



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ELAINE GUEDES FONTOURA

**SENTIDO DA VIDA: VIVÊNCIAS DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA
NO PROCESSO DE MORTE E MORRER**

SALVADOR
2013

ELAINE GUEDES FONTOURA

**SENTIDO DA VIDA: VIVÊNCIAS DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA
NO PROCESSO DE MORTE E MORRER**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem, Área de concentração Gênero, Cuidado e Organização dos Serviços de Saúde, na linha de pesquisa O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Darci de Oliveira Santa Rosa

**SALVADOR
2013**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de
Saúde, SIBI - UFBA.

F684 Fontoura, Elaine Guedes
Sentido da vida: vivências dos cuidados de enfermeiros à
pessoa no processo de morte e morrer/ Elaine Guedes Fontoura.
– Salvador, 2013.
237 f.
Orientadora: Prof^a Dr^a Darci de Oliveira Santa Rosa.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola
de Enfermagem, 2013.

1. Enfermeiro. 2. Cuidado. 3. Morte. 4. Morrer. 5. Sentido.
I. Santa Rosa, Darci de Oliveira. II. Universidade Federal da
Bahia. III. Título.

CDU 616-083

ELAINE GUEDES FONTOURA

SENTIDO DA VIDA: VIVÊNCIAS DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", na linha de pesquisa O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aprovada em 28 de fevereiro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Presidente

Darci de Oliveira Santa Rosa *Darci de Oliveira Santa Rosa*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

1º Examinador

Thiago Antonio Avellar de Aquino *Thiago Antonio Avellar de Aquino*
Doutor em Psicologia e Professor da Universidade Federal da Paraíba

2º Examinadora

Maria Lúcia Silva Servo *Maria Lúcia Silva Servo*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

3º Examinador

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho *Carlito Lopes Nascimento Sobrinho*
Doutor em Medicina e Professor da Universidade Estadual de Feira de Santana

4º Examinadora

Maria do Rosário de Menezes *Maria do Rosário de Menezes*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

1º Suplente

Therezinha Teixeira Vieira *Therezinha Teixeira Vieira*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

2º Suplente

Josicélia Dumêt Fernandes *Josicélia Dumêt Fernandes*
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo,

Ao Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Ao colegiado de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências.

Ao hospital geral Cleriston Andrade.

Aos colaboradores do estudo.

DEDICATÓRIA ESPECIAL

Dedico este trabalho com todo o meu amor,

Aos meus pais pelo carinho, atenção, incentivo sempre e o privilégio de ter convivido uma vida inteira com vocês que me ensinaram o caminho da retidão e por serem responsáveis pela formação do meu caráter e às minhas irmãs por compartilharmos momentos da vida juntas.

Sem vocês nada disso seria possível.

Amo vocês!

À minha filha, Luine Marie pela minha ausência neste período de doutorado, agradeço a Deus por ter você como filha, você é uma benção de Deus, Te Amo!

Ao meu marido e colega de profissão Cristiano Ribeiro Costa,

Pelo companheirismo e compreensão da minha ausência.

Por ajudar-me a alcançar mais esta vitória. Te amo!

AGRADECIMENTOS

À Deus por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida, iluminando e guiando meus passos.

Ao Professor, Doutor Thiago Antonio Avellar de Aquino, por ter aceitado participar da banca. E compartilhar dos seus conhecimentos valiosos e contribuições. Muito obrigado!

À Professora, Doutora Maria Lúcia Silva Servo, exemplo de profissional dedicada a enfermagem, por ter aceitado participar da banca e suas contribuições valiosas e sugestões fundamentais na construção da tese.

Ao professor, Doutor Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, pela sua disponibilidade, seus ensinamentos, sugestões e contribuições que ajudaram na construção da tese.

À professora, Doutora Maria do Rosário de Menezes pelos ensinamentos, sugestões e contribuições.

À professora Therezinha Teixeira Vieira, por ter aceitado participar e pelas suas valiosas contribuições.

À professora Josicelia Dumê Fernandes, por ter participado do exame de qualificação II.

À Hayana Leal Barbosa amiga muito obrigado pela confiança no meu trabalho e pela ajuda para que eu conseguisse conciliar o trabalho e os estudos. Jamais esquecerei. Valeu!

Ao professor Heraldo Morais, Diretor da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Muito obrigado!

Ao Reitor da Universidade Estadual de Feira de Santana, professor José Carlos Barreto, pelo apoio favorável e liberação para o crescimento profissional.

Ao Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Colegiado de Enfermagem, e Área de Saúde do Adulto e do Idoso, pela liberação para realização do curso de doutorado em especial à professora Anna Cristina Gonçalves, pela liberação para término do estudo.

Ao Grupo de pesquisa Educação, Ética e Exercício da Enfermagem (EXERCE) pelos anos construindo e dividindo saberes. Especialmente a Ricardo Evangelista, Luiz Gomes e aos bolsistas do PIBIC.

Às colegas do doutorado Rosana Maria de Oliveira Silva, Juliana Bezerra do Amaral, Mary Gomes Silva, Maria da Conceição Costa Rivemales e especialmente à Claudia Geovana da Silva Pires, pela companhia nas aulas e amizade.

Aos colegas da Kombi de Feira pela amizade, companhia e troca de experiência nas viagens Aisiane Cedraz Morais, Aline Silva Gomes Xavier, Aline Soares de Lima (Aline Paraíba), Michele de Santana Xavier, Kátia Santana Freitas, Ana Clara Barreiros, Evanilda de Carvalho, Luciano Marques, Marluce Alves Nunes Oliveira, Rita de Cássia Rocha Moreira, Rosana Melo, Roberta Rodrigues Ferraz dos Santos, Silvone Santa Barbara da Silva Santos e Silvia Passos.

Agradecimento especial à Marluce Alves Nunes Oliveira, amiga, colega de trabalho, companheira de doutorado e de orientação, discussão nas viagens, nos estudos, nos conselhos, meditações, desabafos e que se mostrou uma grande amiga me acolhendo na sua casa, muito obrigado!

À Katia Santana Freitas e Rita de Cássia Rocha Moreira pela amizade, companheirismo e troca de experiências neste curso de doutorado. Gosto muito de vocês.

Às colegas da Disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso II especial à amiga Rosângela Barros de Andrade, Tânia Moreira, Denise Miranda, Evanilda de Carvalho, Antonio Carlos Estrela e Marinalva da Silva Carneiro obrigado pela força, amizade e apoio na liberação.

Aos meus alunos, que juntos aprendemos a construir, desconstruir e descobrir novos caminhos para cuidado de enfermagem, com quem me despertou para o estudo do tema.

Aos colaboradores desta pesquisa, Acácia; Azálea; Camélia; Cravo; Violeta; Gardênia; Girassol; Hortência; Jasmim; Lírio; Lótus; Margarida; Orquídea; Rosa por aceitarem participar ajudando na construção da tese.

Aos colegas do hospital Geral Cleriston Andrade especialmente a Marivalda, Sonia Leite e Gisa coordenadoras de Enfermagem, Vera Lúcia supervisora de Enfermagem e as coordenadoras da UTI Milena, Heide, Itayani, Lizandra e especialmente à Patrícia do Centro de Educação Permanente pela colaboração nos encaminhamento para liberação das minhas atividades do hospital.

Aos funcionários, colegas e amigos da UTI-2 do HGCA que sempre estavam presentes perguntando sobre a pesquisa e quando retornaria as minhas atividades normais no trabalho. Especialmente à Joselina Falcão muito obrigado pela ajuda, amizade, coleguismo e disponibilidade sempre.

Aos articuladores Cristiano, Sanmara, Sebastião, Daiane, Joana, Valdenia, Érica, Denise, Eujcely, Maria Vitória, Fernanda e Claudia da disciplina estágio supervisionado II da Faculdade de Tecnologia e Ciências pela compreensão das minhas ausências no estágio durante o doutorado.

A bibliotecária Graça Simões pela revisão da tese e do exame de qualificação, e a professora Maria Conceição pela revisão do português. Muito obrigado!

Ao nursing club por poder compartilhar momentos de lazer e descontração com as amigas Evanilda, Silvone, Rosangela, Silvia, Andreia, Vera Patrícia, Norma, Wedja, Aline, Gorete e Zaneti.

Agradeço à todos aqueles que de alguma forma me ajudaram na construção deste estudo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Doutora Darci de Oliveira Santa Rosa

Por ter me acompanhado na construção desta Tese com sabedoria, paciência, Ética, responsabilidade, compromisso, incentivo em cada desanimo, amizade, pelo seu jeito humilde, compreensivo, paciente, carinhoso, sábio de acolher a todos e por ter despertado em mim os caminhos da fenomenologia e da logoterapia. Agradeço a Deus todos os dias por ter o privilégio de poder desfrutar do seu conhecimento, companhia, compromisso, responsabilidade e competência.

Você é um ser humano especial.

Um ser de luz!

Encontrei o significado da minha vida, ajudando os outros a encontrarem sentido em suas vidas. O homem deve estar consciente de que sua missão é viver uma vida plena de sentido, e dar respostas transcendentais a cada situação. Pode ser despojado de tudo, menos da liberdade de decidir que atitude tomar diante das circunstâncias. E pode dizer sim a vida, independente de tudo.

Viktor Emil Frankl

FONTOURA, Elaine Guedes. **Sentido da vida:** vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer. Tese [Doutorado]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

RESUMO

Os enfermeiros vivenciam no cotidiano do cuidado, o processo de morte e morrer e o sofrimento das pessoas sob seus cuidados. Este estudo objetivou compreender como os enfermeiros vivenciam o sentido da vida ao cuidarem de pessoas no processo de morte e morrer. Utilizou-se o referencial do cuidado no processo de morte e morrer e a Análise Existencial de Viktor Emil Frankl. O projeto n. 31/2010 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Os colaboradores foram: um enfermeiro e treze enfermeiras que atuavam na clínica médica e unidade de pacientes de longa permanência de um hospital geral, público, em Feira de Santana-Bahia. A coleta foi realizada de dezembro de 2010 a março de 2011, utilizando a entrevista fenomenológica com uma questão de aproximação: Você já vivenciou alguma situação de morte durante a prestação de cuidados? E duas norteadoras: Fale-me sobre essa experiência. Como você apreende o sentido da vida nessa vivência dos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer? Desenvolvido em duas etapas: a do método fenomenológico fundamentado em Martins e Bicudo com descrição, redução e compreensão do fenômeno através da análise ideográfica e nomotética. Estas possibilitaram construir três categorias empíricas: Vivenciando o sofrimento com o outro ao prestar cuidados à pessoa no processo de morte e morrer; Vivenciando a finitude, o vazio existencial e a culpa diante da morte dos pacientes; Vivenciando os valores franklianos durante a formação do ser enfermeiro e do sentido ao cuidar da pessoa em finitude da vida. Compreendi que a dor e o sofrimento estão presentes nos pacientes, familiares, e enfermeiros que criam vínculo com estes; que há necessidade de mudanças na atitude dos enfermeiros e na política institucional; há dificuldade de lidar com a morte como um processo natural do viver. Eles vivenciam a culpa diante da escassez de recursos humanos e materiais para o cuidado a vida do paciente. Os enfermeiros recomendam discussões sobre o tema na graduação. Essa vivência e reflexões sobre os cuidados revelam o vazio existencial, a impotência diante da morte e a transformação do sentido de suas vidas. Na segunda etapa foi aplicado o método da prática baseada em evidências proposta por Larrabee em seis casos revelados pelos enfermeiros. Estes desvelaram a tríade trágica e a construção do otimismo trágico e do sentido da vida. Compreendi que os enfermeiros evidenciaram a tríade trágica na dor e sofrimento com o outro na vivência do cuidado; em situações que demandam atitude, compromisso e responsabilidade com a vida do outro emerge o sentimento do dever cumprido; o medo da morte durante na prestação dos cuidados em finitude da vida aproxima o enfermeiro dos pacientes em processo de morte e morrer. Em síntese, os enfermeiros vivenciam a tríade trágica: sofrimento, culpa e morte no cotidiano do cuidado à pessoa no processo de morte e morrer; é através do otimismo trágico: fé, amor e esperança que ele constrói o sentido para uma prática responsável.

Palavras-chave: Enfermeiro. Cuidado. Morte. Morrer. Sentido.

FONTOURA, Elaine Guedes. **Meaning of life**: experiences of nurses' care to the person in the process of death and dying. Thesis [Ph.D.]. School of Nursing, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

ABSTRACT

Nurses experience in daily care, the process of death and dying and suffering of people under their care. This study aimed to understand how nurses experience the meaning of life once they take care of people in the process of death and dying. It was used the benchmark of care in the process of death and dying and Existential Analysis Viktor Emil Frankl. The project n. 31/2010 was approved Committee Ethic School Nursing Universidad Federal da Bahia. The collaborators were: a male nurse and thirteen female nurses that work in medical center and unit of long-stay patients in a general hospital, public in Feira de Santana, Bahia. The collection was made from December 2010 to March 2011, using the phenomenological interview with an approach question: Have you ever experienced a situation of death during the taking of care? More two guiding: Tell me about that experience. How do you grasp the meaning of life in this experience of care to the person in the process of death and dying? It was developed in two phases: one of the phenomenological method based on Martins and Bicudo with description, reduction and understanding of the phenomenon by analyzing ideographic and nomothetic. These allowed building three empirical categories: Experiencing the suffering with the other by providing care to the person in the process of death and dying; Experiencing finitude, the existential emptiness and guilt face the death of patients; experiencing franklian values during the formation of being a nurse and the sense of taking care of the person in finitude of life. I understood that pain and suffering are present in patients, families, and nurses who create bond with them. These revealed the need for changes in the attitude of nurses and in the institutional policy, the difficulty of dealing with death as a natural process of living. Experience the guilt due to the scarcity of human and material resources for the care of the patient's life. The Nursing and recommend discussions on the subject at graduation. This experience and reflections on care reveal the existential emptiness, helplessness in the face of death and transformation of the meaning of their lives. In the second step it was applied the method of evidence-based practice proposed by Larrabee in six cases revealed by the nurses. These expressed the tragic triad and the construction in the tragic optimism. I realized that nurses experience the tragic triad in the context of care, unveiled by the pain and suffering with the other. In situations that require attitude, commitment and responsibility to the other's life emerges the feeling of accomplishment. The fear of death during the provision of care in finitude of life reveals the approach of nurses to patients in the process of death and dying. In summary, the nurses experience the tragic triad: suffering, guilt and death in the daily of care of the person in the process of death and dying; that he through the tragic optimism: faith, hope and love builds sense for a responsible practice.

Key Words: Nurses. Care. Death. Dying. Sense.

FONTOURA, Elaine Guedes. **Sentido de la vida:** vivencias de los cuidados de enfermeros a la persona en el proceso de muerte y morir. Tesis [Doctorado]. Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de la Bahia. Salvador, 2013.

RESUMEN

Los enfermeros vivencian en el cotidiano del cuidado, el proceso de muerte y morir, y el sufrimiento de las personas bajo sus cuidados. Éste estudio objetivó comprender como los enfermeros vivencian el sentido de la vida al cuidar de personas en proceso de muerte y morir. Se utilizó el referencial del cuidado en el proceso de muerte y morir y el Análisis Existencial de Viktor Emil Frankl. El proyecto n. 31/2010 fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de la Bahia. Colaboraron: un enfermero y trece enfermeras que actuaban en clínica médica y unidad de pacientes de larga permanência, un hospital general, público, en Feira de Santana-Bahia. La recolecta fue realizada entre diciembre de 2010 a marzo de 2011, utilizando la entrevista fenomenológica con una cuestión de aproximación: ¿Ya vivenció alguna situación de muerte durante los cuidados? Y dos norteadoras: Hábleme sobre esa experiencia. ¿Cómo aprehende el sentido de la vida en esa vivencia de cuidados a la persona en el proceso de muerte y morir? Desarrollado en dos etapas: la del método fenomenológico fundamentado en Martins y Bicudo con descripción, reducción y comprensión del fenómeno a través del análisis ideográfico y nomotético. Éstas, permitieron construir tres categorías empíricas: Vivenciando el sufrimiento con el otro; Vivenciando la finitud, el vacío existencial y la culpa delante de la muerte de los pacientes; Vivenciando los valores franklianos durante la formação del ser enfermero y del sentido al cuidar de la persona en final de vida. Comprendí que el dolor y el sufrimiento están presentes en los pacientes, familiares y enfermeiros, que crían vínculos con éstos. Ellos revelaron la necesidad de cambios de actitud de los enfermeros y en la política institucional; dificultad de lidar con la muerte como un proceso natural del vivir. Los enfermeros recomendando el tema para discusiones en la graduación. Ellos vivencian la culpa delante de la escasez de recursos humanos y materiales para el cuidado. Esa vivencia y las reflexiones sobre los cuidados, revelan el vacío existencial, la impotencia delante de la muerte y la transformación del sentido de sus vidas. En la segunda etapa, en seis casos revelados por los enfermeiros, fue aplicado el método de la práctica basada en evidencias propuesta por Larrabee. Éstes, desvelaram la tríade trágica y la construcción del optimismo trágico en del sentido de la vida. Comprendí que: los enfermeros evidenciaran la tríade trágica en el dolor y sufrimiento con el outro em la vivencia del cuidado. En situaciones que demandan actitud, compromiso y responsabilidad con la vida del outro, emerge el sentimiento del deber cumplido; el miedo a la muerte durante los cuidados en final de vida aproximación de los enfermeros de los pacientes en proceso de muerte y morir. En síntesis, los enfermeros vivencian la tríade trágica: sufrimiento, culpa y muerte en el cotidiano del cuidado al paciente en proceso de muerte y morir, del optimismo trágico: fé, amor y esperanza que construyen el sentido para una práctica responsable.

Palabras-clave: Enfermero. Cuidado. Muerte. Morir. Sentido.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização dos colaboradores	83
Quadro 2	Primeiro momento da análise ideográfica	96
Quadro 3	Segundo momento da análise ideográfica	98
Quadro 4	Terceiro momento da análise ideográfica	100
Quadro 5	Quarto momento da análise ideográfica	102
Quadro 6	Quinto momento da análise ideográfica	104
Quadro 7	Sexto momento da análise ideográfica	106
Quadro 8	Sétimo momento da análise ideográfica	108
Quadro 9	Síntese das evidências das transformações da tríade trágica em otimismo	156
Quadro 10	Avaliando a necessidade de mudança da prática a partir da identificação dos problemas, intervenções e resultados oriundos das vivências de dor e do sofrimento na relação com o paciente.	163
Quadro 11	Buscando as melhores evidências de dor e sofrimento na relação vivenciada com o paciente.	165
Quadro 12	Analisando a necessidade de mudança da prática a partir de problemas identificados e articulados com intervenções e resultados da vivência da dor e do sofrimento com a morte de um parente	167
Quadro 13	Buscando selecionar as melhores evidências diante da vivência da dor e do sofrimento com a morte de um parente	168
Quadro 14	Analisando a necessidade de mudança da prática de enfermagem com a identificação de problemas articulados a intervenções e resultados diante da vivência da culpa pela falta de recursos materiais necessários a prestação de cuidados	171
Quadro 15	Buscando selecionar as melhores evidências de vivências de culpa pela falta de recursos materiais necessários a prestação de cuidados	172
Quadro 16	Analisando a necessidade de mudança da prática de enfermagem com a identificação de problemas articulados às intervenções e	175

	resultados diante da vivência da responsabilização pelo cuidado de enfermagem à pessoa no processo de morte e morrer	
Quadro 17	Buscando selecionar as melhores evidências diante da vivência da responsabilização pelo cuidado de enfermagem à pessoa no processo de morte e morrer	176
Quadro 18	Avaliando a necessidade de mudança da prática com a identificação de problemas articulados às intervenções e resultados diante da vivencia do sofrimento da família com a morte do paciente.	179
Quadro 19	Buscando as melhores evidências das vivencias de sofrimento da família com a morte do paciente.	180
Quadro 20	Avaliando a necessidade de mudança da prática com a identificação de problemas articulados às intervenções e resultados diante da aceitação do processo de morte do paciente.	183
Quadro 21	Buscando selecionar as melhores evidências da aceitação durante o cuidado à pessoa no processo de morte e morrer	184
Quadro 22	Possibilidades de intervenção diante do diagnóstico e prognóstico da vivência do enfermeiro diante da tríade trágica para o otimismo trágico orientado pela prática baseada em evidências.	187

LISTA DE SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos	39
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	39
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos	40
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa	76
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisa	75
CM	Clínica Médica	19
CSTO	Centro de Suporte Terapêutico Oncológico	41
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	76
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	74
ICC	Insuficiência Cardíaca congestiva	22
INCA	Instituto Nacional do Câncer	41
FTC	Faculdade de Tecnologia e Ciências	20
HGCA	Hospital Geral Cleriston Andrade	20
HCA	Hospital Cleriston Andrade	23
HGE	Hospital Geral do Estado	20
HRCA	Hospital Regional Cleriston Andrade	23
OMS	Organização Mundial de Saúde	35
PBE	Prática Baseada em Evidências	86
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica	24
PSF	Programa de Saúde da Família	86
SEMOC	Semana de Mobilização Científica	25
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia	22
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	85
SUS	Sistema Único de Saúde	41
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
UBS	Unidade Básica de Saúde	86
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana	20
UFBA	Universidade Federal da Bahia	21
UPLP	Unidade de Pacientes de Longa Permanência	74
UTI	Unidade de Terapia Intensiva	19

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO I INTRODUÇÃO	19
1.1	MINHA TRAJETÓRIA	24
2	CAPÍTULO II REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1	CUIDADO NO PROCESSO DE MORTE E MORRER	30
2.1.1	A morte, o morrer e a existência	30
2.1.2	O processo de cuidar na finitude da vida: cuidados paliativos	37
2.1.3	Cuidados de enfermagem no processo de morte e morrer	44
2.2	ANÁLISE EXISTENCIAL DE VIKTOR EMIL FRANKL	52
2.2.1	Pilares da Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Emil Frankl:	
	liberdade de vontade, vontade de sentido e sentido da vida	57
2.2.2	Triáde trágica: sentido do sofrimento, da culpa e da morte	60
2.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE A FENOMENOLOGIA	68
2.4	APRESENTANDO O CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE EXISTENCIALISMO E A FENOMENOLOGIA	72
3	CAPÍTULO III METODOLOGIA	76
3.1	ESCOLHA DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO	77
3.2	TIPO DE ESTUDO	78
3.3	DESCRIÇÃO DO LÓCUS DO ESTUDO	79
3.4	CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS ÉTICOS	80
3.5	COLABORADORES DA PESQUISA	82
3.5.1	Apresentação dos colaboradores	82
3.6	COLETA DOS DEPOIMENTOS	83
3.7	PROCESSO DE ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS DEPOIMENTOS	85
4	CAPÍTULO IV CONSTRUINDO OS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO	89
4.1	CONSTRUINDO A ESTRUTURA IDEOGRÁFICA DO FENÔMENO SENTIDO DA VIDA VIVÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER	90
4.2	ANÁLISE IDEOGRÁFICA DO SENTIDO DA VIDA VIVÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER	107

4.3	ANÁLISE NOMOTÉTICA PARA COMPREENSÃO DO FENÔMENO NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE EXISTENCIAL DE VIKTOR EMIL FRANKL	131
5	CAPÍTULO V COMPREENSÃO DO FENOMENO SENTIDO DA VIDA: VIVÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER	148
6	CAPÍTULO VI CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE EXISTENCIAL DE VIKTOR EMIL FRANKL PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS	151
6.1	A TRÍADE TRÁGICA: SOFRIMENTO, CULPA E MORTE	152
6.2	PROPONDO A TRANSFORMAÇÃO DA TRÍADE TRÁGICA EM OTIMISMO TRÁGICO	154
6.3	O MODELO DE LARRABEE E A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	158
6.4	ADAPTANDO, NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, O MODELO DE LARRABEE BASEADO NAS EVIDÊNCIAS	162
6.5	SÍNTESE DAS POSSIBILIDADES DE DIAGNÓSTICO, AÇÕES DE INTERVENÇÃO E PROGNÓSTICO PARA VIVÊNCIA DA TRÍADE TRÁGICA E DO OTIMISMO TRÁGICO ORIENTADO PELA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER	186
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	190
	REFERÊNCIAS	195
	APÊNDICES	204
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	205
	APÊNDICE B – Lista de pseudônimos	207
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista	208
	ANEXOS	210
	ANEXO A – Ofício solicitando autorização para coleta de dados	211
	ANEXO B – Ofício com a autorização para coleta de dados	212
	ANEXO C – Parecer do projeto pelo Comitê de Ética	213
	ANEXO D - Depoimentos dos colaboradores	216

CAPÍTULO I

Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte

Dame Cicely Saunders

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como temática o Sentido da Vida: vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer, surgiu durante as atividades profissionais e acadêmicas, no dia a dia do trabalho, instigada pelas dificuldades dos profissionais e estudantes de enfermagem prestar cuidados às pessoas na finitude da vida. Desde a graduação despertou o interesse para a questão da finitude, preocupa-me, em especial, a atuação dos enfermeiros em situações relacionadas com a terminalidade da vida do ser humano.

A palavra sentido apresenta três acepções principais: direção, nexo e significado. O sentido quer dizer, primariamente, direção, orientação, um norte a seguir, tudo que existe tem direção e sentido. O sentido da vida humana como direção é indicado pela vocação, à proposta daquilo que eu quero ser. A vocação exige que a vida tenha nexo, isto é, ligação, vínculo e coerência. Nexo é a articulação entre os diversos momentos do meu viver. O significado está relacionado com o sentido da vida humana (KUJAWSKI, 2010).

Para Frankl (2009), o sentido da vida se refere à direção que o homem pode tomar ao descobrir o seu significado, considerando sua liberdade e responsabilidade diante da vida. Portanto, se não existe a falta de sentido da vida é porque o vazio da vida foi preenchido por uma força maior, a vontade de viver.

A Análise Existencial de Viktor Emil Frankl, foi a base para o estudo, ao expressar que tudo na vida tem um sentido, e se a vida tem sentido, o sofrimento, a aflição e a morte também têm, pois fazem parte da vida e, assim integram a existência. As pessoas com doença crônica progressiva em fase avançada procuram na finitude da vida um sentido. Frankl, (1989) refere que seria uma oportunidade de criar, através da vivência do sofrimento, um sentido pleno.

Precisamos entender que a morte não tira o sentido da vida ela compõe o ciclo da vida. Quando somos concebidos, quando nascemos, já começamos a morrer. Nascemos para morte e essa é a única certeza da vida. Morremos e renascemos um pouco a cada dia, a cada nova etapa da nossa vida por causa da finitude procura um sentido.

No hospital, a morte é uma constante. Os enfermeiros vivenciam, no cotidiano, a experiência do morrer, da morte e do sofrimento das pessoas sob seus cuidados. Porém, durante toda a trajetória acadêmica, pouco se discute sobre o processo da morte e do morrer.

O trabalho no hospital, o contato com a possibilidade ou a ocorrência da morte é constante, podendo provocar nos profissionais da saúde sofrimentos intensos como o medo, a angústia, a ansiedade, sintomas físicos e outros. Estes manifestam-se geralmente, mais graves nos profissionais que, durante sua formação acadêmica, não tiveram preparo para enfrentá-la.

Estudos revelam que o sentimento de medo, insegurança, em muitas ocasiões, é referenciado como uma lacuna no ensino da graduação, que não prepara o profissional para dura rotina dos hospitais, local em que se convive constantemente com o sofrimento, sendo raro encontrar enfermeiros capazes de dialogar com o paciente, familiares assistindo as suas necessidades nos momentos que antecedem a morte (MACHADO, LEITE, 2006; SOUSA et al. 2009).

O enfermeiro é quem geralmente está próximo nos momentos mais difíceis, é quem o paciente e a família, buscam quando necessitam de esclarecimentos, ou de cuidados imediatos. Assim este profissional tem que lidar com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem surgir em diversas situações que envolvem o cuidar (MACHADO; LEITE, 2006).

Trabalho cuidando de pessoas que se encontram em situação crítica, às vezes, no fim da vida e com necessidade de cuidados de conforto. As falas dos seus acompanhantes expressam as dificuldades para prestar-lhes cuidados e as vivências com sofrimento por quais passam. Quando as pessoas têm o quadro agravado e necessitam de hospitalização, seus familiares enfrentam a escassez de leitos para o internamento, além de falta de recursos para aquisição de medicamentos, carência de informações sobre a maneira de como realizar esses cuidados no domicílio.

Na prática as pessoas que recebem o cuidado enfrentam, ainda, perdas, isolamento e a rejeição por parte de alguns familiares, em colaborar na prestação de cuidados, entre outros inconvenientes, tornam o quadro mais complexo.

Se privilegiado, pelo internamento, quando da alta hospitalar retornam para seus domicílios acamados, em uso de sondas, cateteres, traqueostomia, feridas, necessitando de cuidados de conforto até a morte. Isso me faz refletir sobre como os familiares dessas pessoas enfrentam tal situação de saúde-doença, no domicílio, em estado que pode, a qualquer momento, evoluir para a morte.

O tema morte vem sendo pouco discutido ao longo dos anos, apesar dela compor o ciclo biológico dos seres vivos: nascer, crescer, viver e morrer (KAPCZINSKI; BASSOLS, 2001). O homem moderno tem procurado se manter afastado da evidência da morte que, nos

dias atuais, reside no hospital, juntamente com o processo de doença, deixando de ocupar a residência das famílias.

O hospital é o local onde os profissionais encontram-se qualificados para o ato de cuidar, a pessoa passará a ser alvo de cuidado que antes era dado por familiares, no lar.

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e na Unidade de Clínica Médica (CM), o contato com a morte e o morrer constitui rotina, o que nos faz experimentar uma sensação de vazio, fracasso e angústia. Nesse contexto e como enfermeira surgem as seguintes indagações: O que os enfermeiros pensam e sentem quanto a essa questão? Como vivenciam a realidade da morte e do morrer no cotidiano? Qual o papel do enfermeiro e como reagem diante da morte das pessoas que cuidam?

A Unidade de CM reproduz bem a realidade comum nas organizações hospitalares, quanto à complexidade das múltiplas situações para viabilizar a atenção à saúde das pessoas. O tratamento é contínuo e em determinadas ocasiões se torna invasivo, doloroso, provoca efeitos indesejáveis, podendo ocorrer recidivas no quadro, com complicações que exigem hospitalizações prolongadas e onerosas.

Com necessidade de internamento prolongado e retorno frequente ao hospital, surge uma relação de vínculo entre enfermeiros e pacientes internados em condições crônicas. Essa situação possibilita o apego às pessoas e vivências do processo de morte e morrer, em alguns momentos até de presenciar as fases da morte, junto as pessoas e seus familiares, conforme refere Kubler-Ross (2005).

Cuidamos de pessoas no fim da vida e, na verdade, nós, profissionais de saúde, que desenvolvemos nossas atividades na organização hospitalar, somos preparados para atuar na manutenção da vida. Lidamos, constantemente, com a possibilidade da morte, entretanto não somos preparados para aceitá-la, inclusive a nossa.

Nascemos programados para morrer. Heidegger (1927) refere que vivenciar o processo de viver e de morrer, na condição de vulnerabilidade, faz parte da experiência humana enquanto *ser aí*, isto é, de ser jogado no mundo e submetido aos efeitos devastadores do tempo, o que tornaria todo ser vivo consciente, de alguma forma, de *ser-para-morte*.

Não temos experiência direta com a morte, é quase impossível se pensar na própria morte sem pensar na própria vida ou na possibilidade de alguma vida após a morte. Temos uma experiência indireta, com a morte dos outros. Quando pensamos na morte relacionamos a mesma ao sentido da vida, e isso se dá com muito sofrimento.

Particpei de congressos de geriatria e gerontologia que também me fez despertar pra os cuidados paliativos como o XIV congresso brasileiro de geriatria e gerontologia (2004) e

no 18º congresso internacional de geriatria e gerontologia (2005) realizados em São Paulo, nos quais tive a oportunidade de participar de cursos de cuidados paliativos e observar a ausência do enfermeiro como integrante do grupo. Nesses eventos as palestras eram ministradas por teólogos, médicos, psicólogos e assistentes sociais.

Diante dessa constatação, concluí pela validade de implantar o conteúdo dos cuidados paliativos e discussões sobre o processo de morte e morrer, o que fiz em 2005 na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no componente curricular Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso II os conteúdos de cuidados paliativos, em que se aborda a possibilidade da boa morte, e venho discutindo com os alunos esse tema e o processo de morte e morrer.

A experiência com a morte de um familiar próximo e a vivência como enfermeira de clínica médica, emergência, UTI e como docente dos componentes curriculares Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II (1996/atual), do curso de Enfermagem da UEFS e Estágio Supervisionado II do curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) de Feira de Santana (2005/atual), motivaram-me para trabalhar, no Doutorado, o tema vivência dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer.

O falecimento de minha irmã em novembro de 2006 foi uma experiência verdadeiramente significativa na minha vida. Tudo ocorreu de forma repentina, inesperada e trágica, trazendo bastante sofrimento, principalmente para meus pais.

Era um domingo, final de tarde, quando recebemos a notícia de que ela havia sofrido um acidente. Estava com queimadura de terceiro grau, 80% do corpo, queimado por álcool. Apesar disso, ainda conseguiu sobreviver, consciente por cinco dias. Ela fumava e disse que estava limpando um balcão com álcool que explodiu e queimou. No hospital consideraram que isso não era possível que, provavelmente, o álcool havia sido jogado por alguém. Até hoje, temos dúvidas.

No quarto dia de internamento, ela apresentou uma melhora. Fomos visitá-la no Hospital Geral do Estado (HGE) à tarde e, logo após, retornamos para Feira de Santana. A equipe de saúde me havia dito que pessoas em estado mais grave sobreviveram. Tinha certeza de que ela também sobreviveria, apesar da gravidade do quadro. Às quatro horas da madrugada do outro dia, recebi um telefonema informando sobre a sua morte. Não entendi o que ocorrera, suspeitaram que poderia ter sido causado por distúrbio hidroeletrolítico. Sofremos muito, e tudo nunca mais foi como antes. Penso que se assim não fosse, a vida dela talvez perdesse o sentido, era vaidosa e ficaria com sequelas. Isso, de alguma forma, nos confortou.

Apresentei o projeto de pesquisa para desenvolver no curso de Doutorado, na seleção de 2008, na Universidade Federal da Bahia (UFBA) com o tema cuidados paliativos.

Na primeira etapa do estudo foram analisadas as entrevistas fenomenológicas adaptando a metodologia proposta por Martins e Bicudo (2005). Com a questão de pesquisa: Como os enfermeiros vivenciam o sentido da vida ao cuidarem de pessoas no processo de morte e morrer? Com objetivo de compreender como os enfermeiros vivenciam o sentido da vida ao cuidarem de pessoas no processo de morte e morrer.

Na segunda etapa do estudo foi realizado uma relação entre a análise existencial e a prática de enfermagem baseada em evidências (PBE), conforme a proposta de Larrabee (2011) a partir de seis casos revelados nos depoimentos dos enfermeiros sobre o sofrimento, a culpa e a morte.

Para obter a evidência partiu-se da questão: Como utilizar quatro etapas do modelo para mudança da PBE, em relatos de casos de cuidados de enfermeiros, às pessoas ao fim da vida, tendo como fundamentos a tríade trágica? O objetivo foi utilizar quatro das seis etapas do modelo para mudança da PBE de Larrabee (2011) em relatos de casos de cuidados de enfermeiros às pessoas no processo de morte e morrer, descritos durante as entrevistas como uma contribuição para a prática de enfermagem a partir da elaboração da tese de doutorado que teve como fundamentos a tríade trágica.

O estudo sobre a morte e o morrer é relevante, pois irá contribuir para discussões nas equipes multiprofissionais e interdisciplinar sobre o cuidado no processo de morte e morrer dos pacientes, com as famílias e a equipe de saúde; formação de grupos de apoio as condições de medo, angústia e vazio existencial; implantação de um núcleo de estudos e pesquisas sobre o processo de morte e morrer; propor um estudo piloto sobre cuidados paliativos tendo como referencial o sentido da vida; criação de um serviço de apoio aos enfermeiros para lidar com a morte das pessoas sob seus cuidados; e a possibilidade de implantação de uma unidade de cuidados paliativos na organização hospitalar com a elaboração de um plano de ajuda para os enfermeiros que trabalham com pessoas ao fim da vida. Publicação de artigos com os resultados da pesquisa e apresentação do estudo no hospital.

Em síntese, no capítulo I apresentei na introdução a aproximação com a temática da morte e do morrer e descrevi a minha trajetória profissional como enfermeira da organização hospitalar e professora.

No capítulo II o referencial teórico sobre a morte, o morrer e a existência; cuidados paliativos e a finitude da vida; cuidados de enfermagem no processo de morte e morrer; e a Análise Existencial de Viktor Emil Frankl abordando sobre os pilares da logoterapia:

liberdade de vontade, vontade de sentido e sentido da vida e a tríade trágica: sentido do sofrimento, culpa e da morte, considerações sobre a fenomenologia.

No capítulo III descrevo a metodologia que estou utilizando como suporte da investigação, neste mesmo capítulo apresento a justificativa da escolha do método fenomenológico, conhecimento de enfermagem sobre o existencialismo e a fenomenologia, tipo de estudo, descrição do lócus do estudo, considerações sobre os aspectos éticos, colaboradores da pesquisa, coleta dos depoimentos e o processo de análise e compreensão dos depoimentos.

No capítulo IV construímos os resultados apresentamos a análise ideográfica e nomotética.

No capítulo V desvelamos a compreensão do fenômeno sentido da vida: vivência dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer.

No capítulo VI apresentamos a contribuição da análise existencial de Viktor Emil Frankl para a prática de enfermagem baseada em evidências.

1.1 MINHA TRAJETÓRIA

A motivação para estudar o Sentido da vida: vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer nasceu da minha experiência de trabalho na Unidade de Clínica Médica, emergência e terapia intensiva, há mais de vinte anos. Para realizar este estudo, foi necessário que eu levasse em consideração os dados relativos à escolha de ser enfermeira e a minha experiência profissional.

Em agosto de 1978, com apenas 15 anos, estive doente. Internada por meses em hospitais devido a um tumor cerebral fui submetida a uma craniotomia para retirá-lo precisando permanecer alguns dias na Unidade de Terapia Intensiva. Fiquei por dois meses nessa organização, criei laços de amizade com as pessoas que cuidaram de mim. Nessa época, comecei a refletir sobre a vida e a possibilidade da morte da qual até então estivera distante. Foi quando decidi ser enfermeira, achava muito bom o contato com a equipe de enfermagem do hospital.

Submeti-me, então, ao vestibular para o curso de enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana, em junho de 1982, concorrendo, às quarenta vagas oferecidas. Aprovada, fiquei feliz e iniciei a graduação que durou cinco anos, porquanto devido a duas greves tive que repetir dois semestres.

Durante as práticas curriculares do componente curricular Clínica Médica, em 1984, cuidei de pessoas em condições crônicas. Recordo-me, em particular, de uma pessoa com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca crônica (ICC), à qual prestei cuidados em um dia dessas práticas do curso de graduação em enfermagem. Por toda a manhã, tive a chance de acompanhá-la e interagir com ela, entretanto, na passagem do plantão, fui informada que a mesma acabará de falecer. Senti bastante o ocorrido, chorei. Não entendia o que acontecera, minutos antes, ela estava conversando comigo e, apesar do oxigênio e da dispnéia, conseguira se alimentar. Conversei com a professora, e ela me explicou que essa patologia pode levar à morte súbita. Tal argumento, contudo, não impediu que ficasse em mim a marca desse fato. Foi a primeira vez que uma pessoa a quem havia prestado cuidado evoluiu para morte.

Ainda, em 1985, fiz seleção para bolsista na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e iniciei no Hospital Regional Cleriston Andrade, onde permaneci dois anos desenvolvendo atividades na Clínica Médica - foi uma boa experiência, ajudou-me a decidir por trabalhar em unidade hospitalar.

Nessa unidade são internadas pessoas em condições crônicas progressiva cujos períodos de permanência são prolongados, às vezes, com reinternações, o faz com que se estabeleçam vínculos de afeto e de amizade com quem cuidamos.

As atividades curriculares, naquela época, eram realizadas, na maioria das vezes, na unidade hospitalar, e me identifiquei com este contexto. Também observei a constante presença da morte e do morrer naquela organização hospitalar.

Após a colação de grau, em 1987, fui contratada para atuar como enfermeira na Santa Casa de Misericórdia da cidade de Valença-Bahia. Morei durante um ano em um apartamento do próprio hospital (1988-1989). Após esse período, solicitei dispensa devido à distância.

Através de processo seletivo, tive a oportunidade de me classificar para uma vaga, em 1990, na Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana, onde permaneci seis anos trabalhando na Clínica Médica (1990-1993) e na Coordenação do Serviço de Enfermagem (1993-1996). Foi uma experiência positiva atuar nessa coordenação com um grupo de enfermeiros, em harmonia, e por poder contar com outra profissional na diretoria administrativa, o que facilitava o desenvolvimento do serviço.

Estive responsável pela Unidade de Clínica Médica, de fevereiro de 1990 a março de 1993. Em seguida, fui indicada pelas colegas para coordenar o Serviço de Enfermagem onde atuei de abril de 1993 a dezembro de 1996. Nesse período, uma colega e eu reestruturamos as atividades no referido serviço e no setor de Educação Continuada, hoje denominado Setor de Educação Permanente. Atualizamos manuais de normas e rotinas nas diversas unidades e

solicitamos contratações de profissionais para suprir as demandas dos serviços, através de processo seletivo. Implantamos o prontuário individualizado e o serviço de maqueiro, pioneiro na região. O apoio da instituição e da equipe de enfermagem foi importante para que nossos planos tivessem sucesso.

Em fevereiro de 1990, tendo sido aprovada no concurso público da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, fui admitida no Hospital Regional Cleriston Andrade (HRCA), onde passei por vários setores. Identifiquei-me com a Clínica Médica, na qual atuei de 1992 a 1998. A partir daí atuei na Unidade de Terapia Intensiva -1 (1999 – 2002), Emergência (2002-2006) e na Unidade de Terapia Intensiva-2 de 2006 onde ainda permaneço, atualmente afastada para realização do curso de doutorado.

Em 1996, fui selecionada professora substituta, na Universidade Estadual de Feira de Santana, para o componente curricular Clínica Médica. Em março de 1998, realizei o concurso público para professor auxiliar, na Universidade Estadual de Feira de Santana, concorrendo com 15 candidatas para apenas uma vaga. Colocada em primeiro lugar, iniciei minhas atividades como professora no componente curricular Clínica Médica que, no ano de 2000, devido às mudanças na matriz curricular, passou a denominar-se Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso II.

Buscando minha qualificação como docente, candidatei-me ao processo seletivo para o curso de mestrado, e fui selecionada em 2001, na Universidade Federal da Bahia, na área de concentração do Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Durante as aulas, fiquei afastada da Universidade Estadual de Feira de Santana, mas continuei trabalhando no Hospital Geral Cleriston Andrade (HGCA) como enfermeira. Atualmente chamado de Hospital Cleriston Andrade (HCA) Cumpri o cronograma do mestrado e defendi minha dissertação, dois meses antes do prazo previsto, concluindo o curso em 2003 (FONTOURA, 2003).

