



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Celina Laura Silva Oliveira

O PROCESSO DE MORTE E O MORRER: COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS

Cuité-PB

2013

Celina Laura Silva Oliveira

O PROCESSO DE MORTE E O MORRER: COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Msc. Glenda Agra

Cuité/PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

O48p Oliveira, Celina Laura Silva.

O processo de morte e o morrer: compreensão de enfermeiros. /
Celina Laura Silva Oliveira – Cuité: CES, 2013.

77 fl.

**Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) –
Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.**

Orientadora: Glenda Agra.

1. Cuidado de enfermagem. 2. Morte. 3. Enfermeiros – morte -
conhecimento. I. Título.

083.98

CDU 616-

Celina Laura Silva Oliveira

O PROCESSO DE MORTE E O MORRER: COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna **Celina Laura Silva Oliveira** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Glenda Agra

Curso de Bacharelado em Enfermagem – CES/UAS/UFCCG

Orientadora

Prof^a Msc. Lidiane Lima de Andrade

Membro interno – CES/UAS/UFCCG

Prof^a Dra. Izayana Pereira Feitosa

Membro interno – CES/UAS/UFCCG

De um modo muito especial dedico inicialmente ao meu Criador. Ao meu Deus, que tem por mim o Primeiro Amor. Que é a minha fortaleza, o meu amparo e o meu refúgio nos momentos de aflição. Ao meu Mestre, meu guia, que interferiu em todos os processos pelos quais passei com dificuldades, para garantir a minha vitória. Ao meu Amor, o meu Deus de Israel, que faz as minhas amarguras terem o sabor de mel. Ao meu Senhor, que sonda o meu coração, me livra dos males e me fortalece para viver cada novo amanhecer. Ao meu Tesouro, meu inspirador, meu advogado, minha jóia rara, meu companheiro, o meu Jesus de Nazaré.

Aos meus pais, Jucélio Rufino e Robélia, por todo o amor, proteção, cuidado e disciplina, com os quais direcionaram a minha vida. Eles são a minha referência, o meu orgulho. Eles são a melhor escolha que Deus fez para mim.

A minha tia Vera Lúcia Salustino e Alves por me dedicar um amor incondicional. Por ser a minha Santa Rosa Mística. A minha Outra Mãe. A minha segurança de que sempre terei alguém com quem contar.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me amado mesmo antes que eu estivesse no ventre da minha mãe. Por Ele ter escolhido de um modo tão especial os meus pais, para serem os meus guias. Por ter me criado para o bem e para servir. Ao Meu Deus: o meu louvor, o meu amor e a minha fidelidade.

A minha **Família**, que é o meu maior patrimônio.

Ao meu pai **Jucélio Rufino**, por ser um homem reto, honesto e verdadeiro. O meu herói. O meu maior professor. A minha fonte de equilíbrio. O meu motivo de sempre voltar para casa.

A minha mãe, **Robélia**, por ser o esteio do nosso lar. O perfume da minha história. A minha amiga, companheira, parceira, a minha professora. Por termos tanto uma da outra. Por nos comunicarmos apenas com um olhar. Por me amar sem reservas, desde a minha infância. E este amor transborda minha alma até hoje. Por ela não ter desistido da nossa família no ano de 1990, voltando de um processo de coma profundo. A Sra. Minha Mãe: o meu eterno respeito.

Aos meus irmãos, **João Paulo e Josélio Filho**, por colorirem comigo a história da nossa família. Por estarem sempre ao meu lado, me amando, me protegendo e me apoiando. Eu os amarei até a eternidade.

Aos meus avós **João Rufino e Celina** (*in memoriam*), pois eles começaram a minha história. Ao meu avô por ter sido um homem além do seu tempo. Um homem bom, íntegro, de pulso firme, em quem se podia confiar. O Pai da Pobreza, como assim o chamavam. O meu maior Exemplo de vida. Em homenagem ao qual, darei seu nome, ao meu primeiro filho. Terei a honra de encontrá-lo nos pomares celestiais, um dia.

A minha cunhada **Neuza**, pela sua alma linda. Por ser uma mulher que veio honrar a nossa família. Aos meus sobrinhos, os meus Príncipes, **Joãozinho e Nicolas Rufino**. Eles mudaram a minha capacidade de amar.

A minha tia **Vera Lúcia**, pela sua decisão de estender os seus limites de amar. Por nos ajudar a sobreviver. Por me financiar. Por me eleger como Sua Filha. Ao meu tio **Silvério Alves**, por me aceitar e por ser uma réplica do meu pai. Em amor, honestidade, retidão e sabedoria. Ao meu primo **Silvério Filho**, por honrar os seus pais e pela sua capacidade de ir além.

A minha Mestre, **Glenda Agra**, por me fazer aprender que pessoas que consideramos admiráveis, em momentos de adversidades, ou quando sentem que o seu conceito de reputação esta sendo ameaçado, são capazes de se portar como covardes. Tornam-se irreconhecíveis. Você **Glenda**, me ensinou que os limites entre a admiração e a

decepção são mais próximos do que eu imaginava. Que nem todas as pessoas, com as quais convivemos, são confiáveis para nos guiar por vales onde existam lobos, pois elas em algum momento podem recuar e nos deixar na arena solitários. Confirmou-me que passamos anos construindo concepções, que por vezes, em 34 minutos, podem ser destruídas. E ainda [...], me fez descobrir que não há dessabor maior, que não podermos retroceder e escolhermos outros caminhos, outras pessoas. Você me ensinou muito. Obrigada.

A minha tia **Márcia**, por ter me amado como uma filha. Dando-me a oportunidade de mudar a minha vida e da minha família. Financiando os meus estudos e custeando minhas despesas durante muitos anos, no tempo em que eu mais necessitava de apoio. Minha amiga, minha confidente, minha irmã. Eu sempre te amarei. A **Petrick Kelley** e **Laura Elizabeth**, eu amo vocês. Obrigada!

Aos meus avós maternos, por existirem. A minha avó **Binha**, por me ensinar a cada dia, que quanto mais amor doarmos, mais teremos para dar. Por ela, serei sempre protegida por Deus e pela Virgem Maria. Pois sempre que lhe peço a sua bênção, com a sua santa simplicidade, ela responde: “*A Lui Divina Que Te Alumine, A Lui Divina Que Te Alumine, A Lui Divina Que Te Alumine!*” E eu sei que realmente me torno mais iluminada. A ela, o meu amor.

Aos casais que me acolheram em suas residências para estudar, e as suas famílias. **Tio Edvaldo e Tia Núbia; Tio Edmilson e Tia Socorro; Tio Juscelino e Tia Wal; Tio Nego Rufino e Tia Marta; Tia Ana e Maurício**. Eles foram decisivos na trajetória do meu sucesso. A **Tia Marical e Clóvis**.

A **Agamenon**, por ter me dado muito trabalho durante a minha formação acadêmica, me transformando em uma mulher forte e com sinônimo de resiliência. Ensinando-me que não basta amar bastante. E que cada um tem o seu modo de amar. Mesmo que não seja da forma como desejamos.

Aos meus tios e tias e suas famílias, porque os amo e me sinto amada por eles, dos quais cito: **Alexssandro, Márcio** (*in memoriam*), **Jairinho, Beta e Jasson**.

Aos meus primos, que fazem comigo um lindo conto que se chama Família. Dos quais, **Angélica, Gabi, Pedro, Josenildo, Samanda, Tota, Naiara, Laninha e Silverinho**, estando próximos ou distantes, estão sempre presente, no meu coração.

Aos meus amigos que são a melhor escolha que fiz na vida. **Cely, Felipe, Josileide, Suzy, Alisson, Heliene Amaral e Bruna**.

Aos meus Instrutores da Alma e Professores da Fé, **Pe. Severino Firmino, Bila de Paulo Timóteo, Irmã Dolores** (*in memoriam*) e **Irmã Ilza**. Eles me apresentaram à direção

espiritual e mudaram a minha vida e da minha família. Com eles aprendi a “Sobreviver Pela Minha Fé”.

As “mulheres mães”, que me acolheram em suas residências durante a minha vida estudantil, dando-me suporte e proteção: **Ivone, Salete e Antonieta**.

Aos meus tios, **Roque e Geane**, porque nos amamos. A ela, por ter a luz da fortaleza da mulher. Guiando sua família para o bem.

Aos meus padrinhos, **Nego Paulo e Conceição**, por fazerem parte da minha vida. A ela, por ter sido um grande suporte para mim, quando eu ainda não conseguia me auto-defender.

Aos meus padrinhos, **Adalto e Leonice**, pelos vários empréstimos concedidos e por serem bons vizinhos, parte da vida.

Aos meus professores, desde os mais antigos, aos mais recentes. Os da catequese e os da crisma. Os da escola e os da academia. Cada um implantou em mim, um pouco de conhecimento que tem sido a garantia da minha realização. Lembro de: **Tia Fátima Borges, Tia Nanã, Tia Djanira, Madrinha Sheila, Branca de Robertão, José Nailson, José Melo de Carvalho, Lucas Pereira da Silva, Gilvânia e Gigliola**. Por serem tão bons no que fazem, plantaram em mim um forte desejo de um dia também poder ensinar e continuar a aprender.

Aos colaboradores das instituições nas quais estudei. Porque ficar na coxa é tão importante quanto estar no palco. Recordo de: **Paula de Calçamento, Negona, Nita, Simeão (in memoriam), Dilma, Alberto Ribeiro, Vital, Lídia e Zezinho**, o nosso eterno Coordenador do Curso de Enfermagem do CES-UFCG.

As minhas clientes, que foram as grandes financiadoras da minha formação. Entre elas: **Rayzza, Vitória de Mano, Nena, Edna, Vandréia, Jussara, Dona Maria Salete e suas Filhas, Joélka e Fabiana Pires**. Mais que clientes, amigas. A **Vera**, minha parceira de trabalhos e sua família, que me acolhem com tanto carinho em sua residência.

As minhas ajudantes, cada uma em seu tempo, foram o meu suporte e a minha força para concluir os trabalhos exaustivos, durante muitas madrugadas. **Bolinha, Rana, Joise, Lucivânia e Gabriela**. De um modo especial, Gabriela, tem sido paciente e companheira neste período de final de curso, quando as minhas emoções estão muito afloradas.

As minhas eternas amigas, **Dona Loló, Lucinha e Baica**. Para elas as minhas emoções, o meu amor e a minha gratidão. A minha Grande Amiga Lucinha, o desejo de permanecermos unidas até a nossa eternidade, nos pomares celestiais. Onde eu creio que não haverá dor, nem choro, nem tristeza. Lá seremos felizes.

Aos colegas de trabalho do Hospital Municipal de Cuité, no ano de 2009, que ao dividir comigo as suas experiências, me ensinaram a amar o ato cuidar e repulsar o mau uso das hierarquias. Lembro de: **Dr. Júlio César, Dr. Balduino, Dr. Antonio Gondim, Hamilton, Tia Cleane, Cleonaldo, Danilo e Vitoria.**

Aos meus companheiros de Alcoólicos Anônimos, que me ensinaram com os seus relatos de experiências. Com eles aprendi a exercitar os “Evites” na minha trajetória.

As enfermeiras que supervisionaram os estágios referentes à conclusão da graduação. Os seus conhecimentos, suas experiências e a suas expressões de “Boa Vontade”, foram decisivos para a qualidade de assistência que irei oferecer aos pacientes com os quais contactarei. **Vitória, Karol, Samara, Wilma, Lígia e Thaizy.** E de um modo particular agradeço carinhosamente a Professora Enf. **Kalina Celly,** por ter tido a admirável e fraternal atitude de nos acompanhar em estágio. Provando que não devemos deixar de acreditar nas pessoas.

As professoras membros da Banca Examinadora do presente trabalho, **Msc. Lidiane Andrade e Dra. Izayana Feitosa,** por terem me ensinado que fazer uma Monografia, significa muito mais que fazer meros agradecimentos. Um dia, haveremos de tomar um delicioso “café da tarde”, juntas. Muito obrigada.

Aos enfermeiros participantes da pesquisa, porque foram a minha fonte de inspiração para desenvolver o trabalho.

Aos meus amigos de aula, **César Augusto, Monise e Sabrina.** Da turma pioneira de Enfermagem-CES. Os levarei para sempre comigo. Aos meus amigos fieis, aos quais desejo tudo de bom, que igualmente peço ao Senhor para mim. **Aparecida Myria, Gésska Costa, Tobias Lemos, Jadiel Santos, Fagner Samuel, Aline Souto, Ana Cléia e Edjankley Teixeira.** Terei um imenso prazer em contar aos meus filhos as nossas histórias de derramamentos e amor. E desejo que possamos nos confraternizar sempre que possível, pois as distâncias não conseguirão afastar as nossas almas.

Aos meus tios **Alcilene Tertuliano e Anderson,** por me amarem e por me deixarem segura de que poderei sempre contar com eles. Obrigada, eu amo vocês, mesmo à distância.

Finalmente, agradeço a todas as pessoas que pela minha vida passaram e contribuíram para o meu processo de formação cidadã e profissional. Agradeço aos amigos da minha família e as pessoas que nos auxiliam nas atividades domésticas e rurais. Eles tornam as nossas vidas mais fáceis. **A Cidi e Pina.** Aos visitantes da minha residência que me ensinam que amor remete doação, e que doação trás restauração. A todos o meu carinho e o meu amor.

*Quando acabamos de fazer tudo o que viemos
fazer aqui na Terra, podemos sair de nosso
corpo, que aprisiona nossa alma como um
casulo aprisiona a futura borboleta. E na hora
certa, podemos deixá-lo para trás, e não
sentimos mais dor, nem medo, nem
preocupações – estamos livres como uma linda
borboleta voltando para casa, para
Deus...*

Autor desconhecido.

RESUMO

A morte é a única certeza da humanidade. Sabemos que nascemos, crescemos, reproduzimos e depois ao envelhecer, morreremos. Porém, há casos em que os estágios se antecipam e a morte vinda precocemente nos causa muitos traumas. De um modo geral, reconhecemos que a impotência gerada pelo medo da morte, dificulta o nosso processo de aceitação da finitude. O objetivo deste estudo foi investigar a compreensão de enfermeiros sobre o processo de morte e o morrer. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa realizada no Hospital e Maternidade Municipal de Cuité, Paraíba, com 11 enfermeiros assistenciais do referido hospital. Ao serem convidados a participarem da pesquisa, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo. O sigilo, o anonimato e a desistência em qualquer momento da pesquisa foram garantidos mediante a apresentação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido no ato da entrevista. Os critérios utilizados obedeceram à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. Também foi solicitada permissão para gravar as entrevistas. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada durante o mês de junho de 2013 e foram analisados de acordo com a Análise do Conteúdo Temática. A análise das representações dos enfermeiros participantes da pesquisa resultou na construção das seguintes categorias temáticas: “Aprender a lidar com a morte”, “Cuidar da família”, “Oferecer conforto físico” e “Valorizar o cuidado humanizado”. Este estudo possibilitou observar que oferecer uma morte digna é um desafio, pois envolve o equilíbrio de múltiplas perspectivas e necessidades do paciente, da família e dos próprios profissionais. Os enfermeiros destacaram ainda o conflito existente entre o aspecto pessoal do profissional, sobre resistir ou aceitar a morte como algo natural. Configura-se então a necessidade de educação sobre a temática processo de morte e morrer. Nesse sentido, para que a discussão sobre a morte digna seja ampliada, é necessário que haja reformulação dos currículos dos profissionais de saúde nos quais, ainda hoje, percebe-se enfoque maior na área curativa em detrimento o cuidado durante o processo de morte e morrer. Os enfermeiros que compartilharam deste estudo identificaram características da morte digna do paciente e descreveram as intervenções que utilizam para promover uma morte digna, sobretudo o conforto e cuidado humanizado ao paciente e o cuidado à família. Diante destes resultados identificamos não só aspectos intrínsecos para a promoção da

morte digna, tais como: maturidade do profissional e significado que confere à morte, como também fatores extrínsecos, como autonomia e conforto.

