



Universidade Federal
de Campina Grande

**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

SYNARA JÉSSICA GOMES QUIRINO

**UMA ANÁLISE DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS DE ENFERMEIROS
COM PESSOAS ENLUTADAS**

**CAJAZEIRAS - PB
2013**

SYNARA JÉSSICA GOMES QUIRINO

**UMA ANÁLISE DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS DE ENFERMEIROS
COM PESSOAS ENLUTADAS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Aissa Romina do Nascimento Silva

Co-orientadora: Psicóloga Ms. Mônica Rafaela de Almeida

**CAJAZEIRAS - PB
2013**



B82a Quirino, Synara Jéssica Gomes.
Uma análise das ações assistenciais de enfermeiros com
pessoas enlutadas / Synara Jéssica Gomes Quirino. -
Cajazeiras, 2013.
55f. : il.

Não disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade
Federal de Campina Grande, Centro de Formação de
Professores, 2013.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Assistência de enfermagem - pessoas entuladas. 2.
Morte. 3. Luto. I. Nascimento, Aissa Romina Silva do. II.
Almeida, Mônica Rafaela de. III. Universidade Federal de
Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V.
Título

CDU 616-083:393

SYNARA JÉSSICA GOMES QUIRINO

**UMA ANÁLISE DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS DE ENFERMEIROS
COM PESSOAS ENLUTADAS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ___/___/2013

BANCA EXAMINADORA

Profª. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
Orientadora (UAENF/CFP/UFCG)

Psicóloga Ms. Mônica Rafaela de Almeida
Co-orientadora (Escola Técnica de Saúde/CFP/UFCG)

Profª. Ms. Roberta Romero de Miranda Henriques
Examinadora (UAENF/CFP/UFCG)

**CAJAZEIRAS -PB
2013**

Aos meus pais, marido e irmão... dedico!

AGRADECIMENTOS

A cada vitória o reconhecimento devido ao meu Deus, pois só Ele é digno de toda honra, glória e louvor. Senhor agradeço a ti que és o grande patrocinador da minha conquista pelo fim de mais essa etapa, pelas oportunidades e principalmente pelo presente da vida.

À minha mãe, Maria Sandolene Gomes Quirino, a minha maior incentivadora, meu maior exemplo de vida, amor, sabedoria, garra, determinação e superação, quem sempre esteve ao meu lado torcendo e vibrando pelas minhas conquistas. Obrigada pela confiança, pelo apoio, pelo carinho, pelas palavras sempre encorajadoras.

Ao meu pai, José Sueldo Quirino do Nascimento (in memoriam), também meu maior exemplo de pessoa humana, de esforço. Obrigada pelos dias de vida dedicados a minha educação, formação do meu caráter e carinho. Sei o quanto torce e cuida de mim de onde estás.

Ao meu irmão, José Sueldo Quirino do Nascimento Filho, pelo orgulho que sempre teve de mim. Você que também é o maior motivo, incentivo para que eu busque sempre ser melhor!

Ao meu marido, Neirrobisson de Souza Pedroza Júnior, pessoa com quem amo partilhar a vida. Com você tenho me sentido mais viva! Obrigada pelo carinho, paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria do fim desta etapa. Seu apoio, compreensão e amor verdadeiro foram fundamentais.

As minhas grandes amigas, Tainne, companheira desta caminhada desde o começo do curso, Priscilla e Rosy que o destino me apresentou e se encarregou de nos unir. É com vocês que compartilho angústias, alegrias, felicidades e tantas outras coisas que uma amizade faz. Só vocês entendem o meu objetivo, o sumiço, a falta de tempo, o cansaço, a necessidade de isolamento que a escrita exige.

A uma pessoa especial, que além de professora é uma grande amiga, Roberta Romero, com quem partilhei o que era a sementinha daquilo que veio a ser esse trabalho. Obrigada pelas orientações acadêmicas, pelas conversas que surgiram durante e para além dos nossos encontros que foram fundamentais. Desejei a sua participação na banca examinadora deste trabalho desde o princípio.

A minha querida orientadora, Aissa Romina, pela imensa contribuição nesta conquista. Obrigada pelo carinho dedicado, pela atenção, paciência e tão boa orientação.

A minha co-orientadora querida, Mônica Rafaela. Obrigada por ter acreditado sempre nas coisas que eu apresentava-lhe, indicando sugestões que contribuíram de forma significativa, pelo carinho, atenção e confiança.

A todos que estiveram próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena, pois sou o resultado da confiança e da força de cada um. Vocês contribuíram para que eu pudesse subir mais esse degrau e não posso dizer que este é o fim... Este é apenas o começo da próxima jornada.

Até a próxima...

OBRIGADA!!!!

“Não sou obrigado a vencer, mas tenho o dever de
ser verdadeiro.

Não sou obrigado a ter sucesso, mas tenho o dever
de corresponder à luz que tenho.”

Abraham Lincoln

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1.....	21
QUADRO 2.....	30
QUADRO 3.....	32
QUADRO 4.....	33
QUADRO 5.....	34
QUADRO 6.....	36

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	25
TABELA 2	27
TABELA 3	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ESF – Estratégia Saúde da Família

IC – Ideia Central

IES – Instituição de Ensino Superior

OMS – Organização Mundial da Saúde

TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A consciência da finitude da vida é um elemento distinto nos seres humanos. Entretanto, a perda de entes queridos sempre se reflete como dor, envolvendo a realização de um trabalho de desligamento, o qual é chamado luto. O luto é um processo de reconstrução, de reorganização, sendo um desafio emocional e cognitivo com o qual o sujeito tem de lidar. Por isso, perder alguém significativo implica na necessidade de adaptação a viver sem ela, quando o luto acontece, não é só a pessoa que morre que é perdida, mas todo o universo da pessoa identificada fica destruído. Assim, estudar a morte é algo que pode ajudar a trabalhar com sua constante presença, mostrando a necessidade dos profissionais de saúde em estar familiarizados com a temática desde a graduação, com vistas a um preparo pessoal e profissional de forma a reduzir o estresse e a ansiedade ao se discutir e conviver diariamente com essas situações de sofrimento, proporcionando a elaboração e o esclarecimento de suas preocupações frente ao desconhecido, para que seja capaz de manter uma relação interpessoal e ajudar a família neste momento. Neste sentido, a presente pesquisa teve como objetivo analisar as ações assistenciais de enfermeiros com pessoas que perderam um dos seus entes queridos. Participaram da pesquisa 10 enfermeiros. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturada. A análise dos depoimentos foi realizada mediante a Técnica do Sujeito Coletivo de Lefreve e Lefreve (2005). Os materiais coletados apontaram para a relevância do tema proposto, mostrando que os profissionais avaliaram sua assistência de forma positiva dentro do que se tem para oferecer. Foi possível observar também a dificuldade que muitos enfermeiros têm em falar sobre a irreversibilidade da morte. Muitos não prestam assistência à família enlutada ou a resumem em uma visita domiciliar, tendo como desculpa as tarefas cotidianas da profissão. Percebeu-se ainda que os usuários apenas procuram a Unidade de Saúde para solicitarem encaminhamentos em casos extremos. Parece haver certo despreparo por parte dos enfermeiros para lidar com seus próprios sentimentos e emoções durante esses momentos na comunidade. Com esta pesquisa tornou-se evidente a necessidade de mudanças tanto nas instituições de ensino como nas instituições de trabalho com o intuito de preparar o aluno e, o profissional, para a assistência na morte, a qual é a essência do ato de cuidar, tanto com as pessoas que necessitam ser ajudadas nesta fase de sua vida, quanto para com seus familiares.

Palavras-chave: Morte. Luto. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

The awareness of the finitude of life is a distinct element in humans. However, the loss of loved ones is always reflected as pain, involving the completion of a job shutdown, which is called mourning. Grief is a process of reconstruction, reorganization, and challenging emotional and cognitive with which the subject has to deal. So losing someone significant implies the need to adapt to live without her, when the mourning happens, not only is the person who dies is lost, but the whole universe of the person identified is destroyed. So, study the death is something that can help you work with your constant presence, showing the need for health professionals to be familiar with the subject since graduating with a view to a personal and professional preparation in order to reduce stress and anxiety to discuss and live daily with these painful situations, providing the elaboration and clarification of their concerns forward to the unknown, to be able to maintain an interpersonal relationship and help the family at this time. In this sense, the present study aimed to analyze the actions of nursing care to people who have lost their loved ones. Participants were 10 nurses. It was used as an instrument of data collection a script of semi-structured interview. The statements were made by the technique of the Collective Subject Lefevre and Lefevre (2005). Collected materials point to the relevance of the proposed topic, noting that professionals rated their care positively within what is has to offer. It was also possible to observe the difficulty many nurses have to talk about the irreversibility of death. Many do not assist the bereaved family or summarize in a home visit, taking as an excuse the everyday tasks of the occupation. It was also noticed that users only seek Health Unit in these situations to requests referrals in extreme cases. There seems to be some lack of preparation on the part of nurses to deal with their own feelings and emotions during those moments in the community. With this research it became evident the need for changes both in educational institutions and in work institutions in order to prepare students and professionals for assistance in death, which is the essence of caring, both with people who need to be helped at this stage of his life, and for their families.