No meu estudo, investiguei a vida asilar para idosos residentes e seus familiares, tendo por base a teoria das representações sociais, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário de Menezes. No período de coleta de dados, na instituição de longa permanência, tive a oportunidade de acompanhar e vivenciar a morte de alguns idosos e observar o sofrimento, principalmente, dos companheiros de quarto (FONTOURA, 2003).

A experiência com o ensino de graduação na Universidade Estadual de Feira de Santana possibilitou-me, no ano de 2005, ingressar em uma instituição privada, a Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana, em Feira de Santana, quando tive a oportunidade de implantar o componente curricular Bases Teóricas e Metodológicas para o

Cuidar, da qual fui professora por dois anos. Em 2007, implantei o componente curricular Estágio Supervisionado II, que estou coordenando até a presente data.

No mesmo ano, idealizando ingressar no Doutorado, fiz a prova de língua estrangeira (espanhol), mas não logrei aprovação. Tentei novamente no ano de 2008. Dediquei-me a estudar espanhol com um professor nativo e experiente, dessa vez fui bem sucedida.

Cursando o Doutorado em Enfermagem (2009 - 2013) na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob orientação da Professora Doutora Darci de Oliveira Santa Rosa, elaboramos dez artigos destes estão publicados quatro artigos intitulados: Significado do cuidado prestado pela equipe de enfermagem na visão dos idosos internados em um hospital público (BATISTA; FONTOURA; SANTA ROSA, 2011). Significado de cuidar/cuidado sob a ótica dos estudantes de enfermagem (COSTA et al, 2012). Processo de formação do enfermeiro para um agir ético, Revista Baiana de Enfermagem (FONTOURA et al, 2012). Vivencia de las enfermeras ante los cuidados em el proceso de muerte, Index de Enfermería (FONTOURA; SANTA ROSA, 2012). Encaminhamos três artigos sobre a tese aguardando parecer das revistas. Publicamos um capítulo do livro: Bioética e os Cuidados Paliativos (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

Aprovação de um projeto do PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica) científica: Aquisição de conhecimentos sobre cuidado à pessoa em processo de morte e morrer por estudantes de enfermagem durante a graduação (FONTOURA; SANTA ROSA, 2011 - 2013) com seis bolsistas.

Particpei de eventos Nacionais e internacionais com apresentação dos trabalhos orais: Mudanças relacionadas à estrutura familiar e a qualidade de vida de vida do portador de doença de Alzheimer. Barreiras à prestação de cuidados aos pacientes ao fim da vida pelos estudantes de enfermagem de uma universidade pública. Percepção dos idosos sobre o abandono. Significado do cuidar de pacientes ao fim da vida para os estudantes de enfermagem de uma universidade pública. Sentimentos vivenciados pelos estudantes de enfermagem ao cuidar de pacientes em cuidados paliativos, no I congresso de cuidados paliativos, São Paulo, 2009. Cuidados paliativos e a importância na formação do enfermeiro XIII Semana de Mobilização Científica (SEMOC), Salvador, 2010. Nivel de ruidos na Unidade de terapia intensiva neonatal, XI conferencia ibero-americana de educação em enfermagem, em Coimbra, 2011. Vivências de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer. XIII Colloquium Pan American Nursing Research Colloquium, Miami Flórida, 2012.

Apresentações em Poster: Significado do cuidado prestado pela equipe de enfermagem na Visão dos idosos hospitalizados em um hospital público. Cuidados paliativos e a importância na formação do enfermeiro, XIII SEMOC, Salvador, 2010.

Percepção dos idosos sobre o abandono. Sentimentos vivenciados pelos estudantes de enfermagem ao cuidar de pacientes em cuidados paliativos. Barreiras à apresentação de cuidados aos pacientes ao fim da vida pelos estudantes de enfermagem de uma universidade pública. Significado do cuidar de pacientes ao fim da vida para os estudantes de enfermagem de uma universidade pública. Representações sociais de enfermeiras sobre os cuidados paliativos, V congresso latino-americano de cuidados paliativos, Buenos Aires, 2010.

Particpei do V Congresso Brasileiro de análise existencial, logoterapia, Curitiba, Paraná, 2010.

Princípios Bioéticos nos cuidados ao fim da vida e Verificação do nível de ruídos na UTIN, XIV SEMOC, Salvador, 2011.

Verificação dos níveis de ruídos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e Prevalência das doenças maternas em um hospital de referência em gestação de alto risco no interior da Bahia, Anais da IV mostra de pesquisa sobre a saúde da mulher e da criança Enlaçando a saúde da mulher, da criança e do adolescente, 2011.

Vivência dos cuidados de enfermeiros à pessoa na finitude da vida. III Encontro internacional de pesquisa em enfermagem, São Paulo, 2012.

O exame de qualificação I foi realizado em agosto de 2010. Os membros da banca examinadora fizeram alguns questionamentos sobre conceito de dignidade humana, tridimensionalidade do ser, experiência, totalidade humana sugerindo a autora defini-los. Consideraram ótima a fundamentação teórica. Sugeriram leitura dos escritos de Kant, Leloup e Hennezel. Expressaram que a metodologia estava adequada ao objeto de estudo. O título foi questionado por um dos membros da banca sentido da vida: vivência dos cuidados de enfermeiros no processo de morte e morrer, sendo modificado para exame de qualificação II.

O exame de qualificação II foi realizado em novembro de 2012. O novo título sentido da vida: vivência dos cuidados de enfermeiros à pessoa na finitude da vida, o qual foi questionado por um dos membros sugerindo modificar devido à palavra vida aparecer duas vezes. Foi sugerido acrescentar o código de ética dos profissionais de enfermagem, a produção científica da autora, e a concepção de cuidado paliativo.

CAPÍTULO II

O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida

Dame Cicely Saunders

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CUIDADO NO PROCESSO DE MORTE E MORRER

2.1.1 A morte, o morrer e a existência

A morte durante séculos, foi considerada um acontecimento natural, esperado, propiciando ao homem a possibilidade de morrer em sua própria casa, entre familiares e amigos. O temido era a morte inesperada da qual o homem não tinha consciência e não podia, portanto, se preparar para o momento (ARIÈS, 2000).

Essa visão foi sofrendo transformações, passou a ser um tabu, a morte foi deslocada da casa para o hospital. Entre essas duas maneiras de encarar a morte, há uma longa trajetória, cuja análise permite evidenciar e pontuar alterações trazidas pelo historiador Ariès (2000). Na história da civilização ocidental, evidenciam-se alguns momentos em que podemos perceber mudanças relacionadas ao fenômeno (ARIÈS, 2000).

Dos séculos V e VI até o século XII, os homens viam a morte com pouca dramaticidade, era um fenômeno que fazia parte do seu cotidiano, visto com simplicidade. Não havia individualização da morte, cada pessoa que morria era enterrada em valas comuns, ou ainda em capelas mortuárias nas igrejas (ARIÈS, 2000).

Não havia preocupação em individualizar, em personalizar a morte, em dar um túmulo especial para cada morto, independente da sua condição. A morte era encarada com simplicidade, os homens defrontavam-se com ela no seu cotidiano e, apesar de ser sentida, pois representava uma ruptura, uma perda, não havia dramaticidade ao seu redor (ARIÈS, 2000).

A partir do século XII até o século XVIII (ARIÈS, 2000) desenvolve-se um período no qual a morte começa a se personalizar. Assim, surgem inscrições em túmulos ou placas em tumbas no chão. Percebe-se então mudança no sentido de personalizar a morte nas capelas, catedrais, surgem à cruz e a inscrição de nomes e datas de nascimento e morte. Percebe-se uma maior dramaticidade envolvendo o fenômeno da morte, ocorrendo um ritual funerário no preparo.

A preocupação humana com a morte antecede o período da história escrita. Na Idade Antiga, consideravam-na um fenômeno natural, era aceita sem apreensões nem medos. Na Idade Média, a pessoa, quando tinha uma doença incurável, chamava os parentes e amigos íntimos para o ritual da despedida. Naquela época, não havia hospitais (ARIÈS, 2000).

No século XIX ocorre o início da medicalização e institucionalização da morte.

O quarto passou da casa para o hospital. Devido às técnicas medica, esta transferência foi aceita pelos familiares, facilitada pela sua cumplicidade. O hospital passa a ser o único lugar onde a morte pode escapar seguramente [...] e se torna o local da morte solitária (ARIÈS, 2000, p. 322).

A imagem invertida e negativa da morte na sociedade, ao contrário do século XIX, quando aumentará a importância do diálogo, das despedidas e das últimas recomendações, observa-se agora que essa troca íntima e solene foi suprimida pela obrigação de manter o moribundo na ignorância. Esse acaba partindo sem dizer nem ouvir nada sobre a sua morte (AIRÈS, 2000).

Paralelamente, tem início o processo de medicalização da morte. Nos anos 30 e 40, e principalmente a partir dos anos 50, institui-se a morte nos hospitais. A valorização do conforto, da intimidade, da higiene pessoal, da assepsia, “os sentidos passam a não suportar os odores e os espetáculos que, ainda no século XIX, faziam parte, como o sofrimento e a doença” (KAPCZINSKI; BASSOLS, 2001, p. 196).

No século XIX, a morte não podia ser retardada, pois para a maioria das doenças não havia tratamento ou cura. Com o progresso da medicina, muitas patologias foram descobertas e passaram a ser curadas e, a partir daí, surgiram formas de adiar o processo de adoecimento e do sofrimento, que evolui para morte. O hospital passa, aos poucos, a se tornar o local em que se cura e onde se morre, mas também é o lugar da morte normal. Mudou-se o estilo de morrer, a família afastou-se, o hospital encarregou-se do moribundo (KAPCZINSKI; BASSOLS, 2001).

Ariès (2000), em sua obra *O homem perante a morte*, detecta uma modificação na atitude da sociedade em relação à morte, no século XX. Segundo ele, todas as atitudes perante a morte durante o milênio não alteraram esse fato fundamental, nem a relação permanente entre a morte e a sociedade, a morte foi sempre um acontecimento social e público. Um tipo novo de morrer apareceu no século XX, em algumas zonas mais urbanizadas e industrializadas, avançadas do mundo ocidental.

O funcionamento do hospital regido por normas e procedimentos estritos reitera a pouca possibilidade de diálogo entre os diversos atores sociais envolvidos “no processo de morrer, bem como a expressão de suas emoções. No modelo moderno, a assistência em saúde é impessoal, mecânica e asséptica” (MENEZES, 2004, p. 33).

Com o desenvolvimento de recursos destinados à manutenção e ao prolongamento da vida, a medicina produziu uma morte em hospital monitorizada e controlada, inconsciente, silenciosa e escondida, como acontece na UTI, modelo da morte moderna em um ambiente frio, em que a pessoa permanece sem seus familiares, sozinha, com seu corpo invadido por tubos, ventiladores artificiais e isolada do mundo externo. A pessoa que está morrendo é silenciada, não participa das decisões referentes à sua vida, doença e morte.

A nossa cultura, transformou o fenômeno natural do morrer em algo traiçoeiro como “um pesadelo a horrorizar as existências subtraídas da consciência da transitoriedade e da inspiração da finitude” (HENNEZEL; LELOUP, 2000, p. 45).

A morte deixou de ser aceita como uma transição necessária e passou a ser vista como algo a ser temido. A finitude da vida da pessoa deixou a casa, lugar dos hábitos da vida cotidiana, para ocupar os hospitais, lugar da razão e da técnica. Com o passar do tempo, a pessoa foi ficando privada a sua liberdade e do seu direito de saber sobre sua morte, a fim de se preparar para esse momento, tornando-se aquele que não deve saber. Não foi somente o envolvimento da família que mudou a maneira de ver e viver (HENNEZEL; LELOUP, 2000).

Antigamente, a morte era uma tragédia, muitas vezes cômica na qual se representava o papel daquele que vai morrer. Hoje, é uma comédia muitas vezes dramática em que se representa o papel daquele que não sabe que vai morrer (ARIÈS, 2003, p. 238).

Falar da morte numa época em que o culto à beleza e ao corpo se sobrepõe a todos os interesses do homem, numa época em que as ciências da saúde empregam esforços e tecnologia em busca de meios para manter a juventude do corpo a todo custo, é enfrentar um tabu que tem sido evitado (VELAME, 2005).

Deve-se discutir o tema morte, pois esse é um assunto que toca no íntimo de todos os seres humanos, por ser o homem o único ser que tem consciência da sua finitude, a qual é inexorável. Afinal, afeta todos os seres vivos de um modo geral, mas a percepção, o valor, os rituais e a maneira de interpretá-la é exclusiva do ser humano e ocorre de acordo com a cultura de cada povo.

Saber que a morte é inevitável não tira de nós a dor desse momento. Os enfermeiros precisam aprender a cuidar dos aspectos emocionais, além dos cuidados físicos. A pessoa precisa, além da verdade sobre seu próprio corpo, de um suporte adequado para poder se sentir acolhido e seguro para enfrentar com dignidade o seu fim.

Carvalho (2003) em sua tese de doutorado, enfatiza a relação entre o profissional de saúde e a pessoa no processo de morrer.

A doença é a experiência da fragilidade que provoca, na situação da finitude, a consciência aguda da mortalidade. É uma situação complexa porque ultrapassa o limite simplesmente biológico da intervenção médica e de enfermagem, configurando-se na relação dos profissionais de saúde com o paciente numa dimensão mais profunda e delicada do que a relação puramente terapêutica (CARVALHO, 2003, p. 135).

Kubler-Ross (1998, p. 43- 143) refere que a pessoa, ao tomar conhecimento do avanço de sua doença, pode passar pelos cinco estágios da morte que não são lineares:

O primeiro estágio, o da negação e do isolamento. A pessoa passa a reagir não, eu não, não pode ser verdade. Essa negação inicial era observada tanto nos pacientes, que recebiam diretamente a notícia no começo da sua doença, como aqueles a quem nada havia sido dito sobre a verdade e, ainda, aqueles que vinham, a saber, mais tarde por conta própria. A negação da morte é um mecanismo constantemente utilizado pelos profissionais, o que acaba por impossibilitar o reconhecimento das angústias dos pacientes e de seus familiares frente à morte, não favorecendo a elaboração do luto (KUBLER-ROSS, 2005, p. 43).

O segundo estágio, a raiva, ocorre quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio, a negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, revolta e ressentimento. Surge uma pergunta. Por que eu?, não, não é verdade, isso não pode acontecer comigo! (KUBLER-ROSS, 2005, p. 62).

O terceiro estágio, o da barganha, é o menos conhecido, mas útil ao paciente, embora por um tempo muito curto. É na realidade uma tentativa de adiamento e inclui um prêmio oferecido por bom comportamento, a maioria, das barganhas são feitas com Deus e mantidas em segredo (KUBLER-ROSS, 2005, p. 88).

“O quarto estágio, a depressão, ocorre quando a pessoa não consegue mais negar a sua doença, sua revolta e raiva, cedendo lugar a um sentimento de perda, tristeza e vazio” (KUBLER-ROSS, 2005, p. 97).

“O quinto estágio é a aceitação. Nesta fase o paciente já estará cansado e bastante fraco, na maioria dos casos contemplará seu fim próximo, com uma tranquila expectativa, expressa: não aguento mais lutar” (KUBLER-ROSS, 2005, p. 123).

Acredito que a esperança é um sentimento que persiste em todos os estágios da morte.

A autora refere que, para morrer não precisa ser um pesadelo a menos que o criemos; precisamos aprender a refletir sobre a vida, os momentos que vivemos, a maneira como passamos nossos dias e nossas noites (KUBLER-ROSS, 2005).

A finitude e a temporalidade, não são apenas essenciais à vida humana, mas também constituída de sentido. O sentido da existência se fundamenta no seu caráter irreversível. Daí que só se possa entender a responsabilidade que o homem tem pela vida quando a referimos à temporalidade, quando a compreendemos como uma responsabilidade de uma vida que só se vive uma vez (FRANKL, 2010).

Os sentidos atribuídos ao processo do morrer sofrem variação segundo o momento histórico e o contexto sócio cultural. A exclusão da morte e de quem está morrendo são citadas como características fundamentais da modernidade (MENEZES, 2004).

Para Frankl (2010) o homem no tempo e na finitude deve levar alguma coisa até o fim, isto é, arcar com a finitude e contentar-se conscientemente com um fim. A vida não se transcende a si mesma em longitude no sentido da sua propagação, mas sim em altura, enquanto intende para um sentido.

A negação, então, está diretamente ligada ao ato de sofrer, é de fato o anúncio de um sofrimento que, neste caso, é o sofrimento diante da morbidade (LIMA NETO, 2012).

O trabalho com o paciente é o de conscientizá-lo, apelando para sua liberdade frente à responsabilidade de suas ações. Na tentativa de encontrar um sentido nas reações de agressividade dirigidas irracionalmente aos outros, o paciente então impulsionado por sua raiva, entenderá que ele é, também, responsável por seu ódio, logo, também por todas as manifestações agressivas decorrentes dele (LIMA NETO, 2012).

Enquanto um estágio misterioso e de difícil investigação, Kubler-Ross compreende-o como uma forma do psiquismo lidar magicamente com situações extremas, apontando para uma espécie de regressão da pessoa, ocasionado por um sentimento de culpa, que a compele a apelar para o absoluto, a fim de conseguir suportar o sofrimento (LIMA NETO, 2012).

Traçando um paralelo entre a Logoterapia com a temática da Tanatologia, a Logoterapia se apresenta como um modo diferenciado de lidar com o fenômeno do morrer e com o sofrimento diante da morte. Kubler-Ross (2005) afirma que as primeiras e mais comuns reações diante de notícias são os atos de negar o morrer. Pois é exatamente a negação de uma realidade que se apresenta como possibilidade em desdobramento que Frankl entende como sofrimento (LIMA NETO, 2012).

Frankl (2008) teoriza que a relação inconsciente com Deus não se limita a questões de religião, igrejas ou instituições. Portanto, a barganha é um estágio importante para a Logoterapia devendo-se, inclusive, tentar ser trabalhado com o paciente. Porém, é evidente, tal atuação sempre deve levar em conta, em primeiro lugar, os valores de cada paciente, considerando a forma como cada pessoa significa, valora e se relaciona com o mundo e com o sagrado, mesmo que seja um paciente ateu. Frankl não exclui os ateístas de sua teoria uma vez que sua visão vai além da noção popular de religiosidade (FRANKL, 2008).

Partindo do princípio de que a vida tem um sentido incondicional (FRANKL, 1994) quando o sentido da vida excede e ultrapassa a racionalidade humana, Frankl (1994) o denomina de supra sentido que se equivale ao termo sentido último. Só é possível ter fé no

supra sentido, no sentido vivencial de acreditar. O ser humano acredita sempre em um sentido último (FRANKL, 1994).

Através dos valores criativos e vivenciais, o sentido da vida é compreensível de forma concreta. Contudo, o supra sentido exige valores de atitude. No cotidiano do trabalho a enfermagem vivencia o supra sentido nas situações de dor e sofrimento, doença e morte. É evidente que toda a enfermidade tem um sentido, desvinculado da etiologia da doença. O supra sentido é manifestado na maneira pelo qual o paciente consegue enfrentar o sofrimento, encontrando um sentido para enfermidade (HUF, 2002).

Na prática de enfermagem, o reconhecimento da existência do supra sentido permite ao enfermeiro desenvolver a sua própria concepção frente ao sofrimento do paciente para ajudá-lo a encontrar o seu sentido último.

A depressão, enquanto uma tristeza reparatória, um desligamento das relações e do mundo, surge quando a pessoa se encontra num abismo entre os seus valores e a possibilidade de realização deles, ou seja, é quando o moribundo não se encontra capaz de vivenciar sentidos, não vendo perspectivas de futuro e de realizações, uma vez que a morte se apresenta como único futuro possível dentro de todas suas limitações, impostas pela doença, seja ela qual for (FRANKL, 1994).

O estágio de aceitação seria o mais fácil de relacionar com a Logoterapia. Só se aceita um sofrimento por meio de valores de atitude, logo, só se chega ao estágio de aceitação encontrando um sentido no sofrimento que precede o morrer, assumindo o sofrimento, e na impossibilidade de mudar a realidade fatal instalada, mudar a si mesmo. Frankl (1989) refere que o sofrimento sem sentido implica em desespero.

Para tanto, é imprescindível trabalhar junto do paciente em todos os seus estágios, a possibilidade de vivenciar a si mesmo e seus valores na tentativa de fazê-lo descobrir sentidos em sua vida e na morte (LIMA NETO, 2012).

A esperança, perpassa todos os estágios pode ser relacionado com o sentido da vida, que é buscado a todo instante pela vontade espiritual do homem, por sua sede de sentido (LIMA NETO, 2012).

Frankl constatou no decurso de todo o seu trabalho que a vida é, em toda sua complexidade e magnitude, plena de sentido. A fé última no sentido da vida, que permanece até nas situações mais degradantes, este é o estado de esperança verificado por Kubler-Ross ao longo de sua atuação com pacientes moribundos, a mesma esperança que decorre do fato de que a vontade de sentido pressuposta em todo ser humano, constata que a vida tem sim um sentido a ser desvelado (LIMA NETO, 2012).

Deve-se, contudo, fazer entender que é enfocando a dimensão espiritual do paciente, bem como sua capacidade de transcendência para a experimentação de valores de atitude, a liberdade de sua vontade responsável por si mesmo e sua liberdade interior, que ele pode vir a encontrar sentido e, portanto, viver uma vida digna, mesmo à sombra de uma doença incurável (LIMA NETO, 2012).

Kubler-Ross (1998), pioneira na abordagem com pacientes no processo de morrer, defende a ideia de que todo mundo deveria ter uma boa morte, que significa não sofrer, poder escolher o lugar em que vai morrer, optando por morrer em casa, pode-se ter alguém que escute e que não o coloque na última enfermaria do hospital, longe de todos e só. Morrer com dignidade significa permissão de morrer com seu caráter, com sua personalidade, com seu estilo.

Kovács (2007) refere que a morte faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde, tanto direta, quanto indiretamente.

Viver em um mundo que a informação é processada de forma muito rápida e em espaços virtuais, fazendo com que o processo de comunicação interpessoal atravesse uma crise tanto na qualidade como na quantidade, pela ausência de um olhar, um toque solidário. No século XX, vivemos momentos de incertezas, dilemas de identidade, o que está por vir se reflete na atual sofisticação tecnológica e a interação secular, da arte do cuidar (PERICARDIS, 2000).

Concordando com o autor Perdicaris (2000), quando se refere que o profissional deve ser preparado, para dar boas notícias ou más notícias e requer habilidade, bom senso, tornando-se a comunicação uma ferramenta de trabalho, pois colocações contraditórias são obstáculos na comunicação.

Nunca se falou tanto em cuidados no fim da vida como nos últimos anos, com o objetivo de se buscar soluções relativas ao cuidado da vida humana no seu final, associando o cuidar no processo de morrer à dignidade inerente e indissociável da pessoa. Defendendo a importância da qualidade de vida, e de uma qualidade do processo de morrer com dignidade Merighi e Carvalho (2006, p. 318) expressam que:

A vida e a morte ganham um delineamento especial quando analisadas do ponto de vista da pessoa que pressente a perda gradativa da vida e a proximidade inevitável da finitude. A impotência das pessoas doentes, a sensação de insuficiência, a constante expectativa de morte, a descrença em relação às medidas terapêuticas disponíveis constituem, às vezes, uma espécie de paralisia diante da realidade dos limites dos tratamentos e da cura e das demandas da preservação da qualidade de suas vidas.

O momento presente em que nos deparamos com pessoas em condição crônica progressiva e com o envelhecimento populacional nos remete a uma reflexão sobre os serviços de cuidados paliativos que não conseguem, às vezes, avaliar a dura realidade vivenciada pelos pacientes como dor, angústia, depressão, desesperança, preocupação, estresse, sofrimento e o medo da morte. A morte pode ser vista como um evento natural e que faz parte do ciclo da vida.

Diante do exposto o processo de cuidar com dignidade e de morrer precisa ser discutido imediatamente no meio acadêmico e nas organizações hospitalares pela equipe multiprofissional e multidisciplinar, embasada em uma nova filosofia de cuidado, sem medo de expor-se ou envolver-se com o ser humano, por ter sido agredido e devastado com a descoberta de uma doença e de acreditar que a morte é apenas mais uma etapa da vida que precisa ser vivida, cuidada com qualidade e dignidade.

Esse processo pode ser vivido de forma distinta, dependendo do acontecimento, da doença, do local onde a pessoa se encontra, dos desejos envolvidos e do cuidado prestado.

A partir do século XXI, surge uma nova perspectiva de cuidar na busca de uma qualidade de vida (SANTOS, 2007).

2.1.2 O processo de cuidar na finitude da vida: cuidados paliativos

No estudo os cuidados paliativos estão relacionados ao cuidado de conforto para uma melhor qualidade de vida, abrangendo o paciente, seus familiares participem do cuidado e os profissionais de saúde principalmente os enfermeiros que tem contato direto e constante com os pacientes que cuidam fazendo com que a comunicação seja realizada entre o paciente a família e a equipe fazendo com que a vontade do paciente e dos familiares seja aceita e possa abranger nas dimensões bio-psico-socio-espiritual.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 1990, os cuidados paliativos como: os cuidados ativos e totais aos pacientes, quando a doença não responde mais aos tratamentos curativos e, quando o controle da dor e outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) são prioridade e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1990).

Esse conceito foi redefinido pela Organização Mundial de Saúde (2000) com um enfoque na prevenção do sofrimento: O novo conceito de cuidados paliativos permanece até hoje e refere ser: uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias, que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção

e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

O referido conceito da OMS explicita suas bases:

[...] afirmam a vida e encaram o morrer como um processo normal; não apressam nem adiam a morte; procuram aliviar a dor e outros sintomas desconfortáveis; integram os aspectos psicossociais e espirituais nos cuidados do paciente; oferecem um sistema de apoio e ajuda aos pacientes para viver tão ativamente quanto possível até a morte; disponibilizam um sistema de apoio para ajudar as famílias a lidar com a situação durante a doença do paciente e no próprio luto (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p. 150).

O grande desafio dos profissionais de saúde é o cuidado ao ser humano na sua integralidade. Eles voltam sua atenção para a dor e o sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, e para o desempenho com competência científica, tecnológica e humana.

Pessini (2000, p. 91) corrobora que:

Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Essa sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado com os outros.

Convivemos em ambientes pouco humanizados, quase perfeitos quanto à técnica, porém muitas vezes esquecemos a ética do cuidado e prestamos um atendimento sem afeto, atenção, solicitude e solidariedade. As pessoas passam a ser objeto e fonte de lucro, às vezes perdem a sua identidade, sendo identificadas por uma patologia ou um número de leito, tornando-se dependentes e passivas à espera do cuidado dos profissionais da saúde.

Importante ressaltar que não basta aos profissionais que compõem a equipe de saúde ser possuidores de conhecimentos técnicos e científicos que os habilitem a trabalhar com as pessoas no fim da vida. Assim, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento de suas limitações emocionais, pois, se reconhecê-las e não trabalhá-las, dificilmente irá vencê-las e superá-las, o que tornará impossível lidar com os anseios, insegurança, medos da pessoa e dúvidas dos seus familiares (MENEZES, 2004).

Os profissionais de enfermagem, por ficarem mais tempo com as pessoas, podem prestar uma ajuda eficaz na detecção, avaliação e manejo dos sintomas. Os cuidados iniciam a partir de uma avaliação do paciente, família e do ambiente com o objetivo de identificar as

necessidades pessoais, adaptação à patologia, à rede de apoio disponível, à parte emocional e social dos cuidadores e familiares, assim como a possibilidade de um cuidado interdisciplinar (FERNANDES, 2008).

É preciso atentar que os profissionais de enfermagem merecem ser considerados e que poderão enfrentar a convivência com a pessoa necessitada de cuidados no fim da vida, o que os oportuniza ter diante de si uma visão de sua própria finitude, da possibilidade de adoecer no futuro, de estabelecer uma relação de dependência a outras pessoas, nunca antes admitida. Essa condição pode tornar a relação difícil e possivelmente precária no cuidado prestado (MENEZES, 2004).

Se estivermos inseguros com a maneira de enfrentar nossa própria condição emocional não seremos capazes de transmitir segurança e o apoio de que a pessoa tanto necessita. Numa época em que falar da morte pode parecer por demais mórbido, a consciência desta situação demonstra o quanto estamos vulneráveis às intempéries do destino e como relutamos em aceitá-lo. “Nestes tempos de degenerescência, de culto exacerbado ao corpo, beleza e juventude, sustentados por todo um aparato de discursos médicos, opostos à realidade de pacientes que precisam de cuidados paliativos” (MENEZES, 2004, p. 125).

Nessa perspectiva, os cuidados paliativos não se iniciam simplesmente quando o tratamento falha, são parte de uma abordagem altamente especializada para ajudar as pessoas a viver e enfrentar o morrer da melhor forma possível. Sendo necessário conhecimento, não somente para o tratamento, mas, principalmente, para a condição humana.

Os cuidados paliativos são indicados quando estamos diante de uma enfermidade avançada, progressiva e incurável; ocorrendo falta de respostas ao tratamento específico; há numerosos sintomas múltiplos e mutantes; grande impacto emocional na pessoa, família e na equipe de saúde e de cuidadores, relacionado com a presença explícita, ou não, da morte.

Merighi e Carvalho (2006, p. 319), em estudo realizado com mulheres, afirma que, “apesar da inevitabilidade do fim, o desconforto e a dor vivenciados pelas pacientes sem condições de cura podem ser minimizados se os cuidados prestados estivessem embasados em uma filosofia voltada para os cuidados paliativos”.

Neste sentido, “os cuidados paliativos não são indicados apenas ao final da vida, devem ser oferecidos durante a vida, contínuos e intensivos e podem durar anos” (SANTOS, 2009, p. 266).

Os cuidados paliativos surgem a partir do movimento *hospice*, o qual disseminou pelo mundo uma nova filosofia sobre o cuidar trazendo então dois elementos: o efetivo controle da dor e de outros sintomas inerentes a certas doenças de caráter crônico e o cuidado abrangendo

dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

O *Lyon* foi fundado em 1842, especificamente para os moribundos. Depois de visitar pacientes com câncer, que morriam em casa, madame Jeanne Garnier abriu o que ela chamou um *hospice*. Na Grã Bretanha, o renascimento ocorreu em 1905, com o *St. Joseph Hospice*, em Hackney, fundado pelas irmãs Irlandesas da caridade. Sua fundadora, madre Mary Aikenhead, era contemporânea de Florence Nightingale, que fundou em Dublin, em 1846, uma casa para alojar paciente em fase terminal, *Our Lady's Hospice*, que chamou de *hospice* por analogia as hospedaria para descanso dos viajantes da Idade Média. Neste período foram abertos em Londres outros *hospices*, entre os quais, o St. Columba (1885) e o St. Luke's (1893), o único fundado por um médico, o Dr. Howard Barret, para acolher pobres moribundos (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Os cuidados paliativos tiveram sua origem na década de 1950, mas, realmente, assumiram importância em 1967, graças ao trabalho de Cicely Saunders. O termo paliativo deriva do vocábulo latino *palliare*, que significa manta, ou coberta, proteção, amparo, com isso a perspectiva de cuidar cresce amplamente (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Assim, quando a causa não pode ser curada, os sintomas são cobertos, porém os cuidados paliativos são muito mais abrangentes do que sintomas, “o termo implica um enfoque holístico, que considera não somente a dimensão física, mas também as preocupações psicológicas, sociais e espirituais” (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p. 186).

A partir desta época, passou a ter relevância a relação entre *hospice*, cuidados paliativos e qualidade de vida.

Cicely Saunders trabalhou pelas tardes como enfermeira voluntária na casa de St. Luke durante sete anos. Aprendeu o valor dos opioides fortes por via oral para aliviar a dor severa do câncer. À medida que foi se desenvolvendo, Cicely ingressou na escola de medicina e se tornou Dra. Saunders. Foi a primeira médica a estabelecer o uso de analgésicos orais substituindo as injeções. Analisou a experiência de mais de mil pacientes, tratando-os com recursos farmacológicos eficazes, juntamente com apoio sociopsicológico e espiritual. “Fundou o *Christopher Hospice*, em Londres, primeira instituição que se transformou em modelo de assistência, ensino e pesquisa no cuidado dos pacientes terminais e suas famílias” (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p. 182).

Também em 1967, uma psiquiatra de origem suíça começou um trabalho que revolucionou o caminho dos que cuidam daqueles que estão morrendo. Nascida em Zurique, em 1926, Elizabeth Kubler-Ross iniciou seu caminho e estudos sobre os que estão morrendo

e publicou o livro *On Death and Dying* (1969), traduzido para o português com o título *Sobre a Morte e o Morrer*, fruto de suas experiências nessa área. “Ela relata diversos momentos de pacientes acometidos por doenças graves, à espera da morte, e descreve como eles se comportam em tal situação” (KUBLER-ROSS, 2005, p. 15).

Em 1974, Kubler Ross publica o livro, *The Final Stage of Growth*, traduzido para o português com o título *Morte: Estágio Final da Evolução*, que se tornou muito famoso. Em sua obra mostra como os pacientes encaram o fim de suas vidas, a reação dos familiares e amigos e como tudo isso pode ser mais bem aceito com objetivo de ajudar o paciente. Descreve a morte em cinco fases como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A mensagem que transmite “é que as pessoas se recusam a se reconhecer como mortal e desta forma marginalizam aqueles que se aproximam da morte” (SALTZ; JEVER, 2008, p. 16).

Dessa filosofia de conforto, abrigo e assistência integral ao ser humano, surge o que hoje chamamos de cuidados paliativos. Essa modalidade inovadora de assistência aos pacientes diagnosticados como fora de possibilidades de cura “surgiu em oposição a uma prática médica tornada eminentemente tecnológica, institucionalizada, na qual o paciente era excluído do processo de tomada de decisões relativas à sua vida, ou sua morte” (SALTZ; JEVER, 2008, p. 17).

Nos Estados Unidos, o movimento *hospice* teve início em 1974, no desenvolvimento de um serviço de internação no *Hospice de Connecticut*, em New Haven. O início desse movimento, em terras americanas na década de 70 e 80, era de organização popular, comunitária, dirigida por voluntárias e enfermeiras, sem muito envolvimento dos médicos. Nos Estados Unidos, a atenção à saúde se baseava, majoritariamente, em empresas de seguro, que não incentivavam economicamente tanto médicos como os hospitais, já que no início o cuidado com *hospices* não eram cobertos por seguros (SALTZ; JEVER, 2008).

Os *hospices*, que historicamente privilegiam o cuidado dos pacientes de câncer e o enfrentamento do sofrimento causado por essa doença, hoje acolhem em número crescente pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em estágios avançados de doenças respiratórias, cardíacas e renais. A partir de meados da década de 1980, começam a surgir também vários programas de *hospices* exclusivos para crianças na fase final da vida (SALTZ; JEVER, 2008).

Os cuidados paliativos estão distribuídos em todo o mundo, de acordo com a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP, 2010) têm o objetivo, de promover a vinculação científica e profissional entre a equipe de saúde que estuda e pratica as disciplinas ligadas aos cuidados paliativos nas enfermidades crônico-evolutivas.

O país com maior cobertura de cuidados paliativos no mundo é a Inglaterra onde a Medicina Paliativa é reconhecida como especialidade médica desde 1987, nesse país. Em segundo lugar, cita-se a Espanha. Nos Estados Unidos (EUA), o movimento *hospice* começa em 1974 e, a partir daí, surgem várias equipes de cuidados paliativos na modalidade em maior escala de atendimento domiciliar 2005 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2010).

A França implantou o modelo de cuidados paliativos na década de 80, inicialmente para os idosos e, em seguida, estendeu-o aos pacientes fora de possibilidade de cura. Na América do Sul, os cuidados paliativos surgiram, também, na mesma década, em Buenos Aires e em Bogotá 2005 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2010).

Em 1984, foi fundada a Associação Internacional de *Hospice* e Cuidados Paliativos (IAHPC), que desenvolve trabalho de divulgação dos cuidados paliativos e incentivo à formação de profissionais na área. Comemora-se, anualmente, o Dia Mundial de Cuidados Paliativos e *Hospice* no segundo sábado de outubro, desde 2005 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2010).

Em 1985, foi fundada a primeira associação de medicina paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda e, em 1987, o Reino Unido foi o primeiro país a reconhecer a medicina paliativa como uma “especialidade médica definida como o estudo e o controle de pacientes com doença ativa e progressiva em fase avançada, para os quais o prognóstico é limitado e o foco dos cuidados é a qualidade de vida” (SAUNDERS; BAINES; DUNLOP, 1995, p. 2).

Na década de 90, houve o desenvolvimento de programa de cuidados paliativos em vários locais: África do Sul, Austrália, Ásia, Japão, Taiwan, China e Coreia do Sul (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2010).

No Brasil, início da década de 80, começou a surgir os programas de cuidados paliativos relacionados aos pacientes oncológicos onde o cenário da saúde então, se caracterizava pela modalidade hospitalocêntrica, curativa, em que o paciente era fragmentado pela atenção não-integrada das várias especialidades.

Havia um manejo inadequado da dor crônica, e os profissionais do cuidado não discutiam sobre a doença e morte com o paciente e/ou com os seus familiares.

O primeiro Serviço de Cuidados Paliativo, no Brasil, surgiu no Rio Grande do Sul, em meados de 1983. Em 1986, amplia-se para São Paulo e, em 1989, para Santa Catarina (SALTZ; JUVÉR, 2008).

A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos foi fundada em outubro de 1997, na cidade de São Paulo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 1997). O Ministério da Saúde tem consolidado, formalmente, os cuidados paliativos no âmbito do sistema de saúde do país através de portarias.

A portaria GM/MS nº 19 de 03 de janeiro de 2002, em que o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Assistência à dor e cuidados paliativos com o objetivo de agregar profissionais atuantes em cuidados Paliativos e a fim de consolidar essa área do cuidado no sistema de saúde brasileiro. Em julho de 2002 foi publicada, no Diário Oficial da União, a portaria 472 da secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, e criou os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica (PIMENTA; MOTA, 2006).

Um outro marco foi à inauguração da Hospedaria (termo aportuguesado para *hospice*) de Cuidados Especiais do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo em 2004.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), também foi fundada na cidade de São Paulo em fevereiro de 2005.

Um levantamento feito pela Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (2010) identificou que, no Brasil, existem 64 serviços que se cadastraram como prestando cuidados paliativos. A maioria desses serviços é um desdobramento das clínicas de dor. Nas regiões do país, estão distribuídos na Região Sul, nove serviços, Região Sudeste, quarenta e dois serviços, na Região Centro Oeste, dois serviços, na Região Nordeste, nove serviços e na Região Norte, dois serviços (MELO; CAPONERO, 2009).

Os programas de cuidados paliativos devem estar disponíveis 24 horas e incluem clínica-dia, assistência domiciliar, internação, serviços de consultoria e suporte para o luto. Durante a “cronicidade da doença, o paciente será atendido em clínica-dia, recebendo informações, orientações e cuidados diários pela equipe multidisciplinar e quando necessário, no caso de agravamento da doença, será encaminhado aos cuidados em domicílio” (MELO; CAPONERO, 2009, p. 263).

A assistência domiciliar é o atendimento integral no contexto familiar. Tanto os cuidados na clínica-dia, quanto em domicílio e internação devem ser monitorados pela equipe diariamente. A equipe deve oferecer segurança, individualizar as queixas e os cuidados, responder as perguntas do paciente e de seus familiares, aliviar o sofrimento físico e escutar o paciente. A equipe precisa ser treinada (MELO; CAMPONERO, 2009).

A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, tem o objetivo principal de promover os cuidados paliativos em doenças crônicas não transmissíveis. A fundação Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (1997) teve início com as atividades educativas,

assistenciais e políticas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) destinados a orientar os profissionais de saúde para criar e manter os serviços atuando na capacitação profissional e publicações científicas específicas, através da unidade Hospital do Câncer, antigamente conhecida como Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO). A Portaria nº 19 de 3 de janeiro de 2002 do Ministério da Saúde instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa Nacional de Assistência à Dor em Cuidados Paliativos e fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (BRASIL, 2004).

Pessini e Bertachini (2006) destacam que os princípios que regem os cuidados paliativos na atuação do enfermeiro são: reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; estabelecer uma estratégia que não acelere a chegada da morte nem a prolongue; proporcionar alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; integrar os aspectos psicológicos e espirituais ao tratamento do paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a conseguir uma vida mais ativa possível até que sobrevenha a morte; estender apoio à família, para que esta possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período do luto.

A distinção ética nos cuidados paliativos se dá pela ênfase no acompanhamento a pessoa no processo de morte e morrer com objetivo de manter a dignidade desta e aliviar o sofrimento e a dor no fim da vida (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

A equipe de cuidados paliativos, composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistente social, nutricionista, psicólogos, e religiosos de acordo com as crenças da pessoa, necessita conhecer a filosofia do cuidado para trabalhar em conjunto evitando que o cuidado prestado seja fragmentado ou ignorando o que compete a cada membro que a compõe (MELO; CAPONERO, 2009).

2.1.3 Cuidados de enfermagem no processo de morte e morrer

A atuação do enfermeiro compreende cuidados e as relações que vão desde a entrada da pessoa no hospital, relacionamento com familiares, equipe multiprofissional, e permeia diferentes faces do processo de cuidado, desde a chegada até a saída da pessoa, seja pela alta hospitalar, seja pela morte.

O processo de cuidar que está inserido na prática profissional do enfermeiro faz interface com todos os membros da equipe de saúde, com a família, com a comunidade. Ele está obrigatoriamente introduzido numa relação direta, processual, dialógica, interativa e subjetiva inerente ao cuidado da vida humana (FIRMINO, 2009).

Os profissionais de enfermagem são os que mais lutam contra a morte, mas sua formação é marcada pelo afastamento da morte. Os temas morte e morrer ou não fazem parte dos programas de estudos das universidades e, quando fazem, são tratados de forma superficial. Em face da negação da morte, a pessoa perde a oportunidade de melhor formar concepções sobre a morte e o morrer (PESSINI; SIQUEIRA; HOSSNE, 2010).

A formação dos enfermeiros que trabalham diretamente com o cuidado à saúde, remete à valorização da vida e do ser humano. Em detrimento do avanço tecnológico, a enfermagem mantém-se inalterada em relação aos valores de abnegação, altruísmo e solidariedade. Assim, nossa luta é contra nossa capacidade de sermos insensíveis ao sofrimento do outro.

Entendemos que é nessa luta que se inscreve no valor ético da solidariedade nas suas diversas formas. Precisamos, portanto, “evitar a formação puramente técnica e buscar formar profissionais cidadãos, capazes de agir eticamente” (FONTOURA et al., 2011, p. 65).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no capítulo I das relações profissionais são Responsabilidades e Deveres dos enfermeiros, no Art. 12, determina: “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência livre de imperícia, negligência ou imprudência” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 37). No Art. 19 “respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo o seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 38).

Sob esse aspecto, é oportuno citar que no Art. 29, sobre as proibições, “promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 38).

Para os enfermeiros e os estudantes de enfermagem, é difícil lidar com repetidas cenas de sofrimento, dor, tristeza e morte. Cuidar de pessoas que estão sofrendo, torna-se algo penoso, porque eles lembram que, como seres humanos, como as pessoas que cuidam, também são susceptíveis a essas situações e não podem modificar o curso da vida, que se encaminha para a morte (KAPCZINSKI; BASSOLS, 2001).