Palavras-chaves: Morte. Conhecimento. Enfermeiros.

ABSTRACT

Death is the only certainty of humanity. We know we are born, grow, reproduce and then to grow old, die. However, there are cases where stages are anticipated and early death from causes us many traumas. In general, we recognize that impotence generated by fear of death, complicates the process of accepting our finitude. The aim of this study was to investigate the understanding of nurses about the process of death and dying. This is an exploratory, descriptive, qualitative approach performed at Hospital Municipal Cuité, Paraíba, with 11 nurses of the hospital. To be invited to participate in the study, the participants were informed about the purpose of the study. Secrecy, anonymity and withdrawal at any time of the survey were secured by filing a Statement of Consent, provided at time of interview. The criteria used complied with Resolution 466/12 of the National Health Council that guides research involving humans. He also asked permission to record the interviews. Data were collected through semi-structured interviews during the month of June 2013 were analyzed according to Thematic Content Analysis. The analysis of representations of nurses participating in the survey resulted in the construction of the following themes: " Learning to cope with death", "Taking care of the family" , Giving physical comfort " and " Valuing care " . This study allowed us to observe that offer a dignified death is a challenge because it involves balancing multiple perspectives and needs of the patient, the family and the professionals themselves. The nurses also highlighted the conflict between the personal aspect of the professional on resist or accept death as something natural. Sets up then the need for education on the subject of death and dying process. Accordingly, for the discussion of dignified death is enlarged, there needs to be recast curricula of health professionals in which, even today , we find greater focus in the area rather than curative care during the process of death and dying . Nurses who shared this study identified characteristics of dignified death of the patient and described the interventions they use to promote a dignified death, especially the comfort and humanized care to the patient and family care. These results identify not only intrinsic to promote dignified death, such as : professional maturity and gives meaning to death , as well as extrinsic factors , such as autonomy and comfort.

Keywords: Death. Knowledge. Nurses.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I	Distribuição de enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com a faixa etária.....	42
Gráfico II	Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com o gênero.....	43
Gráfico III	Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com a religião	44
Gráfico IV	Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com o tempo de formação.....	45
Gráfico V	Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com o tempo de serviço.....	46

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PB – Paraíba

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
	2.1 Aspectos gerais sobre o Processo de Morte e Morrer.....	24
	2.2 Aspectos relacionados à percepção de enfermeiros sobre o Processo de Morte e Morrer.....	27
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
	3.1 Tipo de Pesquisa.....	34
	3.2 Local da Pesquisa.....	35
	3.3 População e Amostra.....	35
	3.4 Instrumento para Coleta de Dados.....	36
	3.5 Considerações Éticas.....	36
	3.6 Coleta dos Dados.....	37
	3.7 Procedimentos operacionais para coleta de dados.....	38
	3.8 Análise dos Dados.....	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
	4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	42
	4.2 Apresentação e caracterização das categorias.....	47
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	71

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Instrumento para Coleta de Dados

ANEXOS

Termo de Autorização Institucional
Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

Fonte: Google imagens, 2013



INTRODUÇÃO

A morte é considerada como parte constitutiva da existência humana. É, sem dúvida, uma das poucas coisas de que temos certeza, e sua imprevisibilidade obriga o ser humano a conviver com a sua presença na memória desde o início ao estágio final do seu desenvolvimento (KÜBLER-ROSS, 2001).

Desde o nascimento, o ser humano prepara-se para nascer, crescer, multiplicar e morrer. Porém, o componente morrer é ofuscado a ponto de ser negado durante toda a existência humana, fato que aponta para o seu enfrentamento ineficaz (SANTOS; BUENO, 2011).

Apesar de a morte subsistir desde os primórdios da humanidade, em que a vida e a morte co-existem, o processo de morte e morrer tem sido motivo de aflição e angústia, já que mostra o quão suscetível e delicado é o estar vivo, ou seja, ser finito (OLIVEIRA; AMORIM, 2008).

O enfrentamento da morte é difícil e penoso para quem a vivencia, podendo ser mais ainda para quem a observa, porque a morte provoca rupturas profundas entre quem morreu e o outro que continua vivendo. Isso requer ajustamentos no modo de entender, de perceber e de viver no mundo (TAKAHASHI et al., 2008).

Ressalta-se, ainda, que as reações ao processo de perda englobam os aspectos físico, emocional, social ou espiritual, se processam de modo diferenciado entre as pessoas e dependem de várias situações que cercam a morte, tais como: tipo de relacionamento, doença prolongada ou não, a força e a fé (SADALA; SILVA, 2009).

A morte refere-se a classes que incluem as experiências que não se pode antecipar e nem imaginar em si mesmo. Embora a morte seja um processo natural, universal e inevitável, a pessoa não suporta imaginar sua própria morte e acaba projetando-a no outro, tendo em vista a impossibilidade de conceber o mundo sem a sua presença (PINHO; BARBOSA, 2008).

Principalmente no modelo biomédico tradicional, a concepção de morte é baseada em parâmetros biológicos, entretanto, ela não é apenas um evento biológico, mas envolve a dimensão social, significando que diferentes culturas, histórias e a sociedade manifestam suas emoções de acordo com o modo de enfrentar a vida, refletido, inclusive, no momento de morrer (SANTOS; BUENO, 2011).

Morin (1997) e Áries (2003) reafirmam que o conceito de morte é respectivo ao desenvolvimento social, cultural e histórico, mutável, influenciado pelo contexto situacional e reflete no comportamento individual e grupal diante da morte e do morrer.

Nessa perspectiva, os valores, crenças, vivências das pessoas influenciam a sua preparação para morrer ou para acentuar a dificuldade de enfrentamento da morte. Contudo, essa incapacidade do ser humano em lidar com a morte originária no seu eu e na relação de alteridade é avigorada muitas vezes, no âmbito da saúde, como sinônimo de fracasso profissional, diante da recuperação não alcançada, o que representa a negação da finitude humana (SANTOS; BUENO, 2011).

Além disso, em períodos passados, os profissionais de saúde eram estimulados a demonstrar imparcialidade e neutralidade na relação com o outro, com o intuito de se proteger quanto aos seus temores e preservar a autonomia do cuidado (OLIVEIRA; AMORIM, 2008).

Entretanto, esse distanciamento que previa a negação de seus sentimentos e a adoção de postura defensiva diante das situações de morte e morrer não conseguiram extirpar inúmeros sentimentos de pesar e reações humanas de comoção no cotidiano hospitalar durante a assistência ao doente que está morrendo e a sua família (OLIVEIRA; AMORIM, 2008).

Atualmente, valoriza-se o cuidado sensível, a humanização do relacionamento interpessoal, entre profissional e paciente, com vistas a tornar menos difícil a morte no hospital. O profissional da saúde, finito como todo e qualquer humano, também encara profundos dilemas existenciais quanto ao enfrentamento da morte em seu cotidiano (SANTOS; BUENO, 2011).

Abordar o tema morte é um desafio, tendo vista o tabu que este termo carrega. Especialmente na área da saúde, onde todas as ações são voltadas para o viver, a morte traz consigo o estigma de fracasso, de impotência, onde os atos realizados para manutenção da vida foram ineficazes (KOVÁCS, 2004). Entretanto, considero de extrema relevância que esta temática seja abordada, tendo em vista que a morte é companheira constante daqueles que trabalham com a assistência em saúde; seja na área hospitalar ou domiciliar.

As razões para a busca sobre o desenvolvimento das compreensões da morte são cogentes, tendo em vista que a definição de morte é um dos princípios organizadores mais

importantes da vida, com impacto significativo na formação da personalidade e no desenvolvimento cognitivo (KÓVACS, 2004).

De acordo com Kovács (2004), é nas atitudes e crenças diante da morte que o homem revela o que a vida tem de mais fundamental. A sociedade funciona apesar da morte, contra ela, mas só existe, enquanto organizada pela morte, com a morte e na morte.

Estudos realizados com enfermeiros apontam evidências de conflitos entre valores pessoais e profissionais no que se refere à morte (SADALA; SILVA, 2009). Tais dificuldades e/ou conflitos se devem à sobrecarga de trabalho e excesso do número de pacientes hospitalizados, que também, constituem fatores para a diminuição do contato entre o paciente terminal e a equipe multiprofissional.

O despreparo profissional e psicológico são elementos que constituem grandes dificuldades na assistência da equipe multiprofissional para com o paciente terminal. Muitas vezes, a prestação de cuidados paliativos desmotiva a equipe multiprofissional em interagir e a se relacionar com o paciente terminal (TAKAHASHI et al., 2008).

Acredita-se, também, que o rigor profissional, a desconsideração dos aspectos biopsicossociais do paciente terminal, o acúmulo de horas, o desinteresse na área, a falta de humanidade e principalmente, de bom senso, determinarão um ambiente de trabalho extremamente ríspido e permeado de rotinas onde o paciente significa uma peça a mais na estrutura institucional (OLIVEIRA; AMORIM, 2008).

Muitas vezes esse profissional, não foi estimulado a refletir sobre a morte e o morrer, podendo ser tomado de forma abrupta pelo pesar, e mais, não conseguir assistir ao paciente que está morrendo e sua família, em razão da morte se apresentar como momento de grande sofrimento e fracasso da ação principal em manter a vida. Tendo em vista a presença da morte no seu contexto de vida, de prática clínica, surge a questão norteadora da pesquisa: Qual a compreensão dos profissionais de enfermagem acerca do significado da morte e do morrer na sua prática profissional?

Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo compreender o significado da morte e do morrer no cotidiano de profissionais de enfermagem.

Observa-se a relevância do tema abordado, a complexidade da questão supracitada quando se direciona o manejo da equipe multiprofissional da área da saúde na prestação da

assistência solicitada e os processos compartilhados entre profissional e o paciente no seu estado terminal.

FONTE: Google Imagens, 2013.



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos gerais sobre o Processo de Morte e Morrer

Bem como o nascer, a morte faz parte do processo natural de vida do ser humano. Por isso, o significado da morte tem variado no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas.

Santos (2009) relata que historicamente, nos primórdios da Idade Média, a Morte não passava de um evento considerado natural. O indivíduo doente cumpria uma espécie de ritual; ele pedia perdão por suas faltas, legava seus bens e em seguida, esperava que a morte o levasse.

As pessoas que morriam não eram considerados, como hoje, presenças inoportunas, em completa oposição à vida. No mundo medieval, a relação com o corpo era aberta, expansiva, indisciplinada, transbordante e preguiçosa, muito diferente da relação fechada, contida e individualizada do mundo burguês, que transformou o corpo humano em instrumento de produção e de trabalho (SCHLIEMANN, 2009).

Nos dias atuais, a Morte é considerada um tabu, e o processo de morte e morrer, no decorrer dos séculos, foi deslocado da casa para o hospital. Perdendo assim, o contexto de fenômeno natural, para transformar-se numa morte fria, escondida e profundamente indesejada, por não poder ser evitada. A impotência do homem moderno em lidar com a Morte, mesmo com todo o aparato tecnológico, disponível para o cuidado em saúde, tem ocasionado uma gama de problemas que atinge diretamente o sistema público e privado de saúde do país, especialmente em virtude do adoecimento de seus profissionais (SANTOS, 2009).

Percebemos que a morte passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Com isso, os povos tentam vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada. Na época Medieval, nas cidades e aldeias os cemitérios, geralmente, ocupavam o centro da cidade, dominada pela presença da igreja católica. Enquanto os mortos socialmente importantes eram enterrados no interior da própria igreja, os menos importantes eram enterrados em um terreno ao lado. Já os que não possuíam dignidade social eram enterrados em uma vala comum, que permanecia permanentemente aberta (SCHLIEMANN, 2009).

Nesta transformação, o que causa, hoje, repugnância e temor, causava, no mundo medieval, riso, intimidade e familiaridade. Com o desenvolvimento das sociedades

industriais e o desenvolvimento técnico e científico da medicina, a partir do século XIX, a visão da morte e a interação com o paciente terminal modificaram-se ainda mais radicalmente (SCHLIEMANN, 2009).

A grande revolução higienista modificou o cenário e produziu um processo de separação entre vivos e mortos de tal modo que o convívio entre estas duas condições passou a ser visto como uma fonte extremamente importante de perigo, contaminação e doença (SANTOS, 2009).

Com o estabelecimento do capitalismo e advento da modernidade, o processo de morte e morrer desloca-se para o hospital e, em alguns casos, para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em um ambiente reservado, com janelas fechadas, luzes artificiais, temperatura constante mantida pelo ar condicionado e equipamentos técnicos, os profissionais da saúde realizam procedimentos sofisticados com pacientes que se encontram em situações limite entre a vida e a morte (SCHLIEMANN, 2009).

Apresentando tais sinais, o paciente é impedido de sentir e expressar suas emoções, destinado a um sofrimento solitário e discreto. Isso porque os profissionais – que lidam cotidianamente com a morte, não estão preparados para lidar com o indivíduo em sua plenitude enquanto ser humano dotado de emoções e valores. Como profissionais de saúde sabemos que nossa formação é predominantemente baseada na preparação para curar a doença e não para lidar com a pessoa. As condutas que trazem soluções técnicas, exigem uma atitude de negação da morte, na medida em que fornece poder ao profissional da saúde e ameniza o sentimento de impotência (PENHA, 2009).

Com isso, o investimento nos suportes tecnológicos torna-se uma alternativa de prolongamento da vida do paciente para evitar não só o contato com a morte, mas a comunicação com a família e os sentimentos mais profundos do paciente. Por tal afirmação vemos o homem ser “coisificado”. Assim, além de evitar o contato com a morte do outro, o profissional evita o contato com as suas próprias emoções relacionadas a sua própria morte (PENHA, 2009).

Atualmente, em nossa sociedade, a presença dos familiares, amigos e vizinhos junto ao paciente terminal deu lugar ao ambiente frio e isolado do hospital; os rituais de morte tão comuns anteriormente foram substituídos pela assistência especializada das funerárias, que proporcionam um ambiente neutro e frio; pelos cortejos rápidos e discretos e pelo

autocontrole do indivíduo enlutado, que não pode expressar verdadeiramente suas emoções (SANTOS, 2009).

Segundo Kovács (2009), apesar de a morte ser o destino de todas as pessoas indiscriminadamente, a duração da vida e a maneira de morrer são diferentes: dependem da classe socioeconômica em que a pessoa está inserida.

Os trabalhos de Elizabeth Kübler-Ross (2001) que são um símbolo marcante nos estudos sobre o processo de morte e morrer, descrevem a identificação dos cinco estágios que um paciente pode vivenciar durante sua terminalidade, que são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

- A *negação* pode ser uma defesa temporária ou, em alguns, casos pode sustentar-se até o fim. O paciente desconfia de troca de exames ou competência da equipe de saúde. Geralmente o pensamento que traduz essa defesa é: “não, eu não, é verdade”.
- A *raiva* é a fase na qual surgem sentimentos de ira, revolta, e ressentimento: “porquê eu?”. Torna-se mais difícil lidar com o paciente, pois a raiva se propaga em todas as direções, projetando-se no ambiente, muitas vezes, sem “razão plausível”.
- Já na *barganha* o doente faz promessas por um prolongamento da vida ou alguns dias sem dor ou males físicos. As barganhas são feitas com Deus, na maioria das vezes e, psicologicamente, podem estar associadas a uma culpa recôndita.
- A *depressão* pode evidenciar seu alheamento ou estoicismo, com um sentimento de grande perda. As dificuldades do tratamento e hospitalização prolongados aumentam a tristeza que, aliada a outros sentimentos, ocasionam a depressão.
- A *aceitação* é aquela em que o paciente passa a aceitar a sua situação e seu destino. É o período em que a família pode precisar de ajuda, compreensão e apoio, à medida que o paciente encontra uma certa paz e o círculo de interesse diminui. No entanto, há pacientes que mantêm o conflito com a morte, sem atingir esse estágio.