Keywords: Death. Mourning. Nursing care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 A MORTE E O MORRER.....	16
2.2 O ENFRENTAMENTO DA MORTE.....	18
2.3 O ENFERMEIRO E A ASSISTÊNCIA NA SITUAÇÃO DA MORTE E DO LUTO.....	19
3 PERCURSO METODOLÓGICO	23
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	23
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	24
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	24
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	24
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	25
4.2 AS AÇÕES ASSISTENCIAIS DOS ENFERMEIROS COM PESSOAS ENLUTADAS.....	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	44
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXOS	47
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA	
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE	
ANEXO C - SITUAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NA PLATAFORMA BRASIL	
ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	

1 INTRODUÇÃO

A morte é definida pela cessação das funções vitais e a separação do corpo e da alma (BERNIERI; HIRDES, 2006). Até pouco tempo, o diagnóstico de morte era dado a partir da parada respiratória e cardíaca. Hoje, esse diagnóstico foi revisto definindo-a como morte encefálica, pois com os avanços tecnológicos tornou-se possível manter as funções cardíacas e respiratórias através de aparelhos, enquanto nada se pode fazer para manter funções cerebrais responsivas. Essa revisão tornou-se necessária devido a diversos fatores, entre os quais se destaca: a capacidade da medicina de prolongar indefinidamente uma vida por meios artificiais; motivos sociais, humanos e mesmo econômicos (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Nascer, crescer, reproduzir, envelhecer e morrer compõe a lei natural do ciclo da vida, compreendendo um fato biológico, mas a última etapa que encerra a existência é a única certeza que se tem, porém bastante difícil de aceitar em qualquer idade, logo, é a mais dolorosa porque há um rompimento de vínculos. Tendo em vista que a morte envolve um afastamento irreversível, torna-se este, um momento ímpar na vida de quem perde um ente querido. Portanto, a forma como cada pessoa agirá diante dessa perda é particular. A maneira como ela suportará a dor dependerá da sua personalidade e também estará ligada ao apoio que receberá dos que lhe são próximos, já que a família representa o alicerce capaz de manter cada membro unido por múltiplos laços afetivos durante a vida (KÜBLER-ROSS, 2005).

Para Mazorra (2007, p.1), “[...] o luto é o processo de reconstrução, de reorganização, diante da morte, desafio emocional e cognitivo com o qual o sujeito tem de lidar”, ou seja, após a morte do ente querido, a pessoa passará por uma fase de adaptação à nova vida e assim poder aceitar a situação.

“Quando o luto acontece, não é só a pessoa que morre que é perdida, mas todo o universo interno da pessoa identificada fica destruído” (SIMON, 1986, p.82). Sendo assim, o luto é uma fase que faz parte do processo de superação para uma readaptação à vida sem a pessoa perdida.

Neste sentido, a escolha do tema deu-se devido ao contato do pesquisador com uma realidade vivenciada como sujeito de uma experiência da própria vida, o que despertou o anseio em aprofundar os conhecimentos acerca da temática, investigando o

papel dos profissionais de enfermagem no lidar com a morte e o processo de luto no cotidiano dos serviços de saúde.

Desta forma, entende-se a necessidade de uma humanização do profissional de saúde para lidar com as situações de perda dos usuários. Mas para isto acontecer é necessário muitas vezes adotar soluções simples e criativas, além de prestar um atendimento digno e solidário e manter sempre a qualidade da atenção através da interdisciplinaridade com outros profissionais. Isso possibilita uma visão mais ampla do indivíduo, vendo-o de forma holística; considerando o corpo, a mente e a alma, tendo em vista a subjetividade de cada uma dessas pessoas que se encontram inseridas em ambientes multifacetados.

Logo, não se pode deixar de mencionar o quão angustiante é para o ser humano tomar consciência da finitude. Considerando que a morte inquieta o outro por ser uma lembrança da própria morte, e pelo fato do profissional da saúde ter sido preparado para manter a vida, é nisto que consiste a dificuldade dessas pessoas em dar àqueles que sofrem a ajuda que necessitam neste momento (BELLATO; CARVALHO, 2005).

Vale ressaltar também a necessidade de novas pesquisas nesta área, considerando-se a escassez de estudos publicados sobre a morte e o luto vivenciado por pacientes/usuários. Diante destas implicações surgiu o seguinte questionamento que norteou a presente investigação: Qual o papel da enfermagem com as pessoas que passam por situações de perda?

Assim, tornou-se relevante desenvolver esta pesquisa para verificar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem referente ao assunto, pois é indispensável entender como a enfermagem tem lidado com estas situações nos cotidianos dos serviços de saúde, bem como traçar uma assistência de enfermagem de qualidade e direcionada a problemática.

Já que, estudar a morte é algo que pode ajudar a trabalhar com sua constante presença, mostrando a necessidade dos profissionais tornarem-se familiarizados com a temática desde a graduação, com vistas a um preparo pessoal e profissional de forma a reduzir o estresse e a ansiedade ao se discutir e conviver diariamente com essas situações de sofrimento, proporcionando a elaboração e o esclarecimento de suas preocupações frente ao desconhecido, para que seja capaz de manter uma relação interpessoal de ajuda, a qual é a essência do ato de cuidar, tanto com as pessoas que necessitam ser ajudadas nesta fase de sua vida, quanto para com seus familiares.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo geral analisar as ações assistenciais de enfermeiros com pessoas que perderam um dos seus entes queridos. Além disso, delimitaram-se como objetivos específicos: conhecer as concepções dos enfermeiros acerca da morte; verificar as percepções e sentimentos dos enfermeiros em relação ao luto por parte das pessoas que vivenciaram a morte e identificar as ações assistenciais dos enfermeiros com pessoas que vivenciaram situação de perda.

Portanto, este trabalho encontra-se estruturado em três partes principais divididas da seguinte maneira: na primeira parte, encontra-se uma revisão da literatura contextualizando a morte e apresentando a problemática referente à assistência de enfermagem aos enlutados. Além disso, faz-se uma discussão acerca da assistência prestada a essa clientela, considerando as novas perspectivas no contexto da atenção as pessoas de luto por perda de entes queridos. Na segunda parte, descreve-se a metodologia do estudo, apresentando os participantes e instrumento de coleta dos dados. E, na terceira parte, faz-se uma análise acerca da assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF) aos familiares em processo de luto, das condutas utilizadas nessa assistência e das dificuldades existentes para operacionalizar o acompanhamento a estes usuários.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesse capítulo serão apresentados os pressupostos que nortearam o estudo. Incluem o contexto que envolve a trajetória da morte e morrer ao longo da história, da ciência e da religião bem como o enfrentamento frente à situação de perda e a atuação do enfermeiro diante desta situação-problema.

2.1 A MORTE E O MORRER

A morte é o maior enigma da existência humana. Mesmo fazendo parte do ciclo de vida, ela sempre despertou medo no ser humano, e esse sentimento expressa a dificuldade que se tem de lidar com a finitude. Assim, a ideia de morte tem sido assustadora e ameaçadora. De acordo com Sulzbacher et al. (2009), o morrer é o ato pelo qual ocorre à morte, este momento pode ser encarado como um processo em que várias funções relacionadas a vida se perdem. Esse fenômeno da vida é igual para todos os indivíduos. Sendo um mistério, uma incerteza, um tabu (MELO, 2007).

Conforme Bromberg (2000), a morte está presente em todos os aspectos da vida, e por isto, o ser humano desenvolveu ritos pertencentes à cultura para lidar com ela, como cerimônias grupais e comportamentos individuais.

Na Idade Média, a morte era um rito de passagem. Era o grande momento de transição das coisas passageiras para as eternas, sendo uma festa, momento máximo do convívio social. Mas no século XX, a morte não é mais considerada como um fenômeno natural da vida e do crescimento. É um momento no qual as pessoas deixam transparecer o sentimento de negação, de omissão e o silêncio começa a vigorar (ARIÈS, 2003).