A morte e o morrer são temas que provocam discussão, em especial, entre os enfermeiros, que se encontram em contato direto e repetido com pessoas que morrem sob seus cuidados. Eles precisam explorar as próprias perspectivas sobre o significado de morrer a fim de desenvolver a capacidade de cuidar das pessoas ao fim da vida morrendo (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

É com a proximidade da morte que o sentido da vida se expressa de forma mais clara. O enfermeiro de cuidados paliativos deve atentar para os propósitos de vida da pessoa e estar sensível à perda de propósito e ao sofrimento da pessoa que está morrendo (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

O cuidado prestado pelos enfermeiros às pessoas que morrem tem sido ainda um fardo pesado, composto de cenários de sofrimento, medo e angústias, pois a morte do outro os deixa à mercê de conflitos íntimos, situações geradoras de culpas. A culpa de não cuidar para a cura, do fracasso na realização do trabalho (PENHA, 2009). Nesse sentido, podemos aprender com a experiência da morte do outro, e os enfermeiros são privilegiados. Essa experiência pode nos levar a novas maneiras de sentir ou de viver a vida.

A enfermeira Boemer (1986), publicou um livro sobre as questões da morte e do morrer baseado na sua tese de doutorado em enfermagem sobre a morte, o morrer e o morrendo: estudo de pacientes terminais. Refere que a temporalidade constitui o significado primordial do existir no mundo de cada um de nós. Importante compreendermos a nossa totalidade e a significação indivisível da integridade quando nos defrontamos com a possibilidade de *não-ser-mais-aí-no-mundo com os outros*, portanto, enquanto não contemplamos a possibilidade de não ser mais, estamos ainda num estado de incompletamento, não completamos nossa inteireza, nossa totalidade humana (BOEMER, 1986).

A totalidade humana é um todo completo nas suas partes e na sua ordem. Tal foi o conceito de Aristóteles relativo à totalidade humana enquanto distinta do todo cujas partes podem mudar a sua disposição sem modificar o conjunto. Nesse sentido, o mundo é uma totalidade, mas não é o universo. Segundo Kant, a totalidade humana corresponde às condições da ideia de razão pura. A ideia é, portanto a noção de uma perfeição, embora de uma perfeição real (ABBAGNANO, 2007).

O princípio que unifica tudo é o princípio de respeito pela dignidade do ser humano. A autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça são desdobramentos deste princípio, como também o princípio da solidariedade. A explicitação destes princípios traça em grandes linhas a contribuição da ética ao processo de humanização hospitalar. Não se pode humanizar o hospital sem referência à ética (MARTIN, 2006).

“A humanidade inteira é uma dignidade, porque o homem não pode ser utilizado unicamente como meio por nenhum homem, mas sempre como um fim, e consiste sua dignidade, em virtude da qual se eleva sobre os demais seres do mundo” (KANT, 2008, p. 32)

O termo dignidade segue conservando seu sentido originário de elevação dentro da escala dos seres vivos do mundo, porém convertido num princípio metafísico: todo ser humano está dotado de uma dignidade intrínseca, que se identifica com sua racionalidade e, portanto, com sua liberdade e moralidade. “Os seres humanos são fins em si mesmos, e não somente meios, de modo que não podem ser comprados nem vendidos, como se fossem coisas. Pois, não são coisas são pessoas” (PESSINI, 2010, p. 33).

É pelo cuidado que o homem é dignificado na sua condição de humano. E sem o cuidado o homem se transforma em um ser sem identidade, sem valor, sem dignidade (BATISTA; FONTOURA; SANTA ROSA, 2011).

Somos esperados com festa e alegria para o nascimento, mas, não nos preparamos para a morte e o morrer, porém as pessoas querem morrer com dignidade, sem sofrimento, evitando a morte prolongada em sofrimento, presente no hospital nos dias atuais.

O homem enfrenta um sofrimento com resiliência que é entendida como a capacidade deste enfrentar situações, sobrepor-se e sair fortalecido pelas experiências adversas (FRANKL, 2010).

É como uma adaptação positiva em resposta a determinada situação, não apenas suportar, mas comprometer-se em uma nova dinâmica de vida. Em logoterapia, o conceito de resiliência é usado como fator protetor do psiquismo e de transformação dos comportamentos negativos em possibilidades. A resiliência faz a pessoa encontrar motivos que favoreçam a descoberta de valores (MOREIRA; HOLANDA, 2010).

A percepção do que seja boa morte pode diferir entre pacientes, profissionais e familiares. Algumas pessoas gostariam de manter a lucidez, a identidade pessoal na hora da morte, não ter a sua consciência rebaixada, preservando a autonomia, identidade, singularidade. Outros preferem que tudo se passe rapidamente sem consciência ou sofrimento (KOVÁCS, 2008).

Refere a autora que a morte difícil é aquela aceita, e que se observa revolta e conflito com os familiares, principalmente, quando há o sentimento de estar abandonado ou solitário.

A morte é um atributo inalienável do *ser-aí* e que cada um de nós deverá morrer por si mesmo. Esse é o sentido verdadeiro e fundamental do *ser-aí* que existe-no-mundo-com-os-outros. “A morte, no seu sentido mais amplo, é um fenômeno da vida, e de fato, pode mesmo ser identificado como sendo o fenômeno da vida” (BOEMER, 1986, p. 13).

Na visão de Penna, (1999, p. 20), “os conteúdos que abordam a morte nos currículos de enfermagem falam de questões éticas ou causas de morte na população”, mas, ao aprender a morte como um fenômeno ao qual se está exposta diariamente e com o qual se deveria saber

lidar não há referências. Esse aprendizado se dá no campo de prática quando o profissional acompanha a morte das pessoas sob seus cuidados.

Estudantes de enfermagem e professores demonstram não ter preparo para enfrentar a morte, e o que aprenderam, ainda insuficiente, passa pela experiência da vida de cada um e pela convivência eventual com o morrer do outro. Esse aprendizado é solitário e vem da necessidade individual do profissional que, no seu cotidiano de trabalho, convive com a morte com a qual não se habitua. Por se tratar de um processo doloroso, acompanhado de sofrimento e de ações mecânicas (MACHADO; LEITE, 2006).

O enfermeiro sabe que o surgimento de uma doença grave, sem probabilidades de cura, representa uma situação problemática, que mobiliza aspectos psicológicos, sociais e espirituais da pessoa para enfrentá-la, sendo que esse processo desencadeia uma mobilização, na família e/ou de outras pessoas com quem o paciente mantém relacionamentos significativos (MACHADO; LEITE, 2006).

Outro aspecto observado é que, mediante a iminência da morte, as pessoas sentem reações diferentes que conferem complexidade ao processo. Alguns se retraem e vivenciam o medo, outros, porém, começam a valorizar o tempo de que ainda dispõem e passam a enxergar a vida de maneira mais plena, o que favorece uma adaptação. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem criar possibilidades para que a pessoa compreenda a sua doença, pois essa compreensão pode ajudá-la a enfrentar a enfermidade e até mesmo facilitar a tomada de consciência da aproximação da sua morte.

Na cultura ocidental, cada vez mais a morte é escondida, desde que considerada um momento de fragilidade e vergonha; portanto, deve acontecer em silêncio para não incomodar ninguém. Como resultado, as pessoas, quando indagadas a respeito, sonham com a boa morte, em geral, morrer dormindo, pois assim não sentirão a morte e não incomodarão ninguém (MACHADO; LEITE, 2006).

O agravante na nossa cultura é que os profissionais de enfermagem, não estão preparados para lidar com as questões relacionadas à morte e ao processo de morrer. Esse tende a ser considerado um assunto menos importante nas organizações de saúde, pois a imagem do hospital é aquela de ser um local de cura, e todos que o procuram têm a esperança de sair curados (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

Contudo, a doença e a possibilidade de morte devem ser enfrentadas como experiência humana, representando um processo contínuo de aprendizado e crescimento, no qual o paciente, família e profissionais de saúde necessitam adequar seus comportamentos, sempre

que necessário, visando uma melhor qualidade de vida e de morte (MACHADO; LEITE, 2006).

Acredita-se que a realidade dos profissionais de enfermagem obedece a uma lógica interna e é necessário conhecê-la para atribuir sentido aos costumes, práticas e concepções. Desse modo, operar transformações nas quais tal lógica está inserida, de modo a ampliar o leque de possibilidades de tratamentos, para além dos convencionais (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Esse enfoque deve ser buscado na formação dos profissionais de enfermagem, traduzindo-se em novos conhecimentos, habilidades e fortalecendo o compromisso social desses com vistas ao acompanhamento no processo de viver e de morrer com dignidade não ficando restrito à obstinação da cura (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Para compreender a natureza dos cuidados de enfermagem temos, pois, que os situar no único contexto que lhes dá todo o sentido, a sua real significação. O cuidar é definido por Waldow (1998) como processo interativo no qual se dá o cuidado. Esse processo é interativo na medida em que envolve dois seres: o cuidador e o ser cuidado. O primeiro tem um papel ativo ao desenvolver as ações do cuidar e o segundo, apesar de passivo, pode se responsabilizar pelo próprio cuidado, a depender de suas possibilidades e grau de dependência.

O processo de cuidar aqui é definido como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizados para e com o “paciente/pessoa/ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana” (WALDOW, 1998, p. 52).

O cuidado é uma das bases estruturantes na formação dos enfermeiros e abrangem habilidades, conhecimentos, avanços tecnológicos, porém o essencial é como os discentes de enfermagem percebem o trabalho do enfermeiro relacionado ao humano, com a pessoa e pela pessoa. Valorizar a cada dia as perspectivas do cuidado no seu sentido pleno, humano, ético e com responsabilidade, buscando o cuidado com qualidade e dignidade humana (COSTA et al., 2012).

O princípio da dignidade humana é enunciado por Kant como segunda fórmula do imperativo categórico: “age de tal forma que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre também com um fim e nunca unicamente como um meio”. Esse imperativo estabelece que todo homem, aliás, todo ser racional, como fim em si mesmo, possui um valor não relativo, mas intrínseco, ou seja, a dignidade (ABBAGNANO, 2007, p. 327).

No reino dos fins, tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, o que tem um preço pode ser substituído por alguma outra coisa equivalente, porém a moralidade, a humanidade e a dignidade são as únicas coisas que não têm preço. Portanto “a moralidade e a humanidade, são as únicas coisas que tem dignidade” (KANT, 2008, p. 81).

Durante a ação, a cuidadora comunica-se com o ser cuidado, mesmo que não haja necessidade de palavras, a ação também é reflexiva. Por parte do ser cuidado, o crescimento é considerado como uma atitude positiva e serena frente às experiências de perda, incapacidade, doença ou morte. “A motivação é uma variável importante e constitui a disposição para ser cuidado, para ajudar e o seu desejo de crescer, incluindo a vontade de viver, aumento de conhecimento e aceitação frente aos mistérios da vida e da morte” (WALDOW, 1998, p. 52).

A família é importante para a pessoa em cuidados no fim da vida, sua presença e carinho são fundamentais e a equipe deve estar atenta, esclarecendo, informando e dando apoio, pois assim possibilitará a ajuda para o crescimento do ser que recebe cuidados. A capacidade para cuidá-lo inclui o autoconhecimento da cuidadora (MAYEROFF, 2006).

Só o conhecimento do que se é pode mostrar o que se quer ser. O cuidado da vida do ser humano, portanto, só pode ser vivido em uma experiência ontológica, construída da relação entre os profissionais e as pessoas que são cuidadas (MAYEROFF, 2006).

Para Collière (1999, p. 15), “cuidar não é tratar”. Cuidar é um processo que envolve tridimensionalidade do ser, promovendo meios para seu desenvolvimento e manutenção do equilíbrio dentro de um contexto [...] se cuida sem tratar, no entanto, não se trata sem cuidar. Assim, cuidar faz parte do tratar. Logo o cuidar é um processo [...] “indispensável, não apenas à vida dos indivíduos, mas à perenidade de todo grupo social” (COLLIÈRE, 1999, p. 15). A tridimensionalidade do ser está relacionada com o biológico, psicológico e o espiritual. Trata, por sua vez, é um cuidado que se limita a suprir deficiências temporárias de uma pessoa ou é voltado para promover um final de vida digno.

A existência é algo essencialmente espiritual [...] o homem deve ser visto de forma completa em sua tridimensionalidade, como ser biológico, psíquico, socio e espiritual (AQUINO, 2010).

O maior legado da obra de Viktor Frankl talvez tenha sido a visão de homem [...] como um ser tridimensional, constituído pelas dimensões somática, psíquica, social e noética ou espiritual. Na dimensão somática, coordenam-se os fenômenos corporais do homem, a sua estrutura orgânica e fisiológica. A dimensão psíquica abrange as sensações, impulsos, instintos, desejos, talentos intelectuais, comportamentos adquiridos, costumes sociais. “A dimensão espiritual ou noética (*nous* = espírito) abrange as demais por ser a dimensão

especificamente humana”. Nessa dimensão, encontram-se as decisões pessoais, a criatividade, a religiosidade, o senso ético (AQUINO, 2010, p. 20).

Todas as pessoas necessitam de um sentido ou uma razão para viver e para morrer, pelo qual vale lembrar Saunders (1996, p. 25) afirma: “o sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida”. Para Frankl (2010) o sofrimento torna-se insuportável quando não se percebe nenhum significado, posto que o sofrimento sem sentido significa desespero.

O sofrimento convida à descoberta de valores de atitude de tal forma que, encontrando um sentido naquela circunstância dramática, o homem faz a experiência realizar sua humanidade e de se libertar no sofrimento. Experimentando a dor, a impotência diante de um drama inevitável a pessoa pode descobrir, por meio de sua liberdade, uma possibilidade de enfrentá-lo com dignidade (FRANKL, 2010).

No que se refere ao cuidado digno da pessoa com dor e com sofrimento, os serviços de saúde, no Brasil, ainda encontram-se em fase de construção. No cotidiano dos hospitais, as pessoas em condições crônicas revelam, confidencialmente e com frequência, não terem medo de morrer, entretanto temem o sofrimento relacionado ao processo de morte e morrer. Isso ocorre principalmente quando relacionado a uma dependência mutilante, podendo surgir a perda do significado e sentido da vida (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Segundo Pessini e Bertachini (2006), as publicações científicas revelam a distinção entre dor e sofrimento, e vem ganhando importância, até certa popularidade, o cuidado às pessoas em condições crônicas. Nem sempre quem está sentindo dor está sofrendo. O sofrimento ocorre quando existe a possibilidade de destruição, sendo uma questão subjetiva e está ligado aos valores da pessoa. O sofrimento é mais global que a dor, e essa está associada à situação de doença que leva a interpretar a vida como vazia de sentido. Dar um significado, um sentido à vida ou à condição sofrida frequentemente reduz o sofrimento.

A dor e o sofrimento humanos foram vistos no nível fenomenológico como sintomas dolorosos que exigem uma intervenção urgente e por vezes emergente de cuidados médicos e de toda equipe de saúde (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

A discussão da morte e do morrer e dos cuidados paliativos em enfermagem deve transpor as limitações da fisiologia e da patologia e adentrar no campo das relações humanas, evitando a despersonalização da pessoa frente a uma patologia ou leito. O fundamental é a manutenção da dignidade e o controle da situação através da não intervenção no que é fisiológico, mas na promoção do conforto e do alívio físico, emocional e espiritual (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Como membro da equipe interdisciplinar, o enfermeiro pode ajudar a pessoa e seus familiares a adaptarem-se às mudanças impostas pela doença, por meio de uma avaliação adequada da parte física e emocional. São utilizados cuidados paliativos quando a pessoa não tem mais perspectiva de cura e o cuidado prestado tem, então, por objetivo a manutenção da dignidade, do conforto físico, psicológico e espiritual do ser humano.

A morte de uma pessoa causa grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda equipe envolvida no seu cuidado. O modo como o enfermeiro compreende o conceito de morte bem como a forma que relaciona esse conceito com o seu próprio existir e as suas vivências pessoais de perdas anteriores, dentro e fora do âmbito profissional, são aspectos que influenciarão na sua atuação diante da morte (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

A atuação dos enfermeiros em cuidados paliativos acontece na equipe interdisciplinar. Para se obter um atendimento qualificado, é imprescindível que o profissional de saúde possua o conhecimento da área e respeite a competência de cada profissional. Razão por que deve sistematizar a assistência de enfermagem visando aperfeiçoar seu trabalho, planejar cuidados e implementá-los, baseados nos princípios do alívio da dor e de sintomas angustiantes, estabelecendo estratégias que não acelerem nem retardem o processo de morte. Ao mesmo tempo, além do respeito aos paradigmas bioéticos, estende o apoio à família, para que possa acompanhar a doença e sobreviver ao momento do luto (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

2.2 ANÁLISE EXISTENCIAL DE VIKTOR EMIL FRANKL

Viktor Emil Frankl, nasceu em Viena, Áustria em 26 de março de 1905, sendo o segundo de três irmãos, filho de pais judeus e faleceu de parada cardíaca, em 1997. Foi médico, psiquiatra, austríaco, fundador da Logoterapia, escola psicológica de caráter fenomenológico existencial e humanista, conhecida também como a Psicoterapia do sentido da vida e a dimensão espiritual da existência ou, ainda, a Terceira Escola Vienense em Psicoterapia. É um método de tratamento psicológico que denominou logoterapia (logo= do lat. *loco*, no lugar), uma das dissidências da psicanálise freudiana surgidas em Viena e uma das muitas teorias sobre a motivação básica do comportamento humano (XAUSA, 1986).

Frankl (2008) utilizou o termo *logoterapia* para sua teoria sobre o sentido da vida. O termo *logos* é uma palavra grega e significa sentido.

A *logoterapia* esforça-se especialmente por trazer o homem à consciência do seu ser responsável, enquanto fundamento essencial da existência humana (FRANKL, 2010).

Para Frankl (2010) o significado da existência é conservado pelo homem através do sentido até a sua última hora, até o último suspiro. A sua obrigação em realizar valores não o deixa em paz até o último instante da existência.

A logoterapia, ou, como tem sido chamada por alguns autores como a Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, concentra-se no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa por esse sentido. Para logoterapia, a busca de sentido na vida da pessoa é a principal força motivadora no ser humano (FRANKL, 2009).

A logoterapia ajuda a pessoa a encontrar um sentido em sua vida, e vê na responsabilidade e essência propriamente da existência. Sua teoria denominada Logoterapia e Análise Existencial, investiga a realização do ser humano pelo sentido da vida e oferece uma explicação da existência humana. Para Frankl, a palavra *Logos* refere-se a significado e sentido, e *existência* possui três significados: o modo de ser, o sentido da existência e a vontade de encontrar sentido concreto na vida (FRANKL, 2009).

Frankl (2010) ao tentar explicar o sentido da vida, refere que o homem é remetido para si mesmo, tornando-se alguém a quem a vida interroga, alguém que a esta tem que responder, sendo responsável assim por sua vida. A existência humana é ser responsável, que tem origem no caráter concreto da pessoa e da situação, e que cresce, além disso, a responsabilidade é algo único, irrepetível em cada situação e constitutivos do sentido da vida humana (FRANKL, 2010).

Um dos aspectos essenciais da existência está na finitude do homem, que tem que representar algo que dá sentido à existência humana, e não algo que lhe tire (FRANKL, 2010).

Quantas vezes a morte não põe em dúvida o sentido da vida inteira! Pelo contrário, se fossemos imortais adiaríamos as nossas ações até o infinito. Tendo em vista a morte como infranqueável do nosso futuro e limite das nossas possibilidades, vemo-nos obrigados a aproveitar o tempo de vida de que dispomos e não deixar passar em vão as ocasiões irrepetíveis, cuja soma finita representa a vida inteira, uma vida que só se vive uma vez (FRANKL, 2010).

Desde pequeno demonstra grande inteligência e sensibilidade, relata que aos quatro anos acordou certa noite sobressaltado com a ideia de que algum dia iria morrer e, desde então, passou a se questionar sobre o sentido da vida e a se interessar por questões filosóficas. Estudou medicina na Universidade de Viena e especializou-se em neurologia e psiquiatria. Neste trabalho a respeito das relações entre a psicoterapia e a filosofia existencial, assinalando

a necessidade de incorporar na terapêutica os aspectos de cunho existencial e filosófico que estão presentes no horizonte do paciente (XAUSA, 1986).

Para Frankl a existência é algo que se constitui e que se pode reler, reorganizar e escolher novamente. Há então, uma inquietação com relação à vida no ser humano que, com frequência, pergunta pelo sentido do seu existir. Mais do que existir deve haver um por que existir. Esse porquê existir é que poderá dar base e sustentação para que se suporte a vida em suas incertezas (SOUZA; GOMES, 2012).

A abordagem ontológica do ser humano aprofundada por Frankl (2008) na Logoterapia tem por fundamento compreender o homem em sua totalidade. Frankl parte da aceção básica de que o ser humano é bio-psico-espiritual, necessitado de liberdade e constituído pela capacidade de suportar o sofrimento, mesmo quando a vida parece não ter qualquer significado. Frankl (2008) descreve o ser humano como uma unidade múltipla. “A pessoa é um ser único e total” (XAUSA, 1986, p.116)

Para a Análise Existencial, é exatamente o tom de finitude e irreversibilidade que a morte dá ao existir, que apela ao homem para assumir a vida como um ser-responsável e um ser-consciente assumindo a tarefa de criação de si mesmo ao longo de sua existência (LIMA NETO, 2012).

Frankl (1992) nos convida a imaginarmos como imortais, que tivessem todo o tempo do mundo a sua disposição, e conclui que para tais homens a vida perderia seu caráter de acontecer, tudo poderia ficar para depois e a imediaticidade da vida, junto com o seu sentido, perder-se-ia completamente. A finitude é parte constituinte do sentido da vida, necessária para que esta adquira valor (LIMA NETO, 2012).

A morte como a instância que impele o individuo a tomar consciência da responsabilidade sobre seu existir no mundo e, conseqüentemente, do sentido de sua vida (AQUINO, 2013).

Frankl agumenta que: “Se nossa existência fosse temporalmente ilimitada, poderíamos com razão adiar indefinidamente qualquer ação, pois não haveria precisão de realiza-la justamente agora; ela poderia ficar para amanhã, para depois de amanhã, ou para daqui a 100 anos”. Nessa perspectiva a vida é transitória, mas também os momentos, pois a vida é um continuo morrer (FRANKL, 1990, p. 26).

O pensamento não assinala um desejar ou um esperar pelo momento da morte, mas sim um aceitar o morrer e afirmar tal possibilidade, enquanto única possibilidade que ocorrerá, fazendo em vida as melhores escolhas possíveis, encontrando em cada ato concreto, em cada situação única. Por isso o homem é consciente, porque reconhece e intui sua finitude.

E, portanto, também ele é responsável, porque vivencia e assumi sua vida como imediaticidade e como projeto que caminha para um fim, desdobrando ao longo desse percurso, uma série de possibilidades que motivam e dão sentido a vida (LIMA NETO, 2012).

Frankl passou por quatro campos de concentração entre 1942 e 1945, inclusive os piores, como o Theresienstadt (1942-1944) e o de Auschwitz (1944). Durante três anos de cativo, o interesse voltado para o comportamento humano, concluiu que os companheiros de prisão que tinham uma esperança e davam um significado a suas vidas predominavam entre os sobreviventes da selvageria e da fome a que todos haviam sido submetidos. Sobreviveu não apenas aos maus tratos e à fome, mas, ainda, a um ataque de febre tifoide no último campo em que esteve internado (XAUSA, 1986).

A experiência como prisioneiro, em que perdeu seus familiares pai, mãe, esposa e irmão, enfrentou o sofrimento, a dor, a humilhação sua e dos seus companheiros, levou Frankl a fortalecer a base teórica da Logoterapia ou terapia pelo sentido, sua psicoterapia objetiva resgatar a vida do *ser*, e o interroga: Qual o sentido de sua vida? (XAUSA, 1986).

Ao longo da sua existência, percorreu caminhos que o levou a *logoterapia* também conhecida como Análise Existencial, à Psicoterapia Existencial e à Antropologia Frankliana, fundamentado em “pilares que incorporam aspectos da filosofia humanístico-existencial, da ontologia e da fenomenologia” (SANTA ROSA, 1999, p. 15).

Seu pensamento era que a motivação básica do comportamento da pessoa é uma busca pelo sentido para sua vida, e que a finalidade da terapia psicológica deve ser ajudá-lo a encontrar esse significado particular (FRANKL, 1989).

Na visão Frankliana, a busca do sentido da vida faz parte da existência humana, não é dado, só pode ser encontrado pela própria pessoa referindo que:

Não se trata, portanto de injetar o sentido nas coisas, mas sim de extrair sentido delas, de captar o sentido de cada uma das situações com que nos defrontamos [...] . O sentido é, pois, uma silhueta que se recorta contra o fundo da realidade. É uma possibilidade que se destaca luminosamente, e é também uma necessidade. É aquilo que é preciso fazer em cada situação concreta; e esta possibilidade de sentido é sempre, como a própria situação, única e irrepetível (FRANKL, 1989, p. 28).

Frankl teorizou que o indivíduo pode encontrar um sentido para sua vida por três caminhos fundamentais: ao experimentar que é capaz de fornecer algo ao mundo, concretizando o valor de criação; quando, além de dar, pode receber vivenciando valores de experiência; e ao vivenciar circunstâncias e limitações de ordem biológica, psicológica ou

sociológica que o impossibilitam a realização dos valores citados, levando o homem a assumir uma atitude frente a situação apresentada, valores de atitude (XAUSA, 1986).

Os valores de criação incluem as criações intelectuais, artísticas, de trabalho e realização profissional, que manifestam necessidades humanas fundamentais, criando um trabalho, realizando um feito notável ou ao sentir-se responsável por terminar um trabalho que depende fundamentalmente de seus conhecimentos ou de sua ação (XAUSA, 1986).

Para compreender como os enfermeiros apreendem o sentido da vida na vivência dos cuidados às pessoas no processo de morte e morrer, decidi utilizar como referencial a Análise Existencial de Viktor Frankl, que considera a principal preocupação do homem estabelecer e perseguir um objetivo, e é essa busca que é capaz de dar sentido à sua vida, o que faz, para ele, valer a pena viver.

A análise existencial oferece o referencial teórico para a compreensão do homem que foi lançado no mundo e do conflito que emana do enfrentamento da pessoa humana com os supostos básicos da existência, ou seja, certas “propriedades e preocupações essenciais que fazem parte da existência do *ser-homem-no-mundo*” (HUF, 2002, p. 41).

Encontrar sentido num sofrimento inevitável é o que Frankl denomina de otimismo trágico. Ser otimista diante do trágico significa optar pela vida, apesar das adversidades apontarem para o contrário. Sua crença no potencial do homem e em sua capacidade de encontrar um sentido para sua existência, através da liberdade-responsabilidade para fazer escolhas, denota, em Frankl, uma característica humanista.

Daí sua teoria ser denominada de existencial humanista com tendências a considerar sempre o homem como *ser-no-mundo*. Portanto, a liberdade que obrigatoriamente dirige para as escolhas confere ao homem responsabilidade por si mesmo e pelos outros como também o torna alvo da liberdade dos outros.

Para iniciarmos a reflexão sobre a morte e o morrer na ótica existencial, discorreremos de forma breve sobre a essência do ser humano e sua relação com o existir e estar presente no mundo. O existir humano compreende pessoas reais em situações concretas.

Na visão fenomenológica-existencial, o homem é aquilo que escolhe ser, e sua existência caracteriza-se pelo conhecimento de si mesmo, pelo descobrir-se e compreender-se encontra o sentido na sua existência. Ele escolhe seus próprios valores responsabilizando-se por si próprio e tornando-se único em sua totalidade e singularidade real.

A certeza da morte, afirma Kovács (2002), ligada à incerteza de sua hora, é fonte de angústia durante toda vida. O sofrimento provocado por conflitos, incertezas e dificuldades que envolvem o viver humano, são situações de angústia que forçam o homem a fazer

escolhas, admitindo sua liberdade e o levam a tornar-se sujeito, reconhecendo-se, afirmando-se e fazendo assim uso de sua liberdade.

A morte, no existencialismo, assume o papel de obrigar o homem a ressignificar cada detalhe da sua existência, tornando-se, então, um processo vital. Nesse sentido, Kovács (2007) explica que em nossa sociedade há uma inversão nas características da morte, passando esta a não ser mais considerada como um fenômeno natural da vida, exatamente por representar um fracasso. Kovács (2007) denominou “morte invertida”, isto é, dirige o homem ao não enfrentamento da morte, ele recusa-se a admiti-la implicando o aumento do medo diante da mesma.

Não admitir a existência da morte é não querer entrar em contato com experiências que causam sofrimento, e a doença caracteriza-se como um desses sofrimentos uma vez que está associada à aproximação da morte. A enfermidade é compreendida pela ótica existencialista por privação da saúde significando que no sentido que o homem enfermo está limitado na sua condição de liberdade, tendo alterados, então, os limites da liberdade total, das possibilidades de escolhas.

A liberdade nesse caso, seria compreendida como uma possibilidade de escolha da concretude das situações, o indivíduo, a cada instante de sua vida, depara-se com múltiplas possibilidades de escolha, dentre as quais uma poderá ser realizada. Nesses termos, considerando os aspectos da consciência, responsabilidade e liberdade, o eu é construído de acordo com as decisões realizadas, configurando, dessa forma, o seu ser-no-mundo. Assim ele afirma: “eu ajo não apenas em consonância com o que eu sou, como também me transformo em consonância com o que ajo” (FRANKL, 1990, p. 99).

2.2.1 Pilares da Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Emil Frankl: liberdade de vontade, vontade de sentido e o sentido da vida

O existencialismo na Análise Existencial de Frankl (2005) enfatiza a relação do sujeito no mundo, em como a tensão existencial do homem está entre *ser e dever ser*.

O termo “existencial pode ser usado de três maneiras: referindo-se à existência em si mesma, isto é, ao modo especificamente humano de ser; ao sentido da existência; à busca por um sentido concreto na existência pessoal” (FRANKL, 2009, p. 126).

A Logoterapia concebe que o mundo é constituído por valores objetivos do ser humano, possui a missão de encontrar e realizar os valores que estão latentes nas situações. Assim, quanto mais o indivíduo se sente privado de sentido na vida, maiores são as

probabilidades para o desespero existencial. Nesse sentido, o vazio existencial, para Frankl (2005), é descrito como um sentimento que se instala na pessoa ocasionado pela falta de sentido da vida, deixando-a em um profundo tédio e com a sensação de que a vida não possui valor.

O “existencialismo de Frankl coloca o ser humano como único ente que busca significado para a vida, ao contrário dos animais, homens e mulheres se preocupam com o sentido de suas vidas, pois possuem a consciência da finitude da existência” (AQUINO, 2011, p. 53).

A primeira preocupação do homem é com a morte porque ela reflete a finitude da vida abordada por Frankl em sua *Análise Existencial*. A segunda é a liberdade relacionada à responsabilidade, mas todas estão interligadas, pois, ao considerar a finitude e os limites da liberdade, ao supor riscos e a possibilidade de fracasso, supõe, sobretudo, a responsabilidade (FRANKL, 1994).

A *Análise Existencial* de Frankl concebe a vida como uma tarefa ou um dever, no qual cada ser humano é confrontado com um valor específico no mundo, em que ele se torna único e insubstituível, e o fato de conceber o indivíduo como um ser consciente e responsável implica reconhecer o “axioma da liberdade da vontade humana, o qual postula que resta na pessoa humana algum resquício de liberdade para escolher e responder às questões da sua própria existência” (AQUINO, 2011, p. 51).

A Logoterapia utiliza a *Análise Existencial* na busca de autorreflexão do ser humano sobre a sua liberdade, almejando a sua autodeterminação baseada na responsabilidade pessoal no mundo dos valores e sentidos (AQUINO, 2010).

Ao analisarmos a possibilidade de morte, percebemos a transitoriedade da vida a que se refere Frankl:

“[...] a transitoriedade da nossa existência, de forma alguma lhe tira o sentido. No entanto, ela constitui a nossa responsabilidade, porque tudo depende de nos conscientizarmos das possibilidades essencialmente transitórias [...]” (FRANKL, 2009, p. 106).

Dessa maneira, compreende-se que o indivíduo reconhece que a liberdade implica responsabilidade. Na perspectiva da *Análise Existencial*, o homem não é um ser simplesmente livre, mas um ser que decide livremente pelo que é responsável, pois aquilo pelo que é responsável estabelece a realização de sentido de valores. “Assim, pois, a *Análise Existencial* considera o homem um ser com orientação de sentido e de valores” (FRANKL, 1995, p. 100).

Importante salientar que “o sentido existencial encontra-se sempre no mundo, isto é, fora do sujeito, como uma pessoa a amar, uma obra a realizar ou uma atitude a tomar, que faz do homem um ser único e irrepetível” (AQUINO, 2010, p. 28)

Frankl (2005) afirma que o sentido é incondicional. Pois, em toda situação o homem pode encontrar sentido, ou seja, o ser humano encontra sentido através da realização de valores criativos, vivenciais e atitudinais. Os valores criativos existem quando o homem se integra em seu meio social e estão relacionados com a capacidade de trabalhar, deixar uma obra no mundo, seja artística ou científica. O homem se integra a seu meio através de suas potencialidades.

Na expressão dos valores vivenciais, o homem se integra com uma pessoa. O caráter finito do homem é um aspecto essencial de sua existência humana, ao invés de anular. Se a vida não fosse finita, o homem não teria razão para realizar os valores e desperdiçaria tempo adiando a realização de seus intentos. A morte ao contrário, a compreensão de sua temporalidade faz do homem um ser responsável (FRANKL, 1987).

Quando uma pessoa vivencia ou recebe algo do mundo vai ao encontro do tu, e emerge a dimensão do *homo amans*, ou, quando o ser humano contempla os valores estéticos (natureza e arte), denominam-se valores vivenciais. Nessa categoria valorativa, o ser humano está recebendo algo do mundo. Não apenas na contemplação e no encontro com um tu pessoa encontra sentido, mas quando cria uma obra e a entrega ao mundo; ou seja, a dimensão do *homo faber*, encontram-se os valores criativos. Toda obra artística ou científica, expressa a capacidade especificamente humana de agir sobre o mundo e transformá-lo (AQUINO, 2013, p. 60).

Mediante valores atitudinais o homem se integra consigo mesmo, com a capacidade humana de transformar um sofrimento inevitável em uma realização humana através da capacidade de suportar o sofrimento com dignidade, ao descobrir um sentido no próprio sofrimento.

A “logoterapia é uma psicoterapia que realiza seu trabalho através da motivação primária e autêntica do ser humano que é a vontade de sentido que representa o princípio básico da logoterapia” (AQUINO, 2010, p. 24).

A teoria motivacional de Frankl apregoa a vontade de sentido como a motivação primária, ou seja, o ser humano possui uma “vontade de encontrar sentido no mundo objetivo, interpretando a sua existência em um contexto de sentido” (AQUINO, 2011, p. 54).

A experiência do vazio existencial é uma forma explícita ou implícita no cotidiano de cada ser humano toda vez que o mesmo se questiona refletir sobre o verdadeiro sentido da vida.

O vazio existencial está presente na vida de todo ser humano, em maior ou menor grau. É sentido e vivenciado em inúmeras circunstâncias da existência humana. Emerge diante de situações peculiares e às vezes estressantes pelas quais a pessoa passa na vida. Está presente em momentos da iminência de morte das pessoas, pode ser observado diante dos vários lutos e perdas vividas ao longo da existência. É explicado através da filosofia nas mais variadas fases e por filósofos, autores e estudiosos.

O sentido da vida é um problema especificamente humano na concepção de Frankl (2005), o homem é um ser em busca de sentido. Entretanto, nessa busca, só a consciência o ajuda. Assim, existe no homem uma vontade de sentido, como, também, um sentido a ser atribuído à vida. A possibilidade de preencher sentido é singular. A cada momento há um sentido novo a realizar e um sentido especial para cada pessoa.

O sentido da vida é um problema caracteristicamente humano e uma indagação que todo homem faz a si mesmo. E fundamenta-se no caráter irreversível da existência humana. “A finitude aparece também dá sentido à vida e à existência” (FRANKL, 2005, p. 174).

2.2.2 Tríade trágica: sentido do sofrimento, da culpa e da morte

Vivemos numa sociedade e podemos observar claramente uma busca do prazer e uma repulsa ao sofrimento e à dor. As pessoas entre o *Ter* e o *Ser*, concedem valor maior ao *Ter*. Os homens movimentam-se em constante busca de um equilíbrio como um ser integrado em suas dimensões física, psicológica, social e espiritual para dar um sentido a ser vivido, o que faz sentido para algumas pessoas pode não fazer para outras.

Na compreensão de Frankl, a Tríade Trágica: sofrimento, culpa e morte é uma constatação da condição humana de estar-no-mundo. Percebida pelo ser humano que vive em constante busca de sentido, sendo esse o momento em que poderá deparar-se com os sentimentos de sofrimento, culpa e morte (ZALESKI; VIETTA, 1996).

A referida autora lembra que, cedo ou tarde na vida, ninguém conseguirá evitar o confronto com o sofrimento. Afirma, também, que o homem sempre foi determinado a carregar consigo durante a sua existência a Tríade Trágica, que é assim constituída pelo Sofrimento, Culpa e pela Morte, que são aspectos da existência humana. Diante dessa tríade, surge a dúvida de como dizer sim à vida apesar de tudo (ZALESKI; VIETTA, 1996).

Frankl alerta quanto ao otimismo, considerando que a fé e o amor não podem ser impostos resultando de ordens ou determinações e que a pessoa não pode forçar a si mesma a ser otimista diante de qualquer situação. Para transformar a Tríade Trágica em Otimismo Trágico, é preciso ter uma razão e um sentido para viver a vida (ZALESKI; VIETTA, 1996).

Sentido do sofrimento

O sofrimento é uma condição inexorável da vida e é impossível não enfrentá-lo. Por isso, faz-se necessário conjugá-lo com o sentido que tem a existência, pois, se ele for simplesmente rejeitado, sob determinadas circunstâncias, acabar-se-á por rejeitar a própria vida.

As partes físicas da vida incorporam um propósito. As pernas se movimentam, as mãos pegam, os olhos veem, o cérebro permite imaginar, investigar, compreender. A perda de funções físicas podem causar tanta dor como sofrimento. Uma pessoa tem um propósito que ajuda a definir seu eu. A dor pode perturbar o propósito, mas a perda deste pode levar à desintegração do próprio eu interior da pessoa, ocorrência capaz de causar um terrível sofrimento (DRAME, 2003).

O morrer interfere em toda a atividade humana, razão porque muitas vezes ameaça o sentido da vida. Assim, causa um sofrimento que tem de ser considerado. A doença pode causar um terrível sofrimento, mesmo sem dor. “O sofrimento pode ser superado temporariamente, mesmo em meio à dor e doença quando a vida tem um propósito” (DRAME, 2003, p. 423).

A tristeza e o sofrimento podem ser vivenciados ao longo da vida, precisamos encará-los como algo que faz parte da vida. Como afirmou Frankl, precisamos nos posicionar frente ao sofrimento que faz parte da existência, do contrário, ficaremos à deriva, perdidos e inconformados.

Se o sofrimento faz parte da vida, então, por que não podemos aceitá-lo? Essa é uma das condições para sermos humanos e, principalmente, enfrentar a vida, as instabilidades dos acontecimentos e as situações desfavoráveis que estão sempre presentes no nosso cotidiano (SANTOS, 2007).

Descobrir o sentido e o valor na experiência faz parte da vida humana. O sofrimento tem relação com a possibilidade da morte que faz parte da vida. A vida e a morte são mistérios que fazem parte da existência, é condição necessária para o acontecer humano, para que se revele o modo propriamente humano de *estar-no-mundo* (SANTOS, 2007).

Frankl ajuda-nos a entender que a falta de êxito não significa falta de sentido. Pelo contrário, o valor e o significado da existência podem se revelar de forma ainda mais profunda pelo modo de responder a limitações impostas pelas circunstâncias. Essas condições são uma oportunidade que a vida oferece para que a pessoa possa descobrir o valor absoluto da vida e assumir a sua existência, realizando uma reflexão e mudando a vida, afirmando o valor único e irrepetível que ela contém.

Para Frankl (2008) é possível enxergar uma luz diante do sofrimento e isso significa sentido, ou seja, a sua força motivadora para enfrentar o sofrer. Criou o *otimismo trágico* para caracterizar esse pensamento, definindo-o a seguir:

[...] otimismo trágico significa que a pessoa é e permanece otimista apesar da tríade trágica, 1sofrimento; 2 culpa; 3 morte. Como é possível dizer sim à vida apesar de tudo isso?... Pode a vida conservar o seu sentido potencial apesar dos seus aspectos trágicos? No final das contas, dizer sim a vida apesar de tudo? Pressupõe que a vida, potencialmente, tem um sentido em qualquer circunstâncias, mesmo nas mais miseráveis. E isso, por sua vez, pressupõe a capacidade humana de transformar criativamente os aspectos negativos da vida em algo positivo ou construtivo. Em outras palavras, o que importa é tirar o melhor de cada situação dada [...] um otimismo diante de uma tragédia e tendo em vista o potencial humano que, nos seus melhores aspectos, sempre permite: 1 transformar o sofrimento numa conquista e numa realização humana; 2 extrair da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor; 3 fazer da transitoriedade da vida um incentivo para realizar ações responsáveis (FRANKL, 2008, p. 119).

“Esse otimismo a que Frankl (2005, p. 14) se refere não é imposto. Emerge da vivência do ser humano com o sofrimento, a culpa e a morte”. Comparando o *otimismo* com a esperança, a fé e o amor, ele esclarece seu pensamento com o seguinte enunciado:

Não podemos obrigar ninguém a ser otimista, ou a esperar contra a esperança. Nem tampouco o próprio sujeito seria capaz disso, porquanto ninguém pode querer ter esperança. Seria tão impossível quanto pretende impor, ao lado da esperança, [...] a Fé e o amor. Somente conseguirei crer em algo ou alguém digno de fé, assim como somente poderei amar a quem seja digno de ser amado (FRANKL, 2005, p. 14).

O otimismo também é referido por Lima (2005, p. 49) e está relacionado à fé e à esperança:

O otimismo, a esperança, a fé e o amor são sentimentos que acontecem espontaneamente. Eles emergem das relações com os outros, no dia-a-dia, no enfrentar dos problemas, em destaque para os que envolvem a dor, a culpa e a morte. Não se pode exigir que alguém ame outra pessoa, pois assim como a fé e a esperança, o amor está no interior de cada ser humano em particular e é exteriorizado através da maneira única de se expressar no mundo em que vive.

“A vida e o sofrimento têm um sentido, pois o sofrimento integra a vida, como também, o destino, a aflição e a morte” (FRANKL, 2009, p. 67).

A Análise Existencial procura um sentido na vida e no sofrimento. Esse não pode ser assumido por outra pessoa “na maneira como ela própria suporta esse sofrimento que está, também, a possibilidade de uma realização única e singular”. Logo, quando o ser humano percebe que é envolvido por um sofrimento, ele pode sentir, nessa dor, uma tarefa particular, original e única, porque é perante o sofrimento que “a pessoa precisa conquistar a consciência de que é única e exclusiva em todo o cosmo dentro desse destino sofrido” (FRANKL, 2009, p. 76-77).