Não há uma ordem para a ocorrência dessas manifestações, tão pouco uma cronologia, sendo que o paciente pode vivenciar mais de uma destas fases, concomitantemente, num mesmo período ou até mesmo não vivenciar algumas delas.

Estas fases são como mecanismos de defesa para enfrentar o processo desconhecido do morrer, em que os conflitos de ordem emocional, material, psicológica, familiar, social, espiritual, entre outros, surgem de forma acentuada, afetando diretamente o relacionamento com a equipe de saúde (KÜBLER-ROSS, 2001).

É também relevante o aspecto emocional dos profissionais de saúde, pois esses também criam mecanismos de defesa que os auxiliam no enfrentamento da morte e do processo de morrer. Por serem preparados para a manutenção da vida, a morte e o morrer, em seu cotidiano, suscitam sentimentos de frustração, tristeza, perda, impotência, estresse e culpa. Em geral, o despreparo leva o profissional a afastar-se da situação. A Enfermagem tem como estabelecer uma comunicação mais estreita a partir da relação do cuidado e, por conseqüência, conhecer melhor o paciente como pessoa, pois encontra-se mais presente durante o estágio terminal (PENHA, 2009)

As solicitações dos pacientes em estágio final, algumas vezes, são difíceis de compreender, e por isso o enfermeiro deve possuir os conhecimentos e habilidades de comunicação para decodificar informações essenciais, diminuindo a aflição de quem está morrendo e proporcionando um cuidado de qualidade (PENHA, 2009).

Por conseguinte, as habilidades de comunicação para abordar o processo de morte são um instrumento necessário que viabiliza ao profissional identificar qual das cinco fases do processo de morrer, como indicam os trabalhos de Kübler-Ross, o paciente se encontra, e assim, auxiliar de forma qualitativa e integral na sua assistência.

2.2 Aspectos relacionados à percepção dos enfermeiros sobre o Processo de Morte e Morrer

A diferença entre as pessoas em geral e os profissionais da saúde é, que, na vida destes, a morte faz parte do cotidiano, tornando-se companheira do trabalho. Doenças com prognósticos reservados trazem ameaça à vida e um aceno à morte (KOVÁCS, 2009).

Negar a morte é uma das formas de não entrar em contato com experiências dolorosas. A grande dádiva da negação e da repressão é permitir que se viva num mundo de fantasia, no qual surge a ilusão da imortalidade. O ser humano tem o desejo de se sentir único, criando obras que não permitam o esquecimento, criando a fantasia de que a morte e

a decadência não ocorrerão. É uma mentira que esconde a fragilidade interna, a finitude e a vulnerabilidade (KOVÁCS, 2009).

Combater a morte pode dar a idéia de força e controle, entretanto, quando ocorrem perdas sem possibilidade de elaboração de luto, não permissão para expressão da tristeza e da dor, trazendo graves conseqüências, entre as quais maior possibilidade de adoecimento. O luto não autorizado dos profissionais de saúde é uma das razões pela qual a depressão atualmente, os tem acometido. O luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas que adoecem em função da carga excessiva de sofrimento sem possibilidade de elaboração. Este mal também está afetando os profissionais de saúde, que cuidam do sofrimento alheio, muitas vezes, sem espaço para cuidar da sua dor (KOVÁCS, 2009).

Segundo Pessini (2001) existem dois paradigmas vinculados à ação de saúde: o curar e o cuidar. No paradigma do curar, o investimento é dado na vida a qualquer preço, na qual a medicina de alta tecnologia se torna presente, e as práticas de cuidado psicossocial ficam em segundo plano. No paradigma do cuidar, há aceitação da morte como parte da condição humana, levando-se em conta a pessoa doente, com ênfase na multidimensionalidade da doença e considerando a dor total como preconiza Saunders.

Ao se priorizar, no hospital, a ação de salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou doença incurável faz com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, desmotivador e sem significado. Esta percepção pode ser agravada quando os procedimentos médicos a serem realizados em pacientes fora de possibilidade de cura não são compartilhados com toda a equipe, sendo este fato apontado como uma das razões principais para o estresse. Por outro lado, não conseguir evitar, adiar a morte ou não poder aliviar o sofrimento pode trazer ao profissional a vivência de seus limites, impotência e finitude, o que pode ser extremamente doloroso (KOVÁCS, 2004).

Educação para a morte é também preparar profissionais de saúde para lidar com a morte? Perguntamo-nos se a escolha da profissão tem relação com a morte, principalmente na área de saúde. Não será a escolha da profissão uma tentativa de preparação para lidar com a própria morte e a daqueles de quem se cuida?

Os profissionais da saúde em suas formações deveriam ter disciplinas que tivessem no conteúdo a discussão sobre a educação para a morte, como forma de se preparar para

lidar com a morte daqueles que estão sob seus cuidados. A questão que se coloca é: como oferecer esse preparo?

De acordo com Kovács (2009), atualmente, as instituições de saúde e educação não preparam os seus profissionais para lidar com a morte. Nesse sentido, a educação para a morte para os profissionais de saúde e educação severa contemplar os seguintes pontos:

- Sensibilização dos alunos para sentimentos e reflexões sobre vários aspectos relacionados com a morte, como por exemplo: luto, suicídio, aproximação da morte, perda de pessoas da mesma faixa etária por acidentes, entre outras;
- Apresentação de várias abordagens teóricas sobre a questão da morte;
- Reflexões sobre a prática vivida, aprendizagem que envolverá aspectos cognitivos e afetivos buscando o sentido individual e o coletivo. É ter a possibilidade de fazer uma constante revisão de sua prática ou estágio, examinando conflitos, frustrações e levando em conta o ponto de vista do sujeito na construção de seu próprio conhecimento.

Há diversas modalidades que se podem propor para a formação de alunos e profissionais de saúde e educação: cursos de graduação ou de pós-graduação, atualização, especialização, *workshops*, vivências, supervisão e grupos focais (KOVÁCS, 2009).

Para reverter os mitos relacionados à prestação de serviço aos pacientes que estão aguardando a morte iminente, se faz necessário inicialmente a mudança de concepções dos profissionais que lidam diretamente desenvolvendo o atendimento, tanto ao paciente moribundo quanto aos cuidadores e familiares, quer seja em unidades hospitalares, ou em ambiente domiciliar (SANTOS, 2009).

O primeiro passo para essa mudança é falar da morte como um processo natural que sucede a vida. Compreendendo que em alguns casos não temos como adiá-la ou mesmo evitá-la. Porém, preparar para morte, requer que o indivíduo esteja preparado para a transição, que aceite a vulnerabilidade de ser humano. Preparar para morte, requer um tempo reservado para pensar no processo morte e morrer, pensar nas implicações da finitude, nas limitações dos que ficam e na falta do outro em todos os sentidos da vida. E este fato nos faz sentir pequenos, sensíveis e incapazes (BOUSSO; POLES, 2009; CASSORLA, 2009).

Portanto adiamos por longos períodos o exercício de compreender a morte para podermos vivenciar sua vinda de forma mais natural e, com isso, adiamos a possibilidade de aprendermos a auxiliar de forma especializada os que precisam de assistência para morrer de forma digna e serena (SCHLIEMANN, 2009).

Então, a grande mudança de comportamento profissional, relacionada à forma de assistência aos pacientes terminais deve acontecer inicialmente na academia. Com tudo, sabemos da importante dificuldade de se desenvolver essa temática junto ao grupo de profissionais da saúde, especialmente. Que primam por prepararem-se para promover saúde, reabilitar enfermos, e não para ensinar a morrer dignamente de forma confortável (FRANCO, 2009).

Santos (2009) relata que em 1959 tiveram início os trabalhos relacionados ao tema com o psicólogo Herman Feifel, na *University of Southern California School of Medicine*, ao lançar o livro *The Meaning of Death* (1959), trazendo uma abordagem interdisciplinar e, até certo ponto, plural, e que foi beneficiada pela influência de diversos pensadores sobre a morte, entre eles Carl G. Jung, Robert Kastenbaum e Maria H. Nagy e, após 20 anos, com o livro nos mesmo moldes da interdisciplinaridade *New Meanings of Death*.

Após esse marco, iniciou-se um interesse crescente pela discussão da morte e do morrer nas faculdades americanas, inicialmente concentradas em psicologia, antropologia e sociologia, e posteriormente envolvendo a área da saúde. Na saúde, a temática da morte ganhou fórum permanente não só nas faculdades médicas, e alcançou a mídia e a sociedade como um todo, através de duas médicas: Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, com o seu *best-seller* mundial, *Sobre a morte e o morrer* (1981), e na mesma época (1967), na Inglaterra, a médica inglesa Cicely Saunders ao concentrar sua atenção nos pacientes com baixas ou sem possibilidades de cura biológica, no *St. Christopher's Hospice* (SANTOS, 2009).

Estas autoras inauguraram uma nova era, ao instalarem um espaço físico destinado não só ao atendimento dos pacientes moribundos, mas instruindo profissionais da área médica, por meio do ensino, atendimento e pesquisa. Da França, viriam as contribuições do antropólogo Edgar Morin, com o livro *O Homem e a Morte* (1988) e, das pesquisas do historiador Phillippe Aries, com *O Homem perante a Morte*, os quais serão citados posteriormente (SANTOS, 2009).

Também em Santos (2009), vemos que o trabalho impactante na educação para a morte, deve não apenas ser de educar o indivíduo para a morte mas, de reeducá-lo em sua humanidade, despertando novamente os sentimentos de humanismo, de cuidar do outro, de compaixão pelo próximo, com o intuito de fazer com que o processo de assistência, deixe de ser apenas uma técnica e volte a ser também uma arte.

Cientes de que toda essa conquista só será possível quando erradicarmos o preconceito, a desinformação, a ignorância, e os obstáculos impostos, para depois oferecer possibilidades aos estudantes, futuros profissionais, também professores, e assim plantarmos as sementes da conscientização intelecto-emotivo-espiritual.

Podemos compreender melhor a referência de Morin (1997) idem Áries (2003) de que a morte está ligada ao desenvolvimento social, cultural e histórico, mutável, sendo influenciada pelo contexto situacional e refletida no comportamento individual e grupal, a partir da seguinte descrição:

Os profissionais da enfermagem podem desenvolver uma assistência de qualidade ao paciente terminal, bem como a sua família, se conseguirem honrar os as variações culturais existentes nos múltiplos ambientes nos quais possam vivenciar experiências no processo da prática de assistir (PENHA, 2009).

As diferenças culturais nos cuidados terminais se tornam evidentes nas áreas da linguagem, nas relações e no envolvimento da família, nas crenças religiosas, nas questões éticas, nas expressões de dor e sofrimento e nos cuidados do corpo depois da morte. Podemos perceber através dos relatos da história que existem grandes variações nas práticas individuais de uma cultura e que alguns povos seguem as crenças tradicionais mais rigidamente que outros (SANTOS, 2009).

Portanto, corresponde à atuação da enfermagem primordialmente, respeitar as crenças culturais que compõem a rede de suporte ao cliente em fase terminal. Avaliar cada cliente e sua família quanto às práticas culturalmente significativas para os cuidados terminais. Assistir especializada o paciente terminal e sua família, respeitando os seus valores culturais, mesmo que estes se diferenciem de suas orientações culturais para a morte (PENHA, 2009).

Para Santos (2009), a morte é nossa inimiga e devemos combater a qual custo, mesmo que precisemos para isso, impor a ditadura ou oferecer a eutanásia diante do nosso

fracasso de promover a cura. Em relação ao desenvolvimento e a disponibilidade de uma grande quantidade de drogas anestésicas, observam-se ainda hoje, nos hospitais e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), muitos pacientes morrendo com fortes dores e sem as mínimas condições de dignidade humana, sendo isso o resultado da nossa tentativa frustrada de matar a morte e entorpecer a consciência.

Somos conscientes que além da dor física, ainda não sabemos nos conduzir a atenuar outras dores tão relevantes quanto à física, que são as dores psicológica, existencial e espiritual. A cada dia vemos a necessidade de repensar os valores e as visões que temos dos processos relacionados à vida e à morte. Instituído assim um conceito mais abrangente de vida no qual se leve em conta, com base em um método científico, a dimensão espiritual do ser humano e, conseqüentemente, da morte (KOVÁCS, 2009).

Uma nova proposta, para desenvolver a cura, terá que necessariamente integrar todas as ciências e artes que a humanidade desenvolveu ao longo da história e a Tanatologia, a ciência da educação para a morte, e portanto, para a vida, tem um papel muito importante nessa nova tomada de consciência.

FONTE: Google Imagens, 2013.



PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritiva, com abordagem qualitativa, que segundo Minayo et al. (2007) responde a questões muito particulares. Esta autora preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Dessa forma, as investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente encadeadas. Como prática intelectual, o ato de investigar reflete também dificuldades e problemas próprios das ciências sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica.

Ainda nessa perspectiva, Minayo et al. (2007) assinala que na área da saúde a pesquisa social se manifesta em todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo, como as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

Contemplando a historicidade da pesquisa social, Minayo et al. (2007) acrescenta:

Do ponto de vista antropológico, pode-se dizer que sempre existiu a preocupação do homem com o conhecimento da realidade. As tribos primitivas, por meio dos mitos, já tentavam explicar os fenômenos que cercam a vida e a morte, o lugar dos indivíduos na organização social com seus mecanismos de poder, controle, convivência e reprodução do conjunto da existência social (MINAYO et al, 2007, p.14).

Em relação ao aspecto qualitativo, entende-se como um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como expressam seus sentimentos, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. As abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a

construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO et al., 2007).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Cuité, localizada na microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano, a 230 km da Capital João Pessoa. Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) possui um contingente populacional de aproximadamente 19.978 habitantes, dos quais 9.833 são do sexo masculino e 10.145 são do sexo feminino, com densidade demográfica de 26,3hab/km².

Mais especificamente, serviu como campo para o desenvolvimento deste estudo o Hospital Municipal e Maternidade de Cuité/PB (SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL DE CUITÉ, 2012).

O hospital citado foi selecionado pela facilidade de acesso, por localizar-se na cidade sede da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité. E porque o mesmo foi parceiro da instituição para as Visitas Técnicas de algumas disciplinas, componentes curriculares do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tais como Semiologia e Semiotécnica I e Enfermagem em Neonatologia e Saúde da Criança, o que proporcionou um contato prévio com os participantes do estudo.

3.3 População e Amostra

Segundo Gil (2008), uma população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns. O elemento ou membro da população particular que é submetida a um estudo, chamada de população-alvo. Em termos estatísticos, a população pode ser o conjunto de indivíduos que trabalham em um mesmo lugar, alunos matriculados em uma universidade, produção de refrigerantes de fábrica etc. Nesse sentido, a população deste estudo foi constituída por enfermeiros que exercem atividades assistenciais no referido hospital.

Quando o pesquisador seleciona uma amostra, ou seja, uma pequena parte de uma população, espera que esta parcela represente toda a população do estudo (GIL, 2008). Para

selecionar a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a escolha dos participantes do estudo: ser enfermeiro assistencial do referido hospital e aceitar a participar da pesquisa.

3.4 Instrumento para Coleta de Dados

Na concepção de Rúdio (2007), o instrumento da pesquisa é a forma como será realizada a coleta de dados. Nessa perspectiva, o instrumento desta pesquisa foi uma entrevista semi-estruturada, que por sua vez, pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação „face a face“ e em que uma delas formula questões e a outra responde (GIL, 2008).

