[...] eu tento sempre me colocar no lugar da pessoa, então... aquela coisa da empatia. Se eu estivesse no lugar do paciente, mesmo que eu*

> *estivesse inconsciente, eu gostaria que o cuidado fosse bem feito... eu tento fazer isso com o paciente independente de ele estar no processo ou não... E querer o melhor como se fosse para mim (Técnico de Enfermagem 11).*
>
> *[...] quando você olha... quando é uma senhora e você acaba refletindo, visualizando um familiar seu... já internou funcionários daqui, podia ser eu, podia ser um parente meu... aquele paciente é tão parecido com a minha mãe, com o meu pai (Técnico de Enfermagem 07).*
>
> *[...] é lembrar de um paciente, ver uma pessoa semelhante. Vira e mexe acontece de eu ver uma mulher que parece com a minha mãe, um idoso que parece com a minha avó, a gente remeter isso a nossa família... quando a gente se coloca no lugar do outro, eu acho que é o que me afeta (Enfermeiro 06).*
>
> *[...] às vezes é você trocar um pouco de lado. É você se tornar uma pessoa e não um profissional. Isso faz uma diferença, ainda mais quando ele já está fazendo a passagem dele. É ele entender que você também é um ser humano (Enfermeiro 07).*
>
> *[...] em muitos momentos eu fico me colocando no lugar daquela pessoa (Técnico de Enfermagem 05).*

Alguns participantes lidam de forma tranquila e natural com as suas emoções ao cuidar do paciente.

> *[...] encaro de forma natural porque esse é meu trabalho (Auxiliar de Enfermagem 02).*
>
> *[...] tento simplesmente saber que aquilo ali faz parte do processo da vida e que todos nós vamos passar por aquilo de uma maneira ou de outra (Técnico de Enfermagem 02).*
>
> *[...] hoje em dia eu tenho uma visão bem mais tranquila... infelizmente a gente aprende a não absorver tantos problemas, tantas emoções mediante aquele paciente, porque senão somatiza para a gente aquele sofrimento (Técnico de Enfermagem 12).*
>
> *[...] é tranquilo, não tem problema nenhum. Tenho levado numa boa (Técnico de Enfermagem 09).*
>
> *[...] eu lido bem porque eu tenho prazer de cuidar do próximo, que isso me faz bem (Técnico de Enfermagem 04).*
>
> *[...] eu lido bem. Eu sei que tenho que cuidar. Penso sempre em fazer o melhor possível para ele e procuro fazer da melhor forma (Enfermeiro 05).*
>
> *[...] eu sou bem tranquilo. Não é sentimento de indiferença, claro que não (Técnico de Enfermagem 11).*

<u>Dificuldade em lidar com as emoções</u>

Por outro lado, também ficou evidenciado que alguns participantes apresentam dificuldades em lidar com as emoções ao realizar o cuidado.

> *[...] a gente não tem um preparo para encarar isso... eu tenho percebido é que aqui o ritmo é tão acelerado que você vê algo que te choca, que mexe com você, mas você não tem nem tempo de trabalhar com isso, de*

> *elaborar... São muitas coisas que passam pela nossa cabeça, mas como eu lido com isso eu não sei te dizer (Enfermeiro 02).*
>
> *[...] eu acho que a gente não tem um suporte emocional muito legal. A gente tinha que passar realmente por reciclagem até para saber lidar... A gente não está preparado para isso... às vezes eu prefiro me retirar de uma certa situação porque eu acho que não sei mesmo como lidar (Enfermeiro 08).*

Um dos participantes busca a religião como forma de lidar melhor com a situação do cuidado ao paciente diante da finitude, pois a considera que o fortalece para lidar com esse processo.

> *[...] eu busco a questão religiosa. A gente tem que ter, na minha concepção, uma orientação para poder estar pronto, ter condições de não absorver. Se a gente absorver cada história de cada paciente que morre aqui, a gente fica doente com eles. É a questão religiosa que me orienta mesmo (Técnico de Enfermagem 14).*

<u>O lidar com as situações que afetam a equipe de enfermagem diante do cuidado em situação de morte</u>

O sofrimento da família é um dos aspectos que mais afeta os profissionais em termos emocionais de acordo com os depoimentos abaixo:

> *[...] assim que eu vejo um familiar muito desesperado, isso me afeta bastante... O vínculo que você tem com ele acaba sendo através da família, que fala como ele era, o que ele gosta de fazer... então o momento que você conhece, é o momento que a família está aí. Isso me afeta muito (Enfermeiro 02).*
>
> *[...] quando a família está presente... quando é uma doença que é muito de repente e a família não espera que aquilo vá acontecer com aquela pessoa. Então, participar desse momento, trazer a família até o leito, ficar junto é muito triste (Enfermeiro 08).*
>
> *[...] a família. Às vezes é um paciente muito novo... A família deixa a gente bem para baixo (Técnico de Enfermagem 10).*
>
> *[...] a família do paciente... quando é um paciente novo... que ainda tinha a vida pela frente e teve o cessar da vida por alguma doença, então o fato de pensar na família é muito difícil (Técnico de Enfermagem 08).*

Alguns dos participantes sentem-se afetados emocionalmente ao prestar cuidados a crianças.

> *[...] criança lidando com a morte. Acho que isso não é justo (Auxiliar de Enfermagem 02).*
>
> *[...] apesar de eu não trabalhar com criança, me afeta bastante. (Técnico de Enfermagem 09).*
>
> *[...] eu não consigo trabalhar com criança. Não adianta (Técnica de Enfermagem 14).*

Um dos participantes relatou que a falta de cuidado e o isolamento do paciente o afeta emocionalmente.

> *[...] em relação ao paciente pré-morte... eu acho que o desinteresse por esse tipo de paciente me incomoda um pouco, esse paciente especificamente é um paciente fora de possibilidades terapêuticas, mas ele não está fora de possibilidades de conforto, de contato... nós acabamos caindo no erro de deixá-lo fora da relação humana. Nós o matamos antes do quadro efetivo. Nós acabamos isolando esse cliente (Técnico de Enfermagem 15).*

Um dos entrevistados refere ser afetado emocionalmente pelo sofrimento do paciente.

> *[...] é ver o sofrimento deles, porque tem muitos que sofrem, entram naquela angústia respiratória e mesmo com toda a tentativa do protocolo para dar um conforto para ele, ver aquele sofrimento ali, eu fico mal (Enfermeiro 01).*

Todos os participantes já tiveram uma experiência significativa em sua prática profissional. Das experiências citadas as que mais se destacaram foram relacionadas a óbitos de crianças, óbitos de adultos jovens e óbitos de pacientes com longa permanência no setor.

> *[...] uma criança de 12 anos estava aqui internada... estava com esforço respiratório, entuba, chama o cirurgião pediátrico para puncionar a veia... E eu fiquei naquele leito com a enfermeira e os médicos... fui descansar e quando voltei a criança tinha falecido. Aquilo me deixou abalada porque eu me senti impotente... todo mundo fez tanto esforço para, no final, a criança acabar indo à óbito... Situação que me chocou (Técnico de Enfermagem 05).*

> *[...] quando eu era do Corpo de Bombeiros eu fui atender uma criança... em uma comunidade no Centro do Rio. A criança tinha broncoaspirado e tinha morrido. Aquela criança linda, perfeita, azul. Os lábios azuis. Muito triste. Marcou muito (Técnico de Enfermagem 14).*

> *[...] uma criança que chegou com problema respiratório... fizemos tudo que o médico pediu, sendo que a criança ao invés de melhorar, piorou... A criança parou e não voltou. Esse caso me doeu, me entristeceu muito (Técnico de Enfermagem 13).*

> *[...] eu trabalhei um tempo com pré-hospitalar e resgate e um acidente na rodovia com família e criança, morte no local... eu fiquei bastante sentido, ainda mais porque na época minha filha tinha dois anos... eu até evito trabalhar com criança (Técnico de Enfermagem 09).*

> *[...] uma paciente jovem, uma menina de 15 anos. Aquilo me impactou bastante e eu levei um tempo para processar, infelizmente veio à óbito (Enfermeiro 05).*

> *[...] a gente teve recentemente um caso que foi uma iatrogenia num procedimento cirúrgico... E por conta disso a pessoa veio à óbito. Uma pessoa jovem, isso abalou bastante a equipe e a mim também (Enfermeiro 03).*

> *[...] um paciente jovem que tinha um tumor cerebral e prestes a ganhar o primeiro filho... não respeitaram a vontade dele de ver o filho. Essa experiência me abalou muito (Auxiliar de Enfermagem 01).*

> *[...] um paciente que foi à óbito de dezoito anos... Era um câncer ósseo. A mãe dele não chorou. A mãe dele uivou de uma hora da tarde até as sete da noite e eu como mãe fiquei muito abalada (Auxiliar de Enfermagem 02).*
>
> *[...] uma jovem de 21 anos, ela era cardiopata... uma semana antes de ela morrer ela estava conversando comigo que ela ia se casar, fazendo planos para o futuro... E na semana seguinte quando eu fui trabalhar ela estava bem pior, irreconhecível, totalmente em anasarca, nem parecia que era a mesma pessoa e naquela noite mesmo ela morreu. Aquilo me tocou, isso já aconteceu há dez anos e eu não esqueço. Foi a experiência mais forte que eu tive até agora (Técnico de Enfermagem 02).*
>
> *[...] um paciente de 28 anos que ia ser pai e fez uma cirurgia... terminou a cirurgia e infelizmente ele veio à óbito. Isso foi muito difícil na época (Técnico de Enfermagem 08).*
>
> *[...] um paciente jovem de aproximadamente 26 anos. Estava numa festa e foi baleado no tórax... E o tempo todo do cuidado ele pedia para não o deixar morrer. Uma coisa que me chamou atenção é que ele olhava nos meus olhos, parecia que me conhecia... Ele segurou minha mão e disse: não me deixe morrer... infelizmente ele acabou falecendo e aquele dia eu fiquei bem mal com aquela situação (Técnico de Enfermagem 11).*
>
> *[...] uma paciente que ficou com a gente quase oito anos. A gente sabia tudo dela... Cismaram de levar ela para enfermaria... em vinte e quatro horas ela faleceu... isso chocou todos nós (Técnico de Enfermagem 04).*
>
> *[...] aqui no CTI... teve um paciente que faleceu há pouco tempo e ficou com a gente cinco anos... E faleceu e a gente sente... A gente cria vínculo (Técnico de Enfermagem 07).*

Dos entrevistados, 21 deles já se sentiram abalados emocionalmente por passar por alguma experiência significativa na prática profissional.

Um dos entrevistados respondeu que contou com o apoio da família para lidar com a experiência que o abalou emocionalmente.

> *[...] eu me abalei, mas passou. O apoio da família, minha família sempre presente. Eu superei numa boa (Técnico de Enfermagem 09).*

Ao ser questionado como o profissional lidou com a experiência, foi evidenciado pelo relato abaixo que foi prestado o cuidado efetivo ao paciente.

> *[...] foi difícil no primeiro momento... eu senti aquela angústia... eu fiz o que estava ao meu alcance naquele momento, manobras de ressuscitação, medicação... então, eu fui pensando nisso e tentando me confortar, pensando que eu fiz o que dava para fazer (Enfermeiro 05).*

O apoio religioso foi descrito por alguns participantes como recurso para lidar com a experiência que os abalaram emocionalmente.

> *[...] tendo o apoio da religião, tendo o apoio da fé, acreditando que a pessoa vai estar numa situação melhor que aqui. Eu acho que se eu não tivesse isso, talvez... eu nem sei. Eu não saberia lidar, eu iria pirar porque é frustrante (Enfermeiro 06).*

> *[...] simplesmente eu rezei. Rezei por ele, pela mãe para que ela pudesse passar por aquilo (Auxiliar de Enfermagem 02).*

As falas abaixo demonstram que alguns entrevistados lidaram de forma tranquila e natural com a experiência vivenciada.