Sentido da culpa

A vida é pontuada por sofrimentos, como a dor diante da morte, de uma doença incurável e tantos outros que somente o ser humano vivência. É a partir das escolhas que surge a culpa, essa é uma companheira que vive na cabeça das pessoas, algumas sentem mais, outras menos, mas ela acompanha o cotidiano do ser humano.

O ideal seria libertarmo-nos das culpas, mas nem sempre isso ocorre, porque sempre surgem novas culpas. E da morte, o que podemos dizer? A morte, que nos faz prestar atenção ao tempo e aproveitar melhor os momentos da vida, pode, nos trazer tristeza, mas não temos como negá-la.

Na existência do ser humano, é inevitável o confronto com o sofrimento e a morte. Esses fenômenos expressam a realização de tudo que é adotado na vida. A culpa representa o reverso da liberdade espiritual e da responsabilidade do ser humano. “A *tríade trágica* não pode ser evitada, mas pode ser superada através de meios espirituais, tentando-se superar a aflição psíquica que cresce no coração humano” (LUKAS, 2002, p. 171).

Na Análise Existencial, culpabilidade pressupõe duas coisas: liberdade para decidir e o conhecimento do sentido, considerando que o indivíduo, ao reconhecer o que tem sentido, faz livremente suas escolhas (LUKAS, 2002).

Como toda possibilidade de escolha orienta-se para realização de um valor, as escolhas podem ser carregadas de sentido quando dirigidas para realização de um valor mais elevado, ou podem ser feitas contra o sentido quando não são orientadas para um valor maior, nesse caso pode ocorrer uma possibilidade do sentimento de culpa. É justamente diante da responsabilidade do homem perante suas escolhas que o homem se manifesta unicamente e insubstituivelmente (LUKAS, 1986).

A culpa é revelada por Kubler-Ross (2000) ao descrever os cinco estágios da morte pelos quais passam os pacientes, e às vezes os familiares e profissionais de saúde que cuidam de pessoas no fim da vida. Ela revela que o segundo estágio, que compreende a raiva, revolta e o ressentimento, é acompanhado da pergunta *por que eu?* Constitui um momento de difícil contato com o paciente, pois desperta sentimento de culpa na equipe de saúde e nos cuidadores e/ou familiares, devido à impossibilidade da cura.

Tratando-se do enfermeiro, o sentimento de culpa por vezes, principalmente, quando a pessoa sob seus cuidados morre. Isso não é difícil ocorrer, pois, no cotidiano desse profissional na unidade hospitalar, ela está presente. Esse sentimento manifesta-se devido às cobranças pela sobrecarga de trabalho, pelo afastamento do cuidado direto, fazendo reflexões sobre o sentido da responsabilidade com a pessoa da qual cuida.

Outra face da culpa carregada pela enfermeira esta ligada à baixa autoestima, ocasionada pela desvalorização da própria profissão. A culpa da enfermeira surge no momento em que esta idealiza a si própria, escondendo-se atrás da máscara do perfeccionismo. “Esse comportamento ocasiona o isolamento profissional quando, em sua prática, existem poucas vivências em compartilhar experiências e muitas exigências, até impossíveis, para com outros profissionais de enfermagem” (SANTA ROSA, 1999, p. 97).

É pertinente considerar-se que não há definição absoluta para o sentimento de culpa, devendo esse ser avaliado conforme a consciência de cada um e as circunstâncias.

E como afastar o sentimento de culpa? Só há um caminho: afastar o erro, assumindo-o e tomando-o como lição, não repetindo o mesmo erro, jamais. Aceitar que quando erramos devemos ser mais cuidadosos e responsáveis pelos nossos atos, num processo de conscientização que nos leva a mudar a nossa conduta, para não fazermos errado o que antes fazíamos, isto é, precisamos deixar de causar problemas ao nosso semelhante.

“Um grande passo na eliminação do binômio erro-culpa” é aprendermos a romper com o passado, sabermos viver o presente com os olhos voltados para o futuro, já que não podemos mudar, devemos, portanto, dele tirar lições preciosas e aplicá-las no presente para construirmos um futuro de paz e tranquilidade em que os sentimentos de culpa não nos venham inquietar. Isto é uma decorrência natural de querer entender o verdadeiro sentido da vida (LIMA, 2005, p. 52).

O ser humano precisa ter uma vida autêntica para que sua existência seja algo com sentido. As pessoas se acomodam aos esquemas do mundo e esquecem-se de ir ao encontro do ser, ou de si mesmo, e se tornam inautênticos, alienados e comandados pelos outros, como

se entrelacem a direção de sua vida a um outro condutor. Fazem o que todo mundo faz, vivem como se estivessem programados (HEIDEGGER, 2008).

A existência inautêntica, o dasein é absorvido na sua preocupação com o mundo e procura segurança no mundo. Ao tentar se achar no mundo, ele se perde no mundo por se considerar parte dele. O dasein se torna objeto em relação aos outros e a si mesmo (HEIDEGGER, 2008).

O conceito de morte é fundamental para a compreensão do significado de existência autêntica, pois atinge o indivíduo na sua singularidade. A compreensão, como projeção de possibilidades, apresenta-nos a morte como possibilidade. A morte tira o Dasein da inautenticidade e o torna consciente da individualidade da sua existência. Não somos “nós” quem morremos, mas cada um, individualmente. Assim, deixamos de ser. Além disso, a morte é inevitável. A morte é a possibilidade mais íntima do dasein. É imposta, e nada podemos fazer para mudá-la. O dasein é lançado na morte. É um ser-para-a-morte (HEIDEGGER, 2008).

O dasein evita a confrontação com o sentido da morte. O ser-para-morte não é negado pela existência inautêntica, apenas é o significado do ser-para-morte que não recebe a devida atenção. Na existência inautêntica procura-se esconder da consciência o sentido da morte para a existência, ao passo que na existência autêntica procuramos assumir esta mais íntima possibilidade. É importante ressaltar que a existência é marcada pela ambiguidade do existir autêntico e da existência inautêntica. Existir autenticamente não é atitude que se assume de uma vez por todas. Quando o dasein é confrontado com a morte, abre-se a possibilidade para o existir autêntico (HEIDEGGER, 2008).

Sentido da morte

O desenvolvimento da ciência não faz com que a morte se torne um acontecimento digno; a tecnologia é importante, mas é preciso atentar para o ciclo vital em que a morte se faz presente no nosso existir.

O desafio ético é considerar a questão da dignidade no adeus à vida, para além da dimensão físico-biológica e para além do contexto médico-hospitalar, ampliando o horizonte sociorrelacional (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Existem casos que nos envolvem sentimentalmente, diante da morte violenta nos acidentes inesperados de milhares de pessoas todos os dias, em que nos perguntamos sobre qual o significado de tudo isso devido a da violência atual da sociedade.

A compreensão da finitude da vida, representada pela sua transitoriedade, é algo que dá sentido à existência humana, ao invés de anulá-la. Na experiência com a proximidade de sua morte em um campo de concentração, Viktor Frankl vivenciou essa possibilidade: Já que iria morrer, então eu queria que minha morte tivesse sentido. Alguma espécie de ajuda a meus companheiros enfermos, na qualidade de médico, sem dúvida me parecia ter mais sentido que morrer como trabalhador braçal ineficiente que era então [...] (FRANKL, 2009).

O autor refere que, durante o sofrimento vivenciado no campo de concentração, existiu um momento em que o sentido da sua vida já não era a questão e, sim, a busca da realização de atividades necessárias para ajudar o próximo, mesmo com a possibilidade de morte.

O homem não se abate diante do conflito da transitoriedade da existência é, portanto, um ser nobre, mesmo compreendendo que nem o passado, nem o futuro existem, o que há efetivamente é só o presente. Nesse sentido, “A nobreza e a riqueza da pessoa reside no que chama de heroísmo trágico, ou seja, o fato de que vem do nada e volta ao nada e que apesar disso, diz sim à sua existência” (FRANKL, 1994, p. 51).

A espiritualidade considerada por Frankl não é a mesma que as religiões conhecem. Ele acreditava que o homem tem um Deus inconsciente. E ele teve esta descoberta quando estava nos campos de concentração com seus companheiros de prisão. Percebeu que, na angústia intensa, surge uma fé, uma crença em Deus que parecia estar oculta. A esperança no futuro leva ao sentido da vida (GOMES, 1987).

Esse Deus desconhecido é uma energia que aparece quando todas as outras desaparecem, é uma luz que parecia estar escondida no mais íntimo do ser. Essa dimensão espiritual é uma parte do homem que não é atingida sendo pela doença ou pelo sofrer (GOMES, 1987).

Frankl refere que aos quatro anos de idade acordou assustado e perturbado pela ideia de que algum dia teria de morrer. Durante toda a minha vida, nunca tive medo da morte. Ocupava-me muito mais com outra coisa: a questão de se a transitoriedade da vida lhe roubava o sentido [...] é a morte que faz com que a vida tenha, enfim, um sentido. A transitoriedade da existência não pode tirar o sentido da vida, porque nada está irrecuperavelmente perdido no passado [...] (FRANKL, 2010, p. 27).

O processo de morrer, com as deficiências e disfunções que acompanham esse processo, pode concentrar a atenção em um corpo que sofre, afastando a pessoa do seu propósito de vida.

A morte e o morrer podem ser compreendidos como parte da vida em vez de como inimigo de seu propósito. Os profissionais de cuidados paliativos devem estar atentos ao

propósito de vida das pessoas que cuidam e ser sensíveis à possibilidade de que a perda de propósito na vida pode causar mais sofrimento (DRAME, 2003).

Associa-se ao propósito o sentido e o significado da vida humana. A dor e o sofrimento, ao lado do processo de morrer, podem ameaçar crenças que antes conferiam sentido a vida (DRAME, 2003).

A morte é uma realidade para todos, sendo importante a presença do profissional para o alívio da dor e do sofrimento da pessoa. O acompanhar de maneira sensível e compreensiva, com proteção para evitar o desespero no final da vida.

É necessário desenvolver a qualidade dos cuidados, realizá-los de forma humana, com objetivo de torná-los uma parte essencial dos cuidados de saúde as pessoas próximas da morte.

Reconhecendo que todas as pessoas próximas do fim da vida, desejam ser tratadas como pessoas de valor pelos profissionais da saúde e ter uma atenção especializada, direcionada para manter a dignidade, incentivar a independência, aliviar os sintomas e maximizar o conforto (MELO NETTO, 2010).

A pessoa no processo de morte e morrer também pode estar sentindo medo, solidão ou baixa autoestima. Isso, é observado pelos profissionais da saúde que prestam cuidados e acompanham os pacientes, que apresentam além dos sintomas físicos, a necessidade de incorporação da filosofia dos cuidados paliativos que preocupa-se fundamentalmente com a qualidade, o valor e o sentido da vida (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Os conceitos da logoterapia e psicoterapia baseadas no sentido da vida, de Frankl em que para ele a vida tem um sentido e nunca deixa de ter; mesmo no último momento, pode sofrer alterações mas nunca cessa e que o desejo de encontrar sentido na existência humana é um instinto primário e uma motivação básica do comportamento humano. O homem tem a liberdade de descobrir significado na sua existência e tomar uma atitude perante o sofrimento (BREITBART, 2004).

Para Frankl as três principais fontes de sentido da vida. A criatividade relacionando as boas ações, e a dedicação as pessoas. A experiência relacionada aos papéis que desempenhamos na vida. A atitude que se tem diante dos problemas existenciais e do sofrimento.

Frankl dizia que na vida existem três problemas que são inevitáveis a existência: o sofrimento, a culpa e a morte. Em algum momento da vida ocorre, a culpa existencial por não ter realizado todo o potencial que possuímos (BREITBART, 2004).

Em cada um dos instantes em que a vida acontece está também morrendo, e aquele instante nunca mais voltará. Porém não é essa transitoriedade algo que nos estimula e desafia a fazer o melhor uso possível de cada momento de nossas vidas? Certamente que sim, e surge o imperativo categórico: “Viva como se você estivesse vivendo pela segunda vez e como se tivesse agido tão erradamente na primeira vez como está por agir agora” (FRANKL, 2009, p. 172).

A vida não se trata de uma atribuição de sentido, senão de um achado de sentido, o que se faz não é dar um sentido, mas encontrá-lo, encontrar, e não inventar, já que o sentido da vida não pode ser inventado, antes tem que ser descoberto (FRANKL, 2010).

Frankl (2010) desenvolve uma abordagem fenomenológica preocupada com a exploração da experiência imediata, e baseada no valor atitudinal do desejo para a liberdade, para o encontro do sentido e no desejo para viver.

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A FENOMENOLOGIA

A palavra “*fenomenologia* é a junção de dois radicais gregos, do verbo *phaino*, que significa brilhar, fazer-se visível, aparecer, mostrar-se, e do substantivo *logos*, que significa o que é dito, discurso, argumento, pensamento, explicação, razão”. Podemos, assim, definir fenomenologia como sentido do discurso esclarecedor daquilo que se mostra por si mesmo, que procura abordar diretamente o fenômeno, interrogando-o, tentando descrevê-lo e procurando captar a essência (MARTINS, 1994, p. 13).

O termo “fenomenologia é também definido como uma combinação das palavras gregas *phainomenon* e *logos*”. Significa a atividade de dar conta, fornecendo um *logos*, de vários fenômenos, dos vários modos em que as coisas devem aparecer. Por fenômenos (*phenomena*) nós queremos dizer, por exemplo, retratos em vez de simples objetos, eventos lembrados em vez de antecipados, objetos imaginados em vez de percebidos, objetos matemáticos como triângulos e formas em vez de seres vivos, palavras em vez de fósseis, outras pessoas em vez de animais não humanos, realidade política em vez da econômica (SOKOLOWSKI, 2000, p. 22).

Para o autor, a fenomenologia é um estudo da experiência humana e dos modos como as coisas se apresentam elas mesmas para o mundo em e por meio dessa experiência (SOKOLOWSKI, 2000).

O método fenomenológico é uma investigação rigorosa, crítica e sistemática de um fenômeno. O propósito da pesquisa fenomenológica é explicar a estrutura ou essências das

experiências vividas de um fenômeno, na procura de “significado o qual é uma identificação da essência de um fenômeno e a sua descrição rigorosa através da experiência vivida” (STREUBERT; CARPENTER, 2002, p. 58).

A fenomenologia é uma ciência cujo propósito é descrever um determinado fenômeno ou a aparência das coisas enquanto experiência vivida (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

É tão antiga quanto à própria existência do homem. O seu nascimento emanou de uma crise sobrevinda à filosofia pela ruptura da fenomenologia com a ciência positivista. Esse rompimento ocorreu em razão da filosofia ter sido acusada pelos cientistas de ter se formado sem rigor científico (TERRA et al, 2006).

A palavra fenomenologia foi utilizada, a primeira vez, pelo matemático, astrônomo, físico e filósofo suíço-alemão Johan Hheinrich Lambert (1728-1777) e, posteriormente, por George Friedrich Hegel, nos estudos da fenomenologia do espírito em 1807. Entretanto, como movimento filosófico, a fenomenologia surge no início do século XX com a obra *investigações lógicas* de Edmund Husserl (1859-1938) (MOREIRA, 2002).

Foi vivenciada por filósofos desde os primórdios da humanidade e as suas concepções são elucidadas de forma tradicional, moderna e contemporânea. A fenomenologia passa a ser amplamente conhecida a partir da corrente filosófica fundada por Edmund Husserl no século XX. Para esse filósofo, a fenomenologia é definida como volta às coisas mesmas, ou seja, um retorno aos fenômenos sendo esse retorno aquilo que aparece à consciência (TERRA et al, 2006).

Husserl nasceu em 8 de abril de 1859, em Prossnitz, Morávia, (atualmente República Tcheca), e morreu em 27 de abril de 1938, aos 79 anos, em Fribourg-im-Brisgau, na Alemanha. Era descendente de uma família judaica. Tornou-se doutor em matemática pela Universidade de Viena, vindo daí a exigência do rigor matemático em sua obra. Ao se tornar professor da Universidade de Berlin, conhece Franz Brentano que exerce sobre ele influência filosófica. Iniciou a docência na Universidade de Berlin, em 1883. Escreveu inúmeras obras, dentre as quais destacam-se: *Filosofia Aritmética* (1891), *Investigações Lógicas* (1901 e 1902), *Ideias Diretrizes para uma fenomenologia* (1913), e *Meditações cartesianas* (1929). Para ele, as leis lógicas consideradas sustentáculos da unidade de toda a ciência não podem fundamentar-se na psicologia, ciência empírica, sem precisão das regras lógicas.

A fenomenologia compreendida por Husserl passa a ser a reflexão sobre aquilo que se mostra, ou a descrição dos fenômenos para o retorno as coisas mesmas tais como elas são em si. Apresenta a estrutura da consciência enquanto *intencionalidade* que significa dirigir-se para, visar alguma coisa. Portanto, a Consciência é intencionalidade que significa que toda

consciência é consciência de. Para melhor compreensão, Husserl esclarece que a consciência não é uma substância (alma), mas uma *atividade* constituída por *atos* (percepção, imaginação, especulação, paixão, entre outros). Por atos ele chamou-os de *noesis* e aquilo que é visado pelos atos são os *noemas* (HUSSERL, 2000).

Em Husserl, o termo fenomenologia se preocupa com o objeto mesmo, como aparece à consciência, o fenômeno em sua pureza. Como estudo ou ciência dos fenômenos puros ou absolutos, está voltada para a descrição da essência do real.

Fenomenologia designa uma ciência, uma conexão de disciplinas científicas, mas ao mesmo tempo, acima de tudo fenomenologia designa um método e uma atitude intelectual, a atitude intelectual especificamente filosófica, o método especificamente filosófico Husserl (2000, p. 46).

A fenomenologia é uma ciência em contato direto com o ser absoluto das coisas. Todavia, já que “o absoluto só pode ser o essencial da coisa tal como se apresenta na realidade, toda orientação da fenomenologia consistirá em dirigir o conhecimento para esse essencial” (GILES, 2006, p. 56).

Trata-se de se ver, cada vez mais nitidamente, cada vez mais profundamente, descrevendo com toda a fidelidade, os próprios fenômenos; a partir daquilo que se pode ver e alcançar diretamente quando o pensador não se deixa deslumbrar por preconceitos, nem desviar o objeto em si, do verdadeiro dado. Portanto, é uma ciência em contato direto com o absoluto das coisas tal como se apresenta na sua realidade (GILES, 2006).

O movimento fenomenológico começou por volta da primeira década do século 20. Compreendeu fases distintas: a fase preparatória, a fase alemã e a fase francesa. São descritas por Streubert e Carpenter (2002), referindo que a fase preparatória foi denominada por Franz Brentano (1838-1917) e Carl Stumpf (1848-1936). Stumpf foi o primeiro aluno proeminente de Brentano e, através do seu trabalho, demonstrou o rigor científico da fenomenologia. A clarificação do conceito de intencionalidade, que significa que a consciência é sempre consciência de algo (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

A fase alemã foi considerada a segunda fase por Edmund Husserl (1857-1938) e Martin Heidegger (1889-1976). Husserl acreditava que a filosofia deveria tornar-se uma ciência rigorosa que restauraria o contato com as preocupações humanas mais profundas e que a fenomenologia deveria tomar-se o fundamento da filosofia e da ciência. Nessa fase, foram desenvolvidos os conceitos de essências. Esses conceitos permitem a compreensão dos fenômenos investigados, através da intuição, compreensão ou interpretação rigorosa. O significado na descrição do fenômeno em investigação, a redução fenomenológica e retorno

a consciência original, livrar os fenômenos de pressupostos, isolamento, busca por descrições puras. (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

A fase francesa foi liderada por Gabriel Marcel (1889-1973), Jean Paul Sartre (1905-1980) e Maurice Merleau-Ponty (1905-1980). Os conceitos básicos desenvolvidos durante essa fase foram incorporação e *ser-no-mundo*. Estes conceitos referem-se à crença de que todos os atos são construídos sobre alicerces de percepção ou consciência original de algum fenômeno. (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

A preocupação em relação à morte diante da qual não há escapatória é a verdade mais cruel que o homem conhece de si mesmo e por ela padece uma sensação de impotência, uma insegurança infinita. “O homem é único na trágica experiência de ter conhecimento da morte, da finitude da sua existência e transitoriedade da vida”. Esse fato faz com que a pessoa humana seja um ser preocupado com o tempo e responsável por sua transitoriedade. Frente a isso, ele busca sentido para a vida (HUF, 1999, p. 41).

A Análise Existencial de Viktor Frankl visa o restabelecimento, do paciente, a sua capacidade de trabalho e, ainda, despertar “nele a capacidade de sofrer, isso é, dando sentido possível à própria doença” (FRANKL, 1976, p. 53).

A fenomenologia busca, aquém das concepções de sujeito e objeto, a gênese do sentido. Sentido que não é buscado em uma só direção, mas que acompanha a pluralidade natural de possibilidades do horizonte da experiência vivida (HUSSERL, 2000).

O que se busca, no método fenomenológico, é a essência do fenômeno. Considera-se essência aquilo que identifica algo de forma própria, fazendo com que um objeto seja ele e não outro, compondo sua natureza. Vale ressaltar que a obtenção da essência do fenômeno se dá através da intuição, ato de conhecimento sem intermediários (CAPALBO, 1994).

Destacam-se como tipos de intuição: a perceptiva, do vivido, do outro e das essências. A intuição perceptiva é como se identificam os estímulos do mundo exterior, a intuição do vivido como o ser é no mundo, a intuição do outro como é visto e percebido e a das essências pela descrição e variação imaginária, colocando entre parêntese todo o conhecimento anterior, deixando surgir o fenômeno através do *epoché*, que em grego significa realizar uma pausa, manter em suspenso, suspender para que o olhar possa ver, para que os ouvidos possam escutar, para que a coisa mesmo possa se mostrar (GILES, 2006).

A redução eidética permite, assim, distinguir fatos da essência, ou seja, o que se mostra tal como é. Essa redução se constitui numa parte do fenômeno, não podendo, contudo, ser confundida com ele. Em seguida, faz-se a redução fenomenológica, ou seja, reduz-se a

essência a uma unidade de significado mais significativa do fenômeno ao olhar do observador (GILES, 2006).

Com base nas proposições de Husserl, é possível conceber uma qualidade de escuta que privilegia, em ato, o silêncio e a fala. Uma qualidade de escuta que leva em conta aquilo que foi dito e o que foi silenciado, evitando com isso fixar-se em um pensamento sobre algum dos pontos mencionados na fala. Uma atenção que não precisa se deter para não se deter em algo. “Também não se deve esquecer que, na maioria das análises, escutam-se coisas cujo sentido só reconhecemos posteriormente” (HUSSERL, 2000, p. 172).

2.4 APRESENTANDO O CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE EXISTENCIALISMO E A FENOMENOLOGIA

Para fundamentar o estudo e conhecer o que existe produzido pela enfermagem sobre o existencialismo, a fenomenologia, relacionado a morte e o morrer, foi realizado um levantamento bibliográfico no banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior, em 10 de junho de 2010 (BRASIL, 2009). Utilizando as palavras-chave: morte, morrer e enfermagem foram encontradas 2 teses de doutorado e 9 dissertações de mestrado em enfermagem. Versando sobre as vivências dos enfermeiros com o processo de morte e morrer, encontramos uma dissertação de mestrado sobre a vivência da enfermeira no processo de morte e morrer do paciente oncológico (BRASIL, 2009).

Dentre os profissionais enfermeiros que utilizaram a Análise Existencial de Viktor Emil Frankl como referencial teórico pode destacar alguns estudos; 1 tese de doutorado em enfermagem, a compreensão do significado da responsabilidade profissional da enfermeira à luz da análise existencial de Viktor Emil Frankl e 10 dissertações de mestrado em enfermagem.

Santa Rosa (1999) defendeu, na sua tese de doutorado, a compreensão do significado da responsabilidade profissional da enfermeira à luz da análise existencial de Frankl., utilizando a abordagem fenomenológica existencial buscou o significado da vivência da responsabilidade profissional da enfermeira em um hospital público, na cidade de Salvador. A interpretação, segundo a referida análise, com modelo de Giorgi, adaptado por Vietta, permitiu compreender que as enfermeiras possuem os sentidos da responsabilidade profissional e compromisso com a vida.

Diniz (1992) estudou o sentido de vida: base na compreensão do alcoolista, na qual a análise existencial foi utilizada para direcionar a investigação, dentro de uma abordagem

humanístico-existencial-personalista, na visão de Viktor Frankl, de que o vazio existencial leva o indivíduo a estados de ansiedade, enfraquecimento da vontade, e que a relação do indivíduo com a bebida ocorre quando ele perde o sentido da vida, o seu “para que viver” e passa a sentir-se afastado da própria vida.

Calache (1993) realizou estudo sobre o sentido da vida: uma questão de saúde mental para o idoso, buscando, no grupo, os fatores contribuintes para alcançá-la entre os quais encontra-se inserida a responsabilidade, qualidade de que se orgulham os idosos, que os faz sentir-se motivados a permanecer em atividade, assim ajudam a dar sentido à vida, foi utilizado como referencial teórico a análise existencial de Viktor Frankl. Concluiu que o sentido da vida é algo que impulsiona os idosos a se sentirem bem e buscar atividades que contribuam para manutenção desse bem-estar.

Zaleski (1996), em estudo sobre o sentido de vida do portador de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida como uma questão de saúde mental para ações de enfermagem com objetivo de apreender os indicadores do sentido de vida desses pacientes, abordou aspectos relacionados à tríade trágica: sofrimento, culpa e morte descrita por Viktor Frankl. Surgiram vivências de que o ser humano vem ao mundo para cumprir uma missão na vida, uma responsabilidade na busca do sentido do sofrimento de poder transformar sua vida.

Pettengill (2000) estudou o sentido do cuidar da criança e da família na comunidade, como experiência da aluna de enfermagem, com o objetivo de compreender o sentido que o aluno de enfermagem encontra ao cuidar da criança e da família na comunidade. Os resultados permitiram identificar conceitos de liberdade, intencionalidade, responsabilidade e sentido presentes na proposição de Viktor Frankl. Permitiu compreender que o sentido que move a aluna é a busca de conhecimento favorecendo o seu crescimento pessoal e profissional.

Huf (1999) estudou a assistência espiritual em enfermagem na dimensão noética, à luz da análise existencial de Viktor Frankl, com o objetivo de compreender a assistência de enfermagem direcionada para a integralidade humana, por observar, ao longo da vivência profissional, a ênfase à enfermagem holística, havia uma evidente ausência do elemento espiritual no assistir em enfermagem e, conseqüentemente, um destaque maior para os cuidados nas dimensões biológica, psicológica e social.

Lima (2005) desenvolveu estudo sobre o sentido da vida do familiar do paciente crítico, em que utilizou, como referencial teórico filosófico, a análise existencial de Viktor Frankl, com o objetivo de compreender e descrever os sentimentos de familiares de pacientes críticos internados na UTI, confrontados com a tríade trágica: sofrimento, culpa e morte. O

estudo desvelou que o sentido da vida dos familiares é perceber o otimismo trágico, como possibilidade de responder às questões da vida de modo positivo e responsável.

Rodrigues (2003) realizou estudo sobre o sentido do cuidar nas experiências vividas pelas estudantes de graduação em enfermagem, com objetivo de compreender o sentido do cuidar nas experiências vividas por estudantes de enfermagem no processo de aprender a cuidar, utilizou a Análise Existencial de Viktor Emil Frankl. Desvelando a busca de sentido nas experiências de cuidar com responsabilidade; liberdade em busca de sentido para cuidar; desvelando valores franklianos.

Velame (2004) estudou o sentido existencial da enfermeira diante do potencial doador de órgãos, com o objetivo de compreender o fenômeno o sentido existencial da enfermeira, os significados foram analisados pelos fundamentos filosóficos da Análise Existencial de Viktor Frankl. Para obtenção dos significados, utilizou a análise ideográfica, das declarações ingênuas, por considerar a possibilidade de ir além dos limites das descrições e penetrar nos fenômenos, mesmo que se apresentem através de veiculações diferentes ou ocultas.

Almeida (2005) estudou o significado da liberdade e da responsabilidade pelo cuidar de si do cliente em hemodiálise, com o objetivo de compreender o significado da liberdade e da responsabilidade pelo cuidar de si do cliente em hemodiálise. Utilizou abordagem existencialista pautada na Análise Existencial de Viktor Emil Frankl, a fenomenologia foi utilizada como método para análise. Os clientes vivenciam a liberdade como algo perdido, situado e limitado pela responsabilidade requerida pelo tratamento de Hemodiálise.

Rodrigues (2009) estudou o sentido do cuidado em enfermagem: vivências do ser com câncer, com o objetivo de compreender qual é o sentido do cuidado de enfermagem na perspectiva do ser com câncer. Realizou um estudo fenomenológico cujo referencial teórico foi a Análise Existencial de Viktor Frankl, o qual possibilitou apreender os significados de busca pelo cuidado, do cuidado recebido e das vivências de estarem com câncer, de aprender o sentido do cuidado e os valores que atribuem significado, sem exaurir outras possibilidades.

Todos esses estudos estiveram voltados para a compreensão da intersubjetividade humana, de acordo com temáticas específicas.

A enfermagem lida no seu cotidiano com questões existenciais dos seres humanos que cuida e encontra na fenomenologia uma importante contribuição para o seu pensar e o seu fazer, pois para compreender a realidade do dia-a-dia no qual estamos imersos, é preciso mergulhar na subjetividade e sua essência, sem esquecermos a objetividade que os permeia (TERRA et al., 2006, p. 673).

As autoras supracitadas corroboram que o estudo fenomenológico descritivo desenvolve-se seguindo quatro passos: colocar em parêntese o que diz respeito ao processo de identificar e suspender as crenças e opiniões pré-concebidas sobre o fenômeno; a intuição que ocorre quando o pesquisador permanece aberto aos significados atribuídos ao fenômeno por aqueles que o vivenciaram; a fase de análise se inicia ao extrair declarações significativas, classificar e dar sentido aos significados do fenômeno; a fase descritiva a partir do momento em que o pesquisador entende e descreve o fenômeno tal como ocorre (TERRA et al., 2006).

Como método de pesquisa, a fenomenologia se caracteriza pela descrição, redução e compreensão da experiência. Dessa forma, a aproximação neste estudo, dos princípios da pesquisa fenomenológica ao utilizar a modalidade do fenômeno situado para a compreensão da estrutura da experiência vivida (MARTINS; BICUDO, 2005).

A investigação fenomenológica na modalidade da estrutura do fenômeno situado busca os princípios gerais, segundo os quais o homem organiza as suas experiências na vida cotidiana (MARTINS; BICUDO, 2005). Nesse sentido, situar o fenômeno quer dizer especificar o sujeito envolvido e a situação que se procura compreender, localizando-o no contexto em que ocorre e mantendo-o livre de teorizações, idealizações e generalizações. Assim, o pesquisador inicia a sua descrição por meio dos relatos das memórias, percepções e antecipações contidos na experiência vivida (MARTINS; BICUDO, 2005).

CAPÍTULO III

A fenomenologia busca aquém das concepções de sujeito e objeto a gênese do sentido. Sentido que não é buscado em uma só direção, mas que acompanha a pluralidade natural de possibilidades do horizonte da experiência vivida.

Husserl, 2000

3 METODOLOGIA

3.1 ESCOLHA DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO

Para desvelar o fenômeno Sentido da vida: vivência de enfermeiros nos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer, escolhi o existencialismo como referencial filosófico, e a fenomenologia, como método de análise, por ter como objeto um fenômeno que envolve a subjetividade.

Para realizar a investigação, optei pela abordagem qualitativa e fenomenológica como vertente, na modalidade estrutura do fenômeno situado, segundo o método de análise proposto por Martins e Bicudo (2005).

A fenomenologia adota uma forma de reflexão que deve incluir a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam; descrever o fenômeno sem explicá-lo, sem analisá-lo, não tendo a preocupação de buscar relações causais. Está voltada a mostrar e não a demonstrar, para descrever com rigor, pois através dela é que se pode chegar à essência do fenômeno, que deve ser descrito tão fielmente quanto possível (TERRA et al., 2006).

Ao adotar uma metodologia fenomenológica a logoterapia, procura exprimir a auto compreensão do homem. A fenomenologia é uma tentativa de descrição do modo como o ser humano entende a si próprio, do modo como ele próprio interpreta a própria existência, longe dos padrões preconcebidos de explicação (FRANKL, 2011, p. 16).

Na fenomenologia husserliana se faz necessária a redução fenomenológica que é a capacidade de restringir os pressupostos, crenças e atitudes, acerca do objeto de pesquisa para reduzi-lo ao fenômeno. Por tal razão, devemos sair do cotidiano para o fenomenal, pois parte da experiência vivida não busca explicar, mas, compreender (HUSSERL, 2000).

A fenomenologia é uma metodologia que se adéqua nas investigações de enfermagem, por ser uma profissão humanística que tem como objeto o “cuidar”, o qual envolve duas subjetividades, realiza-se de forma integral, isto é, deve envolver o todo, mente, corpo e espírito de cada pessoa humana. O pesquisador fenomenológico parte de uma questão norteadora em busca da descrição de uma experiência que está sendo vivida pelo colaborador (MARTINS; BICUDO, 2005).

Para Husserl, a fenomenologia é a volta às origens do ato de conhecer, é o puro mostrar-se das coisas à consciência. O retorno à coisa mesma refere-se à volta ao mundo anterior, aquilo que ainda não foi refletido, ou seja, o mundo vivido (HUSSERL, 2000).

A escolha pela fenomenologia, como refere Boemer (1986), depende do objeto de estudo e, principalmente, do questionador, pois, antes de mais nada, é uma postura diante do mundo. É uma atitude de abertura do ser humano para compreensão da vivência a partir do outro, parceiro do pesquisador em seu processo de descoberta. É essa possibilidade de compreensão que impulsiona o investigador, partindo de suas inquietações, a buscar o fenômeno através de quem vivencia uma determinada situação.

Na fenomenologia, a questão central é a reflexão sobre o mundo vivido, é uma abordagem que visa a compreensão do ser humano, buscando o conteúdo de sua existência, uma reflexão sobre determinada experiência, pois para a fenomenologia não há consciência se não houver mundo e não há mundo sem consciência, assim, na pesquisa, os dados são coletados como fatos, não se busca relação de causalidade, mas, significados atribuídos ao fenômeno estudado.

A fenomenologia como recurso metodológico, possibilitou o desvelar do objeto de estudo, na medida em que permite a compreensão de questões significativas da existência humana, como o medo, a angústia, o sofrimento, a culpa, a dor e a morte. E a necessidade de apropriação desses conhecimentos para prestar um cuidado à pessoa no processo de morte e morrer.

Optar por essa abordagem também significou adentrar em um universo filosófico e, de um modo bastante apreensivo, reconhecer essa lacuna existente em nossa formação acadêmica como enfermeiro.

Portanto, utilizei a fenomenologia como método que reconhece a realidade e a verdade dos fenômenos e sua importância em si mesmos.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa, utilizando o método fenomenológico, fundamentado em Martins e Bicudo (2005) tendo em vista a natureza do objeto de investigação que enfoca sentido da vida: vivências de enfermeiros nos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer.

Esse método visa à apreensão de fenômenos que dizem respeito ao comportamento humano, favorece a compreensão dos sentidos e das experiências vividas e tem como preocupação central descrever o fenômeno tal como ele se mostra.

Entendo que para conhecer a experiência humana não se podem adotar os mesmos procedimentos pelos quais se conhece a realidade física ou biológica. Faz-se necessário um método próprio, que focalize a experiência vivida e sua significação.

A fenomenologia descreve a experiência do homem tal como ela é, e não segundo as proposições pré-estabelecidas pelas ciências naturais (MARTINS; BICUDO, 2005).

A pesquisa com abordagem fenomenológica tem como fonte de análise os significados ou expressões claras sobre as percepções, o que permite aos colaboradores trazerem à luz o sentido percebido por eles e o pesquisador orienta-se pelo conhecimento imediato, intuitivo, lógico. Seu objeto de investigação é a essência do fenômeno individual obtida a partir das descrições dos colaboradores que vivenciam o fenômeno (MARTINS; BICUDO, 2005).

3.3 DESCRIÇÃO DO LÓCUS DO ESTUDO

Foi definido como campo de estudo um hospital público situado em Feira de Santana. Essa é a segunda maior cidade do Estado da Bahia, a 107 Km da capital - Salvador, a qual se liga através da Rodovia BR-324. Tem extensão territorial de 1.344 Km² e conta com uma população de, aproximadamente, 584.497 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010).

A escolha da referida instituição deveu-se ao fato de receber pessoas em condições crônico-progessivas em estágio avançado, na unidade de clínica médica e na Unidade de Pacientes de Longa Permanência (UPLP).

Dentre os setores do hospital, a clínica médica foi vista como espaço ideal para esta investigação, por se tratar de uma unidade em que há predominância de pessoas com patologias clínicas e crônicas, como sequelas de neuropatias, nefropatias, hepatopatias, doenças imunossupressoras, oncológicas, hematológicas, pessoas idosas e com internamentos prolongados.

Quanto ao número de leitos, a clínica possui 14 (quatorze) enfermarias, sendo 02 (duas) destinadas a sequelas de neuropatias, com total de 08 (oito leitos); 06 (seis) enfermarias de isolamento, 02 (dois) leitos cada, num total de 12 (doze) leitos; 06 (seis) enfermarias intermediárias, sendo 03 (três) femininas e 03 (três) masculinas, totalizando 24 (vinte e quatro) leitos. Além desses leitos extras são acrescentados conforme a necessidade, chegando à soma de 44 (quarenta e quatro) leitos fixos.

Quanto aos recursos humanos, atuam no local 14 (quatorze) enfermeiros, desses, 3 (três) fixos, sendo 02 (dois) pela manhã e 01 (um) à tarde e 11 (onze) em escala de rodízio à

noite e em finais de semana. Os técnicos de enfermagem, num total de 23 (vinte e três), estão distribuídos na proporção de 03-04 (três ou quatro) por turno, um dos quais permanece na unidade de neurologia, com a responsabilidade de cuidar de oito pacientes com sequelas de neuropatia e os outros dois ou três são encarregados dos demais pacientes da unidade.

A UPLP, também conhecida como anexo, é uma unidade anexa ao hospital, porém faz parte deste e foi inaugurada em 19 de dezembro de 2007. Nela atuam um enfermeiro, no turno da manhã fixo, em escala de rodízio um à tarde, um a noite e em finais de semana em e um médico de plantão nas 24 horas. Possui sessenta leitos.

No momento da pesquisa a unidade dispunha de um total de sete enfermeiros com a função de cuidar das pessoas em condições crônicas que ficavam no corredor da unidade de emergência, a qual tem capacidade para internar até sessenta pacientes.

A prioridade de atendimento é para adultos e idosos que apresentem condições crônico-progessivas, com patologias que exijam cuidados e pessoas com incapacidade funcional, provisória ou permanente.

3.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos adotados na pesquisa seguiram as recomendações da Comissão Nacional de Pesquisa (CONEP), conforme preconiza a “Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa com seres humanos” (BRASIL, 1996, p. 5).

A Resolução 196/96 determina que, durante a pesquisa, deve-se assegurar a privacidade, além de se garantir o anonimato e que não haja prejuízo de qualquer espécie aos colaboradores (BRASIL, 1996). Ainda, estabelece que seres humanos só podem ser usados em pesquisas que tenham probabilidade de atender, prevenir ou aliviar os problemas que afetam as pessoas, sejam elas colaboradores ou não da pesquisa.

O colaborador, ao ser entrevistado, foi informado acerca da natureza da investigação, seu tema e seus objetivos. A formalização da participação no trabalho deu-se através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) assinado em duas vias, uma ficou com o entrevistador, guardado em local seguro, pelo prazo de cinco anos, e a outra, com o entrevistado. O TCLE esclarece sobre a investigação em trâmite, além de fornecer informações, em linguagem clara e acessível, aos colaboradores, garante o respeito à privacidade do entrevistado. Ademais, este documento refere à liberdade do colaborador da produção científica, recusar-se ou sair da investigação a qualquer momento, se desejar.

Todas as despesas do trabalho estiveram sob a responsabilidade da pesquisadora, e não haverá despesas com a entrevista para o entrevistado.

Os dados resultantes da pesquisa serão apresentados aos colaboradores, ao término do trabalho, os produtos resultantes serão publicados sob a forma de tese e artigos nos quais se garante o anonimato através da não identificação dos mesmos e da instituição envolvida. O uso de pseudônimos (APENDICE B) inspirada em nomes de flores e plantas utilizados de forma aleatória atendeu essa exigência.

O benefício deste estudo é possivelmente tornar visível a vivência dos enfermeiros nos cuidados às pessoas no processo de morte e morrer. Suas contribuições consistem em poder discutir os cuidados prestados às pessoas no processo de morte e morrer, compreender como ocorre a tríade trágica (sofrimento, culpa e morte) no contexto dos cuidados em situações de morte e morrer, a elaboração de um plano de ajuda para enfermeiros que trabalham com pessoas no fim da vida, e um plano de cuidados existencial para os pacientes de longa permanência que estão em processo de morte e morrer, discutir a possibilidade de implantar uma unidade de cuidados paliativos na organização hospitalar.

Foi encaminhado ofício apresentando a pesquisadora pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA (ANEXO A). Recebemos resposta do Centro de Educação Permanente autorizando a coleta de dados (ANEXO B).

A coleta de depoimentos teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) protocolo nº 031/2010 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) (ANEXO C).

O risco previsível para os colaboradores durante as entrevistas foram o estresse emocional, mediante as questões sobre o seu conhecimento acerca do tema abordado, bem como o estímulo às lembranças dos cuidados prestados aos pacientes em iminência de morte. Esses riscos foram minimizados graças a criação de um ambiente que possibilitou a empatia, a garantia da privacidade e a não interrupção da entrevista.

O contato prévio com a instituição possibilitou que fosse utilizado, um espaço que não permitiu interrupções, garantindo, assim a privacidade. Esse espaço foi a sala de reuniões da UEFS, localizada na entrada da unidade de clínica cirúrgica do hospital. No momento, as atividades acadêmicas estavam em recesso.

O primeiro encontro, com os enfermeiros foi breve, apenas para conhecê-los e propiciar uma aproximação, com vistas a facilitar o processo empático, como forma de reduzir a ansiedade no momento da entrevista. Foi entregue o TCLE, informando sobre o projeto, tema, objetivo da pesquisa, o uso do gravador. Foi solicitado que o lessem a fim de

esclarecer dúvidas. O termo atentava para a garantia do sigilo, do anonimato, da inexistência de riscos e ônus para os colaboradores. Após foi agendado dia e horário, em que a coleta dos depoimentos poderia ocorrer de maneira que se mantivesse a privacidade.

As entrevistas ocorreram durante o período de trabalho dos enfermeiros, levando em conta a disponibilidade deles. A primeira dificuldade para a coleta de dados foi acordar um momento em que eles pudessem dar depoimento devido às atividades em que se encontravam envolvido. A segunda foi com o tema, alguns enfermeiros consideraram difícil falar sobre as situações de morte vivenciadas durante a prestação de cuidados.

Durante o período de coleta de dados tivemos que reagendar algumas entrevistas até quatro vezes devido às inúmeras funções dos enfermeiros que estavam sempre em atividade.