Vale ressaltar que a entrevista semiestruturada é uma técnica utilizada para coletar dados a partir de um conjunto de questões previamente definidas pelo pesquisador, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sugerido. Este tipo de entrevista produz uma melhor amostra da população, obtém um direcionamento maior referente à temática e permite obter respostas espontâneas determinadas pelos significados pessoais de suas atitudes e comportamentos (BONI; QUARESMA, 2005).

Desta forma, a pesquisadora utilizou um formulário semiestruturado, composto por dados de identificação dos participantes da pesquisa e perguntas subjetivas que visam atender aos objetivos do estudo, conforme Apêndice B. Trata-se de questionamentos pré-elaborados que foram conduzidos ao longo da entrevista sem estabelecer uma seqüência rígida nas questões, por não tratar de um questionário fechado.

3.5 Considerações Éticas

O crescimento rápido das pesquisas envolvendo seres humanos tem levado a preocupações éticas e debates quanto à proteção dos direitos das pessoas que participam das pesquisas em enfermagem. De acordo com Nogueira et al. (2012), a ética pode ser compreendida como o modo de ser dos humanos, um conjunto de valores que dirigem o comportamento do homem em relação aos outros em busca do equilíbrio das relações sociais.

Durante a realização desta pesquisa foram explicados aos participantes, os objetivos e finalidades do estudo, quais as vantagens na sua participação, participação voluntária,

retirada ou exclusão do estudo, o caráter confidencial das informações, como também o nome, endereço e número de telefone dos pesquisadores para possíveis esclarecimentos sobre o assunto, ou para comunicarem a desistência.

Essas informações atenderam às Normas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). De acordo com Nogueira et al. (2012), esta resolução é o principal normativo que regula as pesquisas com seres humanos, tendo como objetivo proteger e assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Como esta pesquisa foi realizada diretamente com seres humanos, seguiu todos os princípios descritos nessa resolução.

Segundo a Resolução nº 466/2012, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais como: o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos-alvo (autonomia); avaliação dos riscos e benefícios tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maledicência); relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012).

Todas essas exigências foram devidamente respeitadas durante a operacionalização desta pesquisa, assim como as premissas observadas na Resolução nº311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata da reformulação do Código de Ética Profissional (COFEN, 2007).

3.6 Coleta de Dados

Segundo Andrade (2006), a coleta de dados deve ser realizada de maneira esquematizada e lógica, no intuito de facilitar o desenvolvimento da pesquisa. A coleta de dados é vista como uma etapa importantíssima, entretanto não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita, visto que os dados coletados futuramente serão elaborados, analisados, interpretados, representados graficamente e por fim realizada a discussão dos resultados da pesquisa. Nesse sentido, a coleta de dados realizou-se no mês de junho de 2013.

O instrumento para coleta de dados contemplou duas vertentes: a primeira se destinou à algumas características sociais, religiosas e profissionais dos participantes da pesquisa, tais como: idade, gênero, religião, tempo de formação e tempo de serviço; a segunda vertente se direcionou ao objetivo da pesquisa, ou seja, a compreensão do enfermeiro frente ao processo de morte e morrer.

3.7 Procedimentos Operacionais para a Coleta de Dados

Na fase inicial, foram seguidos os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página Eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional ao Diretor do Hospital e Maternidade do município de Cuité, Paraíba, para realizar a pesquisa no referido hospital; 3. Folha de Rosto devidamente assinada pelo Diretor da Instituição de Ensino Proponente; e 4. Submissão da Folha de Rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para a apreciação e aprovação do projeto.

Após a aprovação do CEP do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o CAAE nº 12598613.5.0000.5188, foi dado início às atividades da coleta no mês de junho de 2013. Inicialmente, a pesquisadora participante entrou em contato com Coordenação de Enfermagem do hospital citado anteriormente, para possibilitar o acesso ao grupo a ser pesquisado. O quadro de enfermeiros do Hospital Municipal de Cuité conta com 11 enfermeiros, os quais concordaram em participar desta pesquisa.

Ao identificar os enfermeiros, a pesquisadora participante apresentou a pesquisa, sua finalidade e importância e convidou-lhe a participar desta. Também foi solicitada a gravação da entrevista, o caráter voluntário, o anonimato da participação e a possibilidade de desvinculação da pesquisa sem danos pessoais. Em seguida, os participantes da pesquisa foram convidados à leitura do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a leitura foi solicitada a assinatura deste e assim deu-se início à entrevista, que se realizaram em uma sala do hospital citado anteriormente.

As entrevistas foram gravadas através de um aparelho MP3 de marca Sony e a duração das gravações variou conforme a capacidade dos participantes em fornecer as informações desejadas. Em média, a duração foi de 30 minutos. O desenvolvimento seguiu o ritmo mais conveniente aos participantes da pesquisa e, quando necessário, a

entrevistadora interveio para complementar alguma informação não suficientemente clara e que seria parte integrante do roteiro pré-estabelecido. As entrevistas foram transcritas textualmente e logo após a leitura sucessiva do material, procedeu-se à codificação dos participantes do estudo extraindo as categorias das respostas agrupadas pela similaridade, sendo possível assim formar o *corpus* coletivo dos discursos.

3.8 Análise dos Dados

O processo de análise de dados envolve diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos. Após o juntamente com a análise, pode ocorrer também a interpretação dos dados, que consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos, quer sejam derivados de teorias, quer sejam de estudos realizados anteriormente (GIL, 2008).

Para a análise de dados foi utilizada uma abordagem qualitativa, visando identificar as concepções, crenças, valores, motivações e atitudes dos participantes. O método empregado foi a Análise de Conteúdo Temática considerada a mais apropriada para as investigações na área da saúde (MINAYO et al., 2007).

Para o estudo em tela, considerou-se a análise de conteúdo definida por Bardin (2004) como um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados a discursos diversificados visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de população/recepção destas mensagens por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens.

Capelle, Melo e Gonçalves (2011) ressaltam que a análise do conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com o propósito de efetuar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens.

De acordo com Bardin (2004), a análise de conteúdo na modalidade temática é compreendida por três etapas: pré-análise (organização do material e sistematização das idéias); descrição analítica (categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (tratamento dos dados e interpretações).

De acordo com Minayo et al. (2007), a análise temática desdobra-se em três etapas:

1) A pré-análise: que inclui a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que orientem a

interpretação final. Nessa fase pré-analítica determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise;

2) A exploração do material: consiste essencialmente na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase faz-se o recorte do texto em unidades de registro tal como foi estabelecido na pré-análise; depois, escolhem-se as regras de contagem e, posteriormente, realizam-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas que comandarão a especificação dos temas;

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas e a partir daí realizam-se inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico do estudo.

FONTE: Google Imagens, 2013.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com o instrumento de análise utilizado na pesquisa, realizado através da aplicação do instrumento de coleta de dados confrontando com a literatura pertinente e de acordo com o arcabouço metodológico de Minayo, este capítulo descreve a análise e os resultados encontrados nas entrevistas realizadas com os enfermeiros inseridos na pesquisa.

Este capítulo foi dividido didaticamente em duas partes: caracterização dos participantes da pesquisa, cujos dados foram apresentados através de gráficos e análise dos depoimentos dos onze enfermeiros entrevistados, na forma de categorias.

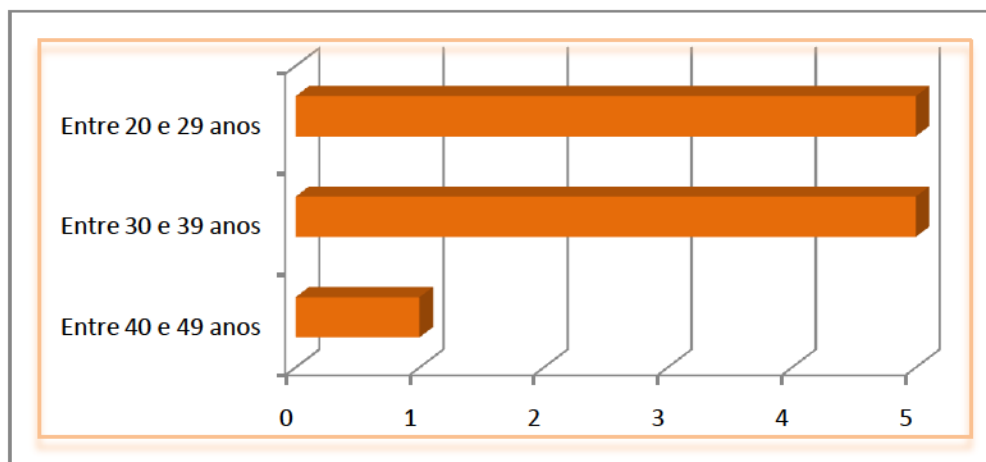
4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Para caracterização dos participantes inseridos na pesquisa, foi utilizado um questionário abrangendo perguntas sobre faixa etária, gênero, religião, tempo de serviço e tempo de formação.

Para viabilizar o sigilo, foram utilizados nomes de deuses gregos como codinomes para os enfermeiros participantes da pesquisa. Estes foram atribuídos aleatoriamente, sem um critério específico. As enfermeiras se denominam: Atena, Afrodite, Hera, Demeter, Artemis, Selene, Geia, Hestia e Têmis e os enfermeiros, Zeus e Apolo.

Abaixo, o Gráfico I representa a distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa, no que se refere à faixa etária.

Gráfico I - Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com a Faixa Etária



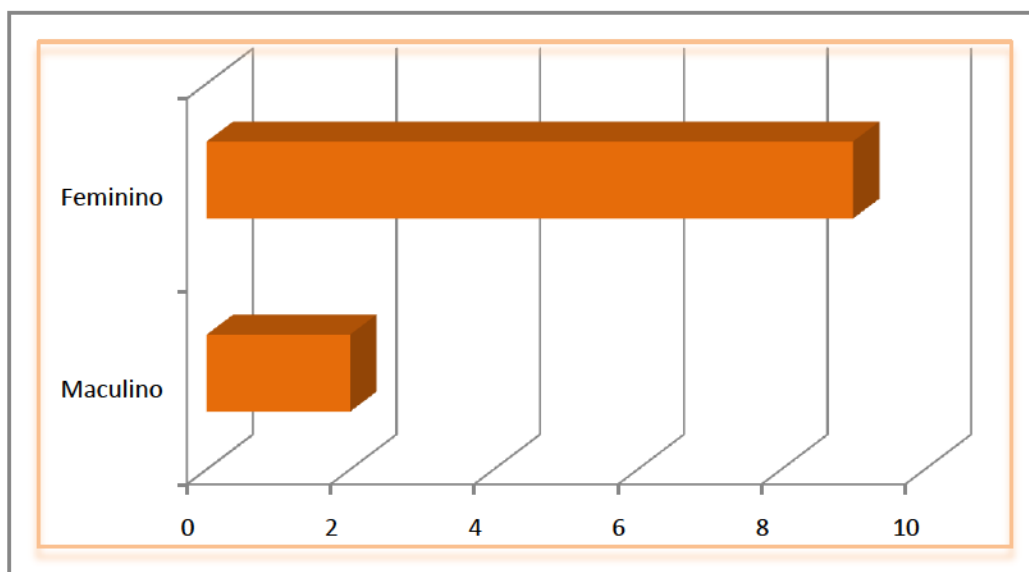
FONTE: Dados da pesquisa, 2013.

O Gráfico I fornece as informações relacionadas à faixa etária dos entrevistados: cinco (45,5%) deles têm idade entre 20 e 29 anos; igualmente, cinco (45,5%) enfermeiros têm idade entre 30 e 39 anos e 1 (9%), pertencente à faixa etária compreendida entre 40 e 49 anos.

Nesse sentido, vale ressaltar que para Freitas e Oguisso (2007), o perfil do profissional de enfermagem está intrinsecamente associado à maturidade oriunda das experiências vividas pelos profissionais e a forma como estes prestam assistência aos pacientes os quais atendem.

O Gráfico II refere-se à distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa no que se concerne ao Gênero.

Gráfico II - Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com o gênero



FONTE: Dados da pesquisa, 2013.

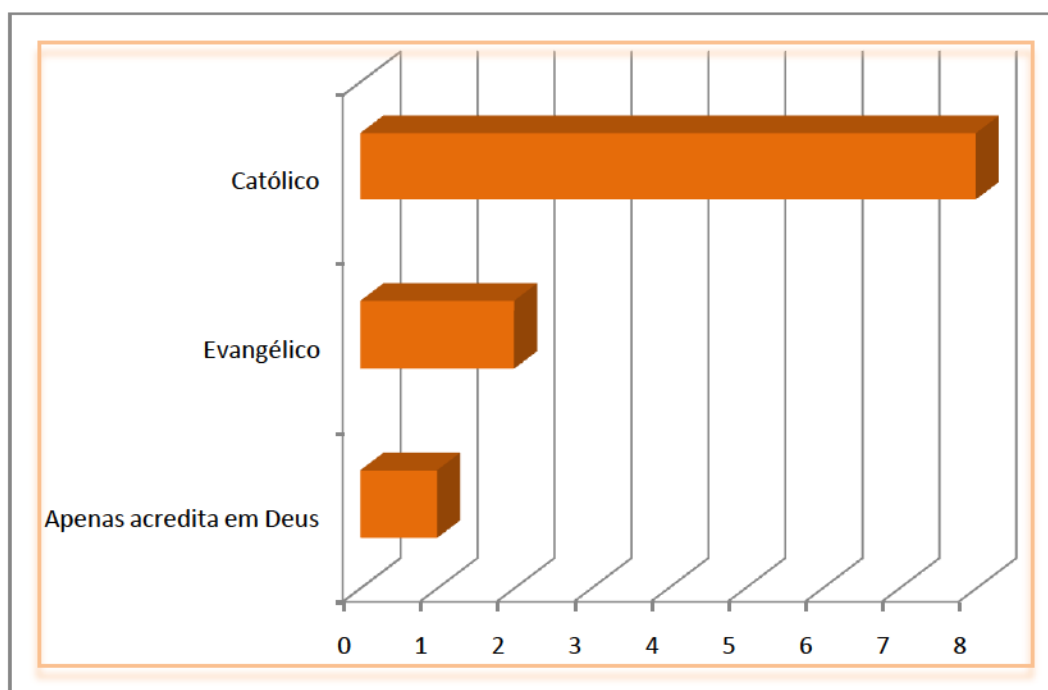
O Gráfico II evidencia que entre os enfermeiros vinculados ao Hospital Municipal e Maternidade de Cuité, dois (18%) são do sexo masculino enquanto, predominantemente as mulheres, são em número de nove (82%).

A desigualdade nos percentuais relacionados ao gênero dos participantes da pesquisa deve-se ao fato de ter sido a enfermagem uma área do cuidar inicialmente desenvolvida por mulheres. Enquanto aos homens ficavam reservadas as obrigações de custearem as despesas do lar, as mulheres tinham a missão de dar a direção aos cuidados à

família. Os relatos que temos sobre o surgimento da enfermagem, nos mostram que esta profissão foi categoricamente, desenvolvida por mulheres. Atualmente, este perfil vem se modificando pela constante inserção dos homens às atividades relacionadas ao cuidar, porém, eles, os homens, ainda ocupam um percentual inferior ao das mulheres (BARREIRA, 1999)

O Gráfico III demonstra a distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa, no que se refere à religião.

Gráfico III - Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com a religião



FONTE: Dados da pesquisa, 2013.