Deste modo, pode-se perceber que a morte já foi considerada pelo homem um acontecimento natural, aceitável e inevitável, mas pode ser considerada tanto como acontecimento quanto como processo, ou seja, uma passagem de organismo vivo para não vivo e um processo por ser um conceito construído ao longo da história da vida e de acordo com a cultura vivida.

Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006) mostram outro ponto relevante acerca da morte, tratando ela como não somente um fato biológico e psicofisiológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue através das relações ou classes sociais. Assim, independente de sexo, idade, religião ou posses; a morte está presente

em nosso cotidiano e é independente de causas ou formas. “Assim, a morte pertence à condição humana” (BROMBERG, 2000, p. 23).

A morte tem diferentes representações, além do ponto de vista familiar, social, cultural, científico ou até mesmo individual, pois cada um traz dentro de si uma representação específica. Ela é vista ainda de forma distinta por cada religião, pois uns acreditam na reencarnação, outros na ressurreição, etc. Assim, a forma como cada religião vê a morte vai influenciar no modo como as pessoas enfrentam as situações, porém, por mais que haja uma preparação por parte da religião para essa aceitação, a perda e a separação finita são dolorosas.

Atualmente a ciência associada ao grande avanço tecnológico e somada ao seu objetivo fundamental, a promoção da saúde e a manutenção da vida, remete a impressão que se pode adiar a morte, sendo mais doloroso para quem cria a expectativa de uma possível reversão do quadro (NOGUEIRA; OLIVEIRA; PIMENTEL, 2006).

Segundo Moreira e Lisboa (2006), morrer, cientificamente, é deixar de existir; quando o corpo em uma sintonia total, acometido por uma patologia ou acidente qualquer tem a falência de seus órgãos vitais, existindo então o cessamento progressivo de toda atividade biológica do organismo, podendo ser de uma forma súbita (doenças agudas, acidentes) ou lenta (doenças crônico-degenerativas), seguida de uma degeneração dos tecidos.

Kübler-Ross (2005), lembra ainda que a medicina fez as pessoas acreditarem que a vida deveria ser indolor e como a morte é sempre associada à dor, deveria ser um assunto deixado de lado, porém os médicos prolongam a vida e não se dão conta que a morte é a parte mais importante da vida.

De acordo com Gomes (2004, p.74) a distância entre a vida e a morte pode não ser tão longa: “morrer é natural e pode ocorrer a qualquer momento”. E Boff (2002) mostra que as pessoas morrem um pouco, a cada minuto e um dia este processo chegará ao fim. Estas citações causam certo impacto para quem as lê, pois pensando-se em que hoje se pode estar no mundo material, mas amanhã pode-se não mais estar, causa certa angústia e um medo do desconhecido. Neste sentido, para a maioria das pessoas quando se fala sobre a morte vem um sentimento de perda e isso provoca um sofrimento enorme. Por isto é necessário uma reflexão sobre a vida, com espaços para a compreensão da morte, para que as pessoas possam enfrentá-la de uma forma menos dolorosa.

2.2 O ENFRENTAMENTO DA MORTE

A morte faz parte do mais enigmático processo do desenvolvimento humano dando significado à vida embora, esse dilema da terminalidade desafie e intimide bastante pela certeza de que é dilacerante.

Sofrer integra a vida somando com as perdas. De acordo com Viorst (2002) no começo da vida sofre-se uma perda significável: se é lançado brutalmente para fora do útero e tem que aprender a respirar, comer e viver sozinho. Enfim, ao longo do percurso da vida ganha-se ou perde-se alguma coisa, porém, o que realmente se teme é perder a vida, a de si mesmo e de quem se ama. Todavia a única certeza que se tem é a morte, esse é o destino de todos causando temor, desespero e angústia para muitos.

As pessoas sentem-se confusas por todos os sentimentos que envolvem a perda de alguém importante. Sendo a morte de quem você ama um instante de desequilíbrio e de desconstrução, representando um processo difícil de enfrentar em qualquer idade.

Para o adulto entende-se que há toda uma história vivida com muitas experiências e tarefas, o que de certa forma o torna mais preparado para enfrentar a morte de um ente querido. Mesmo já possuindo mecanismos de defesa para lidar com o assunto, o adulto refuta e evita buscar um melhor entendimento sobre a questão da finitude da vida por causa do medo.

Nesse contexto, Kübler-Ross (2005), diz que o indivíduo demonstra em forma de mecanismo de defesa algumas respostas emocionais características de quem se depara com situações traumáticas ou com a morte, tais como: *a negação e o isolamento*, nessa fase há uma fuga da realidade, negando o fato (morte) pelo estado de dificuldade em aceitar a perda; *a raiva*, nesta verifica-se a revolta e o questionamento sobre o fato; *a barganha*, momento em que se tenta adiar o fato, prendendo-se as crenças religiosas; *a depressão*, período pelo qual se percebe que a morte é inevitável, caminhando assim para uma enorme tristeza; *a aceitação*, onde o fato é reconhecido e aos poucos tudo começa a ajustar-se.

A teoria de Weizman e Kamm (1987, cit por SILVA, 2004) mostra que as fases de manifestação do luto seguem um padrão básico, mudando apenas a intensidade e a duração em cada sujeito. A primeira fase é o *choque* que é mais frequente e intensa quando a morte é repentina, onde não há uma preparação emocional e a pessoa busca autoproteção do impacto. A próxima fase é o *desconcerto*, em que a dor e o sentimento de impotência são tamanhos que o enlutado recusa-se a abandonar o objeto perdido e

tenta incluir o falecido na sua vida para tentar diminuir sua dor. Na fase de *raiva*, o enlutado se sente abandonado e, portanto surge a raiva de si e do falecido. A quarta fase, de *tristeza*, começa quando o enlutado inicia a aceitação do fato e por último, a fase de *integração*, em que o sujeito toma consciência e adapta-se a nova realidade.

Sendo a morte árida e assustadora devido ao pavor social de se tocar no assunto, tornando-o um tema evitado, ignorado e negado pela sociedade que cultua a juventude, Cassorla (1991) afirma que se o assunto for ignorado, a consequência será não conseguir viver o luto. A morte faz parte da vida assim como o nascimento, estabelecendo um limite no tempo de vida. Logo, a negação do assunto ou dificuldade de compreender a irreversibilidade da morte pode dificultar o processo de elaboração da perda e em consequência a aceitação, acarretando problemas futuros.

Kübler-Ross (2005) aponta que não se deve, nem precisa esperar a visita da morte para começar realmente a vivê-la, pois a aceitação dela como uma velha conhecida invisível, mas amigável, pode ajudar a aprender e a viver a vida em vez de apenas passar por ela.

2.3 O ENFERMEIRO E A ASSISTÊNCIA NA SITUAÇÃO DA MORTE E DO LUTO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por principal objetivo a qualidade dos serviços prestados à população e baseia-se no atendimento a uma área para facilitar o planejamento das atividades preventivas e de promoção à saúde (BELLUSCI, 2010). Assim, os enfermeiros têm papel primordial na efetivação da qualidade desta assistência, pois:

Recebem o usuário no primeiro momento e realizam o primeiro atendimento (...) planejando a abordagem dos problemas específicos de cada família. Por seu contato mais intenso com a população, o Enfermeiro do ESF é a figura central (...). O vínculo estabelecido entre o profissional de enfermagem e a população, é na maioria das vezes, muito forte (BELLUSCI, 2010, p.47 e 48).

Esslinger (2004) lembra que é o enfermeiro a pessoa quem, geralmente, está próximo da família nestes momentos difíceis. Portanto, o mesmo pode e deve atuar junto aos demais profissionais da equipe no que se refere ao apoio que deve ser dado à família, para ajudar na aceitação e elaboração do luto.

Sendo assim Horta (2002), afirma que este profissional deve inicialmente preparar-se para enfrentar a morte, aprender com suas próprias perdas e rever suas potencialidades, pois terá de lidar com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem surgir em diversas situações que envolvem a assistência.

O conhecimento acerca da morte é de fundamental importância para os profissionais da área da saúde, atualmente as disciplinas de tanatologia e o tema morte integram o programa curricular dos cursos da saúde. Anteriormente, os profissionais da saúde eram apenas preparados para manter a vida, dando-lhes a sensação de trabalho frustrante e incompleto, frente aos experimentos inúteis de evitar o término da vida. Essas disciplinas têm procurado esclarecer e conscientizar sobre a morte e o luto de forma a instrumentalizá-los a lidar com esses aspectos subjetivos que, por vezes, dolorosos, mas inerentes à profissão.