De posse das gravações, os depoimentos foram transcritos com o objetivo de obter sua totalidade. Após transcrição dos depoimentos, prosseguimos na perspectiva de Martins e Bicudo (2005) ao definir que, para garantir o rigor científico, faz-se necessário suspender os conhecimentos anteriores, num retorno as coisas mesmas, anulando qualquer preconceito.

3.5 COLABORADORES DA PESQUISA

O universo dos colaboradores foi constituído de vinte e um enfermeiros, quatorze da clínica médica e sete da UPLP, desses cinco tinham menos de um ano na unidade, um não aceitou participar da pesquisa, um não teve vivência da morte durante os cuidados e quatorze aceitaram participar da pesquisa.

Sendo um do sexo masculino e treze do sexo feminino. Na unidade de clínica médica encontram-se dois fixos pela manhã e um à tarde, onze em escala de rodízio nos finais de semana e feriados. Na UPLP (Anexo), a escala de atividades estava distribuída em um fixo pela manhã, um fixo à tarde, cinco em sistema de rodízio nos finais de semana e feriados.

A determinação do número de colaboradores se deu pela repetição das informações causando saturação de dados e pelos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão, foram ser enfermeiros que atuassem nas unidades de clínica médica e UPLP, no mínimo, há um ano, tivessem experiência nos cuidados no processo de morte e morrer. Quando refiro à experiência, o enfermeiro colaborador havia prestado cuidados a uma pessoa no processo de morte e morrer. A inclusão no grupo de pesquisa dependia da decisão de cada um dos enfermeiros.

3.5.1 Apresentação dos colaboradores

A caracterização desses colaboradores tomou por base: sexo, idade, religião, tempo de formação, titulação, tempo de atuação na unidade de clínica médica e UPLP, turno de trabalho, carga horária semanal de trabalho, outros vínculos empregatícios, conforme apresentado em síntese no quadro a seguir:

Quadro 1 Caracterização dos colaboradores

COLABORADORES	IDADE	SEXO	TEMPO FORMAÇÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	RELIGIAÇÃO	UNIDADE TRABALHO
1 Acácia	32	F	9 anos	Especialista	Espírita	CM /UPLP
2 Azaléia	43	F	19 anos	Especialista	Católica	CM
3 Camélia	33	F	11 anos	Especialista	Católica	CM /UPLP
4 Cravo	34	F	5 anos	Graduação	Católica	CM /UPLP
5 Violeta	39	F	12 anos	Especialista	Evangélica	CM /UPLP
6 Gardênia	55	F	27 anos	Especialista	Católica	CM /UPLP
7 Girassol	47	F	8 anos	Especialista	Espírita	CM /UPLP
8 Hortência	52	F	26 anos	Especialista	Católica	CM /UPLP
9 Jasmim	28	F	28 anos	Especialista	Católica	CM /UPLP
10 Lírio	35	M	11 anos	Especialista	Evangélico	CM /UPLP
11 Lótus	29	F	7 anos	Especialista	Espírita	CM /UPLP
12 Margarida	38	F	2 anos	Especialista	Católica	CM /UPLP
13 Orquídea	53	F	30 anos	Especialista	Evangélica	CM /UPLP
14 Rosa	42	F	14 anos	Especialista	Católica	CM /UPLP

Dados obtidos junto aos colaboradores. Feira de Santana, 2011.

3.6 COLETA DOS DEPOIMENTOS

A coleta dos depoimentos foi realizada através da aplicação da entrevista fenomenológica constituída de uma questão de aproximação e duas norteadoras. **Questão de aproximação:** 1) Você já vivenciou alguma situação de morte durante a prestação de cuidados? E duas **questões norteadoras:** 1) Fale-me sobre essa experiência? 2) Como você apreende o sentido da vida nessa vivência dos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer? (APENDICE C).

Buscou-se seguir a entrevista fenomenológica descrita por Carvalho (1987, p. 37) ao afirmar que:

Em uma entrevista fundamentada na metodologia fenomenológica, não se busca uma linguagem que seja a soma dos pensamentos e ideias. Busca-se uma linguagem que seja a fala originária, fala essa que possibilite a mediação com o outro e a comunicação com o mundo.

A escolha dessa modalidade de entrevista para apreensão dos discursos ingênuos dos colaboradores, como revela Carvalho (1987, p. 30) “[...] não submete a situação observada e a pessoa a uma análise conceitual, classificadora, orientada por um esquema de ideias e direcionada para determinados fins”. Reconheço a importância da entrevista fenomenológica, na função do entrevistador de escutar o entrevistado e perceber com sensibilidade e intuição, os sentidos das experiências vividas.

Para Martins e Bicudo (2005), a pesquisa fenomenológica está voltada para significados, isto é, para expressões claras sobre as percepções que os colaboradores têm daquilo que está sendo pesquisadas, essas são expressas por aqueles que as percebe. Assim, o pesquisador ao concentrar-se nos significados, está preocupado com o que os eventos significam para os colaboradores da pesquisa.

A entrevista fenomenológica exige o preparo do ambiente para o encontro empático, o que requer contato prévio com os dirigentes da instituição para disponibilizar um espaço reservado para as entrevistas, e o contato com os possíveis colaboradores, a fim de não haver interrupções, possibilitar o encontro, manter a privacidade, o sigilo, e o anonimato.

O termo privacidade “deriva (do inglês *privacy*), está relacionada a intimidade, particularidade, liberdade pessoal (HOUAISS, 2007, p. 2301) e o sigilo é aquilo que a ninguém deve ser revelado, que é secreto” (HOUAISS, 2007, p. 2534).

A entrevista fenomenológica enquanto técnica de coleta de informações tornou-se o instrumento mais utilizado no processo de trabalho no campo das ciências sociais e psicológicas (CARVALHO, 1987). Jamais se pode considerá-la como uma simples conversa, despretensiosa e neutra, uma vez que está orientada para um objetivo definido que é recolher informações para a pesquisa, através da fala dos colaboradores.

A coleta de depoimentos na pesquisa qualitativa faz-se através do uso da comunicação entre colaboradores, e os dados revelados são extraídos no decorrer da interpretação. Para isso, o pesquisador utiliza, como recurso metodológico, a entrevista com o uso dos seguintes suportes: empatia, intuição e imaginação (MARTINS; BICUDO, 2005).

As entrevistas de natureza fenomenológica foram realizadas em uma sala de reuniões pela doutoranda, de dezembro de 2010 a março de 2011, e só tiveram início após aprovação pelo CEP. Os encontros foram individuais, em um local reservado no hospital em uma sala de reuniões, local silencioso, escolhido pelos próprios colaboradores, além desse a residência do entrevistador ou do entrevistado em que foram oferecidos, além das dependências do hospital, de acordo com horário e a disponibilidade dos colaboradores, sediou esses encontros. A autorização dos colaboradores permitiu a gravação desse material.

3.7 PROCESSO DE ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS DEPOIMENTOS

De posse das entrevistas (ANEXO D), foi desenvolvido o processo de análise do conteúdo na perspectiva da análise fenomenológica proposta por Martins e Bicudo (2005). Na busca da compreensão do objeto do estudo, através dessa análise foram apreendidas unidades de significados, isto é, discriminações extraídas dos depoimentos espontâneos emitidos pelos colaboradores nas entrevistas.

Ao desenvolver a análise dos dados o pesquisador faz um mergulho profundo nos depoimentos coletados e empenha-se em captar, discernir, enxergar, preservar o que é único em cada experiência, a fim de compreender o fenômeno. Nesse sentido, os dados foram analisados concomitante ao processo de coleta.

A análise utilizada foi da estrutura do fenômeno situado, que é orientada pelas ideias fundamentais da fenomenologia. Compreende quatro momentos diferentes de análise (MARTINS; BICUDO, 2005) e neste estudo foi adaptada para sete momentos.

A análise fenomenológica neste estudo constituiu-se de: Análise Ideográfica e Análise Nomotética (MARTINS; BICUDO, 2005).

A análise ideográfica diz respeito à representação das ideias contidas nos depoimentos de cada colaborador, além de representação de ideia por meio de símbolos. Elas são descrições ingênuas dos colaboradores que contêm significações diferentes. Ao ler o pesquisador procura analisar e agrupar as unidades de significados isoladas e em grupos, essa constitui a fase mais difícil da pesquisa (MARTINS; BICUDO, 2005).

Na análise ideográfica, identificam-se as unidades de significado, compreendidas como os significados que os colaboradores atribuem aos eventos na experiência e que refletem os determinantes da situação.

A análise ideográfica foi desenvolvida conforme as seguintes ações/momentos:

1 Imergir de forma empática no mundo da descrição;

- 2 Reduzir o ritmo da análise e permanecer na descrição;
- 3 Ampliar o olhar sobre a descrição;
- 4 Suspender crenças, tabus e interesse sobre a temática;
- 5 Passar das frases para os significados.

A análise nomotética está relacionada às diversas ideias dos colaboradores que possibilitaram a construção de subcategorias e categorias empíricas, em um movimento de passagem do individual para o geral, que envolveu uma compreensão e articulação dessas categorias (MARTINS; BICUDO, 2005).

As unidades de significados foram recolhidas, transcritas e colocadas na linguagem do pesquisador, num discurso apropriado à temática da morte e do morrer das quais trata esta pesquisa. A análise e o modo como os depoimentos foram relacionados serviram de base para compreensão das respostas dos colaboradores.

Na análise nomotética, a reflexão engloba a busca pela compreensão dos aspectos da estrutura do fenômeno, e assim obtém-se uma formulação das condições e relações que o formam (MARTINS; BICUDO, 2005).

A análise nomotética permite:

- 1 Analisar o conteúdo de forma geral;
- 2 Desvelar o que é possível com a pesquisa;
- 3 Identificar as convergências e divergências dos discursos individuais;
- 4 Agrupar as convergências para desvelar ideias comuns do fenômeno;
- 5 Agrupar as divergências para desvelar idiosincrasias;
- 6 Descrever os conteúdos dos agrupamentos;
- 7 Refletir sobre o fenômeno.

Os resultados estão apresentados através de análise compreensiva das categorias empíricas tendo como referencial a Análise Existencial de Viktor Frankl.

É a análise do geral, do que se pode desvelar com a pesquisa. É uma reflexão sobre o fenômeno, os depoimentos individuais são agrupados em convergências e divergências para desvelar ideias comuns ao fenômeno interrogado.

Essas unidades de significados foram recolhidas, transcritas e colocadas na linguagem do pesquisador, num discurso apropriado dentro das temáticas da morte e do morrer em que a pesquisa está inserida. A análise e o modo como os depoimentos foram relacionados serviram de base para compreensão das respostas dos colaboradores.

Em seguida, num processo de intuição, raciocínio e julgamento, as unidades de significado foram articuladas e agrupadas em categorias empíricas que compõem a estrutura do fenômeno. Esta, no momento seguinte foi submetida à análise nomotética.

As articulações das compreensões obtidas na seleção das unidades de significados foram necessárias para construção das subcategorias e categorias empíricas, construindo-se a síntese dos depoimentos relatados pelos colaboradores, compondo a estrutura do fenômeno em estudo.

CAPÍTULO IV

Bem longe de afugentar a ideia de morte, como em geral o fazemos, saibamos, pois, encará-la face a face. Pelo que é na realidade. Esforcemo-nos por desembaraçá-la das sombras e das quimeras com que a envolvem e averiguemos como convém nos prepararmos para este incidente natural e necessário do curso da vida

Léon Denis

4 APRESENTANDO OS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

Os resultados foram emergindo considerando a *epoché* que é realizada quando tudo que nos é exterior, mesmo as outras pessoas, estiverem colocado entre parênteses, e a redução fenomenológica ou transcendental que para Husserl (2000), é a característica da atitude natural. Ela não se limita à forma pela qual nos relacionamos com o mundo exterior, também os atos da consciência e o eu foram tratados como o mundo externo.

Conforme recomenda Husserl (2000) foram colocados entre parênteses a própria consciência, o eu e os seus atos. É preciso refletir sobre o refletido, é preciso pensar sobre o pensado (reflexão transcendental). Passamos, assim, do ego cogito cartesiano para o ego cogito cogitatum da fenomenologia Husserliana.

Para análise das experiências vivenciadas pelos enfermeiros no cuidado à pessoa no processo de morte e morrer, utilizei a fenomenologia como método caracterizado pela descrição, redução e compreensão (MARTINS; BICUDO, 2005).

A **descrição fenomenológica** é o resultado da interação do pesquisador com os colaboradores da pesquisa através dos depoimentos, obtidos pelos questionamentos realizados. São as experiências mostradas através da fala dos colaboradores, que vão desvelar o que estava oculto, possibilitando o desvelamento do fenômeno em sua essência (MARTINS; BICUDO, 2005).

A **redução fenomenológica** é realizada após a leitura criteriosa dos depoimentos, a fim de identificar as considerações, essência do pesquisador, o que é considerado essencial para desocultar o fenômeno, que emerge da consciência dos colaboradores. O fenômeno é colocado em suspensão (*epoché*) e está diante dos olhos para que seja visto de forma atenta. É o olhar do pesquisador sobre o fenômeno, libertando-se de qualquer crença ou teoria, é o retornar a experiência vivida (MARTINS; BICUDO, 2005).

Busquei conhecer, compreender e descobrir as vivências descritas nos depoimentos dos colaboradores, refletindo sobre o seu mundo vivido.

Situado o fenômeno e efetuada as descrições, é realizada a **compreensão fenomenológica**. O pesquisador atribui expressões próprias aos depoimentos para representar aquilo que está buscando. É o que foi compreendido nos depoimentos dos colaboradores, contemplado pela análise ideográfica e nomotética (MARTINS; BICUDO, 2005).

4.1 CONSTRUÍNDO A ESTRUTURA IDEOGRÁFICA DO FENÔMENO SENTIDO DA VIDA VIVÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER

Para análise dos depoimentos dos quatorze colaboradores após transcritos segundo Martins e Bicudo (2005), seguiram as etapas e os momentos apresentados a seguir:

A primeira delas é denominada de análise ideográfica. A análise ideográfica refere-se à análise dos depoimentos individual, buscando os significados, a representação do fenômeno para cada colaborador da pesquisa (MARTINS; BICUDO, 2005). Nesta fase os depoimentos foram lidos de forma criteriosa, completa e numerados de um a quatorze.

Neste **primeiro momento** foi realizada a pré-análise com uma **leitura geral** das descrições na íntegra, com a finalidade de compreender o **sentido global para o conjunto de cada um** dos depoimentos. Nesse momento enquanto pesquisadora me coloquei no lugar do colaborador imergindo de forma empática no mundo da sua descrição, numa visão geral do que foi descrito na linguagem original para me familiarizar com a experiência vivida por cada um deles.

Em seguida elaborei uma síntese de cada depoimento que ao meu olhar revelava a vivência pessoal de cada um deles no contexto do cuidado de enfermagem à pessoa no processo de morte e morrer e o sentido global de suas respostas às questões de aproximação e norteadoras.

A fim de manter o anonimato e preservar a identidade dos depoimentos contidos nas entrevistas de enfermeiros que cuidam de pessoas no fim da vida e se dispuseram a participar desta pesquisa atribuí pseudônimo de flores de forma aleatória aos colaboradores, adiante caracterizados.

ENTREVISTA 01 (ACÁCIA)

Sexo feminino, 32 anos, espírita, 9 anos de graduada, especialista em obstetrícia, desenvolve atividades na UPLP e na clínica médica, há 1 ano e 2 meses, no turno misto em escala de rodízio, com carga horária de 30 horas semanais, tem outro vínculo empregatício no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Sua experiência com pessoas no processo de morte e morrer a faz refletir sobre o sentido da própria vida. Para ela apesar da vivência com a morte ser diária é muito triste ver as pessoas com dor, sofrendo definhando e não poder fazer nada.

ENTREVISTA 02 (AZALÉIA)

Sexo feminino, 43 anos, católica, 19 anos de graduada, especialista em obstetrícia, desenvolve atividades na unidade de clínica médica, há 3 anos, no turno da manhã, com carga horária de 30 horas semanais. Tem outro vínculo empregatício em unidades de clínica médica e emergência.

Para ela a morte é difícil de aceitar principalmente quando presta o cuidado para pessoa que expressa não querer morrer mesmo sofrendo dor intensa. Com essa experiência ela passou a valorizar ainda mais a vida.

ENTREVISTA 03 (CAMÉLIA)

Sexo feminino, 33 anos, católica, 11 anos de graduada, especialista em saúde coletiva, desenvolve atividades nas unidades de clínica médica e UPLP, em escala de rodízio, há 3 anos, em turno misto, com carga horária de 30 horas semanais. Tem outro vínculo empregatício no Programa de Saúde da Família (PSF).

Ela lembra durante o curso de graduação pouco ouvir falar sobre a morte. Para ela vivenciar a morte das pessoas é ruim e constrangedor, por causa do sofrimento da família e sente culpa ao pensar sobre algo mais que poderia ter feito. Com essas vivências passou a valorizar a vida.

ENTREVISTA 04 (CRAVO)

Sexo feminino, 34 anos, católica, 5 anos de graduada, desenvolve atividades nas unidades de clínica médica e na UPLP, em escala de rodízio há 2 anos, no turno misto, com carga horária de 30 horas semanais, não tem outro vínculo empregatício.

Ela sente necessidade de treinamento profissional para lidar com as questões da morte, e com a dificuldade para dar esta notícia à família. Essa vivência fez ela refletir sobre a vida e a forma de prestar o cuidado, para torna-lo menos técnico e mais sensível.

ENTREVISTA 05 (VIOLETA)

Sexo feminino, 39 anos, evangélica, 12 anos de graduada, especialista em UTI. Ela

desenvolve suas atividades nas unidades de clínica médica e na UPLP, em escala de rodízio há 2 anos, em turno misto, com carga horária de 30 horas semanais. Tem outro vínculo empregatício no Programa de Saúde da Família (PSF).

Para ela a falta de preparo durante o curso de graduação, o apego às pessoas desenvolvido durante a permanência prolongada na unidade e a vivência com os cuidados prestados aos pacientes que encontram-se ao fim da vida com a dor e o sofrimento, faz com que ela valorize ainda mais a vida e veja a morte como um inimigo.

ENTREVISTA 06 (GARDÊNIA)

Sexo feminino, 55 anos, católica, 27 anos de graduada, especialização em obstetrícia, educação e gestão. Ela desenvolve suas atividades na unidade de clínica médica, há 11 anos, no turno tarde, com carga horária de 40 horas semanais. Tem outro vínculo empregatício com atividades de educação permanente e supervisão de enfermagem.

Sua vivência com a dor e o sofrimento, não é muito boa porque considera o dever de salvar vidas e quando uma pessoa morre durante seus cuidados ela sente a sensação de inutilidade. Ela considera que atualmente a busca pela formação em enfermagem ocorre motivada pela possibilidade de obter emprego após a formatura e garantia de salário, porém não há a vocação profissional. Para ela ocorre a prestação do cuidado técnico em detrimento do cuidado sensível e isso faz com que o profissional vivencie o vazio existencial na profissão.

ENTREVISTA 07 (GIRASSOL)

Sexo feminino, 47 anos, espírita, 8 anos de graduada, especialização em saúde do trabalhador, desenvolve atividades na unidade de clínica médica, e na UPLP há 2 anos e 3 meses, em turno misto, com carga horária de 30 horas semanais. Tem outro vínculo empregatício na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Ela recorda que durante o curso de graduação aprendeu mais sobre as técnicas do cuidado. Para ela o que os pacientes no final da vida precisam é conforto, cuidado emocional e espiritual. Ao vivenciar a possibilidade da morte emergir nela o sentimento de medo de cuidar dos pacientes ao fim da vida, a permanência dos pacientes por longos períodos e transformações sofridas por eles faz com que ela se apegue a sofrir.

ENTREVISTA 08 (HORTÊNCIA)

Sexo feminino, 52 anos, católica, 26 anos de graduada, especialização em saúde coletiva e auditoria. Desenvolve suas atividades na unidade de clínica médica, há 3 anos, no turno misto, com carga horária de 40 horas semanais. Tem outro vínculo empregatício no hospital em escala de rodízio noturno.

Para ela a vivência com os cuidados as pessoas ao fim da vida fez com que mudasse o sentido da vida e passasse a dar mais valor a esta. Ela aceita mais a morte da pessoa quando esta é idosa mais do que quando é jovem.

ENTREVISTA 09 (JASMIM)

Sexo feminino, 28 anos, católica, 5 anos de graduada, especialização em emergência. Desenvolve atividades na unidade de clínica médica e na UPLP, em regime de rodízio, há 1 ano e 5 meses, em turno misto, com carga horária de 30 horas semanais. Tem outro vínculo empregatício relativo a representação de materiais hospitalares para UTI.

Para ela o déficit de recursos humanos e materiais dificultam o cuidado, faz com que o profissional vivencie a sensação de impotência, frustração, culpa por não ter prestado um cuidado de qualidade. Ela sente a falta de preparo para enfrentar a morte.

ENTREVISTA 10 (LÍRIO)

Sexo masculino, 35 anos, evangélico, 11 anos de graduado, especialização em saúde coletiva. Desenvolve suas atividades nas unidades de clínica médica, e na UPLP, em regime de rodízio, há 7 anos, em turno misto, com carga horária de 30 horas semanais. Tem outros dois vínculos empregatícios como professor na Faculdade Nobre e outro na UEFS.

Ele considera que faltou preparo para cuidar de pessoas no processo de morte durante a sua graduação. Para ele no trabalho há necessidade de cuidado de conforto para os familiares e para melhorar a qualidade de vida do paciente e da família.

ENTREVISTA 11 (LÓTUS)

Sexo feminino, 29 anos, espírita, 7 anos de graduada, especialização em auditoria. Desenvolve suas atividades na unidade de clínica médica, e na UPLP em regime de rodízio,

há um ano e 5 meses em turno misto, com carga horária de 30 horas semanais. Tem outro vínculo empregatício em um Hospital, na Unidade de Terapia Intensiva.

Ela sente em sua vivência diária o sofrimento da pessoa que não tem mais uma sobrevida de qualidade faz com que somente prorogue o sofrimento vivido. Essas vivências fizeram com que ela se tornasse mais humana. Para ela a morte é uma situação difícil, e que exige do enfermeiro o diálogo com a família para aliviar a dor e o sofrimento desta.

ENTREVISTA 12 (MARGARIDA)

Sexo feminino, 38 anos, católica, 2 anos de graduada, especialista em urgência e emergência, desenvolve atividades na unidade de clínica médica, e na UPLP, em regime de rodízio, há um ano e 3 meses, em turno misto, com carga horária de 30 horas semanais. Tem outro vínculo empregatício na Faculdade de Tecnologia e Ciências.

Para ela o sofrimento se torna maior quando não se espera pela morte daquela pessoa. Vivenciar essa experiência de cuidado foi muito boa e acrescentou bastante pois a fez sentir mais humana e passou a se aproximar dos familiares.

ENTREVISTA 13 (ORQUÍDEA)

Sexo feminino, 53 anos, evangélica, 30 anos de graduada, especialista em administração hospitalar e saúde pública. Desenvolve suas atividades na unidade de clínica médica, há três anos e 7 meses, no turno manhã, com carga horária de 30 horas semanais. Não tem outro vínculo empregatício.

A experiência a fez crescer como pessoa por envolver questões referentes a fé, a religião, o programa de **capelania** do hospital. Para ela cada pessoa reage de uma forma diferente diante da morte e particularmente de acordo com o credo religioso. [grifo nosso]. Para ela o programa de capelania hospitalar que tem como objetivo capacitar o visitador hospitalar para levar palavra de paz, conforto e amor aos pacientes e acompanhantes, transforma o ambiente hospitalar em um espaço acolhedor e humanizado.

ENTREVISTA 14 (ROSA)

Sexo feminino, 42 anos, católica, 14 anos de graduada, especialista em obstetrícia e saúde da família, desenvolve atividades na unidade de clínica médica e na UPLP, há quatro

anos em turno misto, em escala de rodízio, com carga horária de 30 horas semanais. Além de trabalhar na Secretaria da saúde, na atenção básica.

Para ela a experiência de vivenciar a morte das pessoas é difícil quando o paciente é jovem, quando é idoso, a morte é tranquila porque já cumpriu a sua missão aqui na terra. Ocorre um envolvimento entre o profissional, o paciente e os familiares pelo período prolongado de internação. O sentido da vida muda após cuidar dessas pessoas, e durante a graduação pouco se ouve falar sobre esse tema.

A ANÁLISE IDEOGRÁFICA

Para desenvolver a análise ideográfica e de posse do conteúdo das entrevistas apreendidas de forma atenta e transcritas conforme as respostas dadas às suas questões passei aos momentos da análise. Conforme cada um deles fui construindo quadros que possibilitassem a apreensão dos significados.

Para o primeiro momento elaborei um quadro contendo duas colunas e nele coloquei as respostas das questões de aproximação e norteadoras.

Para classificar os trechos das entrevistas utilizei letras e números a fim de ordenar a apresentação e a seleção dos trechos que apresentassem em cada questão no mesmo depoimento com vistas a selecionar nas declarações consideradas significativas ao meu olhar de pesquisadora. Classifiquei as unidades de significado considerando a ordem das entrevistas conforme exemplo: entrevista 1, questão de aproximação 1, parte 1 (E1, QA1.1), entrevista 2, questão norteadora 1, parte 1(E2, QN1.1) e assim sucessivamente.

Na coluna da esquerda do quadro, nomeada de **descrição**, coloquei as respostas das questões da entrevista na íntegra (apreensão) e sublinhei as partes que considerei significativas (suspensão).

Na coluna da direita coloquei as frases ou períodos que possuíam significados ao meu olhar (redução) e denominei-os de **unidades de significado**, conforme exemplo abaixo. Este processo de apreensão, suspensão e redução foi repetido ao longo do processo de análise.

O primeiro momento foi realizado uma leitura geral com a finalidade de compreender um sentido para o conjunto de cada um dos depoimentos. Nesse momento, procurei me colocar no lugar dos colaboradores.

**QUADRO 2 PRIMEIRO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA
DEPOIMENTO 1 ACÁCIA**

QUESTÃO DE APROXIMAÇÃO	
1 VOCÊ JÁ VIVENCIOU ALGUMA SITUAÇÃO DE MORTE DURANTE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?	
DESCRIÇÃO (SUSPENSÃO)	UNIDADES DE SIGNIFICADO (REDUÇÃO)
Já várias (...) (silêncio) (E1, QA1,1).	Já várias (...) (silêncio) (E1, QA1,1.1).
QUESTÃO NORTEADORA 1	
1 FALE-ME SOBRE ESSA EXPERIÊNCIA?	
NORTEADORA 1 DESCRIÇÃO (SUSPENSÃO)	UNIDADES DE SIGNIFICADO (REDUÇÃO)
<p><u>É uma experiência, assim [...] não muito boa, mas bastante enriquecedora né para vida pessoal da gente, porque é [...] é [...] não é a morte simplesmente, realmente é um processo que a gente principalmente nestas unidades de pacientes de longa permanência, a gente acompanha realmente esse processo. A pessoa cada dia vai perdendo um pouco da vida até chegar no final mesmo, na morte, realmente e ai [...] faz a gente passar a avaliar e a pensar sobre muitas coisas da nossa própria vida, do que está ao nosso redor, do sentido que a gente da, dos caminhos que a gente toma, né. É bastante complicado para a gente apesar de ser a nossa vivencia diária é ainda muitas vezes triste, não é a gente não deixa de [...] é uma pessoa semelhante poderia ser tanto alguém próxima da gente, até a gente mesmo que podia passar por aquela situação, aliás pode ser uma pessoa próxima da gente ou a gente mesmo e são várias</u></p>	<p><u>É uma experiência, assim [...] não muito boa, mas bastante enriquecedora né para vida pessoal da gente, porque é [...] é [...] (E1, QN1,1.1).</u></p>
	<p><u>Não é a morte simplesmente, realmente é um processo que a gente principalmente nestas unidades de pacientes de longa permanência, a gente acompanha realmente esse processo (E1, QN1, 1.2).</u></p>
	<p><u>A pessoa cada dia vai perdendo um pouco da vida até chegar no final mesmo, na morte. Realmente e ai [...] faz a gente passar a avaliar e a pensar sobre muitas coisas da nossa própria vida, do que está ao nosso redor, do sentido que a gente da, dos caminhos que a gente toma né. Dos que estão ao nosso redor, do sentido que a gente da, dos caminhos que a gente toma, não é (E1, QN1, 1.3).</u></p>
<p><u>É bastante complicado para a gente apesar</u></p>	

<p><u>vertentes o parar para refletir, a tristeza de ver uma pessoa cada dia definhando ali na sua frente literalmente e da impotência de não poder fazer nada a não ser algumas medidas de conforto que as vezes não adianta muita coisa</u> (E1, QN 1,1).</p>	<p><u>de ser a nossa vivencia diária é ainda muitas vezes triste, não é a gente não deixa de [...] é uma pessoa semelhante poderia ser tanto alguém próxima da gente, até a gente mesmo que podia passar por aquela situação, aliás p</u> <u>ode ser uma pessoa próxima da gente ou a gente mesmo e são várias vertentes o parar para refletir</u> (E1, QN1, 1.4).</p>
	<p><u>A tristeza de ver uma pessoa cada dia definhando ali na sua frente literalmente e da impotência de não poder fazer nada a não ser algumas medidas de conforto que as vezes não adianta muita coisa</u> (E1, QN1, 1.5).</p>
<p><u>Tem alguns pacientes que marcam mais do que outros. Assim alguns pelo sofrimento e resignação e com aquele sofrimento</u> (E1, QN1, 1.6).</p>	<p><u>Alguns pacientes que marcam mais [...]</u> (E1, QN1, 1.6).</p>
<p><u>A gente vê e tem noção da grandiosidade do sofrimento daqueles pacientes tipo com câncer terminais que são acompanhados lá no anexo</u> (E1, QN1, 1.7).</p>	<p><u>O sofrimento daqueles pacientes tipo com câncer terminais [...]</u> (E1, QN1, 1.7).</p>
<p><u>Teve um paciente que marcou bastante com câncer que sofria demais porque ele sofria demais [...] demais ele tinha câncer de intestino e era feito analgesia o tempo todo mas [...] a gente via a dor dele mesmo e ele não incomodava a equipe e a família também da mesma forma</u> (E1, QN1, 1.8).</p>	<p><u>Um paciente que marcou bastante com câncer que sofria demais [...] tinha câncer [...] a gente via a dor dele [...] ele não incomodava a equipe e a família também da mesma forma</u> (E1, QN1, 1.8).</p>
<p><u>O paciente se revolta e abusa bastante pela dor mesmo, perturba ou o paciente ou a família [...]</u></p>	<p><u>O paciente se revolta e abusa bastante pela dor [...] tanto ele como a família</u></p>

<u>neste caso tanto ele como a família bastante resignados com o problema</u> e esse foi um dos que marcou bastante (E1, QN 1, 1.9).	<u>bastante resignados com o problema</u> (E1, QN 1, 1.9).
--	--

SEGUNDO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA

Para compreender o fenômeno vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer passei ao segundo momento fenomenológico de apreensão e redução.

A partir das descrições e da apreensão das unidades de significado, busquei apreender e selecionar as declarações significativas (suspensão). Assim, efetuei várias releituras dos depoimentos procurando apreender as convergências e as divergências numa mesma entrevista.

Destaquei do conjunto de cada uma das entrevistas as expressões significativas para a compreensão do fenômeno, conforme exemplo no quadro a seguir:

QUADRO 3 SEGUNDO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA DEPOIMENTO 1 ACÁCIA

QUESTAO DE APROXIMAÇÃO	
1 - VOCÊ JÁ VIVENCIOU ALGUMA SITUAÇÃO DE MORTE DURANTE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?	
UNIDADES DE SIGNIFICADO	DECLARAÇÕES SIGNIFICATIVAS
Já várias (...) (silêncio) (E1, QA1,1.1).	Já várias (...) (silêncio) (E1, QA1,1.1).
QUESTÃO NORTEADORA	
1 FALE-ME SOBRE ESSA EXPERIÊNCIA?	
UNIDADES DE SIGNIFICADO	DECLARAÇÕES SIGNIFICATIVAS
<u>É uma experiência, assim [...] não muito boa, mas bastante enriquecedora</u> né para vida pessoal da gente, porque é [...] é [...] (E1, QN1,1.1).	<u>Experiência não muito boa, mas bastante enriquecedora</u> (E1, QN1,1.1).
<u>Não é a morte simplesmente, realmente é um processo que a gente principalmente nestas unidades de pacientes de longa permanência, a</u>	<u>É um processo que a gente principalmente nestas unidades de pacientes de longa permanência, a gente acompanha</u>

<p>gente acompanha realmente esse processo (E1, QN1, 1.2).</p>	<p>realmente esse processo (E1, QN1, 1.2).</p>
<p><u>A pessoa cada dia vai perdendo um pouco da vida até chegar no final mesmo, na morte. realmente e aí [...] faz a gente passar a avaliar e a pensar sobre muitas coisas da nossa própria vida, do que está ao nosso redor, do sentido que a gente da, dos caminhos que a gente toma, né. do que está ao nosso redor, do sentido que a gente da, dos caminhos que a gente toma, não é</u> (E1, QN1, 1.3).</p>	<p><u>A pessoa cada dia vai perdendo um pouco da vida até chegar no final mesmo, na morte</u> (E1, QN1, 1.3).</p>
<p><u>É bastante complicado para a gente apesar de ser a nossa vivencia diária é ainda muitas vezes triste, né a gente não deixa de [...] é uma pessoa semelhante poderia ser tanto alguém próxima da gente, até a gente mesmo que podia passar por aquela situação, aliás pode ser uma pessoa próxima da gente ou a gente mesmo e são várias vertentes o parar para refletir</u> (E1, QN1, 1.4).</p>	<p><u>Complicado para a gente apesar de ser a nossa vivencia diária é ainda muitas vezes triste</u> (E1, QN 1, 1.4).</p>
<p><u>A tristeza de ver uma pessoa cada dia definhando ali na sua frente literalmente e da impotência de não poder fazer nada a não ser algumas medidas de conforto que as vezes não adianta muita coisa.</u> (E1, QN1, 1.5).</p>	<p><u>A tristeza de ver uma pessoa cada dia definhando [...] e da impotência de não poder fazer nada a não ser algumas medidas de conforto que as vezes não adianta muita coisa.</u> (E1, QN 1, 1.5).</p>
<p><u>Tem alguns pacientes que marcam mais do que outros. Assim alguns pelo sofrimento e resignação e com aquele sofrimento</u> (E1, QN1, 1.6).</p>	<p><u>Alguns pacientes que marcam mais [...]</u> (E1, QN1, 1.6).</p>
<p><u>A gente vê e tem noção da grandiosidade do sofrimento daqueles pacientes tipo com câncer terminais que são acompanhados lá no anexo</u> (E1, QN1, 1.7).</p>	<p><u>O sofrimento daqueles pacientes tipo com câncer terminais [...]</u> (E1, QN1, 1.7).</p>
<p>Teve <u>um paciente que marcou bastante com</u></p>	<p><u>Um paciente que marcou bastante com</u></p>

<u>câncer que sofria demais porque ele sofria demais [...] demais ele tinha câncer de intestino e era feito analgesia o tempo todo mas [...] a gente via a dor dele mesmo e ele não incomodava a equipe e a família também da mesma forma (E1, QN1, 1.8).</u>	<u>câncer que sofria demais [...] tinha câncer [...] a gente via a dor dele [...] ele não incomodava a equipe e a família também da mesma forma (E1, QN1, 1.8).</u>
<u>O paciente se revolta e abusa bastante pela dor mesmo, perturba ou o paciente ou a família [...] neste caso tanto ele como a família bastante resignados com o problema e esse foi um dos que marcou bastante (E1, QN 1, 1.9).</u>	<u>O paciente se revolta e abusa bastante pela dor [...] tanto ele como a família bastante resignados com o problema (E1, QN 1, 1.9).</u>

TERCEIRO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA

No **terceiro momento** de posse das declarações significativas e unidades de significado me debrucei sobre este material para efetuar releituras que me levassem aos constituintes de significado com vistas à apreender novas essências, conforme apresentado no quadro a seguir:

QUADRO 4 TERCEIRO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA

DEPOIMENTO 1 ACÁCIA

QUESTAO DE APROXIMAÇÃO	
1 – VOCÊ JÁ VIVENCIOU ALGUMA SITUAÇÃO DE MORTE DURANTE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?	
DECLARAÇÕES SIGNIFICATIVAS	CONSTITUINTES DE SIGNIFICADO
Já várias (...) (silêncio) (E1, QA1,1.1)	Já
QUESTÃO NORTEADORA	
1 FALE-ME SOBRE ESSA EXPERIÊNCIA?	
DECLARAÇÕES SIGNIFICATIVAS	CONSTITUINTES DE SIGNIFICADO
<u>Experiência não muito boa, mas bastante enriquecedora</u>	Sufrimento

(E1, QN1,1.1).	
<u>É um processo que a gente principalmente nestas unidades de pacientes de longa permanência, a gente acompanha realmente esse processo</u> (E1, QN1, 1.2).	Cuidado
<u>A pessoa cada dia vai perdendo um pouco da vida até chegar no final mesmo, na morte</u> (E1, QN1, 1.3).	Morte
<u>Complicado para a gente apesar de ser a nossa vivencia diária é ainda muitas vezes triste</u> (E1, QN 1, 1.4).	Sufrimento
<u>A tristeza de ver uma pessoa cada dia definhando [...] e da impotência de não poder fazer nada a não ser algumas medidas de conforto que as vezes não adianta muita coisa</u> (E1, QN 1, 1.5).	Cuidado
<u>Alguns pacientes que marcam mais [...]</u> (E1, QN1, 1.6).	Sufrimento
<u>O sofrimento daqueles pacientes tipo com câncer terminais [...]</u> (E1, QN1, 1.7).	Sufrimento
<u>um paciente que marcou bastante com câncer que sofria demais [...] tinha câncer [...] a gente via a dor dele [...] ele não incomodava a equipe e a família também da mesma forma</u> (E1, QN1, 1.8).	Sufrimento com sentido
<u>O paciente se revolta e abusa bastante pela dor [...] tanto ele como a família bastante resignados com o problema</u> (E1, QN 1, 1.9).	Sufrimento

QUARTO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA

No quarto momento suspendi as declarações significativas e os constituintes de significado obtidos das expressões dos colaboradores, com vistas a identificação de semelhanças e divergências ao meu olhar de pesquisadora.

Aproximei os constituintes de significado semelhantes e efetuei nova leitura. Neste momento ampliei o meu olhar sobre cada descrição para buscar a essência do fenômeno. Destaquei os constituintes semelhantes e coloquei-os em um quadro conforme apresentado a seguir:

QUADRO 5 QUARTO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA
DEPOIMENTO 1 ACÁCIA

1 SOFRIMENTO
QUESTAO DE APROXIMAÇÃO
1 – VOCÊ JÁ VIVENCIOU ALGUMA SITUAÇÃO DE MORTE DURANTE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?
QUESTÃO NORTEADORA
1 FALE-ME SOBRE ESSA EXPERIÊNCIA?
<u>Experiência não muito boa, mas bastante enriquecedora</u> (E1, QN1,1.1).
<u>Complicado para a gente apesar de ser a nossa vivencia diária é ainda muitas vezes triste</u> (E1, QN 1, 1.4).
<u>Alguns pacientes que marcam mais [...]</u> (E1, QN1, 1.6).
<u>O sofrimento daqueles pacientes tipo com câncer terminais [...]</u> (E1, QN1, 1.7).
<u>Um paciente que marcou bastante com câncer que sofria demais [...]</u> tinha câncer [...] a gente via a dor dele [...] ele não incomodava a equipe e a família também da mesma forma (E1, QN1, 1.8)
<u>O paciente se revolta e abusa bastante pela dor [...]</u> tanto ele como a família bastante resignados com o problema (E1, QN 1, 1.9).
<u>A gente se apega mais [...]</u> quando é alguém da família [...] (E2, QN1,1.2)
<u>[...] Um paciente oncológico ele chega para mim e fala cuide de mim, não me deixe morrer, [...]</u> marca o profissional (E2, QN1,2.3).
<u>Esses que foram a óbito a situação é bastante constrangedora porque a gente vê a família naquela situação de sofrimento</u> (E3, QN1,1.2).
<u>[...] deveria ter oficinas trabalhando esse lado emocional [...]</u> a gente se torna insensível (E4, QN1, 2.1).
<u>A gente fala mais sobre a vida e o cuidar, mas na nossa vivencia a gente fica sempre lutando contra a morte. A gente não quer aceitar a morte. Silêncio [...]</u> (E5, QN 1,1.5).
<u>Consciente que ele não queria morrer que ele ainda estava jovem e tinha muito o que viver então isso me marcou muito me marcou mesmo</u> (E6, QN 1,2.3).
<u>[...] Será que ele vai morrer a qualquer momento e eu vou estar presente. [...]</u> eu passei a identificar que era medo. Quando você observa isso, você passa a prestar os cuidados sem ter

<p><u>muita pressa, existe o medo mas ai, eu tentava relaxar [...] (E7, QN 1.1.4).</u></p>
<p><u>[...] mas eu falo de estar bem interiormente, alguns tinham muitas queixas, além da questão da dor e do sofrimento, [...] manifestavam grosseria, impaciência e eu observei que de um tempo para cá, esses pacientes quando ficavam no setor por longa permanência, havia uma transformação (E7, QN 1.1.7).</u></p>
<p><u>Eu me estimulava a ficar com ela e não me incomodava tanto, parece que eu não ficava muito fixa e também estava com uma máscara com perfume, mais <u>eu me distraia e me envolvia e o incômodo do mau cheiro era muito pequeno e já dava para eu ficar mais tempo confortavelmente</u> (E7, QN 1.2.3).</u></p>
<p><u>E quando aquela pessoa que esta passando por um processo de morte que esta passando por doença grave e crônica e é jovem a gente sente mais a gente sofre mais, o pessoal se sensibiliza mais, do que o mais idoso (E8, QN 1.1.4).</u></p>
<p><u>Então no dia que a mãe dele faleceu ele voltou e falou para equipe que agradecia os cuidados prestados a sua mãe (E9, QN 1.2.3).</u></p>
<p><u>Não sei se estou certa ou errada mas <u>eu não gosto de ver ninguém sofrer [...] não tem mais jeito ou que já esta com aquelas feridas com escaras demais eu só peço a Deus que morra logo</u> (E11, QN1,1.2).</u></p>
<p><u>[...] a gente vê o sofrimento da família e muitas vezes o paciente esta ali desacordado e a gente não consegue sentir ... ele presente, ele esta mais ausente do que presente [...] a gente vê o sofrimento das famílias [...] (E11, QN1, 2.1).</u></p>
<p><u>[...] não iria nunca ficar com o sentimento de apego que as pessoas ficam de vê o sofrimento da pessoa ali e não querer desgarrar (E11, QN1, 2.2).</u></p>
<p><u>[...] o que mais marca é isso mesmo <u>ver a dor, tanto o sofrimento e a dor do paciente</u> e os casos se repetem [...] (E11, QN1, 2.4).</u></p>
<p><u>Veio uma medica olhou e me falou que não tinha o que fazer, disse que não tinha o que fazer porque se colocasse na UTI que mesmo tendo vaga não tinha o que fazer e só iria prolongar o sofrimento dela (E14, QN. 1, 2.3).</u></p>
<p><u>Nada foi feito e ai vi o desespero do acompanhante sem saber o que fazer e eu vi o sofrimento conversei com ele (E14, QN. 1, 2.5).</u></p>
<p><u>O filho chorou ficou aquele desesperado e ligou para todo mundo da família, [...] realmente foi a despedida da família porque ela veio falecer nesta mesma noite (E14, QN. 1, 2.8).</u></p>

QUINTO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA

No quinto momento sintetizamos as declarações significativas por semelhanças em sentido assim como as que não eram semelhantes (idiossincráticas) sob a forma de uma descrição consistente do fenômeno pesquisado para se chegar a análise da estrutura do fenômeno e transformei-as em declarações significativas na minha linguagem de pesquisadora, conforme quadro a seguir:

**QUADRO 6 QUINTO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA
DEPOIMENTO 1 ACÁCIA**

QUESTAO DE APROXIMAÇÃO	
1 – VOCÊ JÁ VIVENCIAU ALGUMA SITUAÇÃO DE MORTE DURANTE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?	
DECLARAÇÕES SIGNIFICATIVAS	TRANSFORMAÇÃO NA LINGUAGEM DAS PESQUISADORAS
Já várias (...) (silêncio) (E1, QA1,1.1).	Várias mortes já presenciei.
QUESTÃO NORTEADORA	
1 FALE-ME SOBRE ESSA EXPERIÊNCIA?	
DECLARAÇÕES SIGNIFICATIVAS	TRANSFORMAÇÃO NA LINGUAGEM DAS PESQUISADORAS
<u>Experiência não muito boa, mas bastante enriquecedora</u> (E1, QN1,1.1).	A morte é uma experiência não muito boa porém bastante enriquecedora.
<u>É um processo que a gente principalmente nestas unidades de pacientes de longa permanência, a gente acompanha realmente esse processo</u> (E1, QN1, 1.2).	O processo de morte e morrer nas unidades de longa permanência é vivenciada pelo enfermeiro.
<u>A pessoa cada dia vai perdendo um pouco da vida até chegar no final mesmo, na morte</u> (E1, QN1, 1.3).	A morte acontece aos poucos e a pessoa vai perdendo um pouco da vida a cada dia.
<u>Complicado para a gente apesar de ser a nossa vivência diária é ainda muitas vezes triste</u> (E1, QN 1, 1.4).	A morte é muito triste, mesmo sendo vivenciada diariamente.