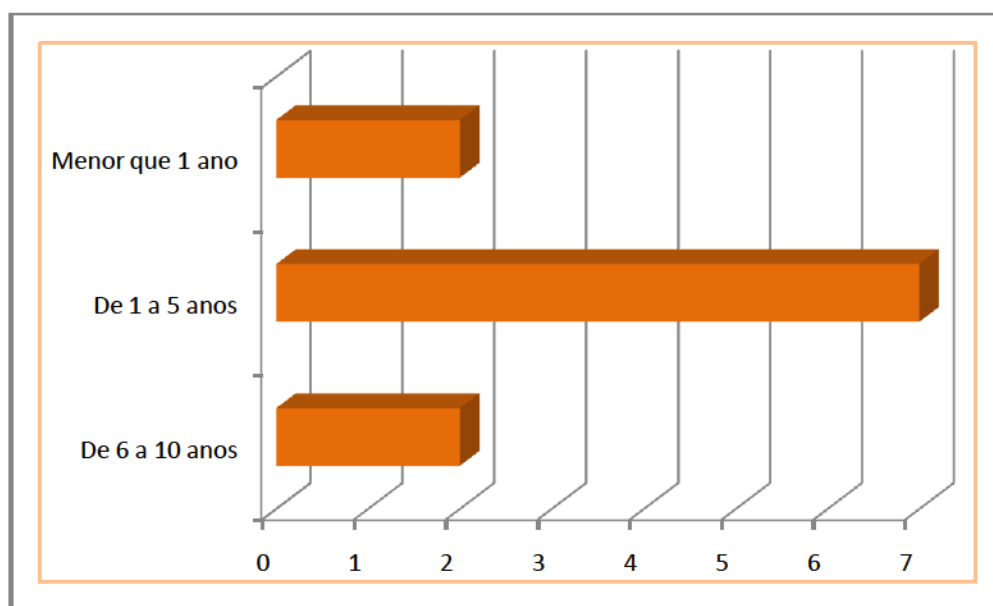
O Gráfico III mostra que oito (73%) participantes da pesquisa são adeptos do catolicismo, 2 (18%) são evangélicos e um (9%) relatou que simplesmente crê em Deus.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), os cristãos representam 86,8% da população brasileira, permitindo que o Brasil se mantenha como a maior nação cristã do mundo. Sendo o percentual de católicos de 64,6% e de evangélicos de 22,2%. O Gráfico acima demonstra que a realidade dos participantes do estudo, condiz com as estimativas do último censo.

É relevante analisarmos o pressuposto que as crenças religiosas, e a preparação espiritual dos participantes da pesquisa podem interferir na melhor qualidade de assistência prestada aos pacientes em finitude. A forma como eles encaram a morte e as limitações do ser humano são determinantes para auxiliar os enfermos no sentido de ter os seus últimos momentos de vida, marcados por paz e sossego.

O Gráfico IV representa a distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa no que se refere ao tempo de formação.

Gráfico IV - Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com o tempo de formação



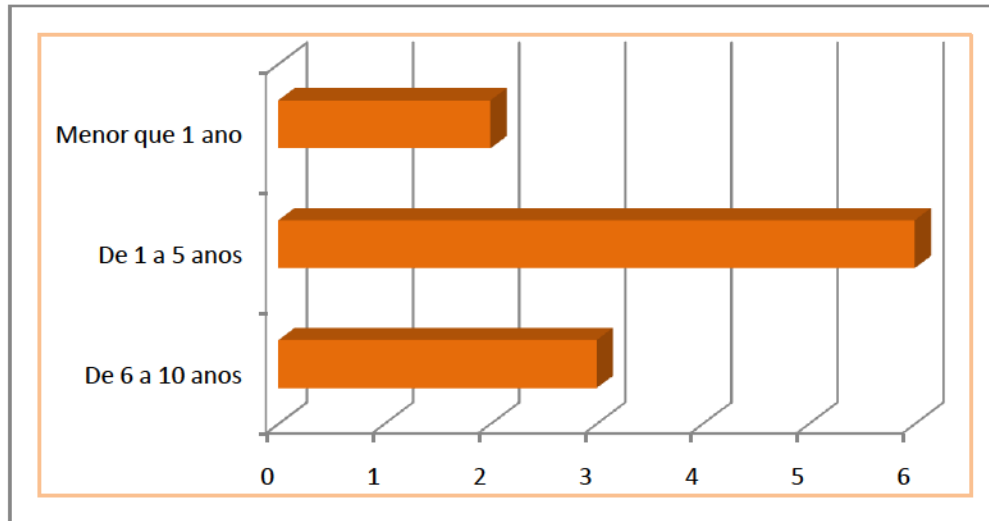
FONTE: Dados da pesquisa, 2013.

O tempo de formação apresentado no Gráfico IV demonstra que dois (18%) enfermeiros concluíram a graduação a menos de um ano; sete (64%) concluíram o curso superior em um período compreendido entre um e cinco anos e os outros dois (18%) têm o tempo de formação entre seis e dez anos.

Este dado sinaliza que os participantes da pesquisa têm um tempo de formação relativamente curto. Quando o comparamos com os dados do Gráfico III, percebe-se que os profissionais vinculados ao serviço estão em plena fase produtiva. Pode-se relacionar o nível de preparação intelectual dos recentes egressos dos Cursos de Graduação em Enfermagem à vinculação dos mesmos ao sistema de saúde, através dos concursos públicos.

O Gráfico V demonstra a distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa no tocante ao tempo de serviço.

Gráfico V - Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com o tempo de serviço



FONTE: Dados da pesquisa, 2013.

O Gráfico V apresenta o tempo de serviço dos profissionais envolvidos na pesquisa, onde três (27%) deles estão em pleno exercício da profissão há menos de um ano; seis (55%) já trabalham há mais de um ano e menos de cinco anos; e dois (18%) deles exercem a função de enfermeiro, entre seis e dez anos.

Segundo Shimizu (2007), embora existam as diferenças individuais nas defesas criadas contra o sofrimento diante da morte, possivelmente os trabalhadores com maior tempo de experiência profissional estejam mais preparados para enfrentarem o processo de morte.

Lima; Nietsche; Teixeira (2012) destacam que há uma significativa heterogeneidade de fatores relacionados à idade, tempo de formação e tempo de atuação. Tais diferenças são de grande valia, uma vez que este fato pode gerar uma importante riqueza dos depoimentos, visto que o modo como percebem o processo de morrer e morte é construído a partir de diversos elementos da vida social e particular, elementos estes que advêm da esfera pública e adentram o ser enquanto indivíduos pertencentes a um determinado contexto social.

Para esses profissionais, a morte de pacientes é sentida de forma diferenciada no início e ao longo da carreira profissional, uma vez que a perda desses indivíduos aos poucos vai se tornando parte da rotina na unidade. Muitos profissionais adotam uma postura rígida frente à perda do paciente, como se isso lhe conferisse proteção contra o inevitável. Mediante tal postura, isenta de sentimentalismo ao envolver-se apenas profissionalmente, após o passar dos anos de prática, parece ser tendência lógica ao adaptar-se à situação de morte como rotina (LIMA; NIETSCHE; TEIXEIRA, 2012).

4.2 Apresentação e caracterização das categorias

Os enfermeiros participantes da pesquisa forneceram informações de como percebem o processo de morte e morrer de seus pacientes. A partir do material empírico, de modo a atingir os objetivos da pesquisa, surgiram quatro categorias temáticas: “Aprender a lidar com a morte”; “Cuidar da família”, “Oferecer conforto físico”, “Valorizar o cuidado humanizado”.

A categoria temática “Aprender a lidar com a morte” agrega cinco subcategorias: “Necessidade de educação”, “Crenças sobre a morte e o morrer”, “Sentimento de impotência e fracasso”, “Poder amadurecer com a experiência”, “Reconhecer a morte”.

A categoria temática “Cuidar da família” agrega duas subcategorias: “Oferecer apoio e amparar”, “Apoiar a relação paciente-família”.

A categoria temática “Oferecer conforto físico” agrega uma subcategoria: “Proporcionar conforto”.

A categoria temática “Valorizar o cuidado humanizado” agrega uma subcategoria: “oferecer cuidado humanizado”

Categoria1: Aprender a lidar com a morte

Lima; Nietzsche; Teixeira (2012) explicam que a morte é a fase do período vital que encerra o período de existência, porém, ela assume uma representação para cada indivíduo de acordo com seu meio biopsicosocial e cultural. Pelas nossas limitações emocionais aprendemos desde a mais tenra idade a negarmos a morte. Para nos sentirmos menos impotente diante de um fato que pode ser adiado, mas, não pode ser evitado.

Lima; Nietzsche; Teixeira (2012) ressaltam que desde os primórdios da civilização o processo de morrer e morte é considerado um aspecto que fascina e aterroriza concomitantemente a humanidade. Em contrapartida, atualmente na cultura ocidental, sua representação é de algo inquietante na vida do indivíduo e que, geralmente, suscita negação. Por conseguinte, tal atitude, pode estar arraigada em influências históricas e culturais que perpetuaram ao longo dos anos, por meio de tradições/crenças e orientam o ser humano na sociedade.

É evidente que o avanço da tecnologia médica de diagnósticos e tratamento cada dia mais sofisticados não detém o adoecer, o envelhecer e o morrer. O prolongamento da vida em tempo não é garantia de qualidade. Assim, não se pode justificar a ausência da discussão da morte e do paradigma do cuidar na formação dos profissionais de saúde (BORGES; MENDES, 2012).

Borges e Mendes (2012) salientam que profissionais demonstram, ser a morte, geralmente interpretada como um teste a competência do profissional, fato gerador de muito sofrimento. A questão central é que o modelo biomédico ensina a tratar da doença e não a cuidar das pessoas, sendo assim não abre espaço para que o futuro profissional compreenda que o ser humano está programado geneticamente para morrer. É preciso fazer compreender que fatores como doenças, acidentes, catástrofes e guerras apenas aceleram a morte. Quando a atribuímos apenas a esses fatores negamos que a morte vem, em última instância, de dentro do ser humano.

O processo de formação tem dois momentos de aprendizagem: a teoria e a prática. Do ponto de vista técnico, o assunto morte, geralmente não é discutido na graduação e, na atividade prática, ele é, quase sempre, desqualificado (BORGES; MENDES, 2012).

Teoricamente, a morte pertence às chamadas categorias irrealizáveis, ou seja, categorias que incluem as experiências que não podemos antecipar e nem imaginar em nós mesmos. A morte representa o nada e, para o ser humano pensante, a morte é colocada a questão de que ele – o sujeito pensante – morre e se transforma em nada. Ora, se o nada é insuportável, a mente precisa usar estratégias para que esse sentimento insuportável deixe de ser. Para esse fim são acionados diversos mecanismos de defesa, ou seja, artifícios mentais inconscientes utilizados para evitar que fatos, idéias, fantasias, ou sentimentos penosos sejam vivenciados (BORGES; MENDES, 2012).

a) Necessidade de educação

Durante a construção deste estudo, identificou-se uma insatisfação dos participantes da pesquisa acerca da formação acadêmica no que se refere ao processo de morte e morrer. A maioria foi unânime ao afirmar a insuficiência curricular neste aspecto de sua formação. Compreendemos ser o processo de morte e morrer uma fase que faz parte da nossa vida e não que a antagonize. Mas, como fica evidenciado nas falas dos participantes do estudo, este importante aspecto de sua formação ainda necessita de investimentos dos acadêmicos no processo de ensino e aprendizagem.

A gente nem estuda o significado de morte. Eu mesmo não vi nem na universidade, por isso eu não sei nem me expressar. (Zeus)

Eu considero que, de um modo geral, o profissional de enfermagem não é preparado na sua vida acadêmica para prestar uma boa assistência ao paciente terminal. Isso faz com que o profissional se sinta impotente diante dessa situação. (Apolo)

A gente não tem preparo específico na verdade. Não preparam o profissional pra aquela situação específica. A gente é preparado como enfermeiro a agir em equipe e acaba agindo sozinha e aí você tem que dá assistência ao paciente em relação ao processo de morte naquele momento. (Hera)

Nos currículos da área de formação dos profissionais de saúde, a morte tem sido, no máximo, abordada, pragmaticamente sob o ponto de vista científico, com enfoque nos sinais abióticos. A respeito do campo das emoções, das perturbações, e mudanças que a possibilidade da morte acarreta, pouco se fala. Essa lacuna na formação teórica e prática, o investimento na preservação da vida a todo custo, a idéia de luta contra a morte e o enfoque na gratificação da cura, favorecerá que na mente do profissional, a morte signifique colapso, falência, declínio e fracasso. Esse sentimento de fracasso se transformará em fonte constante de angústia e constituirá um objetivo, fóbico, ou seja, a morte será um tema tabu que deverá ser evitado (BORGES; MENDES, 2012).

Os enfermeiros participantes da pesquisa expressam que é fundamental aprender sobre o processo de morte e morrer na academia. Diante disso, estudar a morte é algo que pode auxiliar no trabalho com sua constante presença, surgindo, daí a necessidade do profissional tornar-se familiarizado com o assunto desde a graduação, com vistas a um preparo pessoal e profissional. Assim, potencializa-se assistir aos pacientes dentro de uma esfera integral e humanizada, com vistas a um cuidado eficiente e efetivo em todas as fases do ciclo da vida (LIMA; NIETSCHE; TEIXEIRA, 2012).

Borges e Mendes (2012) ressaltam que transcorridas quase quatro décadas das proposições de mudanças do modelo contemporâneo do morrer, observa-se que, durante seu processo formativo, o profissional de saúde, via de regra, não recebe informação e treinamento suficiente para acompanhar a morte e o processo de morrer. Assim, quando se verifica a falência dos meios habituais de tratamento e o doente se aproxima inexoravelmente da morte, raramente, os profissionais estão preparados, para cuidar do seu sofrimento, bem como da sua família. Esse aspecto se reflete diretamente na qualidade de atenção prestada ao doente e sua família, sobretudo os que estão sem possibilidades de cura, ou seja, aqueles para quem a ciência não possui mais meios de deter a doença e o objetivo principal da assistência deixa de ser a cura e passa a ser o cuidado da pessoa.

Shimizu (2007) ressalta que na experiência de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os enfermeiros perceberam que não é tarefa fácil lidar com a angústia e sofrimento dos pacientes que se encontram em processo de morte, sobretudo porque não estão preparados devidamente para lidar com o tema.

Na formação profissional, se faz necessário meios de ensinamentos que favoreçam a incorporação do desenvolvimento de habilidades cognitivas, afetivas e emocionais. O sofrimento da equipe não pode ser mascarado por uma atitude defensiva que se justifica pelo cumprimento de normas, técnicas e rotinas, que findam por resultar numa abordagem tecnicista da assistência e cuidado em saúde (BORGES; MENDES, 2012).

Lima; Nietzsche; Teixeira (2012) destacam que, provavelmente, a origem dessas dificuldades atribuídas aos profissionais da saúde, destacando os enfermeiros, ao lidarem com pacientes inseridos no processo de morrer e morte, pode estar vinculada ao modo como procedeu-se e procede sua formação acadêmica. Na maioria das escolas/faculdades os acadêmicos são ensinados a comprometer-se com o tratamento, a recuperação e,

posteriormente, a cura da(s) injúria(s) que afeta(m) o(s) paciente(s) que encontra(m)se sob seus cuidados, a partir de conteúdos que privilegiam a biomedicina, havendo, portanto, um sentimento de fracasso quando a cura não é possível e a morte inevitável.

Assim, repensar o processo de formação desses profissionais constitui atualmente, um complexo desafio, principalmente se for configurada enquanto uma reforma curricular voltada à educação para o morrer e a morte. Visto que ainda observa-se uma deficiência nas escolas da área da saúde no referente ao preparo dos profissionais para o real cenário ao lidar com o sofrimento, a família e a morte. Deparando-se com a visão que a sociedade ocidental contemporânea mantém sobre a morte, percebe-se que ela também é algo privado e tecnicamente controlado até mesmo em instituições de ensino, podendo refletir no comportamento dos alunos que, futuramente, assumirão o posto de profissionais da saúde (LIMA; NIETSCHE; TEIXEIRA, 2012).