Segundo Oliveira e Amorim (2008), as Instituições de Ensino Superior (IES) devem aprofundar as discussões sobre velhice, morte e processo de luto, de forma contextualizada com a realidade. Ademais, essas instituições também devem pensar a formação do estudante de enfermagem diante da temática cessação da vida, como uma atividade inicial, que abra possibilidades para que o acadêmico, em sua prática, possa aprender a buscar ferramentas para prestar assistência com qualidade.

Desse modo, reforça-se a importância da abordagem deste tema no decorrer dos cursos da área da saúde, com o intuito de despertar nos futuros enfermeiros/as a importância da interação com a problemática, não apenas nas questões de cunho técnico-científico, mas, em especial, nas de caráter subjetivo, como a escuta individualizada e compreensiva (ALENCAR, LACERDA, CENTA; 2005).

Para Souza et al. (2009), o modo como o enfermeiro entende o conceito de morte, a forma com que se relaciona com este conceito e as vivências pessoais de perdas anteriores poderão influenciar na forma como será seu cuidado prestado.

Assim, a morte, apesar de fazer parte da vida e ser algo inevitável em algum momento, não se trata de uma questão simples, uma vez que, na cultura, é comumente representada pelo medo, pavor e não aceitação. Conforme Souza et al. (2009), todos os setores da sociedade negam a morte de forma perceptível, até mesmo entre os profissionais da saúde, que, na linguagem do cotidiano, referem-se a mesma como óbito.

Relembrando que é a enfermagem que está mais próxima do usuário, a assistência prestada às pessoas enlutadas depende inteiramente de conhecer bem a família para entender melhor os seus problemas, logo, o ser humano deve ser analisado em sua integralidade facilitando o planejamento de seus cuidados bem como acompanhar e ajudar as pessoas a lidarem com a perda. Assim, compreender o significado do luto é um sentido que dá significado à vida daqueles que permanecem vivos.

Machado e Leite (2006) pontuam que a família deve receber atenção especial nesse momento difícil, por confluir sentimentos e atitudes em que as emoções se sobrepõem à razão. Nesse momento os membros da família, podem demonstrar desespero, agressividade, angústia, desânimo, ambivalência, raiva, indignação, medo frente à morte e sentimentos de desamparo, constituindo uma ameaça física e emocional, pois, além da perda existe uma mudança na dinâmica familiar que se encontra em fase de reorganização (LOUZZETTE; GATTI, 2007).

Desta forma, se os profissionais de saúde tiverem domínio do assunto, equilíbrio emocional para o momento de apoio poderá haver menor probabilidade de que as pessoas entrem em pânico (SMELTZER; BARE, 2005). Machado e Leite (2006, p.69) acrescentam que a espiritualidade deveria ser “parte integrante do planejamento e das intervenções com ênfase no desempenho de ações interativas enfermeiro-cliente-comunidade com vistas à humanização da assistência”.

Kovács et al. (2008), enfatizam que a enfermagem pode ajudar a família principalmente com uma atitude de tranquilidade, tratando a morte como fenômeno natural e não como inimiga. O quadro 1 delinea algumas atividades de cuidados de enfermagem úteis para trabalhar com enlutados:

Quadro 1: Cuidados a serem realizados com família em situação de luto

Contato físico (com a permissão do paciente) e emocionalmente com a pessoa.
Demonstrar cuidado e compaixão genuínos.
Dá permissão para a lamentação até se normalizar o processo de pesar.
Mencionar a perda ou o nome da pessoa falecida.
Encorajar a pessoa a conversar sobre o relacionamento que ela tinha com a pessoa falecida.
Encorajar as fontes de conforto, como a religião ou a natureza.
Explicar que haverá a recuperação mais adiante.
Discutir o fenômeno do aniversário e datas comemorativas.
Encorajar os cuidados clínicos ou psiquiátricos, quando necessário.

Fonte: Smeltzer e Bare (2005)

Nesse contexto, o trabalho do enfermeiro pode e deve ser otimizado por meio de uma assistência de qualidade de forma individualizada a cada membro da família, respeitando suas particularidades, mas de forma integral.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946). Sendo assim, Mendes (2009) coloca a possibilidade da existência de um luto patológico, comprometendo a saúde que pode manifestar-se através da enurese, do descontrole esfínteriano, do desinteresse por atividades, de sintomas psicossomáticos (dores abdominais e cefaléias), insônia, pesadelos, perda de apetite, baixa autoestima, crises de pânico, ansiedade e isolamento. Nestes casos, os profissionais de enfermagem devem promover encaminhamento para um profissional especialista.

Portanto, o luto é uma fase que deve ser vivida e ultrapassada, conforme Macedo e Kübler-Ross (2004), quando o processo de luto é mal ultrapassado pode ter consequências futuras em forma de fobias, crises de ansiedade, pesadelos e insônias.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório. Segundo Gil (2002) estudos como este permitem detalhar acontecimentos, situações e depoimentos, enriquecendo a análise das informações e propiciando ao pesquisador maior conhecimento sobre um determinado problema com vistas para estudos posteriores. Quanto ao delineamento, caracteriza-se como estudo com abordagem qualitativa, pois mostra aspectos subjetivos dos indivíduos, abrindo espaço para a interpretação do pesquisador quanto às experiências das pessoas dentro do contexto em que foram vivenciados, respeitando as singularidades das mesmas.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras, localizado no interior do Estado da Paraíba (PB), nas Unidades de Estratégia Saúde da Família. A cidade de Cajazeiras possui uma população de 56051 de habitantes, ocupando a 7ª (sétima) posição de cidade mais populosa no estado. O município comanda o desenvolvimento progressista na região do alto-piranhas, sendo sua economia dividida nos setores: primário; destacando as atividades agrárias, pecuária, pesqueira e avícola, no setor secundário, destacam-se as indústrias têxteis, de alimentos e da construção civil. Por fim tem-se o setor terciário; o comércio, a informática, os bancos, a educação, o turismo e o imobiliário.

Em Cajazeiras tem 16 Unidades de Estratégia Saúde da Família que ficam espalhadas pelos vários bairros da cidade e zona rural com o intuito de prestar assistência à população e estar próxima da mesma prevenindo doenças. Atende um grande número de famílias sendo elas mescladas entre muito carentes e classe médio-alta.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram da pesquisa os enfermeiros de 10 Estratégias de Saúde da Família (ESF) que ficam espalhadas pelos vários bairros da cidade de Cajazeiras – PB, que se dispuseram a participar da pesquisa, colaborando com as informações sobre a assistência prestada ao público enlutado.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Participaram dessa pesquisa todos os enfermeiros que trabalham nas ESF, zona urbana do município de Cajazeiras – PB. Não foram incluídos na amostra, aqueles enfermeiros que estavam afastados por motivos de saúde ou por para capacitação profissional.

3.5 O INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado, composto de questões de respostas fechadas e abertas. O questionário foi dividido em duas partes: caracterização do perfil socioeconômico dos participantes e questões gerais que visaram avaliar as percepções, sentimentos e ações de enfermeiros frente às pessoas que vivenciaram situação de morte e luto.

3.6 A ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados de forma sistemática: inicialmente foram transcritos, posteriormente foi realizada uma leitura exaustiva do material coletado com a finalidade de se familiarizar com o conteúdo dos discursos. E em seguida, as falas foram categorizadas em unidades de significado, de acordo com as ideias centrais. Após a verificação das unidades de sentido, os dados foram analisados com base na Técnica do Sujeito Coletivo de Lefreve e Lefreve (2005), considerando a literatura pertinente.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Inicialmente, o projeto foi encaminhado para a Plataforma Brasil, o mesmo se encontra em processo de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro. A pesquisa foi iniciada mesmo sem o parecer favorável do CEP, em virtude da necessidade de defesa da pesquisa para conclusão do curso.

Mas vale salientar que o estudo foi realizado respeitando os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, normatizados pela resolução N° 196/1996, assegurando-se aos participantes as informações acerca do estudo, bem como o anonimato, a liberdade e desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência. Nesse sentido, houve a leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do entrevistado (a) para autorização da coleta de dados, este termo assegura a não identificação do pesquisando, assim como a manutenção do caráter confidencial das informações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente será exposto o levantamento e discussão dos dados relativos à caracterização dos participantes como sexo, faixa etária, nível de escolaridade e tempo de atuação na ESF, seguido da apresentação dos dados obtidos por meio das questões subjetivas que dizem respeito às ações assistenciais dos enfermeiros com as pessoas enlutadas, através do Discurso do Sujeito Coletivo.