> *[...] eu deixei natural. A princípio você fica naquela, vou me esconder. Aí eu vi que faz parte... começou a rolar uma lagrimazinha, mas... respirei e vamos embora. É assim mesmo, é vida que segue (Enfermeiro 01).*
>
> *[...] eu lido bem. Eu penso muito como eu sou favorecida de estar com a minha vida, com a minha saúde em ordem (Enfermeiro 04).*
>
> *[...] lido com essa situação tranquilamente (Enfermeiro 07).*
>
> *[...] não tive problemas ao lidar com essa situação (Técnico de Enfermagem 15).*
>
> *Um dos participantes relata ter tido dificuldade ao lidar com a experiência que o abalou emocionalmente.*
>
> *[...] foi difícil, foi muito difícil assistir, lembrar e ver o sofrimento de uma mãe (Técnico de Enfermagem 12).*
>
> *Identificou-se que alguns participantes lidaram com frieza, apesar de a experiência tê-los abalados emocionalmente.*
>
> *[...] a gente vai se acostumando, a gente vai ficando um pouco mais frio em relação a isso, a gente se distancia bastante (Técnico de Enfermagem 10).*
>
> *[...] a gente ignora... E vive um dia após o outro. Uma coisa mecânica, sigo minha vida, tenho minha religião. Entendo que é um processo (Técnico de Enfermagem 14).*

Observa-se, nas falas abaixo, que alguns entrevistados ocultaram seus sentimentos ao lidar com tal experiência.

> *[...] fui ao banheiro, chorei, sequei as lágrimas. Foi um momento meu, não quis que ninguém visse e depois voltei (Técnico de Enfermagem 06).*
>
> *[...] na hora eu pensei que eu não podia começar a chorar... tinha os outros profissionais também que acabam inibindo um pouco essa questão de você demonstrar o sentimento (Enfermeiro 02).*
>
> *[...] a gente conversa muito entre a equipe, os profissionais de enfermagem principalmente... A gente procura conversar e dar apoio um ao outro nesse momento difícil (Enfermeiro 03).*

4.2.4 Possibilidades e limites da prática do cuidado e recomendações para a prática profissional

Esta categoria abordou as possibilidades e limites encontrados pelos profissionais de enfermagem e recomendações para que a prática profissional no cuidado ao paciente em processo de morte seja aprimorada.

Possibilidades e formas para melhorar o cuidado

Quando perguntados sobre as possibilidades encontradas no cuidado ao paciente diante da morte percebeu-se que alguns deles aprendem com o paciente.

> *[...] possibilidades de um aprendizado, de reflexão (Auxiliar de Enfermagem 01).*
>
> *[...] possibilidade de aprendizado. A gente aprende e a gente ensina, a gente troca... quando o paciente está lúcido... a gente aproveita o máximo de tempo para poder proporcionar coisas legais a esse paciente, fazer troca (Técnico de Enfermagem 07).*
>
> *[...] tudo para a gente é aprendizado porque cada um vai de uma forma... a gente dá muito pouco valor ao que Deus nos dá. Então, tudo é um aprendizado, nos torna mais dignos (Técnico de Enfermagem 13).*
>
> *[...] eu aprendo sempre mais. Nenhuma morte é igual à outra, cada morte vai ser algo que vai marcar a vida da gente, da família... a gente está sempre aprendendo que nós não somos nada. Somos só um fôlego de vida (Técnico de Enfermagem 06).*

Um dos participantes relata que o cuidado ao paciente em processo de morte possibilita ao profissional encarar a morte como algo natural.

> *[...] você acaba encarando a morte como algo natural. A gente que trabalha na saúde vê isso todos os dias... a possibilidade é encarar a morte com mais tranquilidade (Técnico de Enfermagem 04).*

A possibilidade de reflexão sobre a vida foi citada por alguns dos entrevistados como mostram os relatos a seguir:

> *[...] repensar a vida de outra forma. Eu aprendo muito com eles, eu presto o cuidado, mas o meu aprendizado diante disso é enorme... se você tem uma situação mal resolvida, vai lá e resolve enquanto está sadio, enquanto está bem (Enfermeiro 05).*
>
> *[...] refletir sobre a vida o tempo todo. Não tem como olhar para o sofrimento alheio de um indivíduo que está prestes a falecer e não fazer uma reflexão mais profunda sobre a vida, não aprender nada com aquilo (Técnico de Enfermagem 02).*
>
> *[...] a gente reflete sabendo que estamos aqui de passagem, que todos nós vamos passar por isso e por isso a gente tem que cuidar do outro com carinho (Auxiliar de Enfermagem 02).*
>
> *[...] cuidando de uma pessoa em processo de morte, a gente tem a possibilidade de olhar para gente mesmo... de fazer reflexões internas... de reflexão do nosso Eu mesmo (Enfermeiro 01).*
>
> *[...] o pensamento de processo não é só para aquele que está acamado, o processo é também do profissional que está atendendo... então ele é obrigado a repensar seu comportamento como ser humano (Técnico de Enfermagem 15).*

> *[...] rever a minha vida. Eu tenho isso toda vez que eu tenho contato com alguém morrendo... você ver uma pessoa morrendo na sua frente como rotina, te faz repensar sua própria vida, seus relacionamentos (Técnico de Enfermagem 14).*

Oferecer conforto ao paciente em processo de morte foi uma das possibilidades encontradas durante o cuidado prestado.

> *[...] a gente tenta dar o máximo de conforto para ele (Técnico de Enfermagem 09).*

> *[...] oferecer conforto e carinho... deixo, às vezes, a visita ficar um pouco mais fora do horário, deixo entrar fora do horário... porque pode ser o último minuto daquela pessoa ali (Enfermeiro 03).*

> *[...] eu tento deixá-la o mais confortável possível, até por isso eu me prendo muito na questão da higiene, do banho. Eu acho que isso é fundamental para se sentir bem... deve ser muito ruim estar no leito, evacuar no leito, fazer tudo no leito... o pior talvez seja você depender de alguém para fazer isso e alguém que você não conhece (Técnico de Enfermagem 01).*

Conforme os relatos, manter a família mais próxima do paciente nesse momento tão delicado é uma forma para melhorar o cuidado.

> *[...] tentando manter a proximidade com a família... a questão da visita tem que ser reavaliada... a gente tenta, nesse processo de terminalidade, deixar o familiar vir em outros horários (Enfermeiro 08).*

> *[...] acho que a família deveria estar mais presente (Técnico de Enfermagem 11).*

Alguns participantes consideraram a participação em cursos e eventos, com o objetivo de manterem-se atualizados, como uma estratégia de melhorar o cuidado oferecido.

> *[...] eu procuro me instrumentalizar... eu fui lá ao INCA para saber mais sobre o processo de morrer e morte, cuidados paliativos, essa dinâmica toda. Eu vi a necessidade disso porque é para nós que a família pergunta... para o médico fica aquela distância, de repente um pouco de medo de perguntar. Eu procuro me instrumentalizar para tentar conversar da melhor forma possível (Enfermeiro 05).*

> *[...] tento me especializar, estudar, me aprimorar ao máximo (Técnico de Enfermagem 10).*

> *[...] buscando me atualizar quanto aos protocolos novos... a forma de melhorar o cuidado seria o próprio cuidado. (Auxiliar de Enfermagem 01).*

> *Um depoente busca estar bem espiritualmente para poder ofertar um cuidado de boa qualidade ao paciente.*

> *[...] espiritualmente você tem que estar bem... para lidar com a morte você tem que estar bem (Auxiliar de Enfermagem 02).*

Um dos participantes considera que, além do conhecimento acadêmico, o envolvimento da parte afetiva é importante para melhorar o cuidado prestado.

> *[...] tudo perpassa na parte humana. O conhecimento é necessário, estudar é necessário sempre, mas... quando a gente está lidando com esse tema aqui, ele é muito mais exercitar essa parte humana, a parte afetiva, a empatia. Coisas que não estão descritas no POP [procedimento operacional padrão], não estão lá (Enfermeiro 06).*

Participação em atividades no local de trabalho para tratar do cuidado do paciente em processo de morte

Todos os participantes da pesquisa responderam que nunca participaram de atividades no local de trabalho para discutir o cuidado ao paciente em processo de morte.

> *[...] nunca participei... acho que para uma pessoa chegar a discutir isso, tem que estar muito elevada espiritualmente porque vai lidar com o abstrato, com o subjetivo de cada um (Auxiliar de Enfermagem 01).*

> *[...] aqui a gente precisa muito disso para tirar da cabeça que o cuidado paliativo é um meio cuidado... o objetivo é diferente (Técnica de Enfermagem 07).*

Limites da prática do cuidado

Ao serem perguntados quanto ao limite do cuidado, alguns participantes responderam ser o cuidado à criança e ao adulto jovem em processo de morte.

> *[...] eu não tenho emocional para tratar de criança... a cabeça da gente entende que é inaceitável (Técnico de enfermagem 03).*

> *[...] eu tenho certa fraqueza se eu tiver que lidar com morte de criança no dia a dia (Técnico de Enfermagem 09).*

> *[...] hoje seria cuidar de uma criança em processo de morte (Técnico de Enfermagem 08).*

> *[...] lidar com criança em processo de falecimento, eu não consigo (Técnico de Enfermagem 10).*

> *[...] para mim é difícil lidar quando interna um adolescente no CTI... eu estou totalmente despreparada para isso, me causou um sofrimento muito grande por não lidar com o público infantil e por perder ainda uma criança. Para mim foi muito difícil (Enfermeiro 08).*

> *[...] o paciente jovem com tumor cerebral, no final eu não conseguia cuidar dele. Eu pedia para trocar de paciente (Auxiliar de Enfermagem 01).*

> *Um dos participantes referiu que é proibido ter limites no cuidado ao paciente.*

> *[...] acho que as pessoas nem permitem que a gente tenha limites, a verdade é essa (Enfermeiro 06).*

Alguns entrevistados responderam que não há limites para o cuidado.

> *[...] no paciente, nem a morte é o limite porque até os cuidados pós-morte a gente faz... o limite talvez fosse o que estivesse fora da minha alçada*

> *profissional e do meu conhecimento. Acho que o limite seria aí (Técnico de Enfermagem 01).*
>
> *[...] não tenho limite. Cuido até o fim (Técnico de Enfermagem 05).*
>
> *[...] se precisar de alguma coisa que está ao meu alcance, esse limite não existe. Estou ali para servi-lo (Técnico de Enfermagem 04).*
>
> *[...] eu ainda não tive nenhum (Enfermeiro 01).*
>
> *[...] nunca tive esse limite (Técnico de enfermagem 15).*
>
> *[...] ainda não cheguei ao meu limite. Não sei dizer qual seria (Enfermeiro 02).*
>
> *[...] eu não tenho limite. Tenho um bom preparo para lidar com tudo (Técnico de Enfermagem 12).*
>
> *[...] eu não tenho limite. Enquanto tiver condição de vida, enquanto estiver ali, eu vou fazer o melhor (Técnico de Enfermagem 11).*

<u>Condições apropriadas para prestar o cuidado ao paciente em processo de morte</u>

Ao serem perguntados se o setor oferece as condições apropriadas para prestar o cuidado para pessoas em processo de morte, 12 participantes responderam positivamente, os demais (n=13) disseram que o setor não oferece tais condições. Dentre estes últimos, alguns citaram que não há protocolos que determinem condutas claras para esses casos.

> *[...] a gente vê pacientes que não têm possibilidade nenhuma sendo investido, sendo uma morte dolorosa, sem dignidade e não existe um protocolo, nada para mudar isso (Enfermeiro 04).*
>
> *[...] eu acredito que deveria ter rotinas... em minha opinião, prolonga-se muito a vida de pessoas que nem aqui estão mais e acabam investindo. Em vez estar de promovendo o bem-estar do paciente, está causando mais dores, mais desconforto (Técnico de Enfermagem 03).*
>
> *[...] as condutas não são bem definidas... a gente vai manter aquela máquina funcionando, aquele coração e tudo mais. Tem plantão que determina que a nora (noradrenalina) vá até trinta e quando a gente chega para o plantão seguinte a nora está em cinquenta. O profissional tem que conversar. Já passou a hora das pessoas sentarem e discutirem isso (Enfermeiro 06).*
>
> *[...] aqui falta muito essa questão de ter um protocolo de atendimento, para quem é de cuidado paliativo e o ambiente acaba não favorecendo... o médico intensivista não vê a morte como processo natural. São poucos os médicos que têm essa visão (Enfermeiro 02).*

Recomendações para a prática profissional

Pode-se perceber, pelos relatos abaixo, que o apoio psicológico para o profissional de enfermagem foi recomendado para aprimorar o cuidado diante da pessoa em processo de morte.

> *[...] preparar esse profissional psicologicamente, emocionalmente para estar recebendo esse paciente, essa família. Estar preparando essa família... tudo isso cabe à enfermagem. Tem que estar preparando esse profissional para a acolhida do paciente nesse momento. Todo mundo tem medo de morrer... então, eu acho que tem que preparar o profissional para isso emocionalmente, porque cria vínculo. O vínculo da enfermagem é de dias, ainda mais se o paciente for receptivo... você também tem que cuidar desse profissional (Técnico de enfermagem 07).*
>
> *[...] o importante... é ter um suporte para esses profissionais que trabalham no dia a dia com a questão da morte. As pessoas acabam somatizando isso para si e isso interfere muito no trabalho da pessoa (Enfermeiro 03).*
>
> *[...] quando a gente fala do cuidado, tem toda essa questão do emocional... acho que precisa desse suporte para a gente que está lidando com isso direto... eu acho que a gente não tem mesmo esse preparo para lidar, para estar preparado, muito pelo contrário, para manter a vida a qualquer preço (Enfermeiro 02).*
>
> *Alguns participantes consideraram que a discussão do tema no cotidiano de trabalho melhoraria a qualidade do cuidado prestado ao paciente.*
>
> *[...] eu acho que a gente tem certa carência em relação a esse assunto. A gente lida com a morte todos os dias, mas não a encaramos. Devemos sim, ter mais palestras, ter mais conscientização em relação a isso... alguns profissionais acabam embrutecidos e se alheiam ao sofrimento (Técnico de Enfermagem 02).*
>
> *[...] precisamos ter mesas de discussão para preparar o profissional (Técnico de Enfermagem 04).*
>
> *[...] recomendo ter uma conversa mais aberta sobre a morte em si, sobre todo o processo de morrer, instrumentalizar a equipe. A gente lida com isso o tempo todo aqui no CTI (Enfermeiro 05).*
>
> *[...] eu acho que deveria ter mais discussões clínicas, multiprofissional inclusive (Enfermeiro 04).*
>
> *[...] aqui no Antônio Pedro, eu acho que esses grupos, essa discussão clínica se faz necessária... seria necessário a gente entender que existe uma equipe multiprofissional... eu tenho outro vínculo e lá a gente trabalha em equipe... cada um vai dando um pouquinho de si e vai montando aquele grande quebra-cabeça para o cuidado acontecer (Enfermeiro 06).*
>
> *[...] ampliar a discussão porque muitos de nós não está preparado para lidar e conversar. A gente acaba entrando em choque com a equipe médica... a gente acha que não tem mais o que fazer pelo paciente e a equipe médica está investindo... para manter o paciente vivo... eles não querem perder (Técnico de Enfermagem 10).*
>
> *[...] acredito que o caminho seja estudo, seminário, cursos, ou seja, falar sobre o assunto. Buscar as dificuldades que cada um tem... e tentar trazer*

uma discussão que leve à melhoria do atendimento ao paciente em processo de morte (Técnico de enfermagem 03).

[...] a gente tem que falar sobre o assunto. A gente lida o tempo todo com a morte, mas não fala sobre o processo de morrer dentro do CTI (Enfermeiro 08).

Um dos entrevistados declarou que a temática da morte deve ser melhor abordada durante o curso de graduação.

[...] a nossa formação é muito pobre. Foi um período de psicologia e nós lemos um livro... um livro bom, mas falta a prática, falta a discussão na prática. A nossa área é o cuidado, mas essa parte é muito pobre (Técnico de Enfermagem 14).

Um dos aspectos citados para aprimorar o cuidado de enfermagem foi a de não realizar os cuidados de forma mecânica.

[...] a gente não deveria ficar mecânico. Muitas vezes... para escapar da dor naquele momento a gente acaba se tornando mecânico. A gente fica com medo de expor nossos sentimentos... acho que a gente tem que evitar essa mecanização, muitas vezes a gente pode tratar mal um familiar... passar que a gente é uma pessoa fria e a gente não é (Auxiliar de Enfermagem 02).

[...] está faltando uma questão mais de humanização... as coisas são muito mecanizadas, é hora dos sinais vitais, faço os sinais vitais, é hora do banho, eu dou o banho e não vou ver mais o paciente... acho que as coisas estão se perdendo (Técnico de Enfermagem 01).

Alguns entrevistados consideram que o estabelecimento de protocolos de condutas melhoraria o cuidado do paciente diante da morte.

[...] acho que poderia existir protocolos de conduta... a gente acaba caindo na rotina do dia a dia e cada plantão faz do seu jeito... um protocolo de como agir depois que chegasse a um diagnóstico de processo de morte... um protocolo de analgesia, de sedação, de forma de cuidado, acompanhamento familiar (Enfermeiro 03).

[...] estabelecimento de protocolos porque existem protocolos, lá fora, de cuidados paliativos, aqui dentro não tem (Enfermeiro 01).

5 ANÁLISE DE RESULTADOS

Os dados sociodemográficos foram descritos no capítulo anterior.

5.1 Concepção sobre a morte e a morte institucionalizada

Em algumas falas a concepção de morte está associada aos valores religiosos. Sabe-se que a religião desde os primórdios influencia o modo de agir e pensar das pessoas. Vários autores consideram a religiosidade imprescindível para enfrentar e suportar o processo de morte, pois, conforta, dá esperança e ajuda a aceitar esse momento tão delicado.

Sob esse aspecto, a morte foi relacionada à crença de uma passagem para outro plano, fim de uma trajetória a cumprir. Sendo assim, a religião se apresenta como um instrumento de aceitação diante da morte e do morrer, tornando-a um fato explicável (SILVA; RUIZ, 2003).

Alguns profissionais citam que a vida não termina com a morte, pois acreditam que a morte é uma passagem, o corpo (matéria) morre e o espírito continua em outro plano, um plano superior. Para Gutierrez e Ciampone (2007) várias religiões e escolas espiritualistas reforçam essas falas por acreditarem que a alma é imortal e indestrutível. Esta percepção torna a morte mais aceitável para os trabalhadores de enfermagem (FERNANDES et al., 2009).

A morte também foi compreendida como parte do ciclo biológico e os profissionais a veem como um processo natural. O processo de morrer é um acontecimento único e por isso é inerente à vida dos indivíduos.

Freitas et al. (2016) refere que o processo de morte e morrer é uma experiência que, além de compreender eventos biológicos, assume dimensões religiosa, social, filosófica. Cada cultura tem um conceito diferente quanto à morte, porém, o fenômeno da morte é um processo natural e não há como evitá-lo.

Em muitas situações nas quais o sofrimento do paciente é intenso, a morte pode ser considerada o fim do sofrimento para o paciente, familiares e profissionais. Para Sanches (2007), quando o paciente sofre muito, a morte passa a ter o significado de alívio da dor do paciente e de seus familiares.

A morte pode ser a única forma de o paciente deixar de sofrer. Assim, compreender a morte como a solução da angústia, da dor e de todo o processo

que envolve o morrer é uma maneira que os profissionais encontram para se proteger do sofrimento psíquico decorrente da perda do paciente (ALENCAR et al., 2005).

A morte foi citada por um entrevistado como responsável pelo equilíbrio planetário. Nesse sentido, infere-se que quando o corpo perde sua função, ele precisa morrer para que outro possa expressar sua energia vital e assim ocorre o equilíbrio planetário.

Fernandes et al. (2009), em um estudo realizado com técnicos de enfermagem, evidenciou que a morte é algo normal e faz parte da rotina desses profissionais. Porém, mesmo fazendo parte do cotidiano, ainda é muito difícil falar sobre esse assunto.

Na cultura ocidental a morte é considerada um evento triste que causa dor e sofrimento. O profissional de enfermagem, por estar mais próximo do paciente e seu familiar, tem como atividade de seu exercício profissional prestar o cuidado, mesmo que esse cuidado também o faça sofrer. Nesse sentido, estratégias são criadas para minimizar seu sofrimento e vivenciar esse processo de forma menos penosa.

Um estudo realizado por Mota et al. (2011) reforça que uma das estratégias criadas para minimizar o sofrimento do profissional frente à morte de seu paciente é a naturalização do fato, fazendo com que este consiga falar sobre ela e cuidar do paciente terminal, elaborando aos poucos seus sentimentos.

Apenas uma entrevistada considera que a morte é um tabu dentro da instituição hospitalar. Apesar de fazer parte do cotidiano profissional, pouco se fala sobre ela. Boemer (1998) considera essa atitude de não se discutir sobre o evento morte como a “conspiração do silêncio”. Para Áries (1977), a morte no século XX também é vista como um tabu e deixa de ser um momento para ser um processo onde é esperada no leito hospitalar.

Além de ainda ser considerada como um tabu, a morte é vista pelos profissionais de saúde como fracasso e frustração, pois a formação profissional é voltada para manutenção da vida e não considera o evento morte como parte do ciclo vital. Como a formação profissional é fundamentada na cura, quando a morte ocorre os profissionais expressam sentimento de frustração, impotência e culpa (SANTOS; BUENO, 2011).

5.2 Prática dos cuidados aos pacientes em processo de morte

Um dos aspectos enfatizados foi a dificuldade na realização dos cuidados devido ao vínculo afetivo criado entre o profissional e o paciente. Observa-se que quanto maior o tempo de permanência no ambiente hospitalar, maior será o vínculo e maior será o sofrimento e a tristeza no momento da morte.

Costa e Lima (2005) citam que esse sentimento é tão forte para alguns profissionais, que eles sentem a perda do paciente como se fosse a morte de um ente querido.

Alguns autores citam que a dificuldade que os profissionais têm para realizar o cuidado ao paciente terminal se dá pela complexidade de se lidar com a morte, que é majorada pelo despreparo, falta de habilidades para enfrentar tal processo (ANJOS et al., 2010).

Em seu estudo, Medeiros e Bonfada (2012) referem que ao discutir sobre a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a terminalidade de seus pacientes, é importante analisar tal dificuldade em seu processo de construção, em sua história e em sua essência, por ser um processo que vai além das experiências imediatas e das histórias individuais dos profissionais.

Observou-se nas falas dos profissionais que uma das formas de aliviar o sofrimento é evitar a dor. Porém esse cuidado se restringe à dor física. Neves-Arruda e Marcelino (1997) destacam que a dor é um sintoma subjetivo e deve ser mensurada, portanto, a equipe deve ter escalas para medir sua intensidade. Porém, oferecer o conforto ao paciente não é apenas aliviar sua dor física, mas também sua dor espiritual, uma vez que o cuidado deve contemplar todas as dimensões do ser humano.

Um depoente refere sentir-se honrado ao prestar cuidados ao paciente diante da morte, pois considera os momentos finais de vida tão importantes quanto o nascimento. Os profissionais da equipe de enfermagem são os que mais permanecem no ambiente do cuidado, e, por isso, possuem uma relação mais íntima com o doente. Essa relação tão estreita entre paciente-profissional, é considerada por Pacheco (2014) um privilégio, uma honra, pois a equipe de enfermagem tem a possibilidade de cuidar do paciente em sua integralidade.

Mota et al. (2011) evidenciaram que, por estarem lidando com a morte no seu cotidiano de trabalho, os profissionais de enfermagem conseguem encará-la com mais naturalidade. Sobre isso, um entrevistado associou essa naturalidade à frieza, entendendo que o fato de ocorrer frequentemente faz com que os profissionais banalizem esse momento tão delicado para o paciente e seus familiares.

Na concepção de grande parte dos entrevistados, oferecer conforto é primordialmente promover medidas que possam minimizar a dor, o sofrimento e o desconforto. Esses cuidados poderão proporcionar ao paciente uma morte digna. Para Mussi (1996), o conforto deve ter um sentido mais amplo, tendo como significado a calma, o alívio e a transcendência.

O conforto é uma necessidade básica própria do ser humano, quer ele esteja ou não vivenciando um processo de doença (PONTE; SILVA, 2015). É, então, resultado do cuidado de enfermagem e possui significados diferentes de pessoa para pessoa. Conforme as realidades vivenciadas, o conforto é um estado de equilíbrio pessoal e ambiental (ROSA, 2008).

No que se refere ao conforto físico, observa-se o alívio da dor, cuidados com a integridade da pele e o contato físico. Para Kolcaba (2003) a dor é o fator que mais leva ao desconforto físico. Medidas como o melhor posicionamento no leito e a organização do ambiente de forma que a pessoa possa ter mais liberdade de movimentos favorecem o conforto.

O apoio psicológico ao paciente também foi considerado muito importante para o paciente em processo de morte. Kovacs (2008) refere que falar da morte, da sua própria morte, de seus medos e anseios, faz com que o paciente tenha uma morte mais serena.

É muito comum que o paciente se preocupe com sua família, pois tem medo de deixá-la desamparada e sofrendo. Nesse sentido, preparar a família e o paciente para a despedida ameniza o processo de morte e torna os laços afetivos mais próximos e mais profundos (KUBLER-ROSS, 2008).

A família precisa estar inserida nesse processo terapêutico para que possa expressar as suas dificuldades e sentimentos e proporcionar ao seu familiar o apoio necessário. Ao lidar com a terminalidade, os familiares sofrem com a ausência de esclarecimentos sobre as condutas, as condições do

tratamento do paciente e por não aceitarem o processo de morte de seu ente querido (CHAVES; MASSAROB, 2009).

A presença da família de uma forma mais efetiva foi citada por alguns dos participantes como sendo um cuidado importante para o paciente. O horário de visita deveria ser mais flexível nesses casos, mesmo que fugisse às normas institucionais. Tal atitude ética proporcionaria um bem-estar a mais ao paciente e seu familiar.

Soares (2007) refere que a mobilização da equipe de saúde e da instituição hospitalar para uma política mais liberal dos horários de visita para os pacientes em situação de terminalidade não demanda investimentos financeiros ou mudanças estruturais de grande porte, mas sim uma mudança da cultura institucional.

Em sua pesquisa, Cardoso et al. (2013) reforçam que mesmo considerando que a família deva participar desse processo final, os profissionais não podem deixar de perceber que esse familiar também precisa ser cuidado.

Estudos evidenciam que a família é considerada essencial quando se trata do processo de finitude dos pacientes terminais. Outro aspecto importante é o suporte da equipe de enfermagem para o familiar, pois sem seu envolvimento a assistência prestada não será eficiente. Assim como o paciente, os membros da família também estão vivendo um estágio de adaptação dessa nova situação (BERNIERI; HIRDES, 2007).

A escuta foi citada por um participante como um cuidado importante ao paciente. A equipe de enfermagem possui maior contato com o paciente, consegue acolher e perceber suas necessidades expressas pela linguagem verbal e não verbal, atentando para as fragilidades nas dimensões física, emocional e espiritual.

Para que a escuta ocorra, o profissional deverá respeitar os valores e culturas do paciente, entrar em uma relação de totalidade com o outro e compreendê-lo em sua condição humana (BARBIER, 2002; MARIOTTI, 2000).

Selli (2007) afirma que o profissional de saúde pode ajudar seus pacientes ouvindo-os, estando atentos às suas emoções e aos seus sentimentos e que essa conduta muitas vezes é mais importante que qualquer terapêutica.

Um estudo realizado em uma unidade de oncologia de Hong Kong, com enfermeiros e familiares em luto, corrobora o pensar dos entrevistados da presente pesquisa quando menciona que para cuidar de um doente em processo de morte, o profissional precisa escutar, agir, relacionar-se, comunicar-se, ter empatia, respeito para conseguir trabalhar com a terminalidade e promover o crescimento pessoal do paciente, familiar e de si mesmo (CHAN et al., 2013).

Os cuidados técnicos mais realizados nas unidades de alta complexidade foram abordados pelos participantes da pesquisa, os quais associam os cuidados de higiene com o conforto e bem-estar dos pacientes. Evidencia-se, assim, que os cuidados de enfermagem considerados importantes são aqueles relacionados ao corpo físico.

Boemer (1998) cita que as práticas de enfermagem que envolvem os cuidados técnicos como a higiene, hidratação, medicação, entre outros, fazem parte da rotina e se mantém inalteradas por vários dias, sem alterações importantes em seu conteúdo.

5.3 Aspectos da dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem

Durante as entrevistas, os participantes expressaram que os sentimentos de respeito, frieza, perda, tristeza, gratidão e empatia se apresentam ao cuidarem do paciente em processo de morte.

Ao respeitar o paciente, o profissional de enfermagem cuida de forma ética, considerando o indivíduo como único, respeitando seus valores, suas limitações e fragilidades. Para Fernandes e Pereira (2005) o respeito baseia-se em ouvir o que o outro tem a dizer, ter compaixão, ser tolerante e ser honesto.

Os dois profissionais que relataram o sentimento de frieza consideram que não podem se envolver, se comover e a frieza é uma característica da profissão. Talvez essa postura seja consequência do despreparo emocional para lidar com as situações de finitude. Para Shimizu (2007), o sentimento de frieza ao realizar o cuidado ao paciente em processo de morte é um mecanismo de defesa para evitar o sofrimento e facilitar o desenvolvimento de suas atividades. Na maioria das vezes é involuntário e não tem o intuito de causar danos ao paciente e seus familiares.

Valle (1997) afirma que os profissionais adotam uma postura fria, distante, oferecem cuidados impessoais e focam em tarefas mecânicas com o intuito de conseguir um afastamento psicológico para não se depararem com sua fragilidade.

Os profissionais de enfermagem relatam que, muitas vezes, não estão preparados para presenciar a morte apesar de conviverem com ela diariamente, pois provoca sentimento de perda, tristeza e fracasso. De acordo com Mota et al. (2011), a tristeza sentida pelos profissionais após a morte de seus pacientes é decorrente da sensação de perda e vazio. Não podemos esquecer que o processo de cuidar é realizado por humanos que também possuem necessidades e fragilidades (FONTANA, 2010).

Não obstante alguns profissionais se sentirem tristes, um depoente manifesta o sentimento de gratidão por poder ter participado de um momento tão singular. Momento este no qual o profissional pode refletir sobre seu fazer profissional e aprender como esse momento é enriquecedor para a trajetória de vida do ser. Para Bushatsky et al. (2011), o cuidado humanizado remete-nos à gratidão pelo trabalho dispensado ao paciente e à competência profissional.

Outro sentimento manifestado por dois entrevistados foi a empatia. Um dos depoentes refere que ao cuidar do paciente recorda do tempo em que a avó estava hospitalizada. Para ter empatia é necessário que o profissional tenha disponibilidade para colocar-se no lugar do outro sem reservas, sem preconceitos e julgamentos.

Stephany (2014[4] *apud* Terezam et al., 2017), em seu livro chamado “Cultivando a empatia”, relata que mesmo que o profissional tenha o conhecimento técnico adequado para realizar o cuidado, se não houver empatia no ato de cuidar, o processo terapêutico é prejudicado. Também descreve que o estresse do cotidiano laboral e o contato constante com o sofrimento humano podem levar à perda da empatia. Fato que não ocorre com os profissionais recém-admitidos no campo de prática profissional.

Para Chaves e Massarollo (2009) a proximidade com a dor e o sofrimento parece provocar nos enfermeiros uma empatia importante para o vínculo terapêutico, culminando em uma assistência de enfermagem de melhor

---

[4] Stephany, K. Cultivating empathy: inspiring health professionals to communicate more effectively. Sharjah: Benthan Science Publishers, 2014.

qualidade, mas, ao mesmo tempo, leva a um desgaste emocional íntimo devido à dificuldade de lidar com a terminalidade.

Os entrevistados deste estudo, ao serem perguntados como lidam com suas emoções ao cuidarem de uma pessoa diante da morte, apresentaram diferentes respostas, entre as quais: lidam com frieza, outros com tranquilidade e naturalidade, alguns não sabem lidar com suas emoções e apenas um participante busca a religião como meio de lidar com as emoções.

Para alguns dos entrevistados a racionalidade e a frieza devem prevalecer nessas situações. Alguns estudos evidenciam que a demonstração de afeto e sensibilidade pode romper com a blindagem afetiva que protege o profissional do sofrimento e facilita o seu fazer laboral. Alves e Godoy (1997) citam que o discurso institucional estimula a impessoalidade e frieza na relação com o paciente como construção do bom desempenho profissional. E por não poder expressar seus sentimentos, o profissional se defende mantendo-se distante do paciente, pois, expressar seu sentimento o desqualifica profissionalmente.

Para alguns participantes, o tempo e a experiência amenizam a dificuldade de lidar com a finitude. Mota et al. (2011) evidenciaram em seu estudo que a experiência profissional ameniza a dificuldade de lidar e falar sobre a morte.

Somente um participante relatou que lida com suas emoções de forma tranquila e natural, pois sente prazer em cuidar do paciente, o que torna o seu fazer profissional menos penoso. Nesse sentido, o prazer em realizar as atividades de enfermagem se efetiva quando podemos amenizar aquela situação tão sofrida através de um cuidado ético e singular.

Para Mendes e Morrone (2002) a obtenção do prazer ao desempenhar as atividades pode derivar também do mecanismo de mobilização subjetiva, isto é, processo pelo qual os trabalhadores lançam mão dos seus recursos intelectuais, da sua subjetividade para transformar as situações que geram sofrimentos em geradoras de prazer, permitindo, assim, resgatar o sentido do trabalho.

O prazer no trabalho se efetiva quando há a possibilidade de construir um cuidado individualizado, no qual a identidade do trabalhador seja

fortalecida, permitindo-lhe encontrar atividades e atitudes capazes de lhe oferecer prazer (GLANZNER et al., 2011).

Um dos aspectos abordados foi a dificuldade em lidar com as emoções no cuidado ao paciente. Um dos participantes refere que o ritmo de trabalho dentro da terapia intensiva é tão intenso que não há a oportunidade de elaborar os sentimentos vivenciados em determinadas situações que chocaram o profissional. Para Abrantes et al. (2011) os profissionais de saúde precisam elaborar suas perdas e lidar de forma mais adequada com a morte de seus pacientes, aceitando e entendendo suas próprias limitações enquanto profissional.

Um entrevistado relatou não possuir preparo psicológico para lidar com suas emoções, reforçando a necessidade de participar de cursos, palestras e grupos de reflexão que abordem a temática. Assim, é necessário oferecer ao profissional de saúde uma atividade que lhe dê um suporte emocional para poder elaborar melhor suas concepções e sentimentos acerca do processo de morrer, pois o tema da morte remete aos profissionais lembranças de dor do luto, perdas, receio do futuro e sensação de finitude (ZAIDHAFT, 1990).

Um profissional manifestou que utiliza o apoio da religião para lidar com suas emoções a partir de sua fé. A religiosidade é utilizada para sustentar e proteger o profissional no exercício de suas atividades profissionais. A dimensão da fé pode ser observada através de um olhar mais humano e verdadeiro, além de proporcionar condições de superar a jornada de trabalho (ESPÍNDULA et al., 2010).

O sofrimento da família também gera sentimentos negativos para os profissionais de enfermagem. A família em contato com os profissionais de enfermagem expressa a sua dor e o seu desespero de várias maneiras, pois se sentem mais à vontade diante desses profissionais. É importante que o profissional escute a família e estimule sua participação no processo terapêutico, diante disso, cabe ao profissional estar preparado para atender tal exigência. Em seu estudo, Martins et al. (2008) demonstraram que essa habilidade de lidar com o familiar é tão importante quanto à habilidade de avaliação e de cuidado especializado ao paciente crítico na UTI.

No entanto, estudos concluíram que é frequente o despreparo dos profissionais, que atuam em terapia intensiva, para ouvir e responder às

questões dos familiares, reconhecer suas emoções e explicitar os cuidados prestados. Provavelmente isso ocorra devido à valorização da tecnologia e ao cuidado que envolve o paciente em detrimento do cuidado da família (CURTIS et al., 2005).

O cuidado à criança em processo de morte também afeta emocionalmente alguns participantes. A partir da literatura evidencia-se que a morte e o processo de morrer de crianças provoca grande desconforto e pesar aos profissionais de enfermagem por considerarem que estas não viveram todas as fases da vida. Ferreira (2012), em sua dissertação de mestrado, afirma que lidar com a criança em iminência de morte não é tarefa fácil para a equipe de saúde e por mais crítico que seja o quadro clínico da criança, há sempre a expectativa da melhora clínica e consequente crescimento e desenvolvimento.

Alguns profissionais relataram que a empatia é um sentimento que os afeta emocionalmente ao cuidar de um paciente diante da morte. Referem que em algumas situações sentem-se abalados ao cuidar de alguém que os remeta a lembranças de um familiar seu. Pessini (2004) cita que a empatia e a compaixão são sentimentos essenciais ao cuidado para o paciente em processo de morte.

A falta de cuidado e o isolamento do paciente foram citados por um entrevistado, pois, considera que o paciente em processo de morte é deixado de lado porque não há interesse da equipe de saúde por esse perfil de paciente. Esse afastamento da equipe ocorre, pois, os profissionais consideram que, se não há possibilidade de cura, o que resta ao paciente é esperar a sua morte e, muitas vezes, em situações de solidão, longe de seus familiares. A atitude tecnicista diante da morte esboça o jargão “não há mais nada a fazer, não podemos fazer mais nada” voltando-se para equipamentos, máquinas e exames em detrimento do olhar do relacionamento e interação entre humanos (GÓIS; ABRÃO, 2015)

Para um participante, o sofrimento físico do paciente também o faz sofrer. A dor física e a angústia causada pelo processo de adoecimento, a realização dos procedimentos invasivos e a perda da autonomia geram dor e sofrimento ao paciente. Para Góis e Abrão (2015) os pacientes que permanecem por um longo período de hospitalização favorecem o

estabelecimento de vínculos de confiança e até mesmo de amizade. Contudo, mesmo vivendo a tristeza do desfecho morte, o profissional sente-se aliviado pelo término do sofrimento de seu paciente.

Todos os profissionais deste estudo relataram ter tido ao menos uma experiência significativa em sua prática profissional com pacientes em processo de morrer. As experiências que mais se destacaram foram às que se relacionam com óbitos de crianças, de jovens e de pacientes com longa permanência de hospitalização. A fragilidade em cuidar de crianças e jovens em processo de morte dá-se pela correlação que o profissional faz, muitas das vezes, com seus filhos, por considerarem que há uma exigência emocional muito grande e por não aceitarem a interrupção do ciclo natural tão prematuramente.

A morte de uma criança ou de um adolescente é compreendida como interrupção de seu ciclo biológico, levando ao sofrimento da equipe de enfermagem que se manifesta por sentimento de tristeza, dor e impotência (GALVÃO et al., 2010).

A longa permanência na instituição favorece a formação do vínculo afetivo e de confiança, gerando um elo entre profissional e paciente que permite a troca de ideias, valores e afinidades. Esse processo torna os indivíduos mais próximos e contribuem para o bem-estar físico e emocional tanto do paciente quanto do profissional (GÓIS; ABRÃO, 2015). Para Prestes et al. (2010), no entanto, o estabelecimento de vínculos com o paciente pode suscitar sentimentos ambíguos nos trabalhadores que, por um lado, se sentem valorizados perante às demonstrações de carinho e afeto e, por outro, se sentem sensibilizados e sobrecarregados frente à carência de alguns pacientes.

Ao serem questionados sobre as formas de lidar com as experiências que o abalaram emocionalmente, um dos participantes respondeu que busca o apoio da família, amparando-se em seus familiares, pois é no ambiente familiar que se aprende a compartilhar as experiências de alegrias e tristezas, vitórias e fracassos. É com a família que aprendemos a estabelecer vínculos e suportar as situações de adversidades. A família nos ensina a lidar com sentimentos: amor, compaixão, raiva, respeito, solidariedade. Para Sanchez e Baptist (2009) todas essas virtudes são acrescentadas no indivíduo pela convivência familiar,

escolar e comunitária. Porém, Kessler e Krug (2012) evidenciaram que alguns profissionais, por cautela, não compartilham com seus familiares as vivências desgastantes do ambiente de trabalho, o que indica, de certa forma, uma tentativa de poupá-los e de esquecer o que é vivenciado no cotidiano laboral.

Um depoente relata que, apesar de considerar angustiante lidar com experiências que causam sofrimento, o fato de ter-se empenhado para oferecer o melhor ao paciente ameniza a situação e o faz ter o sentimento de dever cumprido. Os profissionais de enfermagem na construção do cuidado ao paciente hospitalizado e sem possibilidades de cura experimentam sentimentos de realização, dever cumprido e satisfação. Esses sentimentos motivam a equipe a prosseguir em suas atividades na arte de cuidar (ALMEIDA et al., 2014).

A religião foi citada como uma das formas que o profissional utiliza para amenizar as experiências dolorosas de sua prática profissional. Muitos deles utilizam a religião e a figura de Deus como estratégia para se confortarem e compreenderem o que vivenciam, fazendo os dogmas de sua religião, independente de qual seja, seu direcionador de conduta, (ZORZO, 2004).

Lepargneur (1987) refere que a religião devolve ao ser humano a serenidade diante da morte. E a oração é vista como algo que fortalece e eleva a autoestima das pessoas que estão se sentindo fracassadas por não terem cumprido o que acreditaram ser o seu papel.

Alguns profissionais relataram que conseguem lidar com a experiência de forma tranquila e natural, talvez por estarem mais preparados para elaborar as perdas. Para Abrantes et al. (2011), os profissionais têm que aceitar e entender suas próprias limitações. Outros, no entanto, afirmaram que tais experiências são difíceis, principalmente quando estas estão relacionadas com crianças. Um entrevistado relatou que sofreu muito ao ver o desespero de uma mãe ao saber da morte de seu filho. Um estudo realizado por Freitas et al. (2016) demonstrou que o profissional de enfermagem sinaliza o despreparo emocional e psicológico, o que influencia na qualidade da assistência e ocasiona uma baixa autoestima desgastando-os.

Os profissionais também citaram que, com o passar dos anos, vão se acostumando e ficando um pouco mais frios, o que, de certa forma, ajuda-os a lidar com experiências que causam dor e sofrimento. Essa postura, no entanto,

torna o trabalho mecânico e faz com o profissional se distancie do paciente. Além do estresse e sofrimento que a terminalidade provoca no profissional de enfermagem, ela também gera indiferença no momento do cuidado com o doente, manifestada como um mecanismo de defesa a fim de se manter mentalmente hígido (ALMEIDA et al., 2014).

Apesar das diversas formas citadas de lidar com a experiência geradora de sentimentos negativos, há profissionais que ocultam seus sentimentos, talvez por receio de serem criticados pelos próprios colegas de trabalho, já que é exigida uma postura firme e racional frente ao desespero e dor do outro, seja ele paciente, familiar ou profissional. Segundo Mota et al. (2011), os profissionais de enfermagem se sentem impedidos de sentir e expressar o sofrimento frente à morte, levando-os à intimidação e ao medo de falar sobre o processo. Essa dificuldade de falar sobre os seus sentimentos leva o profissional a evitar e olhar o processo de morte como algo natural.

O apoio da equipe de trabalho é importante, pois ameniza e diminui o sofrimento dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, destaca-se a importância de ajudar e cooperar com os colegas de trabalho por meio dos desabafos e das conversas, na tentativa de descontrair o ambiente (MOREIRA et al., 2013).

5.4 Possibilidades, limites da prática do cuidado e recomendações para a prática profissional

Esta categoria abordou as possibilidades de aprendizado, empatia, gratidão, reflexão e tranquilidade para encarar o processo de morte e oferecer conforto ao paciente. Como limites, os participantes citaram o cuidado à criança e ao paciente jovem; outros, por outro lado, disseram que não há limites.

Como recomendações para a melhoria do cuidado ao paciente em processo de morte, os profissionais citaram suporte emocional para a equipe, paciente e profissional; discussão do assunto; oferecimento de conforto e respeito ao paciente; abordagem da temática da morte durante a graduação; estabelecimento de protocolos; e a não mecanização do cuidado.

Para certos entrevistados, o cuidado ao paciente em processo de morte oferece a possibilidade de aprendizado e troca entre os profissionais, pacientes e familiares; referem que a experiência com o paciente os fazem pensar sobre o que é realmente importante valorizar em suas vidas, profissional e pessoal. Em sua pesquisa, Costa (2016) cita que os profissionais ao lidarem com situações desafiadoras criam mecanismos próprios para trazerem conforto para pacientes e familiares, além de proporcionar aprendizados que vão além do âmbito do trabalho.

Outra possibilidade citada pelos profissionais foi a de “se colocar no lugar do outro”, atitude que demonstra a empatia. Para Costa (1998) priorizar o cuidado do outro como cuidar de si mesmo implica em sentir-se cuidado enquanto cuida, entendendo e compreendendo o outro com empatia. Cuidar com empatia é entender a situação do outro, ver-se no lugar dele e sentir-se em igualdade com ele.

Um profissional respondeu que encarar o processo de morte com tranquilidade pode ser uma possibilidade encontrada no cuidado ao paciente em processo de morte. Esse pensamento coaduna com Fernandes et al (2009), segundo os quais a morte é algo normal para esse grupo e faz parte da rotina dele.

Vários depoentes declararam que cuidar do paciente em processo de morte proporciona a possibilidade de fazer uma reflexão interna, de repensar suas condutas, seus valores. Lidar com o paciente em final de vida proporciona uma oportunidade de reflexão sobre a valorização da vida, de seus momentos e de seus relacionamentos interpessoais como um todo (COSTA et al., 2016).

O conforto também foi citado, por três dos entrevistados, como uma possibilidade. Consideram que a presença da família traz um alento emocional ao paciente, mas também consideram o conforto físico muito importante, visto que em alguns casos o grau de dependência é total. Para Silva et al. (2015), o conforto é baseado no alívio da dor e angústia respiratória, suporte social e emocional ao paciente e seus familiares. Deve-se também garantir a prevenção de lesões, evitando o desconforto dos odores e maior sofrimento.

Em se tratando de limites, o cuidado à criança e ao adulto jovem foram citados por diversos profissionais. Referem não possuir preparo emocional para realizar esse cuidado, além de considerarem inaceitável a morte de uma

criança ou jovem. A equipe de enfermagem fica mais sensibilizada e sofre mais quando o processo de terminalidade ocorre em crianças e pacientes jovens, pois estes não viveram todas as etapas da vida, ou seja, o evento morte interrompeu seu ciclo vital (MEDEIROS; BONFADA, 2012).

Alguns profissionais consideram que nem a morte é o limite, pois cuidam até o pós-morte quando do preparo do corpo; para outros não há limites, uma vez que cuidam até o fim; e, finalmente, para um, que não é permitido ao profissional ter limites.

Como formas de melhorar o cuidado prestado, a presença da família foi citada. Os participantes acreditam que a presença da família é importante para o paciente. A família é entendida como parte do processo terapêutico e em muitos casos traz conforto e alívio para o paciente, podendo inclusive atuar nas possibilidades de sua recuperação (JARDIM et al., 2010). Para Moreira e Castro (2006), apesar de todo o sofrimento, angústia e revolta sentida pelos familiares, eles se unem e auxiliam seu ente querido a atravessar esse momento tão delicado.

Os profissionais também consideram que a participação em curso e eventos oferece a oportunidade de instrumentalização para melhoraria da qualidade do cuidado prestado ao paciente. Em seu estudo, Oliveira et al. (2009) citam que a perspectiva de aperfeiçoamento do enfermeiro tem sido o foco para o trabalho em saúde, tanto para a satisfação do trabalhador como para a assistência de qualidade aos usuários.

O preparo espiritual também foi citado como possibilidade e forma para melhorar o cuidado ofertado. A espiritualidade capacita o profissional a lidar com as emoções intensas e os questionamentos angustiados dos pacientes e seus familiares em crise existencial. Evita que o profissional assuma a atitude usual de fuga dessas situações ou crie mecanismos de bloqueio da sensibilidade para poder preservar sua própria estabilidade emocional (VASCONCELOS, 2006).

Para um participante, o conhecimento científico deve estar associado à implicação afetiva de modo que o cuidado ao paciente em processo de morte seja efetivo. Este cuidado exige muito mais que o conhecimento científico, requer a compreensão de sua individualidade, baseado em um relacionamento interpessoal de valorização do ser humano (SANTANA et al., 2009). Para Silva

et al. (2008), o cuidar perpassa por uma visão holística do paciente, algo que supera a correta execução da técnica, pois representa preocupar-se afetivamente com o outro.

Uma das recomendações feitas por alguns participantes foi o suporte emocional para o profissional de enfermagem. Estes alegam que além de cuidar do paciente, precisam também acolher sua rede social, porém os profissionais não estão preparados para essa ação. Schimidt et al. (2011) discutem sobre a importância do suporte emocional para a equipe profissional, uma vez que os membros da equipe se mobilizam em situações de terminalidade e morte de seus pacientes. Para Santos (2003), oferecer apoio psicológico para os profissionais de enfermagem possibilita a troca de experiências, compartilhamento de emoções e sentimentos de compreensão e acolhimento.

Outra recomendação proposta foi a discussão mais aberta sobre a temática, pois, apesar da morte fazer parte do cotidiano profissional, pouco se fala sobre ela. Há, no entanto, carência de espaços formais onde os profissionais de saúde possam ter uma interação interdisciplinar, troquem informações com o objetivo de promover qualidade no cuidado ao paciente e seu familiar (CARDOSO et al., 2013)

Um entrevistado sugeriu como recomendação a melhor abordagem da temática da morte durante o curso de graduação. Refere que durante a graduação leu um livro, mas houve pouca discussão sobre a temática. Sadala e Silva (2009) evidenciaram que os acadêmicos de enfermagem se sentem despreparados para atender as exigências técnicas do cuidado ao paciente em processo de morte, resultando em vivências de angústia e culpa. Também declaram que são raras as oportunidades oferecidas nos estágios para cuidarem desse perfil de paciente e quando o fazem sentem-se não orientados.

Bandeira et al. (2014) citam que na teoria pouco se fala sobre o assunto e que estudar a morte durante a graduação é algo que pode auxiliar o futuro trabalho profissional que se defrontará com a morte constantemente. Para tal, é necessário que o profissional se familiarize com o tema. Sua pesquisa também demonstra que falta discussão por parte dos docentes, pois eles também não tiveram, em sua formação, uma abordagem qualificada sobre o tema, e por isso, reproduzem essa ausência em sua prática de ensino.

Vicensi (2016) refere que os currículos de graduação, na maioria dos cursos da área de saúde, dão pouca ênfase à forma como o profissional deve enfrentar a morte e o processo de morrer no seu cotidiano de trabalho. Há disciplinas pautadas na formação de profissionais técnicos com o objetivo de cuidar e prolongar a vida, porém, pouco abordam o cuidado a pacientes em processo de morte. Cabe destacar, no entanto, que já existem instituições de ensino em saúde com currículos que valorizam as disciplinas voltadas para a humanização do atendimento e que há mestres que promovem o diálogo e instigam a reflexão sobre os sentimentos e emoções que envolvem o processo de cuidar.

Evitar a mecanização do cuidado foi citada como recomendação para aprimorar o cuidado prestado. Alguns participantes relatam que para se manterem distantes do sofrimento do paciente, tornam-se mecânicos em seu fazer profissional.

Os profissionais da UTI criam um mecanismo de adaptação ao trabalho e acabam muitas vezes não se sensibilizando com o sofrimento e a condição de saúde dos pacientes. Além disso, podem começar a cuidar dos pacientes de modo rotineiro, mecanizado e muito técnico, priorizando a dimensão biológica e esquecendo as demais dimensões do ser humano (BACKES et al., 2012). Dessa maneira, o paciente, às vezes, é visto como objeto de trabalho pelos profissionais da saúde que se preocupam mais com a execução de técnicas.

A criação de protocolos foi citada como recomendação por dois entrevistados. Consideram importante o protocolo de condutas, pois, alegam que as condutas são tomadas de acordo com o plantão. Enfatizam a necessidade de protocolos de analgesia, de cuidados e de acompanhamento ao familiar.

O protocolo de cuidados paliativos, conforme a Organização Mundial de Saúde, integra o alívio de sintomas, da dor, e do sofrimento de pacientes com doenças crônico-degenerativas e/ou que estão em fase terminal, na perspectiva de promover conforto e bem-estar (BARROS et al., 2012).

Para Piva et al. (2011), além da equipe médica, o cuidado paliativo envolve em sua abordagem a necessidade de uma equipe multidisciplinar integrando várias especialidades, com o objetivo de identificar os problemas relacionados à internação na esfera física, psicológica, espiritual e social do

paciente em busca de melhor qualidade de vida. Deve haver um consenso entre os membros da equipe e familiares do paciente quanto à manutenção de tratamentos fúteis, devendo priorizar cuidados que possam promover alívio de desconfortos físicos e psicológicos, para que o paciente tenha um fim de vida respeitoso, digno e tranquilo, com a participação da família nesse processo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa revelou que, no cenário de estudo, os profissionais de enfermagem enfrentam a problemática da morte de diferentes maneiras. Na maioria dos casos, independente da percepção, religião ou contexto social, observou-se que o tema da morte sinaliza um estranhamento, um desconforto, sentimentos, em muitos casos, de impotência que afeta não apenas o profissional em seu fazer técnico, mas contribui para a produção de subjetividades.

São comportamentos que trazem para o contexto das práticas em saúde a seriedade de questionar em si, quem somos, o que é a vida, a morte, a relação entre estas e o quanto a prática da enfermagem pode influenciar cada um e o coletivo diante de um assunto tão complexo.

O cuidar diante da morte faz emergir sentimentos e formas de ser afetado em um espaço, no qual, na maioria dos casos, os pacientes encontram-se sedados e acoplados a máquinas. O espaço hospitalar pode ser considerado como um ambiente tenso com uma aparente atmosfera de frieza que, em alguns casos, a pesquisa demonstrou funcionar como mecanismo de defesa diante do processo de morte e morrer.

Sentimentos de frieza, racionalidade e tranquilidade foram citados como meios de lidarem com o processo de morte. Alguns profissionais declararam dificuldade em expressar suas emoções por não terem preparo para se relacionar com um tema tão complexo. Quadro que leva muitos profissionais a se ligar à religião, tendo Deus como suporte para enfrentar situações de tristeza e crise.

Para alguns profissionais a morte representa o fim do sofrimento do paciente, de sua família e, algumas vezes, do próprio profissional. No entanto, durante o processo de internação, para a maioria, a família foi considerada importante. Uma presença que simboliza segurança, paz e conforto para aqueles que enfrentam a luta entre o viver e o morrer.

O apoio psicológico e a escuta também foram considerados essenciais na linha do cuidado. A ação interdisciplinar que inclua a participação médica e promova analgesia e sedação foi citada como importante medida de promoção

de conforto para aqueles pacientes que não podem sobreviver sem auxílio dos respiradores.

Para outros profissionais, o processo de morte foi citado como um tabu de difícil desconstrução, pois, apesar de ocorrer com frequência, pouco se fala sobre o assunto. Nesse sentido, a pesquisa demonstrou que a relação vida e morte deve ser abordada desde a formação acadêmica, com inserção de disciplinas nas grades curriculares que amplie olhares e problematize a inseparabilidade entre vida e morte; uma construção com bases sólidas que prepare os profissionais para, dentro do possível, amenizar sentimentos de fracasso. Sentimentos esses que, independe do tempo de experiência profissional em UTI, se manifestam em alguns profissionais, os quais apresentam dificuldades para realizar o cuidado ao paciente em processo de morte.

Esse contexto sinaliza que não é só o tempo em terapia intensiva que determina a sensibilização profissional diante do paciente em processo de morte, mas também o modo como cada um se produz no encontro: processo que pode adoecer como também pode promover saúde. Tudo depende de como cada um se sente diante do paciente.

Pelo exposto, é importante ressaltar que todos os entrevistados relataram que, no ambiente de trabalho, nunca participaram de atividades para discutir a relação do cuidado com o processo de morte. Em se tratando de um assunto de grande relevância e que envolve nuanças, é necessário um modelo de formação que invista cada vez mais em diferentes modos de expressão diante da finitude. Uma implementação com abertura de lentes para desconstrução de subjetividades produtoras de impotência e produção de subjetividades que conjuguem, no ambiente de terapia intensiva, um cuidar do outro que potencialize o cuidador.

Um trabalho que, na devolutiva da pesquisa, pode produzir ferramentas para novos arranjos organizacionais com foco na produção de subjetividades que fomentem, no ambiente de terapia intensiva, o uso da tecnologia dura combinado ao cuidar sensível.

Destarte, a pesquisadora pretende se disponibilizar junto com outros atores institucionais, a pensar em metodologias que aproximem o saber acadêmico do saber prático com ênfase no cuidado ao paciente em processo

de morte. Metodologias que devem ser utilizadas a partir da formação profissional, com saberes que não dissociem o cuidar do paciente do cuidado do profissional.

Cuidado esse que se capilariza por dentro da instituição, dando consistência a formação como um processo contínuo que começa nos bancos acadêmicos e se mantém na vida laboral. Uma construção que envolve a participação dos profissionais em um espaço que permita a troca de experiência, com liberdade para a expressão de angústias e medos vivenciados na linha de cuidado. Um trabalho que reforça a necessidade do apoio psicológico como mediador das tensões que podem emergir das discussões.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. C. L. A unidade de terapia intensiva. In: CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P. (Eds.). **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2010. p. 15-40.

ABRANTES, M. J. G *et al.* O significado da morte para profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Pernambuco, v. 5, n.1, p. 37-44, jan./fev., 2011.

ALENCAR, S. S.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 2, p. 171-80, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/fsd.v7i2.8045>. Acesso em: 24 out. 2016.

ALMEIDA, C. S.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 34-40, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-34.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

ALVES, R. N.; GODOY, S. A. F. Reflexões sobre a morte e a AIDS na rotina de enfermagem. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 2, n. 3, p. 79-91, 1997.

ANJOS, E. S. et al. O profissional de enfermagem e a vivência da morte no contexto da terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, Supl. 1, p. 280-283, out/dez. 2010.

ARAÚJO, T. M.; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde:** experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 131-50.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 721-723, nov./dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/18.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

BACKES, M. T. S. et al. O cuidado oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out./dez., 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org./101590/S1414-81452012000 400007>. Acesso em 06 out. 2017.

BALIZA, M. F. et al. Factors influencing intensive care units nurses in end of life decisions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 572-579, 2015. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400006>.

BANDEIRA, D. et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 400-407, 2014.

BARBIER, R. **L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé**. Université de Brasilia, 2002. Disponível em: < http://www.barbier-rd.nom.fr/ecoutesensiblemedecine3re.PDF>. Acesso em: 22 set. 2017.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 546-551, out., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, N. C. B. et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 630-640, set./dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/5857>. Acesso em: 15 set. 2016.

BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 89-96, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 out. 2012.

BERTOLINO, K. C. **Representações sociais de médicos e enfermeiros sobre distanásia em UTI.** Santa Maria, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2009. Disponível em: http://repositorio.ufsm.br/handle/1/7326. Acesso em: 23 set 2017.

BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n.1, p. 92-100, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/13.pdf. Acesso em: 11 out. 2016.

BOEMER, M. R. **A morte e o morrer.** 3ª ed.Ribeirão Preto: Holos, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do humano-compaixão pela terra. 20ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.

65, n. 2, p. 324-31, mar./abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a19.pdf. Acesso em: 22 out. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. **Morte Encefálica.** Disponível em: <http://decs.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso em: 18 abr. 2016

BUSHATSKY, M. et al. Cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica: um desafio para profissionais de saúde e cuidadores. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 309-316, 2011. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/87/A6.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde.** Petrópolis: Vozes, 2010.

CAPRA, F. O **Tao da física:** uma análise dos paralelos entre a física moderna e o misticismo oriental. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 2013.

CARDOSO, D. H. et al. O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. **Avances en Enfermeria**, v. 31, n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/42769/44277. Acesso em: 11 set. 2017.

CARRARA, S. L. Prefácio. In: Menezes, R. A. **Em busca da boa morte:** antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 33.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p 105-111, jan./fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>. Acesso em: 11 set 2017.

CASSORLA, R. M. S. A negação da morte. In: INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. (Orgs.). **A arte de morrer:** visões plurais. Bragança Paulista: Comenicus, 2007.p. 271-279.

CASSORLA, R. M. S. Prefácio. In: KÓVACS, M. J. **Educação para a morte:** desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2012, p.13-20.

CECCIM, R. B. **A escuta pedagógica no ambiente hospitalar.** In: 1º ENCONTRO NACIONAL SOBRE ATENDIMENTO ESCOLAR HOSPITALAR, 19-21 jul., 2000, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CHAN, H. Y.; LEE, L. H.; CHAN, C. W. The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in oncology unit. **Support Care Cancer**, v. 21, n. 6, p. 1551-6, 2013.

CHAUÍ, M. S. **Desejo, paixão e ação na ética de Espinosa.** São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

CHAVES, A. A. P.; MASSAROB, M. C. K. B. Percepção do enfermeiro sobre dilemas éticos relacionados à pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 30-36, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/04.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

CHIAVENATO, J. J. **A morte:** uma abordagem sociocultural. São Paulo: Moderna, 1998.

COELHO, C. (Org.). **Saúde da mulher:** um desafio em construção. Florianópolis. Ed: UFSC, 2006.

COELHO, C. B. T., YANKASKAS, J. R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 2, p. 222-230, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n2/0103-507X-rbti-29-02-0222.pdf. Acesso em: 18 abr. 2018.

COELHO, L. P.; RODRIGUES, B. M. R. D. O cuidar da criança na perspectiva da bioética. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 188-193, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a08.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar… a primeira arte da vida.** 2ª ed. Loures, Portugal: Luso-Ciência, 2003.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses,1999.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte uma visão psicossocial. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, maio/ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa Perfil da enfermagem no Brasil:** Banco de Dados. Brasília: COFEN, 2013. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>. Acesso em: 03 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, 08 fev. 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

COSTA, A. L. R. C. **O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem.** Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/78051>. Acesso em: 15 dez. 2016.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, out./dez., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>. Acesso em: 18 mar. 2017.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações de profissionais de enfermagem sobre o cuidado da criança-adolescente do processo de morte e morrer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a04.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.

CURTIS, J. R. et al. Missed opportunities during family conferences about end of life care in the intensive care unit. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 171, n. 8, p. 844-849, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.200409-1267OC>. Acesso em: 11 out. 2016.

DOKA, K. J. **Disenfranchised grief-recognizing hidden sorrow.** Nova York: Lexington Books,1989.

DRANE, J.; PESSINI, L. **Bioética, medicina e tecnologia.** São Paulo: Loyola, 2005.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos:** seguido do envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1-8, nov./dez., 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600025>. Acesso em: 20 de set. 2017.

FERNANDES, M. F. P.; PEREIRA, R. C. B. Percepção do professor sobre o respeito. **Nursing**, v. 87, n. 8, p. 375-379, 2005.

FERNANDES, P. V.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia e suas implicações na rotina de trabalho e na vida cotidiana. **Psicologia, Teoria e Prática**, v. 11, n. 1, p. 142-152, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v11n1/v11n1a12.pdf>. Acesso em 11 out. 2017.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio eletrônico:** versão 7.0. CD-Rom. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, B. S. **A morte e o morrer numa unidade de terapia intensiva pediátrica:** os desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2012/bruna-ferreira-santos>. Acesso em: 11 nov. 2016.

FIGUEIREDO, M. G. M. A.; FIGUEIREDO, M. T. A. Cuidados Paliativos. In: SANTOS, F. S.; INCONTRI, D. (Orgs.). **A arte de morrer:** visões plurais - v. 1. 2ª ed. São Paulo: Comenius, 2009.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207, 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a21v11n1.htm. Acesso em: 22 out. 2016.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **El hospital en la tecnologia moderna**. Educación Médica y Salud, v. 13, n. 2, 1979.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II:** o uso dos prazeres. 11ª ed., São Paulo: Graal, 1984.

FREITAS, T. L. L. et al. O olhar da enfermagem diante do processo de morte e morrer de pacientes críticos: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 41, p. 335-347, jan. 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/pt_revision2.pdf. Acesso em: 17 set. 2017.

FRIZON, G. et al. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 72-78, 2011.

GALVÃO, P. F. C.; PAULA, M. A. B.; SOUZA, M. T. S. A morte e o morrer sob a ótica dos profissionais de enfermagem. **Revista Estima**, v. 8, n. 4, p. 26-34, 2010. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/61>. Acesso em: 22 out. 2016.

GERMANO, K. S; MENEGUIM, S. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 522-528, 2013. Disponível em: http:// dx.doi.org/10.1590/s0103-21002013000600003. Acesso em 25 de outubro de 2017.

GIACOIA JUNIOR, O. A visão da morte ao longo do tempo. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 13-19, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/418/419>. Acesso em: 22 out. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GLANZNER, C. et al. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um centro de atenção psico-social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 716-721, 2011.

GÓIS, A. R. S.; ABRÃO, F. M. S. O processo de cuidar do enfermeiro diante da morte. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 415-425, jul./set, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15832/pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

GONÇALVES, J. P. R. **A morte na unidade de terapia intensiva:** um estudo de caso. Dissertação de mestrado. 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

GOSWAMI, A. **A física da alma: a explicação científica para a reencarnação, a imortalidade e experiências de quase-morte.** 2ª ed. São Paulo: Aleph, 2008.

GUANAES, A.; SOUZA, R. P. Objetivos, conceito, histórico e filosofia. In: MAGALHÃES, A. M. P. B. (Org.). **Humanização em cuidados intensivos** - AMIB. Rio de Janeiro: Revinter, 2003, p. 1-8.

GUTIERREZ, B. A. O., CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 660-667, 2007.

HENNEZEL, M. **Morrer de olhos abertos.** Alfragide, Portugal: Casa das Letras, 2006.

HORTA, A. L. **Eutanásia:** problemas éticos da morte e do morrer. Revista Bioética, v. 7, n. 1, p. 1999.

JARDIM, D. M. B. et al. O cuidar de pacientes terminais: experiência de acadêmicos de enfermagem durante o estágio curricular. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 796-809, out./dez. 2010.

KEIZER, B. **Dançando com a morte:** observações sobre o viver e o morrer. São Paulo: Globo, 2008.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho de enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 49-55, mar. 2012.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice:** a vision for holistic health care and research. New York: Springer, 2003.

KOVACS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014.

KOVACS, M. J. Educação para a morte. Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVACS, M. J. **Educação para a morte:** desafios na formação de profissionais de saúde e educação. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

KOVACS, M. J. Instituições de saúde e morte: do interdito à comunicação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 482-503, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>.

KOVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

KOVACS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2013.

KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes tem a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LEITE, V. A. M. **Dimensões da não aprendizagem**. Curitiba: IESDE, 2012.

LEPARGNEUR, H. **O doente, a doença e a morte:** implicações sócio-culturais da enfermidade. Campinas: Papirus,1987.

LIMA, R. M. T; TEIXEIRA, E. R. A vivência de quem cuida em terapia intensiva e suas implicações afetivas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 381-386, jul./set. 2007.

MACHADO, A. **"Provérbios y cantares":** poesias completas. Madrid: Espasa-Calpe, 1983.

MACHEREY, P. **Georges Canguilhem:** um estilo de pensamento. Goiânia: Almeida e Clement, 2010.

MACRAE, J. **Therapeutic touch:** a practical guide. New York: Alfred A. Knopff, 1990.

MANDU, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665-675, ago. 2004.

MARANHÃO, J. L. S. **O que é morte.** São Paulo: Brasiliense, 1985.

MARIANO, P. P.; CARREIRA, L. Prazer e sofrimento no cuidado ao idoso em instituição de longa permanência: percepção dos trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, e20160088. Disponível em http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160088. Acesso em 20 de julho de 2016.

MARIOTTI, H. **As paixões do ego:** complexidade política e solidariedade. São Paulo: Palas Athena, 2000.

MARTINS, J. J. et al. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>. Acesso em: 23 set. 2017.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 52-58, 2009.

MEDEIROS, Y. K. F; BONFADA, D. Refletindo sobre a finitude: um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 4, p. 845-52, 2012.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A. M. et al. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: UNB, p. 26-42, 2002.

MENDONÇA, A. C. A. et al. Atenção Paliativa Oncológica em Unidade de Terapia Intensiva: um estudo da produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 817-823, 2012.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte:** antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

MENOSSI, M. J. et al. A dialógica vida/morte no cuidado do adolescente com câncer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 126-134, 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-66.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 28ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MORAES, C. J. A.; GRANATO, T. M. M. Narrativas de uma equipe de enfermagem diante da iminência de morte. **Psico** (on line), v. 45, n. 4, p. 475-484, 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.15571. Acesso em 25 de maio de 2017.

MOREIRA, A. O.; SOUSA, H. A.; RIBEIRO, J. A. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. **Revista da Enfermagem UFSM**, v. 3, n. 1, p. 102-111, 2013.

MOREIRA, M. L.; CASTRO, M. E. Percepção dos pacientes em unidade de terapia intensiva frente à internação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 7, n. 1, p. 75-83, abr. 2006.

MORIN, E. **O homem e a morte.** Rio de Janeiro: Imago, 1997.

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

MORITZ, R. D.; NASSAR, S. M. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 16, n. 1, p. 14-21, 2004.

MOTA, M. S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 129-135, mar. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-144720011000100017>. Acesso em: 25 ago. 2017.

MUSSI, F. C. Conforto: revisão de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 2, 1996. Disponível em: http://dx.doi.org/101590/S0080-62341996000200006. Acesso em :15 de julho de 2017.

NEVES-ARRUDA, E. N.; MARCELINO, S. R. Cuidando e confortando. In: NASCIMENTO-SCHULZE, L. M. (Org.). **Dimensões da dor no câncer:** reflexão sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. São Paulo: Robe, 1997. p. 157-189.

OLIVEIRA, N. A. et al. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuição na prática de egressos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 18, n. 4, out./dez. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400011>. Acesso em: 01 out. 2017.

PACHECO, S. **Cuidar a pessoa em fase terminal:** perspectiva e ética. 3ª ed. Lisboa: Luso-didacta, 2014.

PAIVA, L. E. O médico e sua relação com o paciente diante da morte. In: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos:** discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 77-86.

PARKERS, C. M; MARKUS, A. **Coping with loss:** helping patients and their families. London: BMJ Books, 1998.

PEIXOTO, A. P. **Cuidados Paliativos.** Sociedade de Tanatologia e cuidados paliativos de Minas Gerais, 2004.

PEREIRA, A. et al. Retomando as abordagens do cuidado sensível. **Revista Eletrônica Enfermería Global**, n. 25, p. 356-366, 2012.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 181-208.

PESSINI, L. **Distanásia:** até quando investir sem agredir? Revista Bioética, v. 4, n. 1, p. 1996.

PESSOA, F. **Livro do desassossego**. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

PITTA, A. M. F. **Hospital:** dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

PIVA, J. P.; GARCIA, P. C. R.; LAGO, P. M. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 1., p. 78-86, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a13v23n1.pdf>. Acesso em: 06 out. 2017.

PONTE, K. M. A.; SILVA, L. F. Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2603-2614, abr./jul. 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3569/pdf_1573>. Acesso em: 12 ago. 2017.

PRESTES, F. C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 738-745, dez, 2010.

RAMOS, R. Minidicionário Luft. São Paulo: Ática, 2001.

ROSA, L. M. et al. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 3, p. 410-414, jul./set. 2008.

SADALA, M. L. A.; SILVA, F. M. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 287-294, 2009.

SANCHES, P. G. **Convivendo com a morte e o morrer:** o ser enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva. Maringá, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2007. Disponível em: <http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?code=vtls000164980>. Acesso em: 22 out. 2016.

SANCHEZ, F. I. A.; BAPTIST, M. N. Avaliação familiar, sintomatologia depressiva e eventos estressantes em mães de crianças autistas e assintomáticas. **Revista Contexto Clínico**, São Paulo, v. 2, n. 1, jan./jun. 2009.

SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Bioethikos**, v. 3, n. 1, p. 77-86, 2009.

SANTOS, A. A fábula de Higino em ser e tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia. In: MAIA, M. S. et al. **Por uma ética do cuidado.** Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

SANTOS, J. L; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura cientifica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 272-276, 2011.

SANTOS, M. A. Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 4, n. 4, p. 43-51, 2003.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, 2013.

SCHIMIDT, B.; GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paideia**, v. 21, n. 50, p. 423-430, 2011.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 189-192, 2011.

SELLI, L.; ALVES, J. S. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. **Revista Bioethikos**, v. 1, n. 1, p. 43-52, 2007.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 245-252, 2007.

SHORTER, M.; STAYT, L. Critical care nurse's experiences of grief in an adult intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 1, p. 159-167, 2010.

SILVA, A. L. L.; RUIZ, E. M. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 15-25, 2003. Disponível em http://dx.doi.org/101590/S0103-166x2003000100002. Acesso em 20 de abril de 2017.

SILVA, L. C. S.P. et al. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 770-774, 2010.

SILVA, R. C. L.; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Revista da Escola Enfermagem Anna Nery**, v. 12, n. 1, p. 156-159, mar. 2008.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, Á. Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011.

SILVA, R. S.; PEREIRA, Á.; MUSSI, F. C. Cuidado e conforto para uma boa morte. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 40-46, 2015.

SILVEIRA, N. R.; NASCIMENTO, E. R. P.; ROSA, L. M. et al. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, v. 69, n. 6, p. 1012-1019, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0267>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 4, p. 481-484, 2007.

SPINOZA, B. **Pensamentos metafísicos:** Tratado da correção do intelecto. Tratado político. Correspondência. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Coleção Os Pensadores).

TEREZAM, R.; REIS-QUEIROZ, J.; HOGA, L. A. M. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 669-670, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>. Acesso em: 16 set. 2017.

VALLE, E. R. M. **Câncer infantil:** compreender e agir. Campinas: Psy, 1997.

VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2006.

VICENSI, M. C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva profissional. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241107>. Acesso em: 07 out. 2017.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **National cancer control programmes.** Policies and managerial guidelines. Geneve: WHO, 2012.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ZORZO, J. C. C**. O processo de morte e morrer da criança e do adolescente:** vivências dos profissionais de enfermagem. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeiro Preto, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07072004-114012/pt-br.php>. Acesso em: 22 set. 2017.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O CUIDADO DA VIDA DIANTE DA MORTE: DIMENSÃO PSICOAFETIVA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Pesquisador Responsável: Darcília Garcia Arantes
Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde.
Telefones para contato do Pesquisador: (21) 999510646 – (21) 26299177

Nome do voluntário:_____
Idade:_____
RG:_____

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: O cuidado da vida diante da morte: dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem , de responsabilidade da pesquisadora Darcília Garcia Arantes que tem como objetivo geral: conhecer o processo relacional da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em processo de morte e como objetivos específicos: identificar a maneira de cuidar do paciente em processo de morte, verificar possíveis obstáculos no processo de cuidar e discutir as implicações psicoafetivas dos profissionais que cuidam do paciente em processo de morte na perspectiva do cuidado sensível(cuidado que respeita a individualidade, crenças e valores do paciente). Esta pesquisa faz parte de um dos requisitos para obtenção do grau de Mestre e está vinculada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense.

A sua participação enquanto sujeito deste estudo é muito importante para melhorar a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem. Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista semiestruturada. As informações fornecidas serão gravadas e armazenadas em arquivo de forma segura e sigilosa e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os resultados serão apresentados na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa e poderão ser divulgados em eventos científicos sempre preservando seu anonimato. A qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir da pesquisa e não haverá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que desenvolve suas atividades laborais. Esta pesquisa poderá acarretar riscos físicos (mal-estar, dor de cabeça, cansaço) e emocionais (angústia, choro, tristeza) para o entrevistado. Caso isso ocorra o participante poderá imediatamente interromper a entrevista e poderá também desistir de participar da pesquisa. Se mesmo após a interrupção da entrevista houver a persistência dos riscos o participante será encaminhado, pela pesquisadora, à emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro para atendimento médico. Se o profissional médico julgar necessário poderá

também ser solicitado encaminhamento ao serviço de psicologia da reitoria da Universidade Federal Fluminense para avaliação.

Coloco-me a inteira disposição para esclarecer dúvidas acerca dessa pesquisa através do contato com a pesquisadora, pessoalmente no Hospital Antônio Pedro ou pelo telefone: (21) 99951-0646.

Grata,

Pesquisador responsável: Darcília Garcia Arantes

Orientador: Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: E-mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189

Eu, _____RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar como voluntário do projeto de pesquisa acima descrito.

_____

___/___/___

Assinatura do participante e RG

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante indicado acima.

_____

___/___/___

Assinatura do responsável por obter o consentimento.

_____ _____

Testemunha Testemunha

Apêndice B - Roteiro da entrevista

Data da entrevista:

1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nome:

Idade:

Sexo: 1-( )Feminino 2-( )Masculino

Grau de escolaridade:

Profissão:

Tempo de Formação:

Qualificação:

Tempo de serviço na instituição:

Religião:

Renda:

2 TÓPICOS DA ENTREVISTA E QUESTÕES:

2.1 Concepção sobre a morte:

O que você entende por morte?

Qual o sentido que você atribui à morte?

O que é a morte no local onde você trabalha?

2.2 Quanto ao cuidado:

Como é para você cuidar de um paciente em processo de morte?

Você já participou de evento ou fez algum curso de reciclagem para cuidar da pessoa em processo de morte?

Quais os cuidados que você considera importantes para o paciente em processo de morte?

2.3 Quanto às implicações psicoafetivas:

Quais são os seus sentimentos ao prestar cuidados ao paciente em processo de morte?

Como você lida com suas emoções ao cuidar de uma pessoa diante da morte?

O que mais te afeta em termos emocionais?

Você teria alguma experiência que tenha sido significativa em sua prática nesse contexto? Poderia falar sobre ela?

Alguma vez você já se sentiu abalado emocionalmente ao passar por essa experiência?

Como lidou com isso?

2.4 Quanto às possibilidades e limites:

Quais as possibilidades que você encontra cuidando de uma pessoa diante da morte?

Qual o seu maior limite desse cuidado?

No seu ambiente de trabalho você encontra as condições apropriadas para prestar o cuidado a esse perfil de paciente?

Como você busca possibilidades e formas para melhorar esse cuidado?

Já participou de atividades no seu trabalho para tratar do cuidado do paciente em processo de morte (discussão clínica, grupos de reflexão, educação permanente)?

O que você recomenda para aprimorar o cuidado de enfermagem diante da pessoa em processo de morte?

ANEXO

Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UFF - HOSPITAL UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO / FACULDADE DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Cuidado da Vida Diante da Morte: Dimensão Psico-afetiva do Profissional de Enfermagem no Cuidado ao Paciente em Processo de Morte

Pesquisador: Darcília Garcia Arantes

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 61197216.2.0000.5243

Instituição Proponente: Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde- UFF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.013.721

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO:

Projeto de Pesquisa de Mestrado, cujo objetivo principal é problematizar as dificuldades dos profissionais de saúde no cuidar dos pacientes considerados como fora de possibilidade de tratamento modificador da doença de base.

QUESTÕES NORTEADORAS:

• Como o profissional de enfermagem cuida do paciente fora de possibilidade de tratamento modificador da doença de base?

• Quais as possibilidades e limites para a realização desse cuidado?

• Quais as implicações dessa relação que podem favorecer o cuidado humano ético e estético?

METODOLOGIA PROPOSTA:

Pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, cujo cenário será o Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP).

Os participantes serão os profissionais da equipe de enfermagem do CTI, que é composta por 11 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e 06 auxiliares de enfermagem.

Critérios de inclusão: profissionais de enfermagem do quadro permanente que desenvolvem atividades no referido setor, com mais de um ano de experiência profissional em serviços que

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

atendem clientes fora de possibilidade de tratamento modificador da doença de base.
Critérios de exclusão: profissionais que estiverem de férias e licença médica durante o período as coleta de dados.
Amostra pretendida: 41 participantes.
A coleta de dados será realizada através de entrevista semi-estruturada, que serão gravadas e o critério de encerramento ocorrerá assim que houver a saturação dos dados, que deverá ser observado quando ocorrer a repetição das falas. Após as gravações, as entrevistas serão transcritas considerando a fala, opiniões, atitudes, bem como as expressões emocionais, entonações de voz, pausas e outros aspectos relevantes. Os dados sócio-demográficos dos participantes do estudo serão coletados durante a entrevista e descritos nos resultados para subsidiar a análise e contextualizá-la. Concluída a transcrição das entrevistas, será realizada a leitura exaustiva de todo o material e organização dos dados em categorias e subcategorias para análise.
METODOLOGIA DA ANÁLISE DE DADOS:
O tipo de análise será de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:
OBJETIVO GERAL: Conhecer o processo relacional da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente fora de possibilidade de tratamento modificador da doença de base.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
• Identificar a maneira de cuidar do paciente fora de possibilidade de tratamento modificador da doença de base;
• Verificar as possibilidades e limites no processo de cuidar;
• Discutir as implicações psico-afetivas dos profissionais que cuidam do paciente fora de possibilidade de tratamento modificador da doença de base na perspectiva do cuidado sensível.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
RISCOS: Esta pesquisa poderá acarretar riscos físicos (mal-estar, dor de cabeça, cansaço) e emocionais (angústia, choro, tristeza) para o entrevistado. Caso isso ocorra o participante poderá imediatamente interromper a entrevista e poderá também desistir de participar da pesquisa. Se mesmo após a interrupção da entrevista houver a persistência dos riscos o participante será encaminhado, pela pesquisadora, à emergência do HUAP para atendimento médico. Se o profissional médico julgar necessário poderá também ser solicitado encaminhamento ao serviço de psicologia da reitoria da Universidade Federal Fluminense (UFF) para avaliação.
BENEFÍCIOS: Qualificação profissional pela proposta de uma clínica do cuidado que não separa

vida e morte e promover nos espaços de formação dispositivos e práticas de gestão do cuidado no qual o tema da morte se torne mais frequente, melhorando dessa forma a qualidade da assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se do cumprimento de pendências do parecer deste CEP nº 1.999.313 de 4 de abril de 2017.

Projeto de pesquisa com relevância acadêmica e principalmente social, que pretende identificar qual é a concepção de morte para os profissionais de enfermagem, relacionar quais são os cuidados considerados importantes para os pacientes considerados fora de possibilidade de tratamento modificador da doença de base e identificar se no ambiente de trabalho há condições apropriadas para prestar cuidados a esse perfil de paciente.

A metodologia está adequada para atingir os objetivos propostos.

A autora discorreu sobre o balanço riscos/benefícios de sua proposta e esclareceu ao CEP sobre as medidas para minimizar os potenciais riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequadamente preenchida, datada, assinada e carimbada pela Profa. Marilda Andrade, vice diretora da EEAAC/UFF.

Apresentou a declaração de autorização para a pesquisa no HUAP, datada, assinada e carimbada pelo Prof. Rubens Antunes da Cruz Filho, seu gerente de Ensino e Pesquisa.

Apresentou o roteiro da entrevista semi-estruturada.

O cronograma está adequado.

O TCLE está muito bem redigido e cumpre sua função.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_749670.pdf	05/04/2017 10:04:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestradocomiterevisado.docx	05/04/2017 10:03:53	Darcília Garcia Arantes	Aceito
Outros	CartarespostaCEP.docx	05/04/2017	Darcília Garcia	Aceito

UFF - HOSPITAL UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO / FACULDADE DE

Continuação do Parecer: 2.013.721

Outros	CartarespostaCEP.docx	10:01:11	Arantes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciadarcilia.JPG	05/04/2017 09:46:36	Darcília Garcia Arantes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/04/2017 18:06:20	Darcília Garcia Arantes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/02/2017 16:20:37	Darcília Garcia Arantes	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

NITEROI, 12 de Abril de 2017

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br