<u>A tristeza de ver uma pessoa cada dia definhando [...] e da impotência de não poder fazer nada a não ser algumas medidas de conforto que as vezes não adianta muita coisa</u> (E1, QN 1, 1.5).	A impotência de ver de ver uma pessoa definhando e fazer apenas medidas de conforto.
<u>Alguns pacientes que marcam mais [...]</u> (E1, QN1, 1.6).	Alguns pacientes marcam.
<u>O sofrimento daqueles pacientes tipo com câncer terminais [...]</u> (E1, QN1, 1.7).	Os pacientes com doenças terminais como o câncer sofrem mais.
<u>Um paciente que marcou bastante com câncer que sofria demais [...] tinha câncer [...] a gente via a dor dele [...] ele não incomodava a equipe e a família também da mesma forma</u> (E1, QN1, 1.8).	O paciente mesmo com dor e sofrimento devido ao câncer não incomodava a equipe.
<u>O paciente se revolta e abusa bastante pela dor [...] tanto ele como a família bastante resignados com o problema</u> (E1, QN 1, 1.9).	Alguns pacientes se revoltam e abusam pela dor.

SEXTO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA

No **sexto momento** de posse dos agrupamentos por semelhança de declarações significativa efetuei nova leitura dos constituintes de significado buscando insights que pudessem ter relação com os conteúdos de significado.

Em seguida efetuei a redução dos agrupamentos para nova leitura, buscando no referencial da Análise existencial de Viktor Emil Frankl o fundamento para apreensão do sentido com vistas a redigir uma frase síntese que apresentasse a essência naquele agrupamento.

Na síntese das unidades de significado que emergiram da análise das falas originárias dos colaboradores, diante da vivência com as pessoas no processo de morte e morrer foram apreendidos vinte e cinco constituintes de sentido que possibilitaram a construção de nove subcategorias empíricas dos onze temas: sofrimento, cuidado, finitude da vida e morte, sentido da vida, valores, culpa, ser de existência, ser com o outro, formação, vontade de sentido e vazio existencial. Essas construções estão apresentadas no quadro a seguir:

QUADRO 7 SEXTO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA

TEMAS	CONSTITUINTES DE SENTIDO
TEMA 1 SOFRIMENTO	<i>Foi uma experiência marcante.</i>
	<i>Vivência do sofrimento no cuidado ao fim da vida.</i>
	<i>Vivenciando o envolvimento emocional.</i>
TEMA 2 CUIDADO	<i>Cuidados prestados pelos enfermeiros aos pacientes no fim da vida e aos seus familiares.</i>
	<i>Preparo emocional nos cuidados ao fim da vida.</i>
	<i>Cuidado prestado pela equipe no processo de morte e morrer.</i>
TEMA 3 FINITUDE DA VIDA E MORTE	<i>Experiência do enfermeiro com o paciente na finitude da vida.</i>
	<i>Experiência do enfermeiro com a morte vivenciada pela família.</i>
	<i>Experiência da morte para profissional.</i>
TEMA 4 SENTIDO DA VIDA	<i>Sentido da vida para o profissional.</i>
TEMA 5 VALORES	<i>Valor atitudinal Sentido da vida pelo sofrimento.</i>
	<i>Valor criativo O enfermeiro enquanto profissional.</i>
	<i>Valor vivencial A experiência do enfermeiro com a realidade da vivência da família.</i>
TEMA 6 CULPA	<i>Culpa pela morte do paciente.</i>
	<i>Culpa por não ter curado o paciente.</i>
	<i>O medo da morte.</i>
TEMA 7 SER DE EXISTÊNCIA	<i>Vivenciando a morte e o morrer.</i>
	<i>Vivência do enfermeiro com a morte do paciente.</i>
TEMA 8 SER COM OUTRO	<i>Envolvimento do enfermeiro no processo de morte e morrer.</i>
	<i>Sofrimento diante da morte.</i>
TEMA 9 FORMAÇÃO	<i>Preparo frente ao processo de morte e morte.</i>
	<i>Formação do enfermeiro sobre a morte.</i>
TEMA 10 VONTADE DE SENTIDO	<i>Ansiedade diante da morte.</i>
TEMA 11 VAZIO EXISTENCIAL	<i>Impotência diante da morte.</i>
	<i>Perspectivas de morte e o vazio existencial.</i>

Fonte: construído a partir das quatorze entrevistas com enfermeiros, Feira de Santana, 2011

SÉTIMO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA

O sétimo momento foi de voltar o olhar para cada fragmento de entrevista, buscar novos insight na releitura das subcategorias empíricas buscando chegar as essências dos significados.

Em outras palavras apreendendo o individual e generalizando no grupo de estudo. Este foi um momento de revelação na descrição da fala originária de cada colaborador que está apresentada e descrita na seção seguinte.

Na síntese dos temas e das unidades de significado obtidos das falas originárias dos colaboradores, diante das vivências com as pessoas no processo de morte e morrer foi possível a apreensão da estrutura ideográfica do fenômeno.

4.2 ANÁLISE IDEOGRÁFICA DO SENTIDO DA VIDA VIVÊNCIAS DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER

O fenômeno sentido da vida dos enfermeiros obtido das vivências de cuidados à pessoa em processo de morte e morrer apresenta em sua estrutura três categorias e nove subcategorias.

QUADRO 8 SÉTIMO MOMENTO DA ANÁLISE IDEOGRÁFICA

	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1	SOFRENDO COM O OUTRO AO PRESTAR CUIDADOS À PESSOA EM FINITUDE DA VIDA.	1.1 O sofrimento vivido pelos enfermeiros em sua prática profissional é marcado pela experiência da finitude da vida do paciente junto aos familiares
		1.2 O envolvimento dos enfermeiros no sofrimento do outro se dá no cotidiano do cuidado diante da finitude da vida
		1.3 As experiências vividas pelos enfermeiros com o sofrimento possibilitam transformações no cuidado à pessoa em processo de morte e morrer
		1.4 Os valores Franklianos vivenciados pelo enfermeiro diante do sofrimento, na relação com a família do paciente
2	VIVENCIANDO A FINITUDE, O VAZIO EXISTENCIAL E A CULPA DIANTE DA MORTE DOS PACIENTES.	2.1 Os enfermeiros vivenciam a proximidade da finitude da vida do paciente em presença da família
		2.2 A consciência da finitude da vida e da impotência diante da morte revelam o vazio existencial do enfermeiro
		2.3 A vivencia do temor e da ansiedade diante da finitude da vida revelam a culpa do enfermeiro
3	VIVENCIANDO O SENTIDO DA VIDA AO CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE E MORRER.	3.1 O Sentido da vida para o enfermeiro ao cuidar de pessoas em finitude.
		3.2 A Formação do enfermeiro sobre o processo de cuidar na finitude da vida

CATEGORIA 1 SOFRENDO COM O OUTRO AO PRESTAR CUIDADOS À PESSOA EM FINITUDE DA VIDA

Está categoria foi constituída de quatro sub-categorias a partir de quatro constituintes de significado cuidado, ser com o outro ,sofrimento e valores, considerando a frequência dos temas de maior repetição para os de menor, esgotando todos os depoimentos transcritos.

1.1 O sofrimento vivido pelos enfermeiros em sua prática profissional é marcado pela experiência da finitude da vida do paciente junto aos familiares

Os enfermeiros revelam suas ações diante do sofrimento do paciente e da família com a proximidade da morte do paciente.

*[...] teve um paciente no anexo que **ele me marcou porque não vinha quase visitas, parentes nenhum e ele teve um monte de filhos, mas ele abandonou os filhos inclusive [...]** irmã era a única parente que ele tinha assim, que vinha visitar e assim que ele tinha contato uma relação com ela muito louca, eles **reviviam feridas do passado [...]** era uma coisa que me incomodava [...] teve uma vez que eu entrava na enfermaria, algumas vezes eu ficava só ouvindo **mas um dia me veio o ímpeto de passar um sabão mesmo** e eles depois silenciaram e eu falei um pouco sobre o perdão [...] **Você se mistura com as histórias passa a dar palpites e é isso. [...]** inicialmente eu fiquei indignada, mas à medida que foi passando o tempo eu fiquei bem, eu acho que **foi uma intervenção positiva para mim e para eles** (Girassol).*

***Passei a conversar mais com os pacientes [...]** A gente nunca chega para a família para falar com ela que o paciente pode ir a óbito [...] Preocupamos [...] **passam a ser como da nossa família [...]** (Camélia).*

***Conversar com os familiares quando os pacientes não estão bem** (Violeta).*

Girassol descreve a experiência vivida com o sofrimento de um paciente que foi abandonado pelos familiares e suas intervenções diante da situação e as consequências positivas da sua atitude. **Camélia** ao avaliar o sofrimento vivido pelo paciente expressa a mudança de atitude diante da proximidade da morte deste e **Violeta** passa a conversar com familiares.

Os enfermeiros revelam o sofrimento vivenciado diante da morte considerando as relações com o paciente e família, as suas experiências em aceitação da morte, a religiosidade do paciente e família e os comportamentos dos colegas no exercício da profissão.

[...] a minha conversa com a família também é em direção a isto mesmo, eu falo com eles para pedirem para acabar com o sofrimento, assim para mim ainda é sofrido prestar cuidados para este tipo de pessoa quando se vê que não tem mais jeito [...] quando você acha que não tem mais jeito e o paciente ainda dura um tempão [...] o que mais marca é isso mesmo, vê o sofrimento do paciente e da família (Lótus).

[...] ela foi uma das pacientes que sofreu muito e eu não vi muita revolta, ela tinha um lado amoroso, ela era dócil e ela puxava as pessoas para ficarem próximas, por outro lado ela era repelida pelas pessoas devido ao seu mau cheiro [...] considero que ela teve uma morte tranquila, ela não externava revolta, ela foi diferente de muitos pacientes é como se ela aceitasse o processo dela, ela viu que não tinha mais jeito de reverter a situação e isso para mim foi uma lição muito marcante. [...] (Girassol).

Já tive várias experiências tanto com o jovem como com o idoso, mas quando é com idoso a gente fica até mais conformada porque já viveu, já cumpriu a sua missão e o jovem a gente sofre muito mais (Rosa).

Quando a gente se depara com a questão da morte eu particularmente até hoje eu me ponho no lugar da família e me coloco na situação da família. Então, eu ser humano estou ali prestando o cuidado. [...] Foi uma família que até hoje eu encontro na rua e ele tem um estabelecimento que eu frequento então é inevitável este vínculo da gente com os pacientes e com os familiares. [...] faz a gente refletir também, quando a gente vê uma pessoa mesmo sem ser parente a gente já sente demais o paciente crônico principalmente a gente cria um vínculo [...] faz a gente refletir sobre o que a gente pode contribuir mais com a convivência a gente pode estar compreendendo mais o ser humano. [...] Muitos pacientes que a gente cria um vínculo morriam e eram como se fossem próximos a mim e eu ficava bastante abalado (Jasmim).

Então era a minha tia, a minha experiência foi diferente, então [...] eu chorei, quando é com o paciente eu não choro [...] (Azaléia).

[...] sensação de que o paciente ainda não morreu [...] espasmos devido ao efeito da adrenalina [...] como mostrar isso a família? Tirei o prontuário [...] estão preparando o corpo, não tem reza, leitura. Eu nem pergunto sobre se tem uma religião, uma rotina e isso faz parte dos direitos do paciente! [...] O que a gente pede é a identidade para providenciar o atestado, para quando a colega chegar já ter tudo pronto, o atestado de óbito e não deixar nenhuma pendência. A gente acaba deixando a pendência do cuidado neste sentido, do cuidado, a gente acaba aprendendo uma com as outras a deixar essa função humana do processo [...] (Cravo).

A gente [...] aprende [...] a técnica só não alivia o sofrimento do paciente na morte. Não é só isso. Não! Na fase final eu não era o suficiente para fazer só! Não adianta ser uma máquina técnica. Porque é preciso humanizar o prestador de serviço entendeu? Um dia ele vai passar a ser paciente e na nossa profissão gerou uma máquina de emprego e de dinheiro, as pessoas hoje veem o paciente apenas como um meio de trabalho e um meio de ganhar dinheiro [...] (Gardênia).

Lótus relata um caso vivido ao prestar cuidado ao paciente em processo de morte revelando a tomada de consciência da finitude da vida deste e presença o sofrimento da família.

Girassol relata a aceitação do sofrimento vivido por uma paciente como uma lição para sua própria existência. **Rosa** revelou ter passado por varias experiências e destaca o enfrentamento considerando a velhice como uma condição de aceitação da morte.

Jasmim vivencia o *ser com o outro* diante da finitude da vida na criação de vínculo com a família do paciente crônico que se abala quando ocorre a morte do paciente. Essa experiência levou-a a compreender o outro em sua individualidade. Para ela é um sofrimento revelar a família a proximidade da morte do paciente. **Azaléia** revela o seu sofrimento com o processo de morte e morrer vivido em família.

Cravo desvela seus sentimentos diante da constatação da morte e do dever de contar à família. Ela descreve os seus passos enquanto outros profissionais cuidam do corpo da pessoa

que acaba de falecer. Sua religiosidade é expressa ao lembrar sobre a importância da religião para o paciente e família, e a oração como um direito do paciente. Expressa que o agir do enfermeiro está dirigido à rotina no preenchimento da documentação exigida legalmente diante da morte no hospital, como um aprendizado profissional o não ser com o outro no momento da morte.

Gardênia critica a relação do profissional com a profissão, ao expressar o comportamento do profissional em buscar a profissão de enfermagem como apenas um mecanismo de obtenção de recursos e emprego. Ela expressa a importância do cuidado na relação com o paciente e alerta a possibilidade de alternância de posições de ser cuidado e cuidador.

Os enfermeiros consideram como marcante no cuidado presenciar a dor, e o sofrimento vivido pelos pacientes que cuidam diante de situações que envolvem doenças e morte.

E quando aquela pessoa que esta passando por um processo de morte que esta passando por doença grave e crônica e é jovem a gente sente mais a gente sofre mais, o pessoal se sensibiliza mais, do que o mais idoso (Hortêncina).

Aqueles novos, jovens com doenças crônicas tipos câncer foram mais marcantes para nós, [...] na minha vida porque a gente tem um envolvimento emocional muito grande (Lírio).

Consciente que ele não queria morrer porque ele ainda estava jovem e tinha muito que viver, então isso me marcou muito me marcou mesmo. [...] paciente jovem de leucemia [...] aparentemente saudável o profissional sofre mais (Gardênia).

Alguns pacientes que marcam mais [...] um paciente que marcou bastante, com câncer, que sofria demais [...] tinha câncer [...] a gente via a dor dele [...] ele não incomodava a equipe e a família, também, da mesma forma (Acácia).

[...] um paciente oncológico ele chega para mim e fala cuide de mim, não me deixe morrer, [...] marca o profissional (Azaléia).

[...] o que mais marca é isso mesmo ver a dor, tanto o sofrimento e a dor do paciente e os casos se repetem [...] (Lótus).

Hortêncina, Lírio e Gardênia expressam que o fato de ser jovem em situação de doenças crônicas, dor e sofrimento é o que mais marcam a sua existência no cotidiano. **Hortêncina** enfatiza o processo de morte precoce, **Lírio** expressa os sentimentos vividos e **Gardênia** expressa à construção da existência diante da morte e a finitude da vida e quando o paciente é jovem o sofrimento é maior. Para **Acácia e Azaléia** cuidar de pessoa com câncer marca mais porque vivenciam o sofrimento e o apego à vida. **Lótus** destaca a dor e o sofrimento do outro o paciente.

Os enfermeiros do estudo referem que às vezes os pacientes com câncer que estão ao fim da vida, e familiares se revoltam por vivenciar a dor e o sofrimento que os afastam pelo medo, não aceitação da morte do paciente, exposição prolongada ao sofrimento e às transformações observadas tanto em seus comportamentos quanto nos dos familiares diante do processo de morte e morrer.

[...] não sei se estou certa ou errada, mas, eu não gosto de ver ninguém sofrer [...] não tem mais jeito ou que já está com aquelas feridas, com escaras demais. Eu só peço a Deus que morra logo. [...] a gente vê o sofrimento da família e muitas vezes o paciente está ali desacordado e a gente não consegue sentir [...] ele presente, ele esta mais ausente do que presente [...] a gente vê o sofrimento das famílias e também sofre [...] (Lótus).

[...] veio uma medica olhou e me falou que não tinha o que fazer, porque se colocasse na UTI que mesmo tendo vaga não tinha o que fazer e só iria prolongar o sofrimento dela (Rosa).

[...] será que ele vai morrer a qualquer momento e eu vou estar presente? [...] Eu passei a identificar que era medo. Quando você observa isso, você passa a prestar os cuidados sem ter muita pressa, existe o medo, mas aí, eu tentava relaxar. [...] Eu me estimulava a ficar com ela e não me incomodava tanto, parece que eu não ficava muito fixa e também estava com uma máscara com perfume, mais eu me distraia e me envolvia e o incômodo do mau cheiro era muito pequeno e já dava para eu ficar mais tempo confortavelmente (Girassol).

A gente fala mais sobre a vida e o cuidar, mas na nossa vivência a gente fica sempre lutando contra a morte. A gente não quer aceitar a morte. Silêncio [...] (Violeta).

[...] mas eu falo de estar bem interiormente, alguns tinham muitas queixas, além da questão da dor e do sofrimento, [...] manifestavam grosseria, impaciência e eu observei que de um tempo para cá, esses pacientes quando ficavam no setor por longa permanência, havia uma transformação (Girassol).

Ver sofrimento daqueles pacientes, tipo com câncer, terminais [...] as vezes o paciente se revolta e abusa bastante pela dor [...] tanto ele como a família, bastante resignados com o problema (Acácia).

Lótus e Rosa expressam que ao prestar cuidados ao fim da vida vivenciam o sofrimento tanto dos pacientes como dos familiares e do profissional, particularmente em situações em que a clínica em busca de possibilidade revela limites terapêuticos. Isso faz com que **Lótus** revele o seu sofrimento desejando que o paciente morra e Rosa a compreensão de que poderia prolongar o sofrimento. **Girassol** revela inquietar-se diante da possibilidade de morte de pacientes durante a prestação de cuidados e o fato de identificar o seu medo da morte. Ela expressa como conseguiu conviver com essa situação. **Violeta** expressa não aceitar e lutar contra a morte em seu cotidiano. Em outro momento **Girassol** revela seus sentimentos e a percepção que tem de mudanças nos comportamentos dos pacientes que permanecem por

longos períodos hospitalizados. **Acácia** expressa que o comportamento dos familiares e pacientes com câncer em final da vida e diante do sofrimento muda com o passar do tempo.

1.2 O envolvimento dos enfermeiros no sofrimento do outro se dá no cotidiano do cuidado diante da finitude da vida

Os enfermeiros revelam que a experiência com o paciente e os familiares durante o período prolongado de internação nas unidades de longa permanência favorecem o envolvimento emocional, o estabelecimento de vínculo com os pacientes com problemas crônicos diante da finitude da vida.

*É um processo que a gente, principalmente **nestas unidades de pacientes de longa permanência, acompanha realmente esse processo** (Acácia).*

*[...] **conhecendo a família, a gente acaba entrando um pouco na vida do paciente** [...] Eu tenho um caso de um paciente idoso bastante carismático que conversava muito, dialogava muito, e eu **acabei ficando praticamente amiga. Passou vários meses internado, com o tempo ele foi ficando debilitado e a gente foi sofrendo junto com a família** [...] **a família era muito presente, tinha muito carinho e muita paciência com o paciente** (Camélia).*

*[...] **a gente acaba se pegando pelo tempo de permanência dos pacientes, o contato é grande, os pacientes na clinica medica são pacientes que demoram passam meses e a gente acaba se apegando** (Violeta).*

*[...] **então é uma experiência como eu já falei impar porque nos criamos certo tipo de vínculo com os familiares com os usuários de serviço mesmo sendo de rodízio porque os pacientes crônicos eles ficam internados por semanas** [...] **criamos afinidade com essas pessoas. A depender do quadro e da cronicidade do paciente, esta experiência** [...] **assim, eu posso destacar umas que tocam no sistema emocional como a parte física do mesmo, do trabalhador de enfermagem, como a parte emocional** (Lírio).*

***A gente se coloca no lugar do outro, e se vê naquela situação, não só como paciente, mas com a família e os entes queridos** [...] **a gente cria um vínculo com o paciente** (Jasmim).*

*[...] **a gente sofre junto com o paciente e com a família e eu acho que a gente se humaniza mais, só porque a gente não chora naquela hora a família acha que a gente que é profissional de saúde não tem coração.** [...] **não iria nunca ficar com o sentimento de apego que as pessoas ficam de ver o sofrimento da pessoa ali e não querer desgarrar** (Lótus).*

*[...] **o acompanhante ficou desesperado porque nada foi feito e ai eu vi o desespero do acompanhante sem saber o que fazer e eu vi o sofrimento. Conversei com ele** [...] **O filho chorou. Ficou desesperado e ligou para todo mundo da família, [...] Realmente foi a despedida da família porque ela veio falecer nesta mesma noite** (Rosa).*

Acácia revela que os enfermeiros nas unidades de longa permanência acompanham os pacientes no processo de morte e morrer. **Camélia** expressa que conhecendo a família acaba entrando um pouco na relação fraterna com o paciente. **Violeta** relata que acaba se apegando pelo tempo de permanência do paciente. **Lírio** refere criar um vínculo com os pacientes e familiares por ficarem internados por semanas. **Jasmim** desvela que ao se colocar no lugar do outro e se vê naquela situação e cria um vínculo com o paciente.

Acácia, Camélia e Violeta, Lírio e Jasmim referem que se apegam aos pacientes pelo período prolongado na unidade. **Lírio e Lótus** concordam que em suas vivências o que mais a toca enquanto trabalhadores de enfermagem é a parte emocional dos profissionais e da família. **Lótus** destaca que embora o sofrimento seja um aspecto que contribui com a humanização o olhar do familiar está voltado para as expressões de sentimentos **Rosa** descreve uma experiência de acompanhar o sofrimento de um filho com a perda da mãe durante o processo de morrer. Para ela presenciar essa situação causa sofrimento no profissional. **Lótus** revela seu sofrimento ao ser avaliado por familiares como profissionais sem sentimentos ao tempo em que expressa que o sofrimento no cuidado contribui para a humanização do profissional de enfermagem. Ao mesmo tempo ela faz uma crítica aos familiares quanto à permanência junto ao paciente e o prolongamento do sofrimento deste.

1.3 As experiências vividas pelos enfermeiros com o sofrimento possibilitam transformações no cuidado à pessoa em processo de morte e morrer

Os enfermeiros consideram que os cuidados prestados no fim da vida, devem garantir o conforto à pessoa e aos familiares mesmo quando não tem condições de recuperação, ter disponíveis os recursos, e levar em consideração as condições específicas de cada caso.

Ah! O paciente já é terminal, já não tem mais o que fazer, mas no meu caso eu não vejo desta forma porque as pessoas falam enquanto há vida há esperança, mas eu não vejo desta forma, eu acho que enquanto há vida nós precisamos dar uma qualidade [...] se tratando de um hospital geral é preciso ter um cuidado de qualidade porque existem aqueles casos [...] (Lírio).

[...] a gente precisa prestar mais assistência, ter mais cuidado [...] tem muitos pacientes que requerem muito mais atenção do que cuidado técnico, [...] e por ser do Anexo a gente fica muito distante de dar uma assistência melhor por falta de recursos. [...] atualmente está melhor porque já colocaram o ponto de oxigênio, o ponto de vácuo, o que já é um ponto positivo para nossa assistência [...] (Margarida).

[...] poucas condições que nos temos aqui de recursos materiais de recursos humanos que atrapalha na prestação dos cuidados (Jasmim).

[...] a família do paciente, você tem que dar aquela atenção, dar aquele cuidado, [...] processo que você está ali e vai a óbito (Cravo).

[...] dar conforto para família, a gente passa [...] a valorizar mais a vida do outro (Violeta).

Uma paciente com CA de útero [...] e exposição uterina via vaginal sentindo muita dor, muita dor e sofria, então o filho ficava sempre perto dela (Jasmim).

Teve um caso na clinica medica de uma paciente que tinha um odor fétido, insuportável e essa era uma das maiores barreiras para as pessoas estarem próximas e prestarem cuidados, porque tem um limite para você suportar [...] sempre que a gente tem uma atitude humana [...] tem uma satisfação imensa, e isso é muito importante. [...] passar por uma situação terminal, se eu tiver que passar por isso eu não gostaria de ficar no hospital, eu preferiria estar em casa do lado dos meus familiares, das pessoas queridas, em casa no aconchego do lar, no acolhimento, no calor humano assim. [...] Claro que o remédio vai auxiliar muito mais o lado do calor da casa se eu tiver que optar eu prefiro que seja em casa. Eu acho que é bem mais [...] eu acho que é isso (Girassol).

Lírio chama a atenção para a qualidade do cuidado ao paciente que se encontra no final da vida. **Margarida** destaca ainda a necessidade de atenção como anterior ao cuidado técnico, o contexto e as mudanças na instalação de recursos para melhoria na prestação desses cuidados. **Jasmim** concorda com **Margarida** no sentido da necessidade de melhoria nos recursos humanos e materiais.

Cravo, Violeta e Jasmim expressam a importância da presença do familiar no cuidado ao final da vida. **Cravo** destaca a necessidade de dar atenção ao familiar presente na instituição. **Violeta** lembra o cuidado com o conforto para valorização da vida e **Jasmim** cita um caso em que a presença constante era do filho.

Girassol descreve um caso de sofrimento marcante em que presenciou barreiras na prestação de cuidados. Ela enfatizou a atitude de humanização do cuidado no contexto domiciliar argumentando que a condição do paciente, a necessidade de terapêutica medicamentosa e o aconchego da família como condições de cuidado humanizado no final da vida, colocando-se na condição de paciente ela transcende e escolhe morrer em casa.

Os enfermeiros referem envolvimento emocional com os pacientes que cuidam no fim da vida e tentam prestar o cuidado humanizado, dar apoio espiritual e medidas de conforto para família neste momento de separação.

[...] experiência vivida no dia a dia que através da assistência direta ou indireta com o usuário que a gente vai passando por essas situações e o que realmente esta experiência traz para mim como profissional é o aprendizado, o aumento do conhecimento e melhor relacionamento interpessoal (silêncio) (Lírio).

[...] esses pacientes terminais a gente acaba se apegando e a gente tenta dar medidas de conforto preparar a família, e tentar preparar a gente deste momento de separação [...] da morte. [...] [Silêncio...] A gente aprende a valorizar mais a vida [...] tenta aliviar a dor e o sofrimento [...] (Violeta).

A gente procura se aproximar mais das pessoas que cuida e [...] a gente está aqui passando um período e é muito rápido (Margarida).

[...] depois que eu comecei a vivenciar a morte dos outros eu passei a ter mais cuidado ainda com os pacientes [...] (Camélia).

Porque o paciente não precisa disso naquele momento da gravidade ele precisa de muito mais de apoio espiritual e de uma assistência humanizada. Eu gostaria que mudasse a mentalidade das pessoas para uma melhor humanização (Gardênia).

[...] eu não vejo isso só em mim, [...] também nos colegas enfermeiros, equipe [...] a gente passa a lidar com a morte sem sentimento como se fosse uma coisa natural. [...] deveria ter oficinas trabalhando esse lado emocional [...] a gente se torna insensível (Cravo).

Lírio e **Violeta** concordam em que a experiência de cuidar de pessoa no final da vida traz um aprendizado para a vida profissional. **Lírio** destaca que esse aprendizado melhora as relações interpessoais. **Violeta** associa o aprendizado ao preparo para a morte na vida pessoal por considerar que esse cuidado de conforto a família favorece criação de vínculos e a valorização da vida.

Margarida e **Camélia** expressaram ter mudado de atitude diante do cuidado a pessoa no final da vida. **Margarida** passou a ter consciência da finitude da vida e isso fez com que ela passasse a se aproximar das pessoas e **Camélia** passou a ter mais cuidado.

Gardênia expressa que na condição de final da vida o paciente necessita de apoio espiritual e de maneira humanizada. Ela critica pessoas ao falar que há necessidade de mudança na mentalidade do cuidado das pessoas que estão próximas a morte.

Cravo inclui-se no grupo de profissionais que lidam com a morte com relativismo, sem emoções, ele argumenta a necessidade de capacitação para o cuidado ao fim da vida considerando a morte como algo natural.

1.4 Os valores Franklianos vivenciados pelo enfermeiro diante do sofrimento, na relação com a família do paciente

Os valores atitudinais foram expressos pelo enfermeiro em um caso vivido em que ele se posiciona diante do comportamento dos profissionais de saúde nas relações de cuidado ao paciente.

O paciente deu entrada com um problema de diabetes, mas de repente ele começou a ter problema hepático e desenvolveu ascite, a barriga cresceu. Começou com desconforto respiratório e eu como conheço a família, eu falei com o médico e aí ele disse assim que estava tratando o paciente com pé diabético. É só o pé diabético, eu pensei em tirar o pé e levar o paciente para eu cuidar, ele olhou para mim [...] e mirando, olhando, e aí deu as costas e saiu. Esse paciente veio a falecer. Então para mim isso me marcou muito foi com muita luta eu falei vamos abrir o olho que vamos perder esse paciente. Então, isso foi um descaso, uma negligência, uma imprudência terem sugado a parte espiritual, a parte da sensibilidade a parte humana que ele tinha. Ainda sugaram os nutrientes que ele tinha no organismo. Então, isso é um absurdo acontecer na área de saúde, poderiam ter feito. Então, é isso que me chateia com a profissão (chorou...). Vejo muito o descaso. No plantão passado eu estava [...] e tinha uma paciente queimada jovem, na emergência, 24 anos e eu vi ela toda queimada e eu perguntei a ele o que houve? Se queimou? E ela chegou no dia anterior e eu vi a prescrição. Então eu fui falar com a colega [...] olhar no prontuário da paciente [...] observação de enfermagem, mas não tinha nada e aí a gente não agüenta e eu disse para a colega essa paciente esta aguardando regulação [...] eu disse, eu estou observando uma coisa no prontuário, já tem 24 horas e só tem 1000 ml de soro fisiológico e não tem nenhum antibiótico [não está avaliada a parte renal, paciente com queimadura extensa que queimou tórax e braço, ela olhou para mim e fechou a cara e saiu do lugar. [A paciente vai ficar aí e vai chegar em uma unidade de queimados, já com uma sequela! Então, a gente não podia prevenir e ela sínica olhou e saiu e aí eu fico indignada, [...] a enfermeira não tem uma atitude de fazer isso. O paciente é da gente tem que ter humanidade (Chorou...). Então, eu fico indignada, mas pelo menos [...] eu saio dali sem me sentir culpada, eu fiz a minha parte. [...] o que me incomoda é o descaso só chegar e marcar horário ninguém se preocupa com o paciente falam que a família é chata, então a família tem mais é que ser chata mesmo (Gardênia).

Gardênia relata o caso que presenciou na prestação de cuidado atitudes do profissional médico privilegiando a técnica e não a pessoa do paciente. Ela enfatiza a responsabilidade dos profissionais de saúde ao não dar respostas aos questionamentos dela em relação aos cuidados e a possibilidade de morte do paciente que ela constatou no dia seguinte. Outro caso relatado por **Gardênia** desvela sua preocupação com a tridimensionalidade do ser humano, quando o profissional deixou de considerar tanto a dimensão física quanto a da existência e relação com o outro. Ela expressa sua indignação diante deste caso, vivenciando o ser com o outro no mundo do trabalho.

O enfermeiro refere que cada vivência com a morte do outro é uma experiência impar. O envolvimento com outras atividades atribui a responsabilidade ao médico de informar ao familiar sobre o óbito de seu ente querido. Ela chama a atenção para a importância do atendimento espiritual à família nessa situação.

[...] a enfermagem fica atarefada com outros afazeres e a família a gente diz: doutor é o senhor que vai dar a notícia? Tinha uma neta presente e ele disse simplesmente a informação do óbito e saiu. O preenchimento [...] tudo isso demora. E ela teve dois episódios de desmaio, e o que eu vejo na realidade de hoje que eu já tenho outra formação, também é que precisa dessa assistência porque a enfermagem tem o seu saber, o saber da enfermagem, mas está atrelada a outros o que fazeres, não pode ficar diretamente prestando essa assistência. Então, eu no meu olhar de outra profissão e de participante da capelania hospitalar [...] eu vejo que precisava da visita do visitador hospitalar, fazendo parte da equipe. Eu tô indo além. Então, a experiência que eu tive, foi naquele momento que eu tive que atender a vontade da família, era uma pessoa esclarecida, de nível superior e tudo o que queria era aquela lembrança do cabelo do pai! [...] Eu acho que a enfermagem tem que respeitar aquele pedido. Então, cada vivência é uma realidade nova que a gente enfrenta de acordo com suas crenças com seu credo religioso e a gente tem que respeitar aquele sujeito e aquela família e a gente tem que ver aquela pessoa como um todo [...] (Orquídea).

Orquídea expressa que a formação humanística em enfermagem difere de um profissional para outro. Para ela a enfermagem além de ter o dever de respeitar o desejo da família após a morte de um ente querido requer aprimora a formação para prestar assistência espiritual.

Os enfermeiros expressam o medo de cuidar de pacientes ao longo do tempo revelando que os familiares apresentam ansiedade diante da possibilidade de morte de seu ente querido e expressam preocupação com a família e vínculo do filho com a mãe.

Paciente terminal e foi reanimado, não por indicação, por ansiedade da família que queria que o médico tentasse. A família não se conformou [...] (Violeta).

Um paciente crônico que não vai ter mais jeito [...] mas a gente acredita que pode contribuir para que aquele paciente possa voltar a viver e que não seja naquele momento o fim da vida. O filho ia atrás do serviço social para agilizar avisava que a não tinha ambulância. Ele vinha me cobrava para eu ligar para diretoria e a gente via a preocupação e o vínculo dele com a mãe. Então ele agradecia a equipe e nunca deixava aquilo apagar (Jasmim).

Então eu não estava mais naquela fase de medo de querer me livrar logo, então eu tentava cuidar levando uma máscara, um perfume para eu não usar como uma desculpa o mau cheiro e sair. Eu tentei alguns artifícios, eu fiquei mais tempo com ela, então eu vi a transformação (Girassol).

Violeta revela que houve solicitação dos familiares ao médico para reanimar o paciente terminal por não se conformar com a proximidade da morte.

Jasmim expressa sua crença em que pode contribuir para que o paciente crônico volte a viver com a família e não venha a morrer no momento em que ela cuida dele. Completa seu raciocínio com a percepção de que o vínculo entre o filho e a mãe era revelado com sua presença e agradecimento a equipe pelo cuidado prestado.

Girassol descreve seu processo de transformação na aceitação do processo de morte e morre.

CATEGORIA 2 VIVENCIANDO A FINITUDE, O VAZIO EXISTENCIAL E A CULPA DIANTE DA MORTE DOS PACIENTES

Está categoria foi constituída de três subcategorias a partir de quatro constituintes de significado finitude da vida e morte, ser de existência, culpa e vazio existencial considerando a frequência dos temas de maior repetição para os de menor, esgotando todos os depoimentos.

2.1 Os enfermeiros vivenciam a proximidade da finitude da vida do paciente em presença da família no contexto do cuidado

Os enfermeiros percebem a proximidade da morte em pacientes incuráveis e crônicos. Eles expressam a relação entre sofrimento, revolta, raiva, impaciência no fim da vida com a observação da transformação nos movimentos e atitudes.

[...] paciente que está com uma doença incurável e ele vê que é o fim [...] (Azália).

[...] especificamente do “anexo” a gente sabe que são pacientes mais crônicos e principalmente eu que fico ali todos os dias. Então, a gente tem um contato com aqueles pacientes e a maioria [...] não tem um prognóstico muito bom [...] qualquer momento pode morrer (Jasmim).

*[...] a gente percebe a mudança de comportamento, principalmente aqueles que demoram bastante, dois meses [...] processo. Muitas vezes eles **apresentam revolta, raiva, impaciência** [...] observava essa transformação, mas **no final da vida eles vão ficando mais lentos, mais agradecidos** e isso passou a me estimular, [...] **tem alguma transformação no paciente neste processo. Acho que também deve ter algum ganho para quem cuida, ai eu passei também a observar que eu não tinha mais medo e passei a me aproximar e me interessar mais por esses pacientes (Girassol).***

Azália revela que o paciente quando esta com uma doença incurável ele sabe que está no fim da vida. **Jasmim** refere que os pacientes crônicos hospitalizados e com prognóstico reservado podem morrer a qualquer momento. **Girassol** observa a mudança no comportamento dos pacientes que inicialmente apresentam revolta, raiva e impaciência e quando aproximam do fim da vida ficam mais agradecidos. Ela acredita que deve haver um ganho com essa experiência do profissional que com o tempo perde o medo de prestar os cuidados aos pacientes que permanecem por períodos prolongados de internamento.

Na experiência dos enfermeiros os familiares mesmo quando o paciente está sofrendo reagem de forma diferente do momento quando recebem a notícia da morte do seu familiar.

Esse momento de ruptura do vínculo é de difícil aceitação devido ao tema morte ser pouco abordado nas relações profissionais.

[...] processo de morte e de morrer e processo de como dar a notícia à família. Tem alguns que ficam quietos. Outros se jogam no chão, outros, lá no seu cantinho e às vezes você dá a notícia com tanta frieza, infelizmente não resistiu. Parou viu? Avisa o óbito, tão frio! (Cravo).

Cada pessoa é uma experiência impar, porque envolve não só o relacionamento com a equipe, mas também com os familiares (Lírio).

Já tive vivências aqui de familiares chegarem e na hora que vai fazer a visita ao paciente [...] e traz na maca já em óbito. E essa foi uma experiência que eu tive aqui. [...]. Cada família reage de uma forma diferente e a filha da paciente saiu correndo sem destino [...] foi a reação que ela teve naquele momento, então a gente vê as reações mais diversas realidades, [...] um estudante de psicologia da FTC que pediu para eu colher depois de já ter feito todo o preparo do corpo, [...] o paciente já estava todo preparado para ir para o necrotério. Eu tive que abrir para tirar fios de cabelo com uma lâmina, porque ela queria uma lembrança, os fios de cabelo do pai. Uma outra visão, é a do psicólogo, para dar um suporte a família enlutada [...]. (Orquídea).

Eu me lembro de um paciente jovem, paciente terminal que ficou por um longo período com câncer e ele ficou no isolamento por um grande período e quando ele já estava para morrer a família vinha sempre aqui e ficava acendendo velas e o que mais me marcou foi a história dele que sofreu muito. Eles não têm nenhum preparo e para a família é difícil essa fase de transição, de separação é difícil, porque a gente pouco fala sobre a morte [...]. (Violeta).

[...] E aí me marcou muito porque o acompanhante, no caso o filho, tem o direito de saber a gravidade, eu acho que o médico tem que explicar a situação e é um momento muito difícil esse momento da morte, e a gente acaba se envolvendo e não tem jeito! (Rosa).

Cravo descreve as atitudes dos familiares ao receber a notícia da morte de seu familiar e a atitude do enfermeiro diante da necessidade de dar a notícia. **Lírio** e **Orquídea** revelam que as experiências de dar a notícia da morte ao familiar são vivências individuais. Orquídea critica a forma de seus colegas comunicarem a morte por escolherem o momento da visita ao paciente, quando presencia uma diversidade de comportamentos. Para ela o psicólogo seria o profissional de apoio para dar a notícia da morte. **Violeta** recorda a experiência marcante do sofrimento prolongado de um jovem com câncer quando a família percebeu a proximidade do momento da morte e passou a acender velas até o fim da vida. **Rosa** atribui o sofrimento no momento da morte ao fato de a enfermeira não dialogar sobre este fenômeno. Ao mesmo tempo considera que é direito do acompanhante conhecer a gravidade da situação do seu familiar e uma responsabilidade do médico assistente informar, embora a enfermeira se sinta envolvida na situação.

A morte para os enfermeiros esta relacionada a uma experiência constrangedora e não muito boa devido ao apego aos pacientes. Elas se conformam quando é idoso, pois consideram que este idoso já cumpriu sua missão e o que marca é quando a pessoa pede para enfermeiro não a deixar morrer.

[...] o paciente estava assistindo televisão, conversando e depois foi a óbito muito rápido e isso choca a gente. De repente ele sentiu uma falta de ar intensa e a gente encaminhou ele para o leito e ele já estava parando, fizemos as manobras, mas ele morreu. Então, assim para mim chocou porque foi uma coisa muito rápida, [...] e eu nunca vi situação dessas. Então, foi o momento dessa experiência vivida que eu fiquei assim assustada (Margarida).

É preciso preparo psicológico mesmo para lidar com essas questões, porque é um trauma a morte. Silêncio. [...] na clínica médica internam muito esses pacientes que estão em fase terminal e por um longo período (Violeta).

A minha vivência foi mais aqui no hospital o que sei é que a gente se sente impotente diante da morte (Rosa).