4.1 A CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo revelou que 90% (n=9) dos participantes são do sexo feminino. Isto justifica o fato de que embora tenha havido um grande aumento do sexo masculino na enfermagem, ela ainda é uma profissão essencialmente feminina.

TABELA 1: Distribuição dos enfermeiros segundo sexo, faixa etária, nível de escolaridade e tempo de atuação.

Sexo	F	%
Feminino	9	90
Masculino	1	10
Faixa Etária		
Entre 30 e 40anos	7	70
Entre 41 e 50 anos	2	20
Entre 51 e 60 anos	1	10
Nível de escolaridade		
Graduação	4	40
Especialização	5	50
Mestrado	1	10
Tempo de atuação na ESF		
Até 1ano	3	30
Entre 2 a 4 anos	5	50
Até 14 anos	2	20
TOTAL	10	100

Fonte: Própria pesquisa/2013

As pesquisas mostram que o perfil dos enfermeiros na ESF é predominantemente feminino, comprovando que a feminização na enfermagem brasileira está relacionada ao cuidar como uma ação identitária feminina pela manutenção da vida, que transcende o espaço de trabalho (BRASIL, 2000).

Observou-se que a maioria dos participantes encontra-se na faixa etária compreendida entre 30 e 40 anos de idade, correspondendo a 70%, (n=7), 20% (n=2) se enquadram na faixa etária entre 41 e 50 anos de idade e 10% (n=1) apresentam idade virando de 51 a 60 anos.

Deve-se destacar que a maioria dos participantes está na faixa etária entre 30 e 40 anos, o que mostra que são jovens, portanto leva a pensar que são profissionais atualizados.

No que concerne ao nível de escolaridade, percebeu-se que há uma proporção de 40% (n=4) que concluiu apenas a graduação, 50% (n=5) já se aperfeiçoaram com a Especialização e 10% (n=1) realizou o mestrado.

A pós-graduação possui um importante espaço a ser utilizado tanto para a instrumentalização, quanto para a experimentação e a pesquisa de novas formas de relação entre profissionais de saúde e usuários e entre os próprios profissionais. É importante também que estes profissionais estejam acompanhando o tempo em que vivem, evidenciando interesse em aprofundar sua formação e acompanhar a evolução do conhecimento (SAUPE; WENDHAUSEN, 2005).

Com relação ao tempo de atuação, verificou-se que 30% (n=3) atuam há 01 ano na ESF, 50% (n=5) atuam de 2 a 4 anos e 20% (n=2) atuam há 14anos. Os resultados obtidos demonstram que os participantes da pesquisa possuem um bom tempo de atuação, portanto, acredita-se que este fator interfere na qualidade da assistência prestada, pois, sabe-se que a vivência profissional propicia uma carga de conhecimentos como também o aprimoramento das práticas em Enfermagem.

A tabela 2 foi construída a partir de uma das questões contida no instrumento de coleta, no intuito de identificar o modo como se deu a entrada dos profissionais de enfermagem neste serviço bem como, se houve alguma preparação do mesmo para atuar neste ambiente.

TABELA 2- A entrada dos enfermeiros na ESF.

Variável	F	%
Contrato	6	60
Concurso	4	40
Total	10	100

Fonte: Própria pesquisa/2013

Neste sentido, verificou-se que 60% (n=6) dos entrevistados iniciaram seu trabalho na ESF através de contratação, e 40% (n=4) através de concursos. Sendo assim, o fato de a maioria ser contratado, implica dizer que estes enfermeiros não conhecem bem a população que pertence a sua Unidade Básica de Saúde (UBS) justificando o tipo de assistência prestada, que prejudica a criação de laços de confiança entre profissional e comunidade e quando esta ligação está sendo formada, esses profissionais são destinados a outra UBS, outro setor da área da saúde ou até mesmo saem da equipe do governo que por sua vez, também está tendo que deixar a gestão do município.

Diante do exposto pode-se afirmar que essa forma de gerenciamento na saúde não está adequada à Política Nacional da Atenção Básica, tendo como propostas aos gestores municipais desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitorando, avaliando, elaborando, pactuando e implantando a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional. Englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos, levando em consideração a assistência do indivíduo dentro de uma comunidade (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a ESF, propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, em que deve ser promovida uma relação mais próxima entre profissionais, famílias e comunidade. Logo, a enfermagem que já é peça fundamental de várias ações de saúde, deverá prestar uma assistência de acordo com as necessidades da população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e participando assim desses processos sociais que determinam a saúde e a doença de uma comunidade, procurando intervir de forma socializada e dialogada (ROSA; LABATE, 2005).

Portanto, segundo Brasil (2004), a formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, diante de necessidades, sentimentos, e situação de

desequilíbrio, onde o usuário busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atendê-lo.

Schimidt e Lima (2004), explicam que esse vínculo entre profissionais e usuários do serviço de saúde da família amplia a eficácia das ações e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço além de serem construídas relações tão próximas e claras, que sensibiliza o profissional com o sofrimento daquele outro.

A tabela 3 mostra a quantidade de enfermeiros que foram capacitados pelo município para atuar na ESF.

TABELA 3- Distribuição dos enfermeiros de acordo com os que realizaram capacitação e os que não realizaram.

Capacitação	<i>F</i>	%
Sim	6	60
Não	4	40
Total	10	100

Fonte: Própria pesquisa/2013

Quanto as capacitações para trabalharem na ESF, é possível perceber que 60% (n=6) dos entrevistados participaram e 40% (n=4) não participaram. Logo, entende-se que a maioria dos profissionais estão aptos a trabalharem na ESF.

Portanto, nesse contexto verificou-se o quão é fundamental investir em políticas de formação e educação permanente de recursos humanos, o que se traduz na efetivação das políticas governamentais do setor saúde e na qualidade da assistência prestada na prática dos profissionais.

Brasil (2005) ressalta que fazer educação permanente em saúde possibilita a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, contribui para a preparação e atualização dos profissionais que compõem as equipes e exige do mesmo uma reflexão crítica sobre suas práticas de atenção. Ceccim (2005) completa dizendo que essas capacitações colocam o cotidiano do trabalho e da formação em saúde em análise, permeada pela avaliação dos atos produzidos no trabalho.

Para tanto, os serviços de saúde devem investir no desenvolvimento de capacitações como recurso estratégico para um bom desempenho do trabalho. Nesta perspectiva, surge o desafio de se ter novos perfis ou readequá-los, para que atendam às determinações da ESF.

Nascimento e Nascimento (2005) acreditam ser necessário estabelecer capacitações aos trabalhadores que atuam na ESF, de acordo com as carências que surgem dos problemas de saúde da realidade local e afirmam que essas capacitações proporcionam maior segurança na atuação no âmbito da atenção básica, ampliando a visão sobre as políticas de saúde como um todo, além de realizar uma atualização dos conhecimentos.

4.2 AS AÇÕES ASSISTENCIAIS DOS ENFERMEIROS COM PESSOAS ENLUTADAS

A seguir serão apresentados os resultados obtidos a partir das falas dos enfermeiros. Estes dados serão apresentados a partir de seis categorias identificadas mediante o Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003): assistência de enfermagem aos usuários; morte; luto; assistência à família enlutada; dificuldades na assistência; busca de apoio pelo enlutado ao enfermeiro, que estão organizados em forma de quadros.

A proposta do Discurso do Sujeito Coletivo elenca e articula uma série de atividades sobre o material dos depoimentos coletados em pesquisas empíricas de opinião por meio de questões abertas, operações que resultem em depoimentos coletivos compostos de vários depoimentos individuais, onde, cada depoimento coletivo está vinculado a um determinado posicionamento, sendo estes colocados na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se, diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso.