As palavras dos autores mencionados acima fomentam a discussão acerca do processo de morrer e morte, possibilita reforçar a necessidade de se desconstruir, construir e reconstruir novos pilares para os conteúdos curriculares. Já que o instrumento de trabalho dos profissionais da saúde gira em torno das fases do ciclo de vital de outros seres humanos que, inevitavelmente, também compreende a fase da morte.

Embora tenha ocorrido aumento no número de livros e artigos sobre o tema, a morte é um desafio para o enfermeiro, pois nem todas as escolas de enfermagem dedicam-se atentamente a oferecer ao acadêmico, formação mais acurada relativa ao morrer. Não se sabe como e quanto essa deficiência desgasta o aluno, o docente e o próprio paciente. Por conseqüência, é relevante formar educadores habilitados para traçar linhas mestras de reflexões, pesquisas e práticas profissionais sobre o tema morte e na preparação de profissionais competentes (LIMA; NIETSCHE; TEIXEIRA, 2012).

Trabalhar o processo de morrer e morte na academia significa fornecer subsídios aos estudantes para que eles entendam esse fenômeno como um processo no qual o sujeito da ação é o paciente e, por conseguinte seu familiar. Em contrapartida, sua ausência pode ser determinada na atuação profissional.

Os relatos dos enfermeiros participantes da pesquisa referem-se à importância do aprendizado sobre a temática morte, como forma de melhorar sua atuação frente à terminalidade humana. Nesta perspectiva, Lima; Nietzsche; Teixeira (2012) referem que

educar para a vida implica entender a morte como uma manifestação vital, como algo decorrente do viver, por mais contraditório que tal razão possa parecer. Portanto, universidades precisam inserir nos planos pedagógicos de ensino, disciplinas, grupos de estudos, seminários, centros de discussões sobre a morte e o morrer, como estratégia de ensino. Visto que, a deficiência sobre o ensino nessa temática reflete consideravelmente na atuação dos enfermeiros em sua prática profissional.

b) Crenças sobre a morte e o morrer

A morte de um paciente causa grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda equipe envolvida no seu cuidado, em especial para os enfermeiros. O modo como os enfermeiros participantes da pesquisa compreendem o conceito de morte, bem como a forma que relacionam este conceito com o seu próprio existir e as suas vivências pessoais de perdas anteriores dentro e fora do âmbito profissional são aspectos que influirão na sua atuação diante da morte (MACHADO; LEITE, 2006).

Assim, o significado de morte apareceu em todos os discursos dos participantes, e embora todos tenham reconhecido que a mesma faz parte da existência humana, vários significados foram atribuídos a ela, e a maioria dos depoimentos expressa o sentimento de renovação de vida.

A morte é uma passagem. Eu acredito que a matéria morre, mas o espírito vai para outra dimensão. (Hera)

Pra mim, a morte é uma viagem. Vai o material, mas fica toda a história que ela deixou. Não é morreu, acabou! [...] você deixa de ver, de tocar, mas não deixa de sentir. (Afodite)

Morte pra mim é a passagem do estado físico, para o espiritual

Morte é um processo natural [...] A morte é o fim de tudo [...] Morreu, acabou. Morte pra mim é o término da vida. O fim da vida. (Zeus)

A morte vem a ser o descanso e uma vida eterna. (Hera)

Morte pra mim é quando o paciente pára de respirar e você vê que ele já se encontra sem os sinais vitais, sem a pressão, sem a frequência cardíaca. (Demeter)

Então a gente assim: nasce, cresce, reproduz-se e morre. (Artemis)

E a morte para mim é um processo natural, um processo que a gente espera apesar de não estar preparado pra isso e sabendo que vai acontecer com todos nós. (Selene)

Considero a morte como um encerramento da nossa missão aqui na Terra e considero que cada pessoa, desde o nascimento já tem o seu destino, o dia certo para a ocorrência de sua morte. Não gosto de ver como um fim, mas, sim, como um recomeço. (Apolo)

Borges e Mendes (2012) referem que as crenças acerca da morte e do processo de morrer guardam estreita relação com os dogmas religiosos dos entrevistados. Todas as religiões registram a crença da existência de vida após a morte. Duas fantasias coexistem nesta crença: a primeira diz respeito à existência de um mundo paradisíaco, regado pelo princípio do prazer e onde não existe sofrimento; a segunda faz referência a um mundo de sofrimento e lamentações traduzidas pela imagem do inferno.

Borges e Mendes (2012) ressaltam que a máxima fundamental: a morte não aniquila o ser humano, ela abre as portas para um além, para vida: inferno ou céu. Pesquisa realizada pelos autores supracitados sobre as vivências de enfermeiros com processo de morte mostrou a existência de vários elementos e concepções espirituais entre as falas dos sujeitos quando os mesmos acreditam que o espírito fica vagando, outros, que a alma vai para um descanso eterno, onde permanecerá para sempre. Sendo assim, as diferentes crenças parecem conduzir à mesma finalidade: morte-passagem; morte-libertação; convívio-eterno-com-o-criador; ressurreição; reencarnação; morte fecunda, ou seja, as crenças unificam na idéia de passagem de um mundo para outro.

Lima; Nietsche; Teixeira (2012) expressam que, muitas vezes, enfermeiros relacionam o processo de morrer e morte à ausência de vida, falência orgânica e ausência de sinais vitais. O autor defende que profissionais que tratam a morte como uma simples

parada cardíaca ou ausência de sinais vitais pode denotar uma estratégia da *psique* para aceitá-la de uma forma mais natural. Por isso, a questão central dessa percepção parece está no fato de que a morte é identificada como fracasso da instituição e do profissional, além de estar ligada a uma idéia que revela o caráter de finito, ou seja, que tudo está acabado.

Por outro lado Lima; Nietsche; Teixeira (2012) também salientam que para alguns enfermeiros, a morte é percebida como uma continuidade da vida, porém não menos difícil de ser enfrentada. Isso se deve ao fato que pensar sobre a morte pode ser extremamente difícil, pois, a maioria das pessoas, conscientes e inconscientemente, estão programando a próxima etapa de suas vidas e jamais meditam sobre ela. Ainda que seja um fenômeno inevitável, sua presença afronta. Tal dificuldade, muitas vezes, é expressa pela negação desse evento enquanto finitude.

Ariès (1977) afirma que, até a época do grande desenvolvimento científico, havia uma crença bastante generalizada de que havia vida após a morte, e essa idéia de continuação é comum a várias religiões (KOVÁCS, 2009).

Portanto, vemos que a morte pode ser percebida de diferentes maneiras, diferenciando-se o lado pessoal do lado profissional. Diante disso, é possível inferir que fragmentar essa percepção pode constituir-se em uma barreira eficiente ao proteger-se do sofrimento (LIMA; NIETSCHE; TEIXEIRA, 2012).

c)O sentimento de impotência e fracasso

Os enfermeiros participantes da pesquisa ressaltaram que, ao vivenciarem o processo de morte e morrer de seus pacientes, emergiram sentimentos de tristeza e sensação de vazio, pois o prolongamento da vida são os seus objetivos, por conseguinte, podem se sentir incapazes ou frustrados quando não obtêm êxitos em suas tentativas (COSTA; LIMA, 2005; SILVA, 2005).

Você se sente incapaz. Em outros momentos, é muito triste, você acaba se sentindo impotente. Faz tudo o que é possível como profissional e chega a perder o paciente. (Geia)

Aí, às vezes, você se sente um pouco [...] derrotado, por você tentar, tentar, tentar e ser em vão. Desolada, um pouco. (Têmis)

Bem, de início você se sente [...] inútil. De você não conseguir fazer nada, de você estudar tanto e na hora, você ver um paciente morrendo. (Hestia)

Shimizu (2007) ressalta que as situações de perda de pacientes geram sensações de vazio nos profissionais de enfermagem. E que preencher este vazio, muitas vezes, é muito penoso e dificulta o processo de luto, pois, acompanham de perto todas as fases vivenciadas pelos pacientes terminais, quais sejam: negação, ira, barganha e aceitação, podendo conseqüentemente vivenciar alguns desses sentimentos.

Ainda de acordo com Shimizu (2007), durante seu tempo de atuação, o profissional da saúde encara diversos sentimentos de impotência, culpa, tristeza e medo, relacionados com o processo de morrer e morte, ficando frente a frente com algo que frequentemente não podem dominar. Nesse contexto, as ações de cuidar os pacientes neste processo podem acarretar em frustração, tristeza e lamentações referentes à perda daquele alguém com quem se acostumara a conviver.

Atualmente, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), sobretudo devido à existência de tecnologias modernas e sofisticadas, a morte é vista como um fracasso ou imperícia, e por isso deve ser escondida. Nessa perspectiva de compreensão, o triunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença na ignorância e no silêncio (SHIMIZU, 2007).

Outra situação que causa muita angústia e sofrimento aos enfermeiros é a necessidade de cuidar do paciente após a sua morte: realizar limpeza do corpo, desligar aparelhos, retirar sondas, tampar orifícios, vestir e transportar o corpo até a câmara mortuária. Por isso, muitos demonstram um distanciamento como forma de defesa contra o sofrimento gerado por esta atividade (SIMIZU, 2007).

Borges e Mendes (2012) referem que a discussão sobre a finitude da vida humana é imprescindível para compreender os sentimentos, os anseios, os medos e inquietações dos aprendizes e profissionais.

É possível através dessas discussões o desenvolvimento de condutas mais humanizadas dos profissionais de enfermagem para o processo de morte, despertando nos

enfermeiros a aceitação do ser mortal e da finitude humana, possibilitando a diminuição da tentativa de postergar o processo de morrer e morte por meio de excessiva e incessante utilização de tecnologias, que muitas vezes, ocorrem em função de que alguns profissionais da saúde, em seus comportamentos e atitudes costumam demonstrar um senso de constrangimento e culpa diante de pessoas que, entregues aos seus cuidados, acabam morrendo, apesar de todos os esforços empreendidos (LIMA; NIETSCHE, TEIXEIRA, 2012).

d) Poder amadurecer com a experiência

A morte digna do paciente não é referida como o momento no qual a vida acaba ou o coração para de bater, mas sim como um processo de transição que ocorre durante a hospitalização. Os enfermeiros participantes da pesquisa constroem cuidado e as estratégias baseadas na análise de suas ações e consequências decorrentes da vivência com o paciente morrendo e sua família, como se observa nos discursos a seguir.

Esse pouco tempo que tenho de experiência, que eu tive[...] eu já lidei com várias situações de morte[...]Mas, mesmo com isso, com toda essa frequência, a gente não consegue deixar de sentir a tristeza, a dor[...]Por mais que você trabalhe com aquilo, veja aquilo; mais você vai sentir sempre aquela tristeza, a dor[...]é um sentimento que é inevitável. (Artemis)

Você não pode mais do que Deus, então você tem que aprender a aceitar também. (Afrodite)

Sentimento de dor, tristeza, angústia, de perda e vazio muito grande[...]assim, você meio que [...]se acostuma com esse processo de morte. Mas, assim, você nunca deixa de sentir. (Hestia)

Shimizu (2007) destaca que alguns profissionais da saúde não conseguem compreender o significado da morte. Isso se deve ao fato de que a morte é um fenômeno causador de grande sofrimento, com o qual é muito difícil de lidar e que as pessoas têm dificuldades para aceitar. Outro fator que pode explicar esse fenômeno é que ao lidar com a morte dos pacientes, os profissionais de saúde fantasiam a sua própria morte.

Neste sentido, Borges e Mendes (2012) nos faz perceber que o contato constante com a morte angustia os profissionais enfermeiros profundamente, possivelmente porque retira as defesas produzidas durante toda a vida de negação da morte.

e)Reconhecer a morte

Reconhecer a morte e aceitá-la como um processo e não como uma doença, é um importante fator desencadeador da melhor relação entre o profissional, o paciente e seus familiares. Ao passo que vemos o paciente, seja criança, jovem ou idoso, como um ser social que produziu sua própria história, tendo crenças e opiniões constituídas; que construiu relações familiares e sociais; temos um grande instrumento para reconhecermos a morte como um processo natural, previsível e que, às vezes, não pode ser adiado. As falas citadas, a seguir, demonstram o reconhecimento do processo de terminalidade como uma das etapas em que o paciente se encontra.

Quando é um paciente já idoso, a gente sente a tristeza de ver aquele paciente morrer, mas[...]tem aquele sentimento, não é que seja alívio, na verdade é um descanso para ele. (Geia)

É aceitável um paciente com 90 anos, que já vem sofrendo, que já viveu o que tinha o que viver, que morreu com assistência, você aceita. É como se você ficasse conformado com aquela morte. (Hera)

Quando um paciente vem sofrendo muito, que chega a falecer, a gente até diz: “descansou”! (Selene)

Quando você pega um paciente oncológico[...]ele tá ali sofrendo e é até pecado você pedir para que aquele paciente vá, mas pelo sofrimento dele, você chega a pedir que ele descanse. (Afrodite)

A morte suscita diversos sentimentos nos enfermeiros participantes da pesquisa. Ao vivenciar a terminalidade do ser humano, o profissional pode perceber seu encontro com o outro, no momento da morte, como perda. O luto representado por esta perda é gerador de

sofrimento. Talvez a grande dificuldade em lidar com a morte advém do fato de que não se sabe, realmente, o que ela significa para o ser humano. O desconhecido que envolve a temática parece causar medo e angústia nos profissionais da enfermagem fazendo com que seja difícil participar deste processo (MOTA et al., 2011).

Alguns enfermeiros participantes da pesquisa utilizam como estratégia para minimizar seu sofrimento frente a este evento, a naturalização, pois a morte se faz presente no seu cotidiano. Conseguem falar e cuidar do paciente diante do processo de morte, elaborando, aos poucos, seus sentimentos e aprendendo a vivenciar este fenômeno de forma mais humanizada. Geralmente, os profissionais de enfermagem referem que cada membro da equipe apresenta diferentes reações frente à morte do paciente. Estas variam conforme suas vivências e valores pessoais e profissionais, assim como suas crenças religiosas (MOTA et al., 2011).

Nesse sentido, Shimizu (2007) realça que a morte de pacientes mais idosos ou com doenças terminais é mais aceita pelos profissionais de saúde, pois faz parte do percurso natural da vida. Mas que sentem dificuldades para lidar com a morte de crianças, levando em consideração que a morte precoce as impede de viverem as experiências do desenvolvimento das fases da vida.

Borges e Mendes (2012) expressam que é através da prática do exercício profissional que os enfermeiros se deparam, realmente, com a morte. Fato que inicialmente interfere no diagnóstico, tratamento e gestão humanizada dos cuidados oferecidos. Criando um entrave no estabelecimento de uma relação efetiva entre profissionais, pacientes e familiares.

O modo como a morte é sentida pode sofrer diferenciações conforme a idade do indivíduo inserido nesse evento. Os enfermeiros participantes da pesquisa sinalizam que a morte de crianças e pacientes jovens acarretam sentimentos mais dolorosos. Isso revela que entre os agravantes da percepção do sofrimento sobre a morte, destacam-se os aspectos relativos à faixa etária. Pois, quanto mais jovens forem os pacientes que morrem, mais traumatizante se torna esse acontecimento aos profissionais, muito mais ainda, em se tratando de crianças. Em decorrência, a maior angústia acontece porque a morte na infância interrompe o ciclo natural da vida e não permite desfrutar dos sonhos e esperanças futuras (LIMA; NIETSCHE; TEIXEIRA, 2012)

No estudo realizado por Souza et al. (2013) sobre a vivência de enfermeiros com morte de crianças, há uma representação da capacidade de enfermeiros reconhecerem a morte da criança como uma etapa da vida, ainda que esta tenha acontecido precocemente. Nesse sentido, os enfermeiros reconhecem o cuidado prestado à criança e deixam de sentirem-se responsáveis por sua morte, percebendo-a sob um ângulo positivo, como um momento de alívio, de descanso, de fim do sofrimento para a criança e todos que estavam à sua volta.