Margarida e **Violeta** consideram a morte como um trauma. **Margarida** recorda as manifestações clínicas do paciente antes de morrer. Para ela o trauma da morte está relacionado ao insucesso das atividades desenvolvidas para manter a vida do paciente. **Violeta** considera necessário ao enfermeiro adquirir preparo psicológico para o enfrentamento de situações de morte durante o cuidado por considerar o local de atuação e as condições dos pacientes em fase terminal.

[...] várias pessoas que morreram durante a prestação de cuidados [...] é uma situação muito difícil, sempre é (Lótus).

[...] não é fácil, você está ali né? Processo de morte e morrer é uma coisa que me chamou atenção é a questão da vivência [...] rotineira [...] pelo menos para mim [...] só pergunto pela identidade, eu nem gosto de dar a notícia do óbito deixo, para o médico [...] pessoas falando assim [...] ali está pagando o que fez está pagando alguma coisa. Eu não vejo assim não! Fico procurando um porque, eu fico assim [...] às vezes o médico vai dar alta amanhã e o paciente morre antes. Às vezes eu jurava que naquela noite era aquele que ia morrer e quem morre é outro (Cravo).

Lótus relata ter presenciado a morte de pacientes durante a prestação de cuidados embora considere esta experiência difícil. **Cravo** expressa que não gosta de dar a notícia da morte ao familiar e prefere lidar com os aspectos rotineiros do cuidado após a morte. Relata sua indignação ao ouvir comentários sobre o morto e seu sofrimento no processo de morte e revela sua inquietação quando o paciente morre antes do que para ela seria esperado.

[...] no final, depois de vários meses internado ele acabou indo a óbito, ele foi como se fosse alguém da nossa família. A experiência com a morte é constrangedora, ruim, a gente nasce, passa a falar de vida, e evitar falar da morte só que ela faz parte da nossa vida, [...] é um momento que dificilmente se aceita [...] não temos preparo para a morte. Os pacientes quando foram a óbito, a situação é bastante constrangedora, porque a gente vê a família naquela situação de sofrimento (Camélia).

Essa experiência com a morte neste tempo de trabalho a gente sempre tem, mas a gente que é profissional a gente tem. Ninguém aceita essa vivência de morte neste tempo de trabalho a gente sempre vê [...] em querer mostrar alguma coisa, pois a gente vai ser pó em breve [...] (Hortência).

A gente se apega mais quando é alguém da família. O que mais me marcou é realmente quando o paciente fala assim [...] não me deixe morrer (Azaléia).

A minha vivência foi mais aqui no hospital o que sei é que a gente se sente impotente diante da morte (Rosa).

Experiência não é muito boa, [...] quando a gente vem para o trabalho [...] no sentido de salvar vida que a pessoa recupere a saúde Não aparentava estar muito doente, mas ele estava com leucemia [...] depois de dois meses ele acabou morrendo. Ele pode não ter uma chance de vida, na verdade, mas ele pode ter uma chance de uma qualidade de vida, de respiração, de ter uma sobrevida melhor. Porque os profissionais que estudaram para aquilo deixam ele morrer fora de hora? A gente nasceu, vai morrer! A gente precisa entender que a morte é uma coisa boa que a gente vai morrer. Então, pelo menos a pessoa tem que aceitar a morte como uma coisa natural na vida. E cada dia mais está formando pessoas assim e eu culpo os educadores, os formadores! (Gardênia).

Experiência não muito boa, mas bastante enriquecedora [...] Complicado para a gente apesar de ser a nossa vivência diária é ainda muitas vezes triste (Acácia).

A cada dia Deus chama um, nós tivemos um chamamento, nós não sabemos quando será a nossa partida (Orquídea).

Camélia considera a morte do paciente como uma experiência constrangedora, por presenciar o sofrimento da família e atribui esse sentimento ao fato de conviver com o paciente e família por longo período, mesmo sendo a morte um fenômeno natural da vida.

Hortência expressa não aceitar a morte que é uma presença no trabalho do enfermeiro. Ela fundamenta sua não aceitação de forma de acordo com a sua religiosidade ao expressar que o corpo se torna pó. **Azaléia** e **Rosa** expressam o sentimento de impotência que têm diante do sofrimento frente ao paciente que tem medo de morrer e o limite imposto pela morte como algo que os profissionais não podem combater. **Gardênia** expressa que sua não aceitação é por considerar que a enfermeira tem a função de recuperar a saúde e salvar a vida do paciente. Ela relata uma contradição com a experiência vivida diante da morte de um paciente com Leucemia. Essa ambiguidade diante da possibilidade de morte revela o seu comportamento diante da morte como algo natural.

Acácia considera a experiência triste e ao mesmo tempo enriquecedora e, **Orquídea** expressa sua aceitação com fundo religioso.

2.2 A consciência da finitude da vida e da impotência diante da morte revelam o vazio existencial do enfermeiro

Os enfermeiros revelam suas experiências marcantes ao presenciar a morte precoce de pacientes e as diferentes formas de reagir dos familiares diante desta. Às vezes os enfermeiros se afastam dos pacientes devido ao odor que estes exalam deixando-os morrer sozinhos e isso é expresso como uma dor forte. Em outros momentos tem pacientes que necessitam ouvir e falar sobre o fim da vida.

Tem uma experiência que me marcou muito [...] o paciente estava assistindo televisão na cadeira de rodas no corredor e aí eu fui ao leito e ele não estava e de repente passou mal e morreu (Margarida).

Eu estava em visita, eu estava na enfermaria, quando fui abordada que havia ocorrido um óbito na minha clínica. A paciente já estava sem dados vitais (Orquídea).

[...] as pessoas reagem, uns choram, outros fazem escândalos, eu tô falando dos familiares [...] outras pessoas morrem sozinhos, sozinhos, sozinhos, jogados ali [...] (Cravo).

Eles necessitam ouvir, falar, pois já afugentaram muitas pessoas e estão numa situação que muitas vezes, como a questão do odor, as escaras, às vezes é por pena, tem situações que também afugentam os pacientes e às vezes eles ficam numa solidão terrível. Vários vínculos com os familiares e uma das dores terríveis é chegar ao fim da vida sem ninguém, sozinho, sem ter quem lhe dê conforto emocional, humano (Girassol).

O paciente não veio com o objetivo de morrer ele veio com o objetivo de ficar bom, será que eu fiz tudo correto o apoio espiritual, a parte humana então fica assim, essa sensação de vazio dentro da gente (Gardênia).

Margarida revela que a experiência que lhe marcou foi à morte inesperada de um paciente. **Orquídea** descreve a experiência de já ter encontrado o paciente sem sinais vitais. **Cravo** refere que o marcante é a reação diversificada dos familiares e os pacientes que morrem sozinhos. **Girassol** expressa que os pacientes necessitam falar e que a solidão no fim da vida causa dores terríveis ao paciente. **Gardênia** desvela a sensação de vazio vivida pela morte do paciente que ela cuidava.

2.3 A vivência do temor e da ansiedade diante da finitude da vida revelam a culpa do enfermeiro

Os enfermeiros revelam não gostarem de falar sobre suas vivências com a morte dos pacientes que cuidam que escrever sobre o tema seria mais fácil do que falar e que quando tem experiência profissional de outras profissões é mais fácil trabalhar com o tema.

[...] Bom, tem muitos casos de pacientes que sofrem. São crônicos, mas eu não gosto muito de falar sobre isso (Hortência).

Escrever é mais fácil, mas se expressar assim realmente é mais complicado. Então é isso. Obrigado (Violeta).

Não só de enfermeira, mas também de evangélica e enfermeira capelã, a enfermeira psicóloga que eu tenho um outro olhar é mais fácil esse tema (Orquídea).

Eu tenho dificuldade e não gosto nem de ficar perto da pessoa e só peço que vá logo quando está sofrendo. É a única coisa que eu consigo pensar. Para a gente que vê todo dia, passa a ser mais um e mais um para que essa vida evolua. A morte faz parte da vida e a minha profissão para eu me realizar como profissional e como pessoa a minha vivência é bem diferenciada (Lírio).

Aumentaram as interrogações [risos...] eu como pessoa, como enfermeira só aumentaram, as interrogações para mim. Eu hoje não acredito nem procuro o porque da morte (Cravo).

Hortência e Violeta não gostam de falar sobre a morte e o morrer dos pacientes sendo que **Hortência** revela que os crônicos sofrem mais enquanto que **Violeta** prefere escrever sobre o tema. **Orquídea** revela a sua experiência de enfermeira, capela, psicóloga e a influência dessa formação sobre seu olhar para o processo de morte. **Lírio** refere não gostar de ficar perto da pessoa e pede que morra quando está sofrendo e para o profissional que vê a morte todo dia passa a ser uma sequência de mortes o que torna sua vivência diferenciada. **Cravo** revela que aumentaram as interrogações sobre a morte e ela não procura repostas.

Os enfermeiros revelam que para cuidar é preciso humanizar-se. O paciente e o profissional de enfermagem além de responderem e enxergarem de forma diferente, sendo necessário suporte psicoemocional. O enfermeiro sente uma satisfação ao cuidar dessas pessoas como parte de um crescimento diário. A existência, no mundo do trabalho, revela a experiência e a fé. Alguns têm menos experiência e outros sentem falta do enfermeiro que sabe muito sobre prestação de cuidados.

Eu acho que se a gente está ali é porque tem coração mesmo! Para valer é humanização mesmo! [...] (Lótus).

Cada paciente é um paciente e eles respondem de forma diferente e o profissional também age de forma diferente (Azaléia).

A gente começa a enxergar um pouco diferenciado porque a gente precisa ter um suporte psicoemocional (Lírio).

Para mim eu já voltava deste cuidado com uma satisfação bem maior [...] é como se eu tivesse me doado um pouco mais no lado humano, isso eu pude observar e me deixava mais satisfeita e eu percebi que foi um ganho para mim (Girassol)

É um crescimento a cada dia, certo? Eu acho esse tema belíssimo, eu amo esse tema porque a gente cresce como pessoa [...] relatei não só eu profissional, mas, eu como pessoa. Que eu creio que Jesus vai voltar e ele os chama a cada dia para esse momento. Quando estivermos lá, não tem mais nada a fazer. A gente cresce como sujeito [...] nós não somos nada aqui, neste mundo. Estou colocando a minha experiência de fé porque eu acho que existe outra vida, uma vida lá no céu com Jesus, mas eu creio que a gente tem outra vida lá no céu, eu creio e acredito que aquelas pessoas que um dia deram um sim para Jesus se comprometeram de estar no caminho dele em obediência a ele. Certamente a gente tem essa esperança, quando estivermos lá é só o céu ou ao inferno e aqui é o momento ainda de dizer um sim para Jesus [...] mas a gente sabe que ele vai voltar. Jesus vai voltar e a minha esperança também. Que me fortalece na vida porque não sabemos nem o dia nem a hora, mas diz a bíblia eu ele vem como ladrão, mas ele vem, assim como ele subiu ele disse que ia voltar. Então, eu creio (Orquídea).

Lótus refere que para cuidar de pessoas no fim da vida é preciso ter coração e atitudes humanas. **Azaléia** refere que cada pessoa seja paciente e/ou profissional responde de forma diferente. **Lírio** refere que na sua visão o suporte psicoemocional é necessário diante da morte. **Orquídea** revela ser a morte um tema de seu interesse religioso por acreditar que Jesus vai voltar. **Girassol** refere à satisfação de cuidar de pessoas ao fim da vida. **Cravo** se compara com profissionais que dominam o conhecimento sobre esse tema.

Os enfermeiros revelam sentimentos de culpa e frustração no cotidiano da prestação de cuidados diante da presença de morte. Acompanhar o paciente ao fim da vida e sentem-se inúteis ao constatar os limites de cuidados relacionados às medidas de conforto. Eles comparam o presenciar a morte com as ações de recuperação e cura ao trazer sentimentos de poder e de impotência por não conseguirem recuperar a pessoa e constatar a morte como inexorável.

A tristeza de ver uma pessoa cada dia definhando [...] e da impotência de não poder fazer nada a não ser algumas medidas de conforto que as vezes não adianta muita coisa (Acácia).

A gente faz as coisas para que a pessoa se recupere, que saia de alta e saia bem quando a pessoa morre a gente se sente inútil. [...] quando [...] o paciente morreu a dor e o sentimento é deles mas quando é na sua presença fica o sentimento de incapacidade, [...] é diferente a gente sente mais. [...] sentimento de incapacidade e a gente pensa tanto estudo e tanta incapacidade, [...] o que melhora para gente é [...] não só de conhecimento científico, mas a parte humana (Gardênia).

[...] aquela situação de que a pessoa não vai viver mais, da uma coisa vaga e a gente tipo tenta fazer de tudo, sempre o melhor. Às vezes a gente se sente culpada de não ter prestado um cuidado melhor [...] impotente diante de muitas situações. A sensação que tive muitas vezes foi de frustração por mais alguma coisa, me senti impotente diante das situações (Jasmim).

A gente se sente culpada quando o paciente morre (Azaléia).

[...] observava que existia um conflito, assim eu achava que em alguns momentos, em que eu fazia um procedimento, eu ficava assim, será que eu fiz tudo e por um lado [...] (Girassol).

[...] se sente culpada, achando que poderia ter feito mais [...] a gente fica como se tivesse faltando um pedaço [...] porque geralmente você convive com esses pacientes por muito tempo, por vários meses [...] a gente, se sente culpada e fica se questionando [...] sem lembrar que a morte faz parte do nosso roteiro. Oh! Deus porque aconteceu? Porque foi a óbito? Porque não tive como salvar [...] (Camélia).

Acácia refere tristeza ao presenciar o processo de morrer do paciente e Expressa a avaliação que faz sobre as medidas de conforto como algo paliativo diante da morte. **Gardênia** expressa fazer tudo a seu alcance para que o paciente se recupere. Quando este morre o sentimento que surge é de inutilidade e incapacidade mesmo tendo conhecimento científico. Para ela a parte humana possui duas faces a de presenciar a morte trazendo mais sofrimento ao profissional e a de ter a notícia que diminui o referido sofrimento. **Jasmim** refere que o enfermeiro tenta fazer o melhor e que quando a pessoa morre sente um vazio.

Azaléia refere que se sente culpada quando o paciente morre. **Camélia** se sente culpada por achar que poderia ter feito mais alguma coisa pelo paciente em sua religiosidade e revela a impotência em salvar a vida do paciente. **Jasmim** refere à impotência e frustração diante das situações de morte, por não ter prestado um cuidado melhor. **Azaléia, Camélia e Jasmim** relatam sobre a culpa quando não conseguem prestar um cuidado de qualidade. **Girassol** expressa a vivência de dúvidas sobre a realização segura de procedimentos diante da presença da morte, causando-lhe sentimentos de culpa.

Girassol, Jasmim e Camélia referem dúvidas, frustração, impotência como expressões fundamentos da culpa no cuidado.

Os enfermeiros revelam sentimento de medo ao cuidar de pessoas ao fim da vida, por considerarem a possibilidade de morte durante a prestação de cuidados.

Inicialmente, quando eu me deparei com esses pacientes em situação terminal, eu senti medo, muitas vezes eu assim, ficava meio que paralisada. Eu queria fazer logo o procedimento e sair, queria me livrar daquele paciente. Eu ficava me perguntando porque eu temia? Porque que eu queria me afastar logo? Então é o medo que me afastava! Passei a conversar com o paciente, falar sobre a sua família. Percebi também que esse medo foi diminuindo aos pouquinhos, eu já não tinha tanta pressa, eu demorava, independente de se ela vai morrer amanhã, independente do curativo que você vai fazer. Mais assim ou sei lá fazer uma massagem de conforto ou só ouvir mesmo? Então, tem alguns que tem necessidade de falar coisas, de pedir perdão de algumas coisas que se sentem culpados, mas não tem ninguém para ouvir (Girassol).

Ele estava com a consciência tranquila, pois ele fez tudo o que pode pela mãe e o que não pode. Ele voltava sempre na unidade para agradecer, por exemplo, na páscoa (Jasmim).

Girassol refere que ao cuidar dos pacientes em situação terminal, sentia medo, por temer a morte dos pacientes durante a realização dos cuidados. Isso melhorou ao longo do tempo, ao perceber as necessidades de conforto, de ser ouvido, pedir perdão ou se redimir de algo que os fazia culpado quando se encontrava próximo à morte. **Jasmim** percebe a tranquilidade do familiar que vivencia com o paciente a proximidade da morte e agradece a experiência ao pessoal de enfermagem.

CATEGORIA 3 VIVENCIANDO O SENTIDO DA VIDA AO CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE E MORRER

Esta categoria foi constituída de duas subcategorias a partir de três constituintes de significado sentido da vida, vontade de sentido e formação, considerando a frequência dos temas de maior repetição para os de menor, esgotando todos os depoimentos transcritos.

3.1 O Sentido da vida para o enfermeiro ao cuidar de pessoas em finitude

O sentido da vida do enfermeiro ao cuidar de pessoas ao fim da vida mudou porque passaram a valorizar mais a vida, refletir sobre ela e transformar-se.

A gente passa a pensar um pouco mais na vida.. A gente percebe que para algumas pessoas é diferente, mas para mim não. Acho que é um processo doloroso, mas ao mesmo tempo enriquecedor (Acácia).

[...] passa a valorizar mais a vida, a ver que a vida da gente na realidade é um fiozinho que a qualquer momento ela pode ir [...] a gente pode morrer e não ter mais aquele contato direto [...] passa a valorizar mais. A gente passa a se questionar também da vida da gente (Camélia).

[...] quando é da família é diferente. A dor e o sofrimento são maiores [...] a gente passa a dar mais valor à vida, quando a gente vivência várias mortes [...] (Azaléia).

O sentido da vida mudou em relação a dar mais importância ao cuidado com os outros. Mudou em ser uma pessoa melhor, dar menos importância para as coisas materiais. Eu acho que a gente, convivendo diariamente com a morte tão próxima, a gente passa a dar mais de si, em ser mais sensível. Passa a dar mais valor a vida e menos valor as coisas fúteis que tanta gente sabe que um dia vai morrer e a gente sabe que a gente não é essa coisa toda (Hortência).

É um trabalhar para enfermagem, [...] pelo sentido da vida [...] Eu quero dizer que esse risco faz a gente se enriquecer. A gente não existe sem Jesus na nossa vida [...]. Vai ter um curso de capelania aqui, três dias, e eu sou uma das palestrantes. É um crescimento na nossa vivência, no nosso dia a dia e a gente começa a ter um novo olhar sobre a vida (Orquídea).

Eu acho que é valioso o lado do profissional que a gente tem, e eu não conhecia esse valor e foi com o tempo que eu passei a perceber e isso me ajudou muito. Assim, foi um ganho para mim, tem uma satisfação interior, que eu não sei explicar como é que vem esta satisfação interna (Girassol).

O sentido da vida para mim mudou. A gente acha que vai poder fazer tudo o que o paciente precisa (Gardênia).

*A gente passa a encarar a vida de uma outra forma. Pode ser com a gente. A gente pode estar aqui na mesma situação e tudo é uma desculpa porque **todo mundo tem num dia que morrer** (Rosa).*

[...] faz é a gente rever a vida, refletir sobre a vida e ver o que realmente vale a pena viver mesmo, o sentido, o sentimento, a emoção com o ser humano. É difícil para a família. Você vê uma pessoa que está ali agonizando! A gente vira somente técnicos, fazendo adrenalina, atropina [...] (Cravo).

Mudou bastante a forma de ver a vida depois de cuidar de pessoas neste processo. Eu fiquei mais humana. A gente tem que aproveitar o momento da assistência o mais rápido possível, então mudou, é uma experiência muito boa na minha vida e me acrescentou bastante (Margarida).

*A gente fica mais humano mesmo! As pessoas falaram que a gente perde a humanidade, mas eu acredito que não, eu acho que, na verdade, **a gente fica mais humano** (Lótus).*

Eu compreendo a vida como uma passagem, que a gente vai passar aqui e vai para uma vida melhor já que eu sou Cristão. Eu compreendo a vida como um momento impar, para a gente orientar algo necessário sobre Deus na vida destas pessoas que estão envolvidas com esse processo da morte (Lírio).

Acácia, Camélia, Azaléia, Hortência, Orquídea e Girassol referem que passaram a dar mais valor a vida.

Acácia destaca que a morte é um processo doloroso, porém enriquecedor. **Camélia** expressa que a vida é frágil, a morte é certa e isso a levou a se questionar sobre a sua própria vida. **Azaléia** refere que quando é alguém da família é diferente e que a dor e o sofrimento são maiores. **Hortência** revela atribuir mais importância a relação de cuidado. Orquídea

expressa a importância da religião como sentido da vida. Girassol expressa sua satisfação em ter descoberto o sentido da vida na vivência profissional.

Gardênia, Rosa e Cravo concordam que o sentido da vida mudou. **Gardênia** percebeu a sua onipotência diante dos limites do agir profissional. **Rosa** revela a consciência da finitude da vida. **Cravo** expressa utilizar os procedimentos técnicos diante do processo de morrer.

Margarida e Lótus expressam a mudança nas relações com o outro tornando-se mais humanos nas relações. **Margarida** revela que cuidar diante do processo de morte a fez ver a vida de uma outra forma.

Lírio entende a vida como uma passagem, e a morte como uma oportunidade de orientar o outro sobre a existência de Deus.

Os enfermeiros revelam o despreparo técnico de alguns profissionais para atendimento no processo de reanimação, eles descrevem que além deste há necessidade de um processo eficaz de comunicação que define a qualidade do trabalho. Para eles a falta de materiais e a sobrecarga de trabalho fazem com que os profissionais percam o olhar humanizado do cuidado, assim como a falta de preparo para o enfrentamento da morte de uma pessoa próxima.

[...] o paciente esta sem acesso e a enfermeira não sabe nem que o paciente não tinha acesso, tem quatro pessoas ali e não sabem que o paciente está sem acesso. Após um minuto a gente pede a identidade a demanda de serviço você tem que dar conta de tudo, tem que estar preparado para este momento, e tem muitos profissionais que] não estão preparados durante uma parada não sabem que se tem equipe cada um tem que fazer um faz a medicação o outro manobras cada um tem as suas funções, porque o medico pede adrenalina e ai todos correm para o carro para fazer a mesma coisa porque não estão preparados não sabem quanto tempo tem que ficar reanimando, intervalos, esperam o medico pedir tem quanto tempo não sinalizam para o medico se vai precisar fazer mais uma dose disso ou daquilo a falta de materiais essas situações me chamam muito a atenção o despreparo dos profissionais educação continuada deveria ter preocupação com os profissionais erros humanos e os erros da equipe, escalas, atestados pelo menos nestes três anos aqui eu não me lembro de ter sido convocada para treinamento. Resumindo são os profissionais que não tem preparo outros estão preparados, mas tem sobrecarga de trabalho e acabam perdendo a parte emocional do cuidado como a religião que é um ser humano como você e agente se torna muito mecânico. A questão do preparo e da senhora que morreu por falta do sucsumetro [...] (Cravo).

Eu posso estar pensando que eu posso estar ajudando, porque é a vida, não é? [...] a gente sabe que todo mundo vai morrer eu particularmente não estou preparado para enfrentar a morte e principalmente a morte de uma pessoa muito próxima ligada a mim (Jasmim).

Cravo refere que muitas vezes o enfermeiro desconhece a condição do paciente que está sob sua responsabilidade e revela o exercício apenas a situação pós-morte, quando se

preocupa com o preenchimento do atestado de óbito. Expressa a necessidade de preparo para a realização de procedimentos como reanimação cardiorrespiratória e clareamento das funções de cada profissional neste atendimento. Para ele tanto a falta de materiais quanto a sobrecarga de trabalho levam ao profissionais a cometerem erros e a distanciar do aspecto religioso, na prática dos enfermeiros diante da morte. **Jasmim** refere ter consciência de que a morte é um fato que deve ser esperado por todos, mas se considera despreparada para vivenciá-la particularmente para enfrentar a morte de uma pessoa próxima.

3.2 A Formação do enfermeiro sobre o processo de cuidar na finitude da vida

A formação do enfermeiro sobre a morte não está dirigida para atuação no cuidado com a pessoa que está morrendo no hospital. Nesta são percebidas falhas, falta de amor à profissão e mudanças curriculares.

Nós não temos um direcionamento, uma capacitação neste sentido o que a gente vê é na parte da graduação e nas disciplinas que eu pude ver porque a grade era diferenciada e discutimos algumas questões da morte e morrer. Desde o processo de formação, eu também fui bolsista e a gente tem uma visão um pouco diferenciada porque tem um amadurecimento como profissional. Eu penso que o trabalho vai dar uma importância muito grande para o setor nosso de saúde, vai contribuir para ter capacitação, treinamento, orientação em serviço e melhorar a nossa prestação de cuidados (Lírio).

Este preparo para lidar com os pacientes no processo de morte e morrer não tem na graduação. A gente adquire na experiência de trabalho, no dia a dia e no nosso cuidado com o paciente (Violeta).

Na graduação a gente vê falar muito sobre o cuidar, o cura mas sobre a morte é muito pouco, não temos preparo para a morte [...] (Camélia).

Na minha formação eu lembro pouco sobre esse assunto, eu acho que falaram sobre paciente terminal (Rosa).

Na área de formação está tendo muita falha, dos profissionais, formadores não sei se é por mudança da grade curricular ou da própria tecnologia (Gardênia).

Um doutor com alguns residentes eles já sabiam que a paciente estava em óbito aproveitaram aquele momento para fazer a intubação, mas eu percebi na hora que foi só para estudos, porque tinham alguns internos que queriam treinar [...] (Orquídea).

A gente tem que formar prestadores de serviço dentro da nossa realidade brasileira então a gente tá querendo muito seguir o modelo de lá de fora. Tem que repensar nesta formação. Eu acho que as pessoas se formam despreparadas para assistir e ver o paciente como um todo sabe? (Gardênia).

O que você aprende, traz da academia ou aprende com os outros no dia a dia ou você faz uma especialização (Cravo).

Eu não sei se a palavra é ética, humanizar, mas, ele vê o paciente por partes. O profissional se forma para ver o paciente ao todo. As escolas, as faculdades estão formando pessoas que não tem jeito, estão fazendo por fazer elas não tem amor a profissão. Nos estágios a pessoa passa três dias, tem pessoas que nunca acompanharam não conhecem. E ai vem a política e sai de uma universidade ou faculdades, ou seja, curso superior e no concurso que não tem mas Na nossa realidade ele pode sair mais burro do que entrou mas ele consegue um emprego por causa do político e isso revolta a gente. Poxa! Eu tenho mais medo de adoecer do que de morrer. Então, eu sou contra a questão da formação. A gente tem que estar preocupado em colocar o profissional pelo menos com boa qualidade. O enfermeiro é formado para trabalhar no PSF e o hospital como fica? Então eu sou contra a questão da formação. Muitos erros são dos educadores, Essa realidade tem que mudar urgente, tem muitos técnicos que com a maior facilidade passam [...] para completar as entidades educadoras não querem cumprir as cargas horárias e inventam que a carga horária tem que ser complementada com seminários congressos (Gardênia).

Lírio reclama da falta de capacitação expressando que durante a graduação ela pode discutir sobre o tema da morte e morrer e isso a fez amadurecer profissionalmente pois considera que o trabalho contribui para capacitação, treinamento, orientação em serviço e melhoria da prestação para cuidar. **Violeta** revela que não teve o preparo para lidar com os pacientes no processo de morte e morrer na graduação e que adquiriu no trabalho. **Camélia** refere que durante a graduação apreendeu sobre o cuidar e o curar e muito pouco sobre e a morte. **Rosa** conseguiu lembrar que aprendeu sobre o paciente terminal durante a formação. **Orquídea** refere que alguns preceptores aproveitam o momento pós-morte para treinar com os residentes e internos no cotidiano do trabalho. **Cravo** expressa três condições de aprendizado: o que aprendeu na academia, com os colegas e no dia a dia. **Gardênia** refere a necessidade de formação profissional para atuação considerando o contexto brasileiro e percebe falhas curriculares e reflexos no despreparo e amor a profissão.

4.3 ANÁLISE NOMOTÉTICA PARA COMPREENSÃO DO FENÔMENO SENTIDO DA VIDA NAS VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS QUE CUIDAM DA PESSOA O PROCESSO DE MORTE E MORRER

Após a análise ideográfica dos quatorze depoimentos, iniciei a análise nomotética considerando as diversas ideias dos colaboradores em um movimento, do individual para o geral, dentro do mesmo grupo, que envolvia uma compreensão e articulação entre as categorias, conforme recomenda Martins e Bicudo (2005). As convergências e as divergências foram interpretadas com base nos temas das categorias.

A análise existencial é uma explicação da existência não somente ôntica, mas também uma explicação ontológica da existência e qualifica a essência no sentido de que essa existência é uma forma de ser do humano (FRANKL, 2009).

O homem é o único ser que tem consciência da finitude, do sofrimento e da morte. O enfrentamento do humano com as preocupações do *ser-no-mundo* e a consciência da transitoriedade da vida na busca de um para que viver e ter uma missão. Porém, se o homem não tivesse consciência da transitoriedade da vida, ele ficaria adiando suas missões (FRANKL, 2009).

Entre os motivos que parecem tirar o sentido da vida, estão o sofrimento e a morte. Diante da finitude da vida, ao ter consciência da vida, da morte e da necessidade de lidarmos com a fragilidade humana, aprendemos a cultivar o hábito de cuidar e descobrimos que precisamos ser fraternos e solidários uns com os outros (FRANKL, 2010).

Na presença dessa fragilidade e solidariedade conscientes, descobrimos que a vida, não é eterna, cobra atitudes responsáveis diante de situações que se apresentam. Nessa perspectiva, buscamos os significados das vivências dos cuidados às pessoas no processo de morte e morrer a partir das falas originárias dos enfermeiros deste estudo, numa generalização para este mesmo grupo, descritas em três categorias apoiadas no referencial Frankliano.

CATEGORIA 1 SOFRENDO COM O OUTRO AO PRESTAR CUIDADOS À PESSOA NA FINITUDE DA VIDA

Buscamos compreender como ocorre a vivência do cuidado do enfermeiro à pessoa no processo de morte e morrer, e ficou evidenciado que a dor e o sofrimento estão presentes tanto nos pacientes quanto nos profissionais de enfermagem e familiares.

Nos depoimentos, os enfermeiros revelam que, ao cuidarem de pessoas em finitude da vida, consideram marcantes aspectos emocionais, como as experiências da dor e do sofrimento vividas pelos pacientes e seus familiares. Eles se envolvem emocionalmente quando os pacientes com problemas crônicos permanecem internados por períodos prolongados, isso faz com que se estabeleçam vínculos afetivos.

Quanto mais a pessoa se dedica a servir a uma causa ou a amar outra pessoa, mais humana será e mais se realizará (FRANKL, 2010).

Os depoimentos de Violeta, Lírio, Jasmim e Acácia falam da afinidade, envolvimento e do apego originados nas relações entre os pacientes e os enfermeiros, devido a uma convivência prolongada.

Machado e Leite (2006), em seus estudos acerca da morte, sob a óptica da enfermagem, justificam que o enfermeiro cria um vínculo com paciente, pois é quem está mais próximo, nos momentos mais difíceis, tanto dele quanto da família. É a pessoa que o paciente busca para conversar sobre seus temores, ou quando está morrendo. É o enfermeiro, também, quem lida com o sofrimento dos parentes, esclarece dúvidas, ampara na angústia, nos temores. Quando o paciente morre, é quem toma as providências.

Somente uma análise fenomenológica metodicamente correta da forma como a pessoa simples, o homem comum se entende a si mesmo, nos ensinaria que ser humano significa estar constantemente confrontada com situações, cada uma das quais ao mesmo tempo, dádiva e incumbência. O que ela nos incumbe é cumprir o seu sentido. O que cada situação nos dá é a possibilidade de nos realizarmos a nós mesmos através desse cumprimento de sentido (FRANKL, 2009).

Os enfermeiros, ao assistirem às pessoas no fim da vida, passam a valorizá-la mais. Destacam a necessidade de apoio espiritual e cuidado humanizado, por vivenciarem a dor e o sofrimento dos familiares, particularmente quando o paciente tem câncer. Cravo, Camélia, Violeta e Jasmim ressaltam a importância da presença dos familiares no cuidado à pessoa hospitalizada.

Compreendi que para os familiares, um fator chave para redução da angústia emocional é ser assegurado de que o paciente está fisicamente confortável, sem sofrimento ou dor. Para Fitch (2006), a participação e presença dos familiares nos cuidados e apoio emocional são fundamentais no hospital.

No hospital, um ambiente de sofrimento, a preocupação dos profissionais com a tecnologia muitas vezes possibilita que não percebam a totalidade do ser humano. Nesse contexto, torna-se importante que a família acompanhe seus pacientes, principalmente aqueles que vivenciam um período prolongado de internamento, em condição crônica progressiva de saúde, para que não se sintam longe de seus vínculos familiares.

Quando uma pessoa tem uma doença ameaçadora da vida, ocorrem mudanças físicas, sociais, psicológicas e espirituais tanto nesta quanto na família. Todos sentem, sofrem o impacto emocional, mas, quando a morte se torna real, todas as emoções emergem, e o sofrimento se torna visível (FITCH, 2006).

Jasmim, Violeta, Lótus, Girassol e Azaléia vivenciam sofrimento quando cuidam de pessoas com problemas oncológicos e se declaram solidários na dor, ao paciente e seus familiares. Para Lírio, Gardênia, Rosa e Hortência, o sofrimento se intensifica quando o paciente morre jovem. Rosa e Gardênia concordam que é difícil a aceitação da morte da

pessoa jovem e revelam conformismo quando se trata de pessoa idosa, ao considerar que essa já cumpriu a sua missão.

Ao tomar conhecimento da possibilidade da morte, as pessoas têm, diante de si, uma situação de dor e sofrimento maior, notadamente quando essa morte não se enquadra no padrão e tempo socialmente aceitáveis.

O essencial, para Frankl (2010), é viver uma vida plena de sentido, seja ela curta ou longa. Para ele, o sentido da vida independe do número de anos vividos.

O cuidado humanizado, em a dignidade humana de que deve se revestir a vida e a morte, terá como referência a totalidade do ser humano com o dever, portanto, de defender a sua integridade.

A raiz do sofrimento é a perda de alguma dimensão do sentido da pessoa. Os profissionais têm que ser sensíveis à complexidade da condição de ser humano e estar dispostos a tentar aliviar o sofrimento vinculado com toda e qualquer dimensão do paciente. O envelhecimento e o morrer se compõem essencialmente de perdas dessas realidades que nos identificam e definem como seres humanos. A perda ameaça o eu e a integridade da pessoa (DRAME, 2003, p. 422).

O sofrimento gerado por essa forma de perda é vivenciado pelos enfermeiros, na prática profissional, frente ao déficit de recursos humanos e materiais para prestação de cuidado de qualidade. Para Jasmim, Margarida e Violeta, no âmbito do serviço público, o trabalho dos enfermeiros é prejudicado pela deficiência em recursos humanos e materiais necessários à valorização da vida e à prestação de cuidados com qualidade e conforto. Essa avaliação revela o *ser* responsável do enfermeiro.

Atualmente, os hospitais públicos estão superlotados, com profissionais trabalhando mediante contratações provisórias. Essa situação possibilita os fins de contrato e o déficit de recursos humanos. Por outro lado, os crescentes cortes de verbas geram déficits de materiais, implicando prejuízo no cuidado aos pacientes. Tais problemas são crônicos nas instituições públicas e geram insatisfação e desgaste da equipe de saúde.

Sobre tal questão, Pessini e Bertachini (2004, p. 13) referem que “diante deste cenário gerador de sofrimento é possível implementar uma política de assistência e cuidado que honre a dignidade do ser humano doente”.

Margarida, Jasmim e Violeta possuem essa preocupação revelada nas expressões de responsabilidade no e pelo cuidado do outro. Esse cuidado prestado tem como objetivo aliviar a dor e o sofrimento através de medidas de conforto, se aproximando mais dos pacientes e familiares.

A todo instante, nossa responsabilidade com o próximo é colocada à prova. Cada decisão é uma decisão para a eternidade. Entre as várias possibilidades existentes, apenas uma pode ser escolhida (FRANKL, 1978).

Assim como o destino, o sofrimento faz parte da nossa vida. Para Frankl (2009), se a vida tem um sentido, o sofrimento também tem.

O sofrimento é desvelado por Gardênia e Girassol ao avaliarem que a técnica em si mesmo não é suficiente para o alívio do sofrimento na morte, é preciso humanizar o cuidado e ver o ser em sua tridimensionalidade.

Frankl (2009) em seus livros da a entender que a vida humana tem um sentido sempre e em todas as circunstâncias e que esse infinito significado da existência também abrange sofrimento, morte e aflição.

A dor e o sofrimento costumam andar juntos. O sofrimento costuma vir, na maioria das vezes, da perda da esperança, de propósito e de sentido, do desespero, da depressão e do sofrimento com a própria existência. Para que o sofrimento no processo de morte e morrer seja controlado, os pacientes precisam ter certeza de que não serão abandonados e suas preocupações não vão ser ignoradas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010).

Frankl (2009) destaca que, quando o homem descobre que seu destino lhe reservou o sofrimento, tem que ver neste uma tarefa única e original. Mesmo diante do sofrimento, a pessoa precisa conquistar a consciência de que ela é única e exclusiva, em todo o cosmo, dentro deste destino sofrido.

Acácia e Girassol referem que quando os pacientes, passam por períodos prolongados de sofrimento, ocorre uma transformação que possibilita aceitarem a morte. Os familiares, quando passam um período prolongado no hospital, vivenciam o sofrimento e a dor do paciente, isso propicia a mudança do comportamento para resignação e aceitação da morte.

Não se pode aceitar a atitude de que não há mais nada a fazer. Como fomos cuidados para nascer, precisamos também ser cuidados no adeus à vida (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

O sofrimento faz parte da vida e através dele que crescemos como seres humanos. Para Frankl (2009) que viveu uma situação quase sem saída nos campos de concentração o sofrimento e a morte não eram sem sentido, foram dotados do mais profundo sentido em sua função de sacrifício. Ele não queria nem sofrer nem morrer sem um sentido.

A forma como cada um suporta o sofrimento é única e singular. No entendimento de Frankl (2010), ninguém pode assumir o destino de outra pessoa e também não pode ser

substituída em seu sofrimento, pois faz parte da sua própria vida, é um sacrifício pelo qual precisa passar.

Existe muito o que fazer no sentido de levar a sociedade a compreender que o morrer com dignidade é uma decorrência do viver dignamente e não meramente sobrevivência sofrida. Nascem reflexões sobre não prolongar a agonia, o sofrimento (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Quando um homem descobre que seu destino lhe reservou um sofrimento, tem que ver nesse sofrimento uma tarefa sua, única e original e ninguém pode substituir nesse sofrimento (FRANKL, 2009).

Para Frankl (2005), sempre que realizamos valores, estamos cumprindo o sentido da existência. Ele propõe três categorias de valores que podem conferir significado à existência. A primeira são os valores criativos, ou seja, aqueles que se realizam mediante um ato criador, pela ação do homem sobre o mundo, sobre a realidade. É através dos valores criativos que o homem se realiza, cuida do outro, como na profissão do enfermeiro.

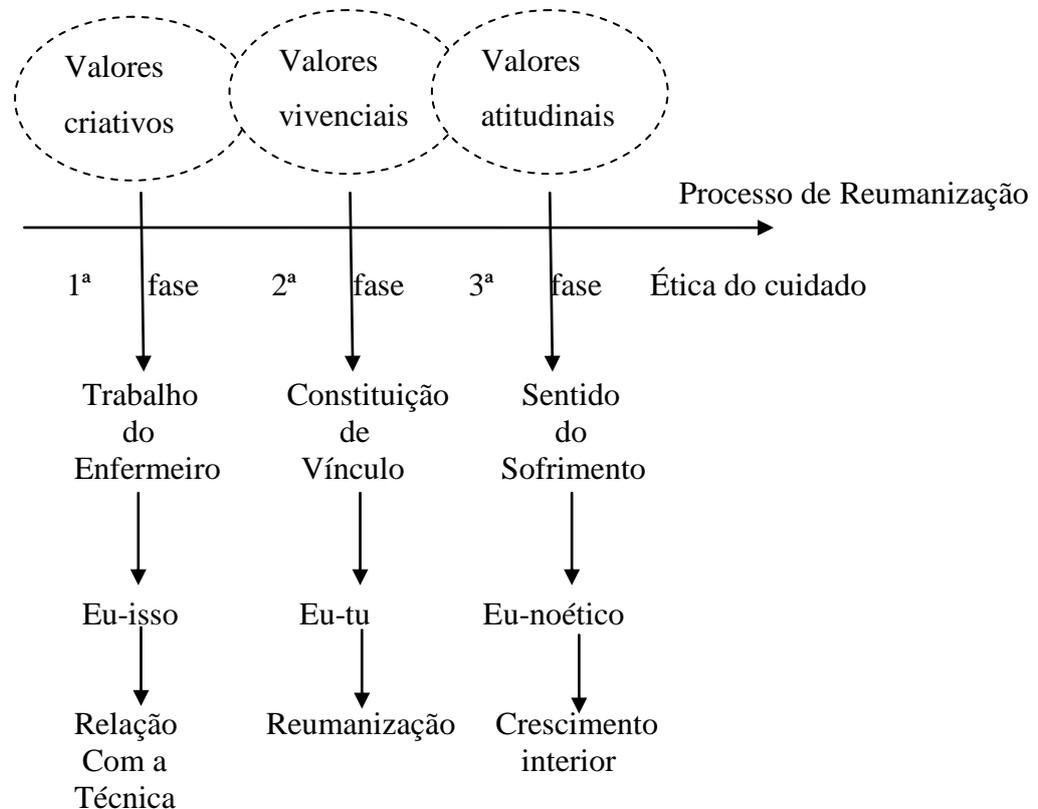
A segunda categoria se refere aos valores chamados por ele de vivenciais, que se realizam mediante a acolhida do mundo, na entrega à beleza da natureza ou da arte ou na entrega ao outro. Na efetivação dos valores vivenciais ou de experiência, nos encontramos com o outro, nos entregamos, respeitamos e compreendemos.

E a terceira categoria, denominada de valores de atitude, ou seja, caracterizada pela postura que se toma diante de um destino imutável, ou seja, a posição assumida diante do sofrimento. Atitude essa que se refere à manutenção da dignidade frente à ruína e o malogro.

Os valores de atitude são expressos em atitudes e decisões que tomamos perante as situações que surgem em nossas vidas, especialmente aquelas relativas ao sofrimento. Assim, o homem só se realiza quando tem que aceitar algo tal como é. A essência de um valor de atitude reside precisamente no modo como um homem se submete ao irremediável (FRANKL, 2009).

Valores que já existem no mundo e se distribuem nas áreas do trabalho ou da criatividade, do amor ou das vivências, dos sofrimentos ou de uma atitude face aos condicionamentos do mundo.