QUADRO 2

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO</p>	<p>De boa qualidade. Qualificada com assistência, orientações [...]. Regular, porque trabalhamos com hipertensos, diabéticos, [...] e falta insumos, apoio, incentivo e fica inviável o bom trabalho. Ótimo, porque faço o possível e impossível para atender bem a todos embora tenha coisas que não dependam só de mim. Razoável, pois ainda não possuímos os recursos necessários. Olha Synara, eu faço o possível para prestar a melhor assistência tanto a nível de conhecimentos como de procedimentos mas isso dentro dos recursos que nós temos! Dentro do que eu posso oferecer e do que eu tenho para oferecer, é boa. Avalio em nota 10, gosto de fazer, buscar e consigo. Vou atrás. Presto assistência como psicóloga, conselheira, assistente social, enfermeira e atendo bem, gosto dessa coisa do corpo a corpo, não deixo ninguém sair da minha unidade sem ser atendido. Boa, na medida do possível, do que a gente pode fazer. Me esforço para dar o melhor. Presto uma boa assistência ao usuário e sempre penso nele como parte de uma família inserida numa comunidade.</p>

Fonte: Própria pesquisa/2013

Em relação à primeira Ideia Central (IC), o DSC do quadro 2 indica que os enfermeiros das UBS, participantes da pesquisa, avaliaram em sua maioria, prestar uma assistência qualificada aos seus usuários. No setor saúde, a qualidade é definida como um conjunto de artifícios que inclui o uso eficiente de recursos, um nível de excelência profissional, um alto grau de satisfação por parte dos clientes com o mínimo de risco ao usuário (TRONCHIN; MELLEIRO; MOTA, 2006).

Desta maneira, constata-se que o sistema de saúde brasileiro, vem sofrendo mudanças no padrão de comportamento da sociedade e na prestação de serviços, o

cidadão passou a ser mais consciente dos seus direitos e exigente na qualidade da assistência profissional, o que tende a uma evolução das profissões.

Tendo em vista que é o enfermeiro o profissional da ESF que coordena e gerencia todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente, suas especificidades, suas necessidades, o que constitui a principal razão da assistência de enfermagem, a qual deve, portanto, ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação de quem a recebe.

Florence Nightingale, precursora da enfermagem, revelou sua preocupação com a melhoria da qualidade no cuidado dispensado aos soldados feridos na Guerra da Criméia, além de deixar clara a importância da qualidade do ambiente no qual se desenvolvia o cuidado (MALIK, 2004).

Nonino (2006) acrescenta que o enfermeiro, como sujeito controlador e executor, deve adotar o gerenciamento da qualidade dos serviços de saúde prestada à população, visando à garantia da qualidade na assistência e, assim também, atender às expectativas dos indivíduos, mas, para isso depende-se da competência técnica e da habilidade de comunicação e interação da equipe com o usuário.

Para Paschoal (2004) a melhoria da assistência exige que os profissionais das equipes de enfermagem sejam motivados a buscar situações de ensino-aprendizagem, para que haja uma promoção do aperfeiçoamento da equipe diante da evolução científica e tecnológica, elevando a competência e a valorização profissional.

No discurso acima, ficou evidente que alguns fatores interferem na qualidade da assistência no que se refere aos recursos materiais. Sabe-se que estes dependem de previsão de uso, para posterior provisão, e que, em se tratando de UBS, que dependem dos recursos governamentais, estes nem sempre são disponíveis, todavia, se fossem seria uma influência positiva em todo o processo de trabalho, estimulando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

QUADRO 3

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
SIGNIFICADO DA MORTE	Passagem da vida terrena para espiritual, uma nova vida, seja boa ou ruim, um momento de perda para os familiares. Não tenho palavras. É uma perda inaceitável. [...] descanso eterno ao corpo e a alma. [...] passagem dessa vida para a eternidade. É difícil de ser definida, um momento triste, que pode depender também das condições em que a pessoa que se foi se encontra, se ela sofria, foi um descanso, um alívio para si e para a família. A morte é o recomeço. Um momento de tristeza onde mesmo sabendo que houve toda assistência o momento final chegou, uma hora de reflexão para família sobre o a importância do ente querido que se foi. O rompimento de um laço, nunca mais ver, ouvir e sentir a pessoa amada.

Fonte: Própria pesquisa/2013

O quadro 3 mostra várias definições sobre a morte para os enfermeiros. Assim, o significado de morte que apareceu em todos os discursos dos entrevistados, foram subjetivos e embora tenham reconhecido que a mesma faz parte da existência humana, o aspecto espiritual teve grande relevância, pôde-se notar que não houve distinção entre o processo de morte do ponto de vista pessoal e profissional e alguns dos depoimentos expressaram o sentimento de negação. Para a maioria das pessoas, a morte, tanto do ponto de vista pessoal como profissional, desencadeia sentimentos que são expressos com reflexões, olhares perdidos, pausa nas falas e batuque dos dedos na mesa.

Silva (2006) afirma que o profissional da saúde, interpreta a morte como a negação do seu trabalho uma vez que ela é algo desafiador para quem recebe treinamento para salvar vidas. Apoiando o autor acima, esses comportamentos são justificados pelo fato das instituições acadêmicas serem conservadoras, com a negação da morte e não preparação dos profissionais da saúde para lidarem com a mesma, deixando dessa forma, uma lacuna no preparo profissional (LIMA; BUYS, 2008).

QUADRO 4

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
LUTO	O luto é o momento de tristeza profunda entre a família onde uns tem mais facilidade de aceitar e outros não, chegando até a adoecer, ter depressão. Quando amamos o luto é para sempre. É algo eterno, pois o que se perde jamais voltará. O luto é um processo que envolve diversas etapas entre negação e sofrimento pela perda do ente querido, é uma etapa onde podem surgir transtornos de diversas ordens. Um sentimento de respeito. Momento onde se deve procurar pensar nas lembranças boas, se ocupar para não ficar só pensando. O luto é a tristeza. A dor dos parentes. Sentimento de perda.

Fonte: Própria pesquisa/2013

Na Ideia Central do quadro 4, os discursos revelam a representação do luto para os participantes. A morte é o maior dos mistérios existentes, é uma experiência que afeta a todos os envolvidos na situação de perda de um indivíduo. É neste contexto, onde cada um representa um ser singular que reage de forma individual frente à morte que implica na forma também particular de compreender o processo de luto.

Bowlby (2002) refere-se ao luto como um estado de sentimento e de comportamento que se produz em alguém como consequência da perda de uma pessoa amada, associando-se a sintomas físicos e emocionais. A perda é sempre muito traumática psicologicamente, por ser algo doloroso e quem sofre precisa de tempo para absorver a ideia e, portanto, voltar ao equilíbrio normal.

Experimentam-se na vida, vários momentos de perda. Esta é a condição pertencente à vida. Mesmo assim é dolorosa e o processo de luto é difícil e lento por ser doloroso para quem se desvincula.

Bromberg (2000) considera o luto como a perda propriamente dita, portanto uma lesão do eu. Constatou-se, no entanto, que o indivíduo que não consegue elaborar o luto sente-se incapaz de refazer sua vida, resultando em uma vida empobrecida emocionalmente. Quanto à dor, ela não é, portanto, uma dor física de perda, mas a dor da ausência da presença da pessoa amada.

QUADRO 5

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>ASSISTÊNCIA A FAMÍLIA ENLUTADA</p>	<p>Não, simplesmente não é de rotina. Estou aqui há pouco tempo, ainda estou conhecendo o funcionamento, a comunidade, mas fiquei sabendo de um óbito, inclusive era meu paciente na clínica médica do Regional, mas a única assistência dado foi à visita do ACS. Sim e se já era um paciente acamado eu também dava assistência a ele também, em questão de curativos. Faço a parte de solidariedade, já fiz a parte prática de preparo do corpo, mas encontro dificuldades em relação à resistência a perca. Procuro visitar levando uma palavra de apoio e gostaria de contar com a ajuda de um psicólogo nessas visitas para um apoio mais específico, confortar, dar assistência de acordo com a necessidade de cada um, procuro saber se precisa de alguma coisa, embora exista dificuldade em prestar essa assistência por causa da sobrecarga do serviço. Sim, encaminhamento ao psicólogo quando necessário, realizamos visita domiciliar com o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Não, até porque foge da ESF além do meu emocional dificultar e a sobrecarga das outras atividades. Presto sim. Aos acamados inicialmente, depois a família enlutada com caixão, flores, coroa de rosas. Sim, no momento da morte também, pois já cheguei nas residências por duas vezes em que, uma: o ente querido já havia falecido e eu que tive que dar a notícia e em outra: onde o ente estava nos últimos momentos e costume ir depois da morte também, prefiro mais do que no momento do óbito. Na hora presto orientações, aferição de P.A da família, conversas, mas confesso que sinto dificuldades pessoais. Sim, depois sempre vou e presto solidariedade, vejo se a família precisa de ajuda, se existe criança envolvida e tomo as providências cabíveis.</p>

Fonte: Própria pesquisa/2013

Na intenção de conhecer se existe uma assistência de enfermagem por parte dos enfermeiros da UBS aos familiares enlutados, percebeu-se que a maioria dos profissionais desenvolve a principal característica da enfermagem que é o cuidado de forma humanizada, tentando suavizar a dor e tendo em vista que esses cidadãos merecem uma boa assistência embora alguns ainda não conheçam bem o programa no qual trabalham.