Conclui-se que para o enfermeiro, só é possível oferecer a morte digna quando se é capaz de ver a morte da criança com tranquilidade. Porém, nem sempre este ator social é capaz de aceitar a morte do paciente, pois se sente inseguro para interromper o tratamento. Assim, para lidar com sentimentos que surgem nesse processo da morte, tais como dor, sofrimento e insegurança, o enfermeiro se distancia da criança e acaba prolongando o processo de morrer. Nestas situações, o enfermeiro não se percebe sendo capaz de oferecer a morte digna.

Categoria 2 : Cuidar da família

Essa categoria relaciona-se à capacidade de o enfermeiro criar vínculos com o paciente e com a família, promovendo cuidados no âmbito emocional dos familiares de pacientes que vivenciam sua terminalidade e também à capacidade de o enfermeiro oportunizar que a família e o paciente permaneçam o maior tempo possível juntos.

Lima; Nietzsche; Teixeira (2012) ressaltam que a morte do paciente desperta no enfermeiro tristeza, ocasionada pelo rompimento do vínculo que havia sido estabelecido não só com o paciente, mas com seus familiares. Isso se justifica pelo fato dos enfermeiros estabelecerem uma relação de vínculo e confiança com pacientes e familiares durante o longo tempo de internação.

Nesse sentido, vale ressaltar as palavras de Kübler-Ross (2008) no tocante ao processo de finitude humana: “não mudou a morte, continuamos a morrer, o que mudou foi a forma de lidar com ela. Se, em outros tempos, o homem compartilhava seu processo de morte com familiares e amigos, hoje é isolado de todos”.

Assistir o paciente em processo de morte e morrer, não suscita atenção apenas para o paciente, mas, é igualmente importante apoiar, ouvir e orientar os familiares, a fim de propiciar um ambiente o mais acolhedor possível para os últimos momentos de vida do paciente.

a) Oferecer apoio e amparar

Os profissionais da enfermagem constituem a classe que está mais próxima do binômio paciente-família no processo de cuidar em saúde. Esse fato os torna potencialmente responsáveis pelo nível de qualidade com que os pacientes são tratados. Nesta conjuntura, observou-se que os enfermeiros participantes da pesquisa afirmaram que diante do processo de morte e morrer é necessário aliar as ações tecnicistas às atitudes de apoio, amparo, zelo e desvelo para com o paciente e para com a família, que vivenciam este fenômeno.

A enfermeira é a escolhida para estar amenizando aquela situação. Então a minha estratégia é sempre manter o equilíbrio, manter a calma. (Selene)

Tento dar o melhor de mim. Dar uma palavra de conforto à família. (Demeter)

Às vezes a gente se pergunta: “Será que a gente fez o suficiente para poder aliviar a dor daquele paciente que estava no leito no momento da morte?”

Você promover confiança tanto para o paciente quanto para a família. (Hestia)

Para Borges e Mendes (2012), a filosofia paliativista parte do princípio de que, se não for possível curar, sempre é possível cuidar. Assim, do silenciamento e da exclusão dos pacientes, o ideal paliativista confere voz e valoriza o desejo dos mesmos. Temos que, no modelo de morte contemporâneo o lema de ordem passa a ser que se você pode, apenas seja por alguns minutos, sentar-se ao lado dos seus pacientes e permitir-lhes falar sobre o que sentem, terá feito o bastante.

Estudos sinalizam que o que mais importa para os pacientes são os elementos vivos da base do núcleo cuidativo, ou seja, ser acolhido com responsabilidade e verdadeiro vínculo de afeto. O principal objetivo da abordagem paliativa é propiciar uma melhor

qualidade de vida para o doente e seus familiares. Os cuidados paliativos constituem uma modalidade terapêutica integrada e multidisciplinar e configura-se como uma tecnologia leve de alto impacto interpessoal que busca resgatar a humanização perdida nas modernas ações de saúde (BORGES; MENDES, 2012).

A morte digna só é possível quando o profissional tem capacidade de oferecer amparo, auxílio ao paciente e à família e está comumente associada a oferecer presença, escuta e carinho para os familiares (SOUZA et al., 2013).

b) Apoiar a relação paciente-família

Os discursos revelam a percepção dos enfermeiros com relação à necessidade do paciente e da família em ter o maior contato possível no processo de morte e morrer. Os enfermeiros participantes da pesquisa acreditam que para ser possível a morte digna do paciente, a família deve estar presente participando de todo o processo. Assim, o paciente consegue atravessar essa situação de maneira mais tranqüila e reconfortante, tendo uma morte digna. Acredita-se que em virtude da necessidade de hospitalização dos pacientes terminais, devido aos recursos tecnológicos precários ou por vezes inexistentes nos domicílios, os profissionais devam oferecer meios de suprir o mínimo de conforto que esse paciente teria em seu lar. Com os seus familiares, seus objetos, suas rotinas, sua história. É prudente proporcionar uma vivência do paciente em seus últimos momentos de vida com as pessoas e coisas que lhe são importantes, de acordo com as possibilidades oferecidas pela instituição de saúde.

Se o paciente quer ver a família, mas o hospital não permite, consigo deixar a família entrar. (Artemis)

O cuidado compartilhado entre os profissionais de saúde e os cuidadores/familiares deve ser estimulado e valorizado, especialmente naqueles casos em que o processo de adoecimento se estende por vários meses e até anos, nos quais a tranqüilidade conferida ao paciente, pela presença efetiva do familiar a seu lado, tem valor relevante, não devendo ser menosprezada (ALENCAR et al., 2005).

O paciente e seus familiares devem ser considerados como seres sociais e históricos, possuidores de crenças, valores, experiências de vida, medos, angústias, incertezas e expectativas e, por isso, devem ser respeitados, principalmente da vivência da situação de morte (ALENCAR et al., 2005).

Muitas vezes, inclusive, contata-se que os horários de visitas destinados a um paciente grave e/ou terminal apenas é flexibilizado à família e pessoas de suas relações afetivas quando ele já está em seu estágio final, quando ele não os reconhece mais, não consegue falar, está inconsciente ou sedado. Estes fatos provocam questionamentos sobre esta ocorrência, pois este modo de agir permite a despedida apenas dos familiares e não a do paciente, pois quando as visitas são liberadas, na maioria das vezes, este já não está mais em condições físicas de comunicar-se com a sua família e expressar seus desejos (ALENCAR et al., 2005).

A equipe de enfermagem dedica grande energia aos cuidados do paciente criticamente enfermo e pouca à família, que muitas vezes vive uma situação de crise pela hospitalização. Esse contato com os familiares ocorre de forma fragmentada, em curtos períodos, geralmente de visita ao familiar enfermo, e as intervenções são generalizadas e baseadas nas necessidades que a equipe entende que a família possui, e não nas reais necessidades de cada familiar. Estabelecer um vínculo com o paciente e, principalmente com sua família, mantendo uma comunicação efetiva, é um processo desafiador para a equipe de enfermagem, construindo passo a passo, e dia após dia (BRITO, 2004).

Shimizu (2007) realça que nos hospitais, a morte fria é verdadeira, pois os doentes morrem sozinhos, num ambiente desconhecido, com pessoas desconhecidas que falam uma linguagem difícil e no meio dos fios dos diversos equipamentos. Como já foi abordado é uma conduta esperada para a modificação desta realidade, a tentativa dos enfermeiros de permitir, ou tentar reduzir as barreiras de permissão, aos familiares uma relação mais próxima entre paciente e queridos no período que antecede sua morte.

Souza et al. (2013) destacam que um ponto importante é representado pela flexibilização e valorização por parte do profissional, em permitir o contato entre pacientes e familiares no processo de morrer. Proporcionar esta convivência para o paciente, dentro do contexto hospitalar, se configura em um cuidado importante para os enfermeiros participantes da pesquisa. O respeito à autonomia das famílias na execução de

procedimentos e condutas, em seus desejos e posições sobre a vida e a morte do paciente deve ser considerado. Dessa forma, as condutas não se baseiam unicamente nas opiniões da equipe ou desejo da equipe.

No que se diz respeito aos direitos adquiridos pelos pacientes temos: a Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) que ampara crianças e jovens com até 18 anos de ter o direito a acompanhante, bem como os pacientes com mais de 65 anos, que acobertados pela Lei 10.741\03 da Presidência da República (BRASIL, 2003). Devendo os estabelecimentos de atenção à saúde proporcionar condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis. Cabe lembrar que a permanência do acompanhante tem como principal objetivo apoiar emocionalmente o paciente. O enfermeiro deve estar apto a receber o paciente e sua família, promovendo um vínculo efetivo que vise uma assistência individualizada e de qualidade, minimizando a dor e o sofrimento de todos durante sua permanência na unidade de saúde. A promoção de uma interação efetiva com a família do paciente é um passo difícil de ser estabelecido na íntegra, pois envolve treino, consciência e vontade (BRITO, 2004).

Um ponto crucial que o enfermeiro deve desenvolver para estabelecer uma relação com a família é saber ouvir o outro; dar mais oportunidade para o familiar expor suas idéias, seus medos e pensamentos, se possível sem limitá-lo e demonstrando atenção; se necessário, pontuando os assuntos que deseja abordar, delicadamente. Podem também se utilizar de dicas para se convencer verbalmente: ser específico quando transmitir um dado – compartilhar dificuldades e experiências vividas; ouvir com atenção e pedir opinião – dar espaço para o outro se expressar; não ocultar opiniões – explicar de maneira simples; elogiar com sinceridade e objetividade – refletir sobre as críticas recebidas, evitando ignorá-las ou dar desculpas (BRITO, 2004).

Categoria 3 : Oferecer conforto físico

Para os enfermeiros participantes da pesquisa, não é possível o paciente ter uma morte digna se estiver com sofrimento físico. Desse modo, o oferecimento de conforto físico ao paciente é representado pelas ações do enfermeiro na busca da melhora de sintomas que possam estar causando sofrimento físico. Para oferecer conforto físico, os

enfermeiros participantes da pesquisa buscaram estratégias farmacológicas ou não farmacológicas que cessem ou, pelo menos, aliviem a dor física do paciente para que seu sofrimento seja o menor possível. Nesse sentido, o profissional tem como referência os princípios utilizados nos cuidados paliativos (SOUZA et al., 2013).

Quanto mais se conhece a respeito do paciente, maior é a possibilidade de empatia e maior a compreensão de suas necessidades. Frente ao paciente em processo de morte e morrer, os profissionais podem realizar cuidados que possibilitem diminuir sua dor física e seu sofrimento, identificando e atendendo suas necessidades e desejos, favorecendo sua maior proximidade com seus familiares, garantindo que vivam as fases finais de suas vidas com dignidade (MOTA et al., 2011).

a) Proporcionar conforto

Cuidar de um paciente terminal e proporcionar conforto para uma morte menos dolorosa, implica para a enfermagem, ações que promovam o melhor conforto possível ao paciente durante sua permanência no serviço de assistência. Tais ações devem ser individualizadas para cada paciente, no intuito de atender suas necessidades. Quando se faz referência ao conforto físico trata-se sobre favorecer ambiente agradável, higienizado, com iluminação e ruídos controlados, garantindo a preservação da privacidade do paciente. Manter o paciente higienizado, mudar o decúbito, supervisionar oxigenação, controlar a dor, administrar medicações e dieta, controlar eliminações e excretas, assim como ajustar horários de sono e repouso são intervenções que proporcionam conforto. No entanto, tocar, sentir, ouvir, orientar, favorecer convivência entre paciente e familiares compreendem uma excelente ferramenta de promoção ao conforto, para o que paciente tenha os seus últimos dias de vida em paz. Nesta perspectiva vale ressaltar as falas dos participantes da pesquisa.

É promover o máximo de conforto possível para que aquela pessoa tenha os últimos momentos assim...confortável. (Hera)

É você proporcionar o máximo de conforto possível pra o paciente, em termos de medicação [...], de assistência. (Geia)

Dar o remédio na hora certa[...], mudar a posição. Tratar o paciente como se fosse um familiar da gente. (Zeus)

É importante ressaltar a importância do toque e do contato físico para pessoas gravemente enfermas. O toque físico resgata a possibilidade de nossa humanidade, do nosso corpo e das sensações. A importância dessa prática, principalmente para os pacientes sem possibilidades de cura, que estão mais suscetíveis ao sofrimento em decorrência do processo de mal prognóstico da doença.

O toque favorece sensações agradáveis, de contato e acolhida do corpo. Esses pacientes, muitas vezes, se sentem estranhos a si mesmos, como se tivessem perdido seus referenciais conhecidos há tantos anos. Olhar e tocar o paciente pode confirmar que ainda está vivo e está sendo reconhecido. A menção a esse corpo, ou a partes preservadas, pode oferecer ao paciente a sensação de ainda ser pessoa e estar vivo. (HENNEZEL, apud KOVÁCS, 2009).

Categoria 4 : Valorizar o cuidado humanizado

Cuidado humanizado trata-se de um atendimento que aborda o ser como um todo, em seus variados aspectos e singularidades. Além disso, permitir e apoiar a relação entre paciente e família se configura como um aspecto fundamental, na medida que valoriza o que é importante para o paciente naquele momento (SOUZA et al., 2013).

Para Souza et al. (2013) o envolvimento emocional e a formação de vínculos possibilitam relações de maior confiança entre o paciente, família e enfermeiro. O profissional percebe que, dessa maneira, o tratamento e os cuidados oferecidos para o paciente e família tornam-se mais eficazes e menos dolorosos.

Para que o cuidado se desenvolva de forma integral e humanitária, o enfermeiro deve atender às necessidades de seus pacientes e de seus familiares, interagindo com eles, resolvendo problemas, apontando soluções, propiciando melhora da sua condição de saúde, ou proporcionando uma morte digna e com serenidade (ALENCAR et al., 2005).

a) Oferecer cuidado holístico

A atenção dispensada ao paciente deve ocorrer de forma holística, abordando aspectos que vão além dos fatores físicos, ou seja, o profissional deve priorizar a importância de promover cuidados psicossociais, espirituais e emocionais ao paciente e sua família. Para os enfermeiros participantes da pesquisa, não é possível uma morte digna do paciente sem abranger também o cuidado à sua família.

Mesmo que a pessoa no momento não esteja consciente da situação, você demonstra pra aquele paciente que ele não é um corpo em cima de uma cama. É um ser humano [...]é você entender a dor [...]enquanto estiver respirando, que você possa promover pelo menos uma morte mais tranquila pra aquela pessoa. (Atena)

É você proporcionar uma palavra, saber que ele pode contar com você como profissional. Por mais que você se ausente, mas você deixa bem claro que você está disponível, não só no seu horário. (Têmis)

Acho que tenta-se prestar a melhor assistência ao paciente independente do estado de consciente dele. Quando o paciente está consciente, tento manter um diálogo para que seja mantido um vínculo de confiança e de certa forma manter viva alguma forma de esperança. (Apolo)

A gente nota que quando a gente chega lá, pega na mão, eles até melhoram por alguns minutos. (Afrodite)

Só em você não ser indiferente já é muita coisa. (Hestia)

Se ele tem sobrevida, eu tenho que cuidar dele. (Artemis)

Abrir o canal de comunicação entre o enfermeiro e paciente, significa valorizar as dúvidas e questões dos pacientes, permitindo que falem, perguntem e esclareçam aspectos obscuros para eles. É importante também que o profissional esclareça e explique procedimentos e condutas a serem seguidas. Para que a morte digna ocorra, o enfermeiro acredita que é sua obrigação proporcionar a comunicação com o paciente e, para isso ele deve saber abordar o paciente e identificar o que eles querem dizer com suas falas (SOUZA et al., 2013).

Shimizu (2007) retrata que ao longo da trajetória profissional, tem sido uma preocupação a humanização do processo de morrer nas UTIs, criando-se espaços para melhorar a qualidade de processo de morrer dos sujeitos ali internados.

No entanto, a rotina diária tende a inibir a percepção dos profissionais, levando a uma maior valorização do fisiológico e a uma exclusão do ser psicossocial e psicobiológico, o que não pode ocorrer, pois estas facetas não são autônomas; e como profissionais devemos considerar o seu todo, ou seja, como a pessoa se comporta, o que ela sente e pensa (BRITO, 2004).

É importante compreender a morte como processo, e não apenas como um resultado final, um fim, pois se o paciente sem possibilidades de cura for considerado como um ser social e histórico, com crenças e valores próprios, que está inserido em um contexto familiar e social, cuidá-lo, nestes momentos críticos, é buscar entendê-lo, ouvi-lo, respeitá-lo. Nesse processo, devem ser consideradas suas manifestações verbais e não-verbais, pois elas traduzem, muitas vezes, desagrado, raiva, medo, ansiedade, expectativas, frustrações, dentre outros sentimentos. É importante, também, garantir a presença dos familiares e significantes, conforme o desejo do paciente, procurando inseri-los no processo de cuidar e ser cuidado, de modo compartilhado com a equipe de saúde (ALENCAR et al., 2005).

FONTE: Google Imagens, 2013.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte é um processo natural e pode ser considerada como uma das poucas certezas que a nossa humanidade detém. Contudo, o medo de nos distanciarmos das pessoas e coisas as quais amamos, nos impulsiona, desde a mais tenra idade, a ignorarmos a sua existência. Vivenciar o processo de morte provoca na pessoa diversos sentimentos traumáticos, como tristeza, revolta e desespero. Sentimentos estes que provocam um processo incapacitante de promovermos um cuidar adequado em saúde. Neste sentido, desenvolvemos este trabalho com o intuito de compreender a percepção de enfermeiros sobre o processo de morte e o morrer. A análise das representações dos enfermeiros participantes da pesquisa resultou na construção das seguintes categorias temáticas: **1 “Aprender a lidar com a morte”, 2 “Cuidar da família”, 3 Oferecer conforto físico” e 4 “Valorizar o cuidado humanizado”.**

A categoria “Aprender a lidar com a morte”, os enfermeiros participantes da pesquisa expressaram que a morte significa algo que finaliza a existência humana e, por consequência, a ocorrência desse evento desperta nesses atores sociais sentimentos de impotência, tristeza e ansiedade, tanto ao nível de experiência profissional como ao nível pessoal. Esses sentimentos aos poucos vão sendo amenizados pela experiência adquirida no tempo de serviço.

Outra questão muito importante levantada por este estudo é que, ao longo da graduação, a maioria dos enfermeiros não teve nenhuma disciplina que contemplasse o tema morte com a ênfase necessária, diante de sua grande complexidade e magnitude. Essa deficiência refletiu na dificuldade que os mesmos possuíram ao se deparar com situações de morte de pacientes durante o exercício profissional.

As categorias “Cuidar da família”; “Oferecer conforto físico” e “Valorizar o cuidado humanizado” realçaram que há uma imensa dificuldade em atuar na assistência a pacientes terminais, devido ao fato de terem que atender a necessidade não apenas do paciente e suas limitações, mas também, dos seus familiares. Em muitos casos, para atenderem as exigências das instituições, devem restringir o contato entre o binômio paciente-família. Porém, a sensibilidade intrínseca, soa fortemente destruindo os obstáculos e permitindo que o paciente desfrute dos seus últimos momentos de vida ao lado dos que o amam.

Nesse sentido, os enfermeiros participantes da pesquisa utilizam inúmeras formas para proporcionarem um melhor conforto físico ao paciente em processo de morte, com a intenção de reduzir os desconfortos e promover uma morte digna.

Os enfermeiros também enfatizaram a necessidade de desenvolver no seu cotidiano uma rotina de valorização dos pacientes assistidos. Tendo em vista que o atendimento a estes pacientes pressupõem muita disposição física, emocional e espiritual. Assim, exercitariam a renovação do desejo de cuidar, possibilitando uma assistência holística e humanizada.

O presente estudo trouxe uma importante contribuição para a enfermagem contemporânea. Tendo em vista, que mesmo existindo importantes nomes relacionados aos estudos sobre a morte e o morrer, a cada dia encontramos mais dúvidas sobre como nos portarmos enquanto profissionais. Necessitando que novas pesquisas sejam produzidas, na tentativa de conseguirmos responder as indagações da nossa alma, de sanarmos as carências que temos, quando tratamos das nossas limitações relacionadas ao cuidar para a finitude e melhorarmos a nossa capacidade de nos doarmos, ao assistimos.

Entendemos que não se deve colocar toda a responsabilidade no processo de formação da graduação, pois acreditamos que seja necessário repensar o processo de formação familiar e o processo educacional, este último desde o ensino fundamental e médio. Entretanto, entendemos que a academia deva assumir o papel de (trans)formador de sujeitos pensantes e reflexivos, bem como prover condições para o estudante vivenciar a prática da assistência diante do processo do morrer. Sugerimos a criação de grupos de discussões sobre tanatologia, que levem aos discentes subsídios teóricos para o exercício de suas atividades, que o habilitem gradativamente para essas situações de morte, com novas perspectivas quanto à sua futura profissão e formação permanente.

Este estudo contribuiu para ampliar a compreensão do cuidado no processo de morte e morrer, permitindo avançar na postulação de um quadro teórico que contemple a integração de saberes e ações que constituem uma assistência integral, transcendendo o atendimento de necessidades apenas clínicas e biológicas nas situações que envolvem o cuidado do paciente no processo de morrer.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S. C. S. et al. Finitude humana e enfermagem: Reflexões sobre o (dês)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. **Fam. Saúde Desenv.** v. 7, n. 2, p.171-80, 2005. Disponível em:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/search>. Acesso em: 21 de ago 2013

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ÁRIES, P. **História da morte no ocidente**: da Idade Média aos dias atuais. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70, 2004.

BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil.

Rev Latino-am.enfermagem. v. 7, n. 3, p. 87-93, 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13480.pdf>. Acesso em 20 ago 2013.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Apreendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista **Eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, v.2,n.1, p.68-80, 2005.

BOUSSO, R. S.; POLES, K. **A comunicação e relacionamento colaborativo entre profissional, paciente e família**: abordagem no contexto da tanatologia. . In: SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/>. Acesso em: 22 jul 2013.

_____. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BRITO, Cândida Márcia. O tempo do enfermeiro com a família da unidade de terapia intensiva. In: SILVA, Maria Júlia Paes. (Org.). **Qual o tempo do cuidado**: humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola, 2004.

_____. **Estatuto do idoso** : Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. 5. ed. Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.169 p.(Série legislação, n. 51). Disponível em:< http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/763/estatuto_idoso_5ed.pdf>. Acesso em: 9 set 2013.

CAPPELLE, M.C.A; MELO, M.C.O.L; GONÇALVES, C. A. Análise de conteúdo e análise do discurso nas ciências sociais. Organizações Rurais e agroindustriais. Minas Gerais, v.5, n.2, p.2003.

CASSORLA, R. M. S. **A negação e outras defesas frente à morte**. In: SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

CHIZZOTTI, A. Pesquisas em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/07 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, fev.2007. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 23 ago 2013.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: Revelação dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-am. Enferm.** v, 13, n, 1, p. 151-157, 2005.

FRANCO, M. H. P. **Luto como experiência vital**. In: SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: Um estudo quantitativo. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v, 40, n, 1, p. 34-40, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v42n1/05.pdf>. Acesso em: 23 ago 2013.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Ediuoro, 2004.

_____. **Educação para a morte**. In: SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LIMA, M. G. R.; NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, J. A. Reflexos da formação de acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. **Rev. Eletr. Enferm.** v, 14, n, 1, p. 181-188, 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a21.pdf. Acesso em: 21 jul 2013.

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

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOTA, M. S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 1, p. 129-35, 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br> Acesso em: 21 de ago 2013.

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

- OLIVEIRA, W. I. A.; AMORIM, R. C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.** v.29, n.2, p.191-8, 2008. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5580/3191> Acesso em: 12 dez 2012.
- NOGUEIRA, A. C. et al. Responsabilidade civil por danos decorrentes de pesquisas científicas com seres humanos. **Rev Curso de Direito da UNIFACS.** n.142, p.1-16, 2012.
- PAIVA, L. E. **O médico e a sua relação com o paciente diante da morte.** In: SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.
- PENHA, R. M. **Finitude e terminalidade:** um novo olhar sobre as questões da morte e do morrer em enfermagem. . In: SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.
- PESSINI, L. **Distanásia:** até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.
- PINHO, L. M. O.; BARBOSA, M. A. A morte no cotidiano de docentes de enfermagem. **Rev Enferm. UERJ.** v.16, n.2, p.243-8, 2008. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a17.pdf> Acesso em 12 dez 2012.
- RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 34ª ed .Petrópolis: Vozes, 2007.
- SADALA, M. L.; SILVA, F. M. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** v.43, n.2, p.287-94, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a05v43n2.pdf> Acesso em 12 dez 2012.
- SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Bioethikos.** v. 3, n. 1, p. 77-86, 2009. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/.../77a86.pdf>. Acesso em : 21 de ago 2013
- SANTOS, F. S. **Tanatologia** – A ciência da educação para a vida. In: SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.
- SANTOS, F. S. **Conceituando morte.** In: SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.
- SANTOS, J. L.; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Rev Esc Enferm USP.** v, 45, n.1, p.272-6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/38.pdf> Acesso em 12 dez 2012.
- SCHLIEMANN, A. L. **Aprendendo a lidar com a morte no ofício do profissional da saúde.** In: SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.
- SILVA, J. L. L. A importância do estudo da morte para profissionais

de saúde. **Rev Técnica-Científica Enferm.** v, 3, n, 12, p. 363-74, 2005. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/jorge/morte.pdf>. Acesso em: 26 ago 2013.

TAKAHASHI, C. B. et al. Morte: percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde.** v.15, n.3, p.132-8, 2008. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN295.pdf Acesso em 12 dez 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A-

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa intitulada **“A morte e o morrer na percepção de profissionais de saúde,”** cujo objetivo é compreender a percepção de profissionais de saúde sobre o processo de morte e morrer no seu cotidiano, está sendo desenvolvida por Celina Laura silva Oliveira, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Prof^a. Ms. Glenda Agra.

Para a realização desta pesquisa sua participação é muito importante, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

Solicitamos a sua autorização para gravar a entrevista através de um aparelho MP3. A entrevista constará de algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Cuité, ____/____/____

Pesquisador colaborador

Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa

Pesquisador Responsável: Glenda Agra

Endereço: Olho D'Água da Bica, s/n Cuité – PB CEP – 58175-000 Fone: 3372-1900

Endereço residencial: Rua Nicola Porto, 251 – Manaíra – João Pessoa/PB – CEP58038-120

Fone: 3226-4721 / 9924-9499

Pesquisador colaborador: Celina Laura Silva Oliveira

Endereço: Rua Felinto Florentino, 834 – Centro – Nova Floresta/PB CEP: 58178-000

Fone: 83-9943-3311

RG 001.823.094SSP/RN

CPF 049.882.954-51

MAT: 507220065

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Centro de Ciências da Saúde

Endereço: Castelo Branco, SN

João Pessoa/PB – CEP

Fone:

**APÊNDICE B –
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Sexo:

Religião:

Idade:

Tempo de serviço:

Tempo de formação:


Titulação:

- 1.O que você entende por morte?
- 2.Quais os sentimentos são desencadeados no momento da morte de um paciente?
- 3.Fale sobre as dificuldades encontradas durante a assistência a um paciente no processo de morte.
- 4.Fale sobre as estratégias que você utiliza com o paciente durante o processo de morte.

ANEXOS

ANEXO A –

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE
CUITÉ- PB**

**SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL DE CUITÉ -
PB**

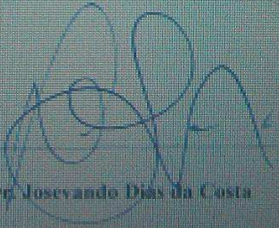
Rua 15 de Novembro, 160 – Cuité – CEP 58175-000

Fone: 3372-2240 – CNPJ 114046740001/78

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, **Josevando Dias da Costa**, Diretor do Hospital e Maternidade Municipal de Cuité-Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “ **O processo de morte e morrer na percepção de enfermeiros**”, que será realizada neste Hospital, da referida Secretaria no período de Março de 2013, com abordagem qualitativa, tendo como pesquisadora responsável a Professora Mestre Glenda Agra e colaboradora, a acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, Celina Laura Silva Oliveira

Cuité, 28 de Janeiro de 2013.



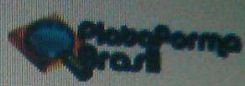
Dr. Josevando Dias da Costa

RG 785148PB
CPF 277.382.574-49
Diretor do Hospital e Maternidade do Município de Cuité/PB

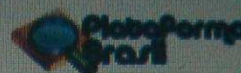
Josevando Dias da Costa
Diretor do Depto Administrativo
Hospital Municipal de Cuité

ANEXO B –

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: O PROCESSO DE MORTE E O MORRER NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS	
Pesquisador: Glenda Agra	
Área Temática:	
Versão: 1	
CAAE: 12598613.5.0000.5188	
Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 228.422	
Data da Relatoria: 18/03/2013	
Apresentação do Projeto:	
Trata-se de uma pesquisa de cunho quanti-qualitativo, que por um lado, possui caráter exploratório, fundamentado nas Interações Interpessoais, de onde surgem aspectos subjetivos de determinadas situações, e por outro, apresenta caráter dimensional do universo pesquisado, considerando que a compreensão dos fatos se dá através da relação entre variáveis, onde os dados são colhidos por meio de questionários, garantindo a uniformidade no entendimento e organizando os resultados de uma forma mais unificada.	
Objetivo da Pesquisa:	
Objetivo Primário:	
Compreender o significado da morte e do morrer na percepção de enfermeiros.	
Objetivo Secundário:	
Investigar as sobre as dificuldades encontradas durante a assistência a um paciente no processo de morte	
Avaliação dos Riscos e Benefícios:	
Riscos:	
Esta pesquisa não apresentará nenhum risco aos enfermeiros participantes da pesquisa.	
Benefícios:	
Considera-se relevante esta pesquisa, pois é uma forma de possibilitar aos profissionais enfermeiros que desenvolvam o autoconhecimento e	
Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N Barro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900 UF: PB Município: JOÃO PESSOA Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticacep@ccs.ufpb.br; alanemduarte@hotmail.com	

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Intervenções que auxiliem assistir o paciente diante do processo de morrer, minimizando o seu próprio sofrimento psíquico, auxiliando no desenvolvimento de estratégia coletiva de enfrentamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa relevante, o pesquisador vai investigar o enfrentamento da morte e a percepção do profissional de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos solicitados pelo CEP, estão presente no projeto. Certidão de aprovação, Instrumento de coleta de dados, Folha de rosto, Termo de Anuência, Cronograma, orçamento e TCLE.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

o projeto bem estruturado, metodologia bem defendida atendendo as exigências do CEP considerado aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JOAO PESSOA, 25 de Março de 2013

Assinador por:

Elane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

UF: PB

Telefone: (81) 3216-7791

Município: JOÃO PESSOA

Fax: (81) 3216-7791

CEP: 58 051-900

E-mail: elane@ccsa.ufpb.br; elanemduarte@hotmail.com