4.3.1 Cuidados paliativos na enfermagem e suas relações com os valores existenciais:



(AQUINO, 2013)

PROPOSTA DE MODELO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ENFERMAGEM

VALORES	CUIDADOS PALIATIVOS EM ENFERMAGEM
Valores criativos: Trabalho do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar avaliação inicial do paciente e da família identificando o cuidador principal; • Identificar as necessidade e problemas; • Realizar o diagnostico de enfermagem; • Traçar a prescrição de enfermagem oferecendo educação e apoio; • Criar um clima de confiança entre a família e o paciente; • Avaliar e direcionar as condutas de forma continua; • Saber aconselhar em todos os aspectos do cuidado de enfermagem, contribuindo para o controle dos sintomas e os efeitos colaterais provocados pelos medicamentos; • Cooperar com os familiares e orientar quando necessário a administração de dieta, medicamentos, cuidados de higiene, com a pele para prevenção de úlceras; • Prestar cuidados diários de enfermagem orientando e informando a família como fazer quando estiver no domicílio; • Individualizar o cuidado e as queixas; • Oferecer segurança ao realizar os procedimentos técnicos explicando o que esta sendo realizado; • Discutir os casos com outros profissionais; • Aliviar a dor e de outros sintomas, não somente através de medicações,

	<p>utilizar outras técnicas como conversar e lazer;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar emagrecimento, ausência de esvaziamento urinário ou intestinal; • Oferecer a dieta em pequenas quantidades a curtos intervalos e observar a aceitação; • Fazer o diagnóstico de enfermagem; • Administrar medicamentos para dor, analgésicos observando o comportamento do paciente e os efeitos colaterais; • Implementar medidas para prevenir complicações; • Prestar o cuidado integral levando em conta os aspectos físicos, emocionais e espirituais; • Proporcionar conforto cuidando da pele; • Ouvir o paciente para saber o grau de entendimento que tem sobre a sua doença; • Orientar o cuidador quanto aos cuidados gerais e a administração de medicamentos; • Umedecer os lábios; • Oferecer pedaços de gelo; • Aspirar secreções para proporcionar conforto e desobstrução das vias aéreas; • Administrar medicações por via subcutânea através do método alternativo hipodermoclise. • Administrar oxigênio por cateter ou máscara para conforto respiratório sempre que necessário; • Atuar efetivamente no controle dos sintomas; • Proporcionar um ambiente agradável para o paciente e seus familiares, autorizando o uso de objetos pessoais; • Ajudar a família na realização dos cuidados.
<p>Valores vivenciais: constituição de vínculo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a equipe de enfermagem para cuidar dos pacientes em cuidados paliativos; • Entender que o que importa é a pessoa doente e não a doença da pessoa; • Integrar os familiares no cuidado e proporcionar um ambiente acolhedor; • Estabelecer um vínculo minimizando angústia, ansiedade, medos e estresse; • Alcançar a melhor qualidade de vida para o paciente; • Respeitar quando o paciente ou seus familiares não querem falar sobre a doença, o tratamento e a morte; • Abrir espaço para expressão da dor e do sofrimento de forma acolhedora; • Considerar a dignidade da pessoa humana em primeiro lugar; • Promover a autonomia da pessoa; • Trabalhar com a família que é o núcleo fundamental de apoio; • Orientar que o cuidar continua quando não se pode curar; • Estar disponível para ouvir o paciente e seus familiares; • Oferecer apoio emocional ao paciente e seus familiares; • Saber identificar prováveis problemas espirituais que requeiram intervenção;

	<ul style="list-style-type: none"> • Saber atuar nos últimos momentos da vida da pessoa; • Entender a sedação paliativa para aliviar o sofrimento; • Demonstrar compaixão e assistir a família diante desse processo esclarecendo as dúvidas; • Apoiar a família e o paciente no enfrentamento da doença e no processo de luto.
Valores atitudinais: Sentido do sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir cuidados paliativos e as questões relativas à finitude com o paciente, a família e a equipe; • Mudar o conceito de que nada se pode fazer e incorporar uma mudança de atitude, em que muito se pode fazer para o bem estar de quem esta sofrendo ou chegando aos momentos finais da vida; • Reduzir o sofrimento físico; • Escutar o paciente e seus familiares através do cuidado total e sensível; • Ter uma equipe treinada para tomada de atitude diante de situações é fundamental; • Lidar com a possibilidade de perda antes da morte; • Manter a esperança para que não desistam da pessoa como se humano; • Identificar as fases da morte propostas por Kubler-Ross (negação, raiva, Barganha, depressão e aceitação) que estão presentes não só no paciente como nos familiares e profissionais da equipe; • Estar atento à ambivalência (estar vivo ou morrer?). • Estar atento à angústia, fadiga, medo por parte dos profissionais; • Evitar o processo impróprio do prolongamento do morrer; • Conceber a espiritualidade como uma construção formada pela fé; • Conhecer as práticas religiosas de outras culturas; • Promover ambiente de paz espiritual através do apoio a pessoa em sua religiosidade; • Fortalecer o relacionamento da equipe de enfermagem com os entes queridos dos pacientes em cuidados paliativos; • Proporcionar bem estar e conforto psicoespiritual; • Ajudar o paciente a vencer seus medos e encontrar o sentido da vida; • Contar com o trabalho de equipe multidisciplinar;

O enfermeiro ao cuidar de pessoas ao fim da vida, deve lembrar que cada ser é único, tem uma história de vida, sua família, traz consigo crenças e merece um cuidado digno. Ao cuidar de pessoas em cuidados paliativos a enfermagem tem a oportunidade de vivenciar e compartilhar momentos de compaixão, amor, aprendendo e proporcionando uma morte tranquila, demonstrando para a sociedade que é possível desassociar a morte e o morrer do medo da dor e do sofrimento (FONTOURA; SANTA ROSA, 2013)

Quando uma pessoa humana vivencia algo, ou alguém, quando recebe algo do mundo ou vai a seu encontro contempla os valores da natureza. Nesta categoria de valores, o ser humano recebe algo do mundo, ou seja encontra os valores criativos. Toda obra criativa ou

científica, expressa a capacidade humana de agir sobre o mundo e transformá-lo (AQUINO, 2013).

CATEGORIA 2 VIVENCIANDO A FINITUDE, O VAZIO EXISTENCIAL E A CULPA DIANTE DA MORTE DOS PACIENTES

No cotidiano dos enfermeiros que atuam nas unidades de pacientes de longa permanência e de clínica médica, estar diante da morte do outro revelam ser uma experiência constrangedora e, ao mesmo tempo, enriquecedora. O vazio existencial instala-se quando o paciente morre e presenciam o desespero dos familiares gerando culpa por não terem prestado um cuidado de qualidade devido à deficiência, no serviço público, de recursos humanos e materiais.

A culpa “não é algo a que o *dasein* só sucumbe ocasionalmente. Todo *dasein* é culpado, mas só o *dasein* autêntico percebe sua culpa e age em plena consciência dela” (HEIDEGGER, 2008, p.50).

A existência autêntica se exclui tudo aquilo que possa vir a impedir sua autenticidade. É somente através desta que o homem é capaz de diferenciar o humano do não humano. A vida inautêntica não deixa de ser uma forma de fugir a esse sentimento de inadequação. Entretanto, é apenas a angústia que levanta o *dasein* de sua queda, forçando-o a escolher entre uma vida autêntica ou uma inautêntica (HEIDEGGER, 1927).

Outro conceito fundamental na análise de Heidegger é o conceito de morte. O *dasein* é um ser-para-a-morte. Esta é a possibilidade para a qual o ser se dirige, mas que apenas nela o indivíduo se totaliza. Todavia, a morte não é uma cessação e sim um modo de ser que o afeta enquanto existe. Não liquida com a existência humana. Trata-se de uma possibilidade incluída no projeto do indivíduo capaz de definir o seu *poder-ser*.

Para Frankl (2009), o homem só será um todo quando sua vida terminar, somente então seu mundo será concluído. A morte não pode tirar o sentido que caracteriza a vida. Se fôssemos imortais, poderíamos adiar as nossas ações infinitamente. A morte é uma das certezas da vida futura, razão pela qual temos que aproveitar os momentos da vida e as oportunidades, com responsabilidade.

A concepção filosófica da logoterapia concebe que aquilo que foi escolhido agora faz parte do ser-no-mundo, pois quando o ser humano morre, ele é as suas próprias realizações. Isso significa que o passado permanece quando o futuro e o presente já não existem mais. (AQUINO, 2011, P. 89)

A análise existencial denomina de vazio existencial como um vazio interior, revelado também como a perda de sentido da existência. A vontade de sentido é aquilo que é frustrado no homem, sempre que ele é tomado pelo sentimento de falta de sentido e vazio (FRANKL, 1995, p. 25).

Os enfermeiros revelam o vazio existencial referindo que não é fácil presenciar a finitude da vida ao cuidar dos pacientes e se sentem culpados, impotentes e frustrados quando o paciente sob seus cuidados morre (Azaléia, Camélia, Jasmim).

Frankl (2005) refere que esse vazio surge em virtude de uma falta de objetivos a serem traçados e seguidos durante a existência e se manifesta, principalmente, num estado de angústia e tédio.

A angústia, o tédio e a culpa surgem quando o indivíduo permanece numa posição latente entre o que é e o que deveria ser, ou seja, ele não está satisfeito com sua atual situação, porém, não consegue visualizar outra melhor.

O vazio existencial manifesta-se principalmente num estado de tédio. O vazio existencial pode ser atribuído a uma dupla perda sofrida pelo ser humano desde que se tornou um ser verdadeiramente humano (FRANKL, 2009, p. 131).

O vazio existencial também é ressaltado por Kant (2008) quando afirma que o vazio de sensações percebido em si provoca uma sensação ou o pressentimento de uma morte lenta.

Esse vazio ocorre quando os familiares recebem a notícia da morte, revela-se através das reações, as mais variadas. Os membros da família enfrentam, cada um a seu modo, a partida da pessoa amada.

A experiência de acompanhar a finitude da vida dos pacientes e a morte pelas famílias é observado por Cravo, Lírio, Orquídea, Violeta e Rosa. Os familiares, ao receberem a notícia da morte, se comportam diferentemente no momento da separação e nem todos enfrentam a morte da mesma maneira, no mesmo momento.

Importante reconhecer que não há um enfrentamento certo nessas situações e não há momentos apropriados para determinadas emoções. Um familiar se sentirá forte num determinado momento, e o outro se sentirá o mais vulnerável, um pode chorar facilmente, e o outro pode não conseguir demonstrar as suas emoções e ficar em silêncio (FITCH, 2006).

Frankl (2008) insere, na problemática da temporalidade, a questão do sentido. Assim, concebe que o futuro existe apenas como possibilidade, enquanto que o passado é a dimensão onde são depositadas as escolhas do sujeito durante a passagem do tempo. Ao longo do existir humano, o vivido vai se configurando como o ser-no-mundo, o qual se encontra em uma

relação dialética com o *vir-a-ser*. Com o passar do tempo, o ser humano é obrigado a fazer escolhas, ou responder a questões que a própria vida lhe coloca a cada momento.

A morte faz parte da vida e precisa ser encarada com naturalidade, os enfermeiros, apesar de presenciarem a morte do outro, revelam não gostar de falar sobre o tema, e a aceitação é mais fácil para aqueles que professam uma religião.

A análise existencial de Frankl distingue fé de religião. A pessoa pode ter fé independente de religião.

O ser humano não moveria um dedo, a menos que, na mais profunda base de sua existência, no mais íntimo do seu ser, ele possua uma confiança primária no sentido último. Sem essa crença, o homem sequer respiraria. A fé num sentido último é precedida pela crença em um Ser último, pela crença em Deus. Dessa forma, a confiança no sentido e a fé, por mais latentes que sejam, são transcendentais e, portanto, indispensáveis (FRANKL, 2011, p. 188).

A experiência em presenciar a morte do outro é muito ruim, constrangedora, e o sentimento que gera é de incapacidade (Camélia, Hortência, Gardênia, Margarida, Lótus, Azaléia e Acácia). Violeta e Hortência não gostam de falar sobre a morte. Orquídea e Lírio referem que é mais fácil a aceitação da morte, que sua religiosidade facilita para que aceitem a morte e isso resulta em um crescimento diário e uma forma de libertação do sofrimento.

A não aceitação da morte é justificada pelos enfermeiros (Camélia, Hortência, Gardênia e Rosa) por não se sentirem preparados para a morte. Acácia não concorda que seja o morrer uma experiência triste. Assim, apreende-se que há contradições nos depoimentos destes enfermeiros.

Estudos como o de Machado e Leite (2006) referem que a morte é um temor básico que influencia todos os outros, um temor ao qual ninguém está impune, por mais disfarçado que ele possa estar.

A morte é vivenciada de forma diferente pelos enfermeiros. Acácia sente tristeza por assistir a pessoa definhando, Gardênia, angustiada e impotente diante da morte e Camélia, Jasmim e Girassol, culpados por não terem prestado um melhor cuidado devido ao déficit de recursos humanos e materiais. Orquídea identifica-a como uma passagem para uma vida melhor, fazendo parte do roteiro da vida.

Frankl (2005) acredita que certo grau de tensão entre aquilo que já se conquistou e o que ainda se deve conquistar é uma condição inerente ao ser humano. O vazio existencial ocorre quando o indivíduo se nega a dar uma resposta ao estado de angústia, em que se encontra, a responder para si mesmo sobre o sentido de sua vida.

Os enfermeiros revelam uma mudança de comportamento e aceitação da morte no final da vida dos pacientes quando ficam mais lentos (Azaléia, Jasmim, Girassol).

Para Kubler-Ross (2005), aceitar a morte é aceitar a ideia da inevitabilidade e, com isso, poderemos evoluir para que ela nos forneça a chave para a compreensão do sentido da existência humana. Isso significa que nessa perspectiva, ela oferece a oportunidade de descobrirmos o verdadeiro sentido da vida.

Para Heidegger (1927) a consciência da própria morte produziria diretamente individualidade, pelo facto de destacar o Homem da banalidade da vida de todos os dias e evidenciar o seu carácter de ser-para-a-morte.

Nem só a vida é transitória, mas, também, os momentos, pois a vida é um contínuo morrer (FRANKL, 2005).

CATEGORIA 3 VIVENCIANDO O SENTIDO DA VIDA AO CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE E MORRER

Os enfermeiros deste estudo revelam que, ao cuidarem de pessoas na finitude da vida, se tornam mais humanos. O sentido de suas vidas muda fazendo que exista um crescimento pessoal, processa-se uma transformação tanto no profissional quanto nos pacientes. Tem lugar a frustração quando o paciente morre e os enfermeiros vivenciam a angústia e o sofrimento dos familiares.

A Logoterapia se preocupa com a arte do cuidado, do zelo e da administração do tempo, considerando a experiência e cada ser como irrepitível.

Frankl (2010) visualizou que o homem não é somente dirigido ou impulsionado por uma dimensão biopsicológica, mas também existe uma dimensão espiritual que o leva a buscar o sentido da vida e a realizar seus valores. A esse respeito, Frankl (2010) nos diz que o sentido da vida é algo que deve ser encontrado, ele não pode ser dado ou criado. Ainda, esclarece que o sentido da vida pode ser encontrado.

Existem três formas onde se pode encontrar o sentido. No trabalho, no amor e na dor. De acordo com a Logoterapia, podemos descobrir este sentido da vida criando um trabalho ou praticando um ato; experimentando algo ou encontrando alguém; na atitude que tomamos em relação ao sofrimento inevitável (FRANKL, 2009, p. 100).

De acordo com Frankl (2005), a busca por um sentido é a motivação primária na vida de qualquer indivíduo, porém, sempre que essa busca está camuflada por uma vida ilusória, a pessoa passa a sentir uma angústia existencial dentro de si.

Os enfermeiros fazem referência ao despreparo de seus colegas para cuidarem do ser humano de forma tridimensional (Gardênia, Cravo, Orquídea, Camélia).

Segundo Moreira e Holanda (2010), o homem pode realizar suas potencialidades na autotranscendência ao encontrar sentido fora de si mesmo em um encontro autêntico com o outro. Essa experiência possibilita a vivência da conduta moral sempre concreta, situacional que, por sua vez, permite desvelar o sentido dos valores da existência com-o-outro.

Chamou atenção dos pesquisados (Camélia, Rosa, Lírio, Cravo e Violeta) que, durante a graduação, o enfoque sobre o tema morte e morrer foi superficial, seria necessário mais discussões sobre o tema.

A formação dos profissionais de saúde para lidar com a morte do outro é tema pouco expressivo em termos curriculares, para que se considere, nesse preparo, o lidar com os pacientes terminais, “observando-se nesta fase crítica da vida uma desumanização terrível” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010, p. 128).

Declaram os enfermeiros que, durante a graduação, adquirem conhecimentos sobre o cuidar e o curar, porém a morte é tema pouco abordado nas disciplinas durante o curso.

Há múltiplos olhares sobre a morte e o morrer. Lírio refere que a experiência, como bolsista de iniciação científica, auxilia no amadurecimento profissional, na capacitação e na prestação de cuidados. Cravo refere que a experiência no trabalho é adquirida no dia-a-dia. Orquídea admite que os preceptores de medicina aproveitam o momento da morte para treinar procedimentos invasivos com internos e residentes utilizando a pessoa que acabou de morrer como objeto de treinamento.

Gardênia e Cravo aludem a relação entre o descaso e o despreparo dos profissionais de saúde frente a algumas situações que envolvem o paciente e atos de responsabilidade legal, como, imperícia, negligência e imprudência no cuidado.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2008) aos profissionais é vedado praticar atos danosos aos pacientes que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência. Essas modalidades de culpa podem ser aferidas pelos mesmos conselhos como falta de ética. É de responsabilidade total dos mesmos evitar que tais atos aconteçam.

A vivência com o sofrimento do outro, o medo da morte, e até o eventual abandono do paciente diante da finitude da vida possibilitam no agir dos enfermeiros estudados mecanismos de fuga e o surgimento de fatores tornando o cuidado prestado inadequado. Nesse contexto o trabalho do enfermeiro envolve desgaste físico e emocional.

Quem nos orienta na busca pelo sentido, ou seja, na realização de autorrealização ou a satisfação de si mesmo acontece somente na medida em que o homem realizar o sentido e efetivar valores, que é uma maneira de se realizar e de se afirmar como ser humano. No dizer de Frankl:

Sempre que realizamos valores, estamos cumprindo o sentido da existência, estamos impregnando-a de sentido. Os valores podem ser realizados de três modos distintos: criando algo, o mundo, por exemplo; experimentando algo, como seja, abrindo-nos para o mundo, para a beleza e a verdade da vida; finalmente, sofrendo, sofrendo a existência, o destino. (FRANKL, 2009, p.125)

Para Frankl (2011), a dimensão espiritual ou noética é a mais autêntica qualidade do homem, é o verdadeiro conteúdo do ser e a verdadeira qualidade que o diferencia dos outros seres vivos.

Desde épocas as mais remotas, a humanidade vem percorrendo um longo caminho à procura de um sentido para a vida.

Frankl (2011) chama de vontade de sentido o interesse contínuo do homem pelo significado para sua vida, o homem busca um sentido para sua existência.

Nos campos de concentração, Frankl observou que os prisioneiros mais aptos a sobreviver eram os que estavam voltados para o futuro, para uma tarefa, um objetivo a ser realizado ou para uma pessoa que os esperava. Foi também graças a sua própria experimentação pessoal enquanto prisioneiro que Frankl defrontou-se com o sofrimento humano e, conseqüentemente, com o homem que enfrenta esse sofrimento.

Frankl (2009), no intuito de ajudar as pessoas a alcançar a capacidade de transcendência exclusiva dos humanos, desenvolveu a Logoterapia, cujo tema básico é o sentido da vida.

O “sentido da vida se modifica mas jamais deixa de existir” (FRANKL, 2009, p. 135).

O existencialismo de Frankl coloca o ser humano como o único ente que busca significado para a sua vida. Ao contrário dos animais, homens e mulheres se preocupam com o sentido de suas vidas, pois possuem a consciência da finitude da existência. Assim a teoria motivacional de Frankl apregoa a vontade de sentido como a motivação primária, ou seja o ser humano possui uma vontade de encontrar sentido no mundo objetivo, interpretando a sua existência em um contexto de sentido (AQUINO, 2011, p. 54).

O sentido da vida para os enfermeiros muda, após vivenciarem a finitude da vida das pessoas de que cuidam, passam a dar mais valor à vida e experimentam uma satisfação interior (Acácia, Camélia e Girassol).

O sentido da vida difere de pessoa para pessoa, de um dia para o outro, de uma hora para outra. O que importa, por conseguinte, não é o “sentido da vida de um modo geral, mas antes o sentido específico da vida de uma pessoa em dado momento” (FRANKL, 2009, p.133).

Cada qual tem sua própria “vocação ou missão específica na vida; cada um precisa executar uma tarefa concreta, que está a exigir realização”. Nisso a pessoa não pode ser substituída, nem pode sua vida ser repetida (FRANKL, 2009, p.133)

O sentido da vida muda para os enfermeiros, na medida em que passam a dar mais importância para o cuidado e menos importância para os bens materiais, são levados a refletir sobre a própria vida e encará-la de uma outra forma, com um novo olhar, e tornam-se mais humanos (Hortência, Gardênia, Rosa, Cravo, Orquídea, Margarida e Lótus).

Para Frankl (2009), sofrimento e morte não eram sem sentido, mas sim, foram dotados do mais profundo sentido em sua função de sacrifício. Ele não queria nem sofrer, nem morrer sem um sentido.

“Uma pessoa assume seu destino inevitável, enfrentando todo o sofrimento que se lhe impõe, revela-se, mesmo nas mais difíceis situações, mesmo no último minuto de sua vida, uma abundância de possibilidades de dar sentido a existência” (FRANKL, 2009, p. 91).

Orquídea e Lírio apontam a necessidade de estimular a presença de Deus na vida das pessoas e defender que a gente não existe sem Jesus na nossa vida.

A religião é um fenômeno humano que ocorre no paciente, um entre outros fenômenos com os quais se depara a logoterapia que assume uma posição neutra. A fé do ser humano é uma categoria transcendental. Essa fé inconsciente da pessoa, significa uma tendência inconsciente em relação a Deus (FRANKL, 2009).

O sentido da vida pode ser configurado de diferentes maneiras. As possíveis respostas positivas a todos propriamente está reservado a fé. E por isso que o homem religioso, que crê, numa mesma providência, não vê nenhum problema (FRANKL, 2010).

“Precisamos aprender e, também, ensinar, às pessoas em desespero que o que importa não é o que nós ainda temos a esperar da vida, mas, sim, exclusivamente o que a vida espera de nós” (FRANKL, 2009, p. 102).

Frankl (1989) “conclui que a satisfação das necessidades básicas constitui-se como uma condição necessária para sobrevivência, mas não suficiente para proporcionar um sentido para a existência humana” (AQUINO, 2011, p. 55).

CAPÍTULO V

É impossível conhecer o homem sem lhe escutar a morte, porque, talvez mais do que na vida, é na morte que o homem se revela. É nas suas atitudes e crenças perante a morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental

Edgar Morin

5 COMPREENSÃO DO FENÔMENO SENTIDO DA VIDA NA VIVÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER

A Análise Existencial de Viktor Emil Frankl, utilizada como referencial teórico filosófico, configurou-se, neste estudo, como uma alternativa viável para compreensão dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer. A transitoriedade da existência é vista considerando que o passado e o futuro não existem, o que existe é o presente. E o desafio é levar o homem a dizer sim para a sua vida e aceitar que essa tem um sentido incondicional, embora ele esteja predestinado à morte.

Ao buscar a compreensão do sentido da vida dos enfermeiros que cuidam de pessoas no processo de morte e morrer nas unidades de pacientes de longa permanência e na clínica médica, foi possível compreender, através das categorias e subcategorias empíricas, que está presente, nessa vivência, a tríade trágica revelada (sofrimento, culpa e morte) e o otimismo trágico revelado (esperança, fé e amor).

A compreensão dos significados do cuidado no processo de morte e morrer, pelos enfermeiros denota ambiguidades. Uns consideram imprescindível que os familiares acompanham a realização dos cuidados no fim da vida, alguns, porém, julgam inconveniente a presença da família nesse espaço devido às cobranças com relação ao cuidar e ao curar.

Os enfermeiros sentem necessidade de discussões, durante a graduação, sobre o tema morte e morrer, eles expressam que é muito discutido o cuidar em enfermagem e, sobre o tema da morte, são poucas as informações. Essas dizem respeito ao preparo do corpo e não se reportam à tridimensionalidade do ser humano.

Alguns enfermeiros referem-se ao despreparo técnico, à falta de responsabilidade com a vida do outro, e no enfrentamento da morte. Segundo eles, o enfermeiro não tem formação para trabalhar no hospital e escolhem a profissão sem vocação e sem amor.

Para outros, é necessário o cuidado humanizado (apoio espiritual e medidas de conforto). O envolvimento emocional que se processa num período prolongado de internamento leva a não aceitação, da morte e quando aceita é pelo sofrimento da pessoa e dos familiares. O profissional precisa entender que o sofrimento faz parte da vida do ser humano é preciso aceitá-lo e através do sofrimento que se aprende a viver, a ser mais humano.

Compreendi que os enfermeiros deste estudo, ao vivenciarem o processo de morte e morrer no cotidiano do cuidado a pessoas, reconhecem que o sofrimento é vivenciado não só pelo paciente e seus familiares, mas também pelos profissionais de saúde, principalmente os

enfermeiros que estabelecem vínculo afetivo com os pacientes e familiares, ao longo do internamento.

Os relatos revelam sentimentos de culpa e impotência no cotidiano da prestação dos cuidados diante da presença da morte. Os enfermeiros se sentem frustrados devido ao limite de cuidados relacionados a medidas de conforto, por não conseguirem recuperar a saúde da pessoa e constatar que a morte é inexorável. Revelam a impotência e o vazio existencial diante da morte.

Embora os enfermeiros expressem culpa por não prestarem um cuidado de qualidade atribuindo o seu não fazer e a morte precoce no ambiente de trabalho aos recursos humanos e materiais no hospital público, compreendemos que a responsabilidade pelo cuidado humanizado é um dever que independe dos recursos materiais. Tal situação gera o vazio existencial e a culpa pela morte, antes do tempo, da pessoa sob seus cuidados.

Alguns casos relatados pelos enfermeiros violam o código de ética dos profissionais de enfermagem, trazem questões do cotidiano com imperícia, negligência e imprudência.

A forma de morrer mudou com o tempo, a morte no contexto atual se revela de formas diferentes, pois além das doenças, a violência tem feito com que os idosos enterrem seus filhos.

A finitude da vida é revelada pelos enfermeiros de formas distintas, alguns expressam o medo da morte, através de sentimentos, como, constrangimento e preocupação durante a prestação dos cuidados. Para outros, a experiência com a finitude da vida é enriquecedora e agrega valores à vida da pessoa.

O sentido da vida é revelado através da mudança por que passam os enfermeiros. Expressam que se tornam mais humanos ao cuidarem de pacientes na finitude da vida e que sentem indignação diante da morte de um jovem.

O sentido nos responsabiliza pelo modo como vivemos não nos permite viver ao acaso nos dá a compreensão de que o dom da vida não nos é dado em vão. A cada manhã temos a possibilidade de realizar sentido, e isto está diretamente ligado a dimensão dos valores de cada um.

Cada pessoa é um ser único e quando questionada pela vida, somente pode responder à vida respondendo por sua própria vida, ela pode responder, sendo responsável assim, a logoterapia vê na responsabilidade a essência da existência humana e procura criar no paciente uma consciência plena de sua própria responsabilidade diante da vida.

A aceitação da morte é mais tranquila entre os enfermeiros que praticam uma religião, assim como a morte da pessoa idosa que culturalmente já cumpriu a sua missão. Há necessidade de maiores abordagens sobre as questões da morte e do morrer durante os cursos de graduação em enfermagem.

CAPÍTULO VI

O cuidar com compaixão permite ao homem compreender a sua transcendência.

Isto somente será possível se ele alcançar a consciência da plenitude da vida

Carvalho, 2003

6 CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE EXISTENCIAL DE VIKTOR EMIL FRANKL PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

6.1 A TRIÁDE TRÁGICA: SOFRIMENTO, CULPA E MORTE

A Logoterapia também denominada de Análise Existencial é uma abordagem otimista da vida, ao ensinar que não há nenhum aspecto negativo da existência que não possa ser transmutado em conquistas positivas, em tudo, a depender da atitude que se venha assumir (FRANKL, 2011).

A Logoterapia compreende a existência humana como tendo um aspecto trágico, entendendo que, na verdade, é a dimensão trágica da existência que a torna genuinamente humana, e necessariamente, que a torna plena de sentido. Frankl defende a Tríade Trágica composta pelo sofrimento, culpa e morte, enquanto condições existenciais inevitáveis na vida de qualquer pessoa (LIMA NETO, 2012).

Esta tríade surge como algo inerente ao existir, e como tal, deve ser assumida enquanto se afirma a vida. Dizer um sim para vida mesmo diante do trágico da vida, assumindo os valores de atitude mesmo diante dos momentos mais degradantes, é o que Frankl conceitua como otimismo trágico (FRANKL, 2005).

Aproximando da evidência do sofrimento

Para Frankl (2009) não é necessário o sofrimento para que se encontre o sentido na vida. O que ele quer dizer é que apesar do sofrimento é possível ter um sentido na vida.

O ser humano coloca-se arredio à noção de que não quer só obter prazer, evitar a dor e ter poder, mas olhar com outros olhos sua vida que o interroga pelo sentido. Ele deseja obter o sentido. Sua vida necessita de um sentido e este o impulsiona. O sentido o conduz à motivação. Ele é o motivo pelo qual o ser humano está pronto até de sofrer, sob a condição, é claro, de que o seu sofrimento tenha um sentido.

Existem situações em que se está impedido de trabalhar ou de gozar a vida; o que, porém, jamais pode ser excluído é a inevitabilidade do sofrimento. Ao aceitar este desafio, de sofrer com bravura, a vida recebe um sentido até o seu derradeiro instante, mantendo este sentido literalmente até o fim. Em outras palavras, o sentido da vida é um sentido incondicional, por incluir o sentido potencial do sofrimento inevitável (FRANKL, 1991, p. 102).

Para a Análise Existencial nenhum sofrimento humano é comparável, por ser singular e original, assim como é cada pessoa. Neste particular existe uma diferença entre o sofrimento com sentido e o sofrimento sem sentido. O sofrimento desnecessário é sofrimento destituído de sentido (FRANKL, 2009).

Aproximando da evidência da culpa

Tornar-se culpado no sentido ético moral abrange um círculo relativamente amplo de nosso comportamento e mesmo do nosso pensamento. “A culpa está relacionada aos direitos fundamentais de outrem ou interesses essenciais da comunidade” (FRANKL, 2009, p.94).

A culpa se torna consciente através da manifestação da própria consciência. Assim, parte dela há de ser atribuída à sensibilidade natural e em outra à juízos críticos. Ela pode ainda emergir da consciência apenas através de sanções jurídicas ou sociais. “A consciência da culpa em se tratando de consciência da responsabilidade traz consigo efeitos torturantes” (FRANKL, 2009, p. 92).

Ser homem significa decidir o que deverei fazer de mim mesmo. E isso, por sua vez, significa assumir a responsabilidade pelo que tem feito de si mesmo. Nesta perspectiva, o sentido da culpa consiste em considerar o homem como ser suscetível de culpa, como um ser moral. Não significa apenas desaprovação de um ato, mas também o reconhecimento da responsabilidade pessoal. “Na Análise Existencial o reconhecimento da culpa significa afirmação da liberdade humana e o respeito pelo direito de outrem, face a qual o individuo se tornou culpado” (FRANKL, 2009, p. 96).

A noção de culpa e o entendimento correto do sentido da culpa nos proporciona a magnífica oportunidade para colaborarmos com a “renovação espirituais da vida, a que somos constantemente convocadas” (FRANKL, 1990, p. 98).

A consciência da morte se torna a pedra de toque da nossa atitude frente à vida, e finalmente, de nossa compreensão da humanidade em geral já o problema da culpa nos coloca frente a várias interrogações fundamentais, particularmente na presença da finitude.

Aproximando da evidência da morte

A morte nos torna conscientes do fato inexorável da transitoriedade da vida terrena. A morte configura-se numa perda total. Não existo sem o outro ser do nascimento morte, o aqui e o agora. Meu *ser-aí* é por essência, essencialmente transcendente. Para Frankl (2010) a vida

é um eterno morrer. A transitoriedade da vida é exatamente uma chamada para a responsabilidade, conforme costuma expressar o imperativo categórico da Análise Existencial: vive de tal modo como viverias se pela segunda vez vivesses e tivesses feito na primeira vez tudo tão errado como intentas fazê-lo.

Voltando-se especificamente para a morte, sendo exatamente isso que o autor constata em sua experiência nos campos de concentração, a vivência de um otimismo Frankl entende que a existência tem um caráter de algo único e irrepetível, o que significa que cada ser humano é singular e legítimo em todos os seus aspectos existenciais, estes que se fundam a partir de suas realizações e escolhas diante das possibilidades que emergem na vida (LIMA NETO, 2012).

6.2 PROPONDO A TRANSFORMAÇÃO DA TRÍADE TRÁGICA EM OTIMISMO TRÁGICO

Para Frankl (2009) a tríade daqueles aspectos da existência humana que são sofrimento, culpa e morte, tríade trágica que significa: a pessoa é, e permanece otimista, apesar de vivenciar a tríade trágica. E a vida conserva o seu sentido potencial apesar dos seus aspectos trágicos (FRANKL, 2009).

O otimismo também é referido por Lima (2005, p. 49) e está relacionado à fé e à esperança:

O otimismo, a esperança, a fé e o amor são sentimentos que acontecem espontaneamente. Eles emergem das relações com os outros, no dia-a-dia, no enfrentar dos problemas, em destaque para os que envolvem a dor, a culpa e a morte. Não se pode exigir que alguém ame outra pessoa, pois assim como a fé e a esperança, o amor está no interior de cada ser humano em particular e é exteriorizado através da maneira única de se expressar no mundo em que vive.

Mas, Frankl não considera o sentido da transitoriedade como algo pessimista. Essa transitoriedade leva o ser colocando-o de peito aberto ao vento, revelando seu modo. Ele encara esse sentido de modo "ativista" (FRANKL, 2009, p. 106). Ele dá um sensível exemplo desse sentido ativo do ser:

[...] a pessoa que enfrenta ativamente os problemas da vida é como o homem que, dia após dia, vai destacando cada folha do calendário e cuidadosamente a guarda junto às precedentes, tendo primeiro feito no verso alguns apontamentos referentes ao dia que passou. É com orgulho e alegria que ele pode pensar em toda a riqueza contida nestas anotações, em toda a vida que ele já viveu em plenitude. Que lhe importa notar que está ficando velho?. Em vez de possibilidades, realidades é o que tenho do meu passado, não apenas a realidade do trabalho realizado e do amor vivido, mas também a realidade dos sofrimentos suportados com bravura. Esses sofrimentos são até mesmo as coisas das quais me orgulho mais, embora não sejam coisas que possam causar inveja (FRANKL, 2009, p. 106-107)

O otimismo trágico para Frankl (2009) é a capacidade humana de transformar criativamente os aspectos negativos da vida em algo positivo e construtivo. É o otimismo diante de uma tragédia tendo em vista o potencial humano em que é possível, transformar o sofrimento em conquista e numa realização que se revela em extrair da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor e fazer da transitoriedade da vida um incentivo para realizar ações responsáveis.

Evidenciando a vivência da dor e o sofrimento com a fé em um Deus interior

A Análise Existencial descobriu, dentro da espiritualidade inconsciente do ser humano, algo como uma religiosidade inconsciente no sentido de uma relação transcendente com Deus vista como fé imanente do ser humano, embora muitas vezes permaneça latente como uma espiritualidade inconsciente. (FRANKL, 2009).

Essa fé inconsciente, que aqui se revela, significa que sempre houve em nós uma tendência inconsciente em direção a Deus, que é denominada de Deus Inconsciente (FRANKL, 2009).

Evidenciando a vivência da culpa para a mudança através do amor

O amor é um fenômeno humano no sentido exato da palavra. É um ato que caracteriza a existência humana no que ela tem de humano. O amor tem um caráter de encontro. Ele se revela na relação de pessoa para pessoa (FRANKL, 2010).

O amor representa o campo onde de um modo especial são realizados os valores vivenciais. O amor é afinal, a vivência em que, pouco a pouco, se vive a vida do outro ser humano, em seu caráter de algo único e irrepitível (FRANKL, 2010).

No amor o ser amado é essencialmente captado como irrepitível no seu *ser-aí* e único, no seu *ser-assim* que o torna insubstituível. Ninguém pode fazer às vezes dele. O amor abre-lhe o espírito ao mundo, na sua plenitude de valores.

O amor é mais do que um estado de sentimento. Aquilo para que ele intende é o *ser-assim* de outro ser humano. Só assim, se compreende que o amor pode sobreviver à morte do amado, e desta maneira pode se compreender que o amor é mais forte que a morte. A existência do ser amado é desfeita pela morte, mas o seu *ser-assim* a morte não pode arrebatá-lo (FRANKL, 2010).

Evidenciando a vivência do encontro com a esperança na prática responsável diante da possibilidade de morte

A esperança é vital para se viver, para que a vida seja preservada. Assim, devo conservar-me vivo para a vida que me interroga e para o sentido que ressoa de mim facilitando-me expressar ações transformadoras. Nesse sentido a esperança é a "[...] mais humana de todas as capacidades humanas, que é a capacidade de transformar uma tragédia pessoal em triunfo" (FRANKL, 1990, p. 23).

Frankl (2005) criou o otimismo trágico para caracterizar o pensamento na esperança. Esse otimismo a que ele se refere não é imposto, porém emerge da vivência do ser humano com o sofrimento, a culpa e a morte. Comparando o otimismo com a fé, o amor, e a esperança, ele esclarece:

Não podemos obrigar ninguém a ser otimista, ou contra a esperança. Nem tampouco o próprio sujeito seria capaz disso, porquanto ninguém pode querer ter esperança. Seria tão impossível quanto pretende impor, ao lado da esperança, [...] a Fé e o amor. Somente conseguirei crer em algo ou alguém digno de fé, assim como somente poderei amar a quem seja digno de ser amado (FRANKL, 2005, p. 14)

Em síntese, Frankl (2009) se refere ao "otimismo trágico" às mudanças ocorridas a aqueles aspectos da existência humana que podem ser circunscritos a fenômenos dolorosos do existir, do significado do sofrimento que a pessoa possui no mundo, e passa a ser otimista apesar da presença da tríade trágica conforme quadro a seguir:

Quadro 9 Síntese das evidências das transformações da tríade trágica para o otimismo trágico.

TRÍADE TRÁGICA	TRÍADE TRANSFORMADA PELO SENTIDO
DOR/SOFRIMENTO	FÉ / DEUS INCONSCIENTE
CULPA	AMOR / MUDANÇA
MORTE	ESPERANÇA / PRÁTICA RESPONSÁVEL

O processo de transformação da Tríade Trágica em Otimismo Trágico é revelado nas três dimensões da existência humana. Para Frankl (2009) a existência do ser é tridimensional. A primeira dimensão é considerada estática, a do *ser-assim* e está relacionada com o *meu-ser-*

aí, tornando-se fáctico. Somente a existência se transcende a si mesma, somente um *ser-aí* humano se transcende com relação ao mundo em que se encontra e poderá realizar-se a si mesmo.

A facticidade do *ser-assim*, renunciando a possibilidade de ser deste ou daquele modo e como seriam se diferentes fossem. É uma “situação de repouso, em que me encontro no aqui e agora, desligando-me de tudo, des-condicionando-me. Limito-me ao deixar acontecer” (FRANKL, 1990, p. 58).

A segunda dimensão do eu é dinâmica. Esse eu percebe a si mesmo como ser pensante. E conhece independentemente de interferências estranhas, que é ele mesmo que possui capacidade para direcionar a concentração do seu pensamento sobre algo, que pode ocupar-se de algo, assim como pode agir de modo completamente diverso. Esse eu que *aí* está se vê colocado num mundo, sem o qual de modo algum poderia existir se encontra como estando no mundo.

Estou num mundo de circunstâncias e relações e num mundo em que, de forma primordial, me encontro atuando como causa, agente transformador, criador de um mundo. Naturalmente estou num mundo em *devir* transitório, de desarraigamento e de coisas que me dizem respeito.

É decisivo estar no mundo a que Frankl (2009) denomina de autotranscendência. Ela é a essência do *meu-ser-aí* para o mundo em que me encontro. Assim, sou essencialmente aberto a outro ser e essencialmente dependo de outros seres.

Nesta perspectiva somente a existência se transcende a si mesma, somente um *ser-aí* humano que se transcende com relação ao mundo em que se encontra poderá realizar-se a si mesmo (FRANKL, 2009).

A terceira dimensão na existência é *estar-exposto*. Estando exposto é que eu sou. É aquela experiência do ser que é percebida entre o *devir* e o passado, que faz a experiência do inevitável e do estar exposto ao sofrimento e aos golpes do destino que surpreendem. Os dois polos desta dimensão estão entre a alegria e o sofrimento.

Para Frankl (2009) o homem pode transformar e extrair dos aspectos negativos, um sentido transformando-os em algo positivo, assim as transformações são: do sofrimento em desempenho, da culpa em mudança, da presença da morte em estímulo para uma prática responsável.

6.3 O MODELO DE LARRABEE E A MUDANÇA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIA.

Nesta segunda etapa do estudo foram analisados seis casos revelados nos depoimentos dos enfermeiros, sobre o sentido da vida: vivências de cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer, de acordo com a proposta metodológica da prática baseada em evidências (PBE) seguindo quatro das seis etapas avaliar a necessidade de mudança da prática; localizar as melhores evidências; fazer uma análise crítica das evidências; projetar a mudança da prática; implementar e avaliar a mudança da prática; integrar e manter a mudança da prática sugeridas por Larrabee (2011) ao propor o modelo para mudança da PBE.

Ao utilizar o modelo da mudança da PBE e a Análise Existencial tendo como fundamento a tríade trágica e o otimismo trágico proposto por Viktor Emil Frankl na análise dos casos revelados pelos enfermeiros foi possível apreender que o sofrimento, o destino, a culpa e a morte têm um sentido e fazem parte da existência humana.

Nesse sentido considero oportuno situar a tríade trágica da Viktor Emil Frankl como um referencial que vem agregar valor a esta investigação, principalmente no que se refere à compreensão do sentido na vivência do cuidado de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer.

O referencial da Análise Existencial possibilitou a expressão da experiência vivida pela pessoa no processo de morte e morrer, revelando o sentido, o sofrimento, a culpa e a morte, componentes da tríade trágica, partes do existir. Nesta perspectiva Frankl (2009) refere que ninguém conseguirá evitar o confronto com o sofrimento inarredável, a culpa insuperável e a morte inevitável.

A visão de homem proposta pela logoterapia leva a pessoa a pensar a partir de sua atitude com o outro e com o mundo no existir e propõe ao ser humano buscar motivos que atribuem razão a sua existência.

Neste estudo o modelo para mudança da PBE foi utilizado até a etapa quatro da proposta de Larrabee (2011). Para obter a evidência partiu-se da questão a seguir: Como utilizar quatro etapas do modelo para mudança da PBE, em relatos de casos de cuidados de enfermeiros, às pessoas ao fim da vida, tendo como fundamentos a tríade trágica?

As demais etapas do modelo de mudança poderão ser implementadas em estudo posterior.

O objetivo foi utilizar quatro das seis etapas do modelo para mudança da PBE