Nesse sentido Malik (2004) mostra as ideias que fundamentam a Estratégia Saúde da Família (ESF) na busca pelo desejo de incorporar um novo olhar, um novo pensar e um novo fazer, no qual o foco passe a ser família e não o indivíduo; a saúde e não a doença; a equipe e não o médico; o multi-profissionalismo.

Nessa perspectiva, Rosa e Labate (2005) deixam claros que os pressupostos mais importantes da ESF para uma assistência de qualidade é a promoção e o trabalho em equipe, o que requer bom entendimento, estabelecimento de respeito profissional entre todos os membros e a percepção de que nenhuma profissão é subalterna a outra.

Para tanto, levando em consideração que a morte embora integrante do processo de desenvolvimento humano seja dolorida, o apoio da enfermagem à família que perde um ente querido é muito importante uma vez que ela é quem está mais próxima da pessoa que morreu e é a enfermagem a mais próxima da família. A definição de família tem evoluído ao longo dos tempos, de acordo com as novas percepções e estruturas familiares logo, se considera aqui como família os indivíduos que dependem um do outro em questão de apoio emocional e financeiro.

É conveniente ressaltar que para Machado e Leite (2006), nas situações de perda as primeiras reações são a depressão, choro, desespero, desânimo e raiva. Desta forma, os profissionais de enfermagem podem fornecer apoio emocional e social, proporcionando um momento de conversa em que se esses profissionais forem preparados para o momento da morte, há menor probabilidade de que a família enlutada entre em pânico (SMELTZER; BARE, 2005).

Kovács et al. (2008) apoiando o autor acima, descrevem que a equipe de enfermagem pode ajudar a família tratando a morte como algo que faz parte da vida ou seja, natural, com uma atitude de tranquilidade, o que influencia na compreensão da morte e torna o acontecimento menos doloroso para a família.

Por outro lado, considerando que os enfermeiros não são apenas profissionais, mas pessoas com sentimentos e vivências de perdas, estes podem diante da situação de

dor dos seus usuários da ESF despertarem suas angústias pessoais, pensarem em sua própria finitude e na de seus familiares, o que pode possibilitar uma maior empatia pela família enlutada e solidariedade com a dor.

Segundo Pereira, Thofehrn e Amestoy (2008) o tempo leva o profissional a desenvolver um comportamento mais humano e maduro, adquirido das experiências vividas.

QUADRO 6

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>USUÁRIOS EM BUSCA DE APOIO APÓS PERDA</p>	<p>Quando procura a enfermagem é para conversar mesmo, contar a história da morte ou doença. A população daqui é muito carente, vem na unidade muitas vezes só para conversar. Às vezes, quando há alguma ocorrência, procura o médico. Não, quando procuram a unidade é para encerrar o cadastro da pessoa na UBS. Nenhuma vez me procurou não. Nunca procuraram encaminhamento psicológico nem ajuda nenhuma. Muito difícil, procuram mais o ACS que é o elo mais importante e com quem tem mais contato. Quando procura a unidade é porque é uma família esclarecida em forma de conhecimento, se o ente morreu de meningite, tuberculose, procura a unidade para tratamento familiar. Procuram em casos extremos, quando alguém da família desenvolve depressão, alcoolismo. Só procuram quando é algo sério como quando envolve pessoas que não estão aceitando a morte, com sintomas como febre, pressão alta, sinais de depressão, criança envolvida aí me procura pra saber o que deve fazer, pegar encaminhamento, mas antes já tem conversado com o agente de saúde e ele pede para que me procure.</p>

Fonte: Própria pesquisa/2013

No discurso acima, ficou evidente a falta de compreensão da população quanto à política da ESF, na qual permanece uma visão do modelo de saúde de assistência médica curativa e individual, que passa pelo entendimento de saúde como ausência de doença.

É de suma importância a educação em saúde para que a população seja informada adequadamente sobre os direitos e deveres dos usuários, das atribuições da equipe, sobre os recursos existentes, quanto ao modelo de atenção tornando, assim, melhor o entendimento acerca do Programa Saúde da Família (COSTA; CARBONE, 2004).

Desse modo, quanto maior o nível de informação do usuário, maior o grau de satisfação em relação ao programa, aos profissionais e maior será a procura do mesmo à UBS.

Segundo Costa e Carbone (2004) o nível de informação está diretamente ligado, entre outros aspectos, principalmente a eficácia das informações em saúde e as estratégias da forma dessa comunicação no âmbito da ESF.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa propôs o levantamento das ações assistenciais dos enfermeiros frente às famílias enlutadas, procurando avaliar a visão do enfermeiro sobre a morte, o luto e como ele lida com essas famílias.

Assim, ao analisar os depoimentos dos enfermeiros, percebeu-se que a maioria deles tem dificuldade em falar sobre a morte, pois, embora saibam que a morte é algo inevitável, e que faz parte do ciclo natural de vida, eles preferem deixar o assunto de lado e quando realmente se deparam com a situação, se sentem despreparados.

Os resultados demonstraram ainda que não há na ESF nenhuma assistência específica para as famílias que perdem seus entes queridos, ficando apenas nos encaminhamentos, quando há algum caso de depressão reativa entre os familiares, e quando estes vão até a ESF solicitar ajuda. O que evidencia um despreparo da maioria dos enfermeiros em lidar com a morte, por isso a urgência de que haja programas e projetos nas instituições formadoras com essa temática, para que os futuros enfermeiros desenvolvam uma visão crítico-reflexiva sobre o processo de morte e morrer a fim de que estes futuros profissionais sejam capazes de lidar com a morte, e que possam ajudar às famílias enlutadas.

Sendo assim, é necessário que os acadêmicos de enfermagem, se preparem desde cedo, para lidar com a morte, mesmo que isso seja algo difícil e complicado, mas se assim for feito, os enfermeiros e outros profissionais de saúde seriam preparados para lidar com a morte e com certeza saberiam dar o apoio que a família necessita neste momento ou pelo menos ofereceriam confiança, segurança, conforto, carinho e principalmente o respeito e a humanização.

Contudo, mediante todos os fatos apresentados, o presente estudo foi de muita importância para aprimorar os conhecimentos, contribuindo assim para uma melhor formação acadêmica. Portanto, ao concluir este estudo é possível afirmar que os objetivos estabelecidos foram alcançados, sugerindo-se, entretanto, o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática. De forma que possibilite um melhor preparo dos alunos de enfermagem e um trabalho de educação em saúde com os enfermeiros das equipes de saúde da família, através de ações de educação permanente ou continuada; espaços de discussão coletiva e de suporte psicológico para que estes possam dar um melhor suporte as famílias no enfrentamento da morte de seus entes queridos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S. C. 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. **Rev. Fam. Saúde Desenv.**, v.7, n.2, p.171, 2005.

ARIÈS, P. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BELLUSCI, D. G. P. **Programa Saúde da Família II**: Manual para o dia a dia das equipes de saúde da família. 2º Ed. São Paulo: Lawbook, 2010.

BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. Florianópolis: **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.1, p. 89-96, 2006.

BOFF, L. **Saber Cuidar**: Ética do humano: compaixão pela terra. 8ed. São Paulo: Vozes, 2002.

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino Enfermagem**, v.13, n.1, p.99-104, 2005.

BOWLBY, J. **Apego: A Natureza do Vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanizausus**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília; 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006 (BR). **Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da família (PSF) e o Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.

_____, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRETAS, J. R. S.; OLIVEIRA, J. R.; YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. São Paulo: **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.4, 2006.

BROMBERG, M. H. P. F. **Psicoterapia em situações de perdas e luto**. São Paulo: Livro Pleno, 2000.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic. Saúde, Educ**, v.9, p.161-77, 2005.

COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rúbio; 2004.

CASSORLA, R. M. S. (coord). **Da morte: estudos brasileiros**. São Paulo: Papyrus, 1991.

ESSLINGER, I. **De quem é a vida afinal?** Descortinando os cenários da morte no hospital. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2004.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo. Atlas, 2002.

GOMES, L. O amor e a finitude da vida. In: LAHUD, A. M. **Terceira idade: ideologia, cultura, amor e morte**. Brasília: Universidade de Brasília, 2004.

HORTA, A. L. Processo de Morte e Morrer no paciente, na família e nos profissionais de Enfermagem. **Rev. Nursing**, v.7, n.1, p. 15-17, 2002.

KOVÁCS, M.J et al. **Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre morte e morrer**. 8ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C. **Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília; LiberLivro, 2005.

LIMA, V. R.; BUYS, R. Educação Para a Morte na Formação de Profissionais de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 3, 2008.

LOUZZETTE, F.; GATTI, A. Luto na infância e suas consequências no desenvolvimento psicológico. **Revista eletrônica**, n.1, pag. 77-79, 2007.

MACEDO, J.; KÜBLER-ROSS, E. **A necessidade de uma educação para a morte**. Universidade do Ninho: Instituto de Educação e Psicologia, 2004.

MALIK, A. M. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 161-63, 2004.

MAZORRA, L.; FRANCO, M. H. P. Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. Campinas: **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, 2007.

MACHADO, W. C. A; LEITE, J. L. **Eros e Thanatos: a morte sob a óptica da enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.

MENDES, É. A morte e o luto a partir do mito da medusa e o trabalho com crianças portadoras de doenças terminais. Belo Horizonte: **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, v. 4, n. 8, 2009.

MELO, M. S. N. **A prática docente e a educação para a morte**. 2007. Disponível em: <<http://www.redenacionaldetanatologia.psc.br>>. Acesso em 13 de abr. 2012.

MOREIRA, A. C.; LISBOA, M. T. L. A morte – Entre o público e o privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v.14, n.3, p.447-545, 2006.

NASCIMENTO, S. M.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.335-3345, 2005.

NOGUEIRA, A. C. C.; OLIVEIRA, L. M.; PIMENTEL, V. O Profissional da saúde e a finitude humana. **Revista Virtual Texto e Contexto**. n.6, ano V, 2006.

NONINO, E. A. P. M. **Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem – banho e curativo – segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OLIVEIRA, W. I. A.; AMORIM, R. C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Rev. Gaucha Enferm.**, v. 29, n. 2, p.191, 2008.

PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PEREIRA, L. A.; THOFEHRN, M. B.; AMESTOY, S. C. A vivência de enfermeiras na iminência da própria morte. **Rev. Gaúcha Enferm.**, p. 536-542, 2008.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. O Mestrado Profissionalizante como Modelo Preferencial para Capacitação em Saúde da Família. **Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.18, p.621, 2005.

SCHIMIDT, M. D; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, 2004.

SILVA, M. J. P. **O Amor é o Caminho (maneiras de cuidar)**. 4ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

SIMON, R. **Introdução à psicanálise: Melanie Klein**. São Paulo: EPU, 1986.

SMELTZER, S.; BARE, B. G. Brunner e Suddart. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, D. M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos paciente oncológicos. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n.18, p.41, 2009.

SULZBACHER, M. et al. O enfermeiro em unidade de tratamento intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. Porto Alegre: **Scientia Medica**, v.19, n.1, p.11-16, 2009.

VIORST, J. **Perdas Necessárias**. São Paulo: Melhoramentos, 2002.

WEIZMAN E KAMM, 1987, cit por SILVA, M. **Processo de luto e educação**. Universidade do Ninho, Instituto de educação e psicologia. Braga, Portugal, 2004.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.6, 2005.

TRONCHIN, D. M. R; MELLEIRO, M. M; MOTA, N. V. P. Indicadores de qualidade de enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do “Programa de Qualidade Hospitalar”. São Paulo: **O mundo da saúde**, v. 30, n. 2, p. 300-305, 2006.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A:
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

SEXO: _____

IDADE: _____

NÍVEL DE ESCOLARIDADE: _____

ANOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: _____

DADOS SUBJETIVOS

- 1 - Descreva como se deu a sua entrada nesse serviço.
- 2- Você em algum momento foi capacitado para trabalhar nesse serviço?
- 3- Como você avalia a qualidade da assistência que presta aos usuários?
- 4- Para você, o que significa a morte? E o que representa o luto?
- 5- Quando você fica sabendo dos óbitos na sua comunidade, presta algum tipo de assistência à família enlutada, quais?
- 6- Os usuários procuram a ESF em busca de apoio após perda de algum ente querido?

ANEXO (S)

ANEXO A:
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

**PESQUISA – UMA ANÁLISE DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS DE ENFERMEIROS
COM PESSOAS ENLUTADAS**

Eu, Aissa Romina do Nascimento, socióloga, docente da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, portadora do RG: 1839967 SSP/PB e CPF: 023.643.454-30, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre Ética em Pesquisa que Envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

ORIENTADOR

ORIENTANDO

Cajazeiras, ____ de ____ de 2013.

ANEXO B:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Universidade Federal de Campina Grande
HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro
Rua. Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**ESTUDO – UMA ANÁLISE DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS DE ENFERMEIROS
COM PESSOAS ENLUTADAS**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. Que tem como objetivo geral: Analisar as ações assistenciais de enfermeiros com crianças que perderam um dos seus genitores; e como objetivos específicos: Conhecer as concepções dos enfermeiros acerca da morte; Verificar as percepções e sentimentos dos enfermeiros em relação ao luto infantil por perda de um dos genitores; Identificar as ações assistenciais dos enfermeiros com crianças que vivenciaram situação de perda de um dos genitores. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, (inserir o nome, profissão, residente e domiciliado na), portador da Cédula de identidade, RG , e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em ____ / ____ /____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **Uma análise das ações**

assistenciais de enfermeiros com pessoas enlutadas. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

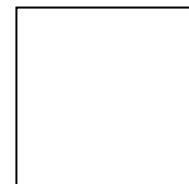
Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa analisar as ações assistenciais de enfermeiros com crianças que perderam um dos seus genitores;
- II) A coleta dos dados será realizada através de um roteiro de entrevista semi-estruturada;
- III) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VI) Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
 - () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
 - () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- VIII) Estou ciente quanto aos riscos e benefícios do estudo. Riscos: este estudo apresenta risco de identificação do participante, nesse sentido na elaboração do estudo serão utilizadas codificações, para preservar o anonimato do participante. Benefícios: Essa pesquisa pode contribuir com profissionais e estudantes da área da saúde, no sentido de proporcionar reflexões acerca do processo morte-morrer para uma preparação pessoal e assim prestar uma assistência humanizada as crianças em processo de readaptação, o luto.
- IX) No caso de alguma dúvida entrar em contato com a pesquisadora Prof. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento, residente na Rua Manoel Camelo de Lacerda, Castelo Branco, João Pessoa – PB ou com a colaboradora Synara

Jéssica Gomes Quirino, residente na Rua José Guedes Rolim s/n, Remédios, Cajazeiras- PB, telefone: (83)8888.7985.

X) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, Rua. Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB, telefone: (83) 2101-5545.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013



Assinatura Dactiloscópica

.....
Assinatura do Participante

Testemunha 1 : _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

Profª. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento

Telefone para contato: (83) 99850271

Rua Manoel Camelo de Lacerda, Castelo Branco, João Pessoa – PB

Colaborador

Synara Jéssica Gomes Quirino

Telefone para contato: (83)8888.7985

Rua José Guedes Rolim s/n, Remédios, Cajazeiras – PB

ANEXO C:
SITUAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NA PLATAFORMA BRASIL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LUTO NA INFÂNCIA: ANÁLISE DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS DE
Pesquisador: ENFERMEIROS COM CRIANÇAS QUE PERDERAM UM DOS SEUS
Versão: AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO
CAAE: 1
14022913.3.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (Centro de
Formação de Professores)

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 026441/2013
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

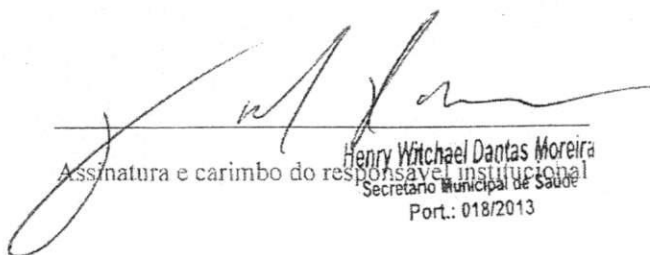
**ANEXO D:
AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNES: 6403700
RUA: ARSÊNIO ROLIM ARARUNA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "LUTO NA INFÂNCIA: ANÁLISE DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS DE ENFERMEIROS COM CRIANÇAS QUE PERDERAM UM DOS SEUS GENITORES" desenvolvida pela aluna Synara Jéssica Gomes Quirino do Curso Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora AISSA ROMINA DO NASCIMENTO.

Cajazeiras, 28 de Febrero, 2013.


Assinatura e carimbo do responsável institucional
Henry Witchael Dantas Moreira
Secretário Municipal de Saúde
Port.: 018/2013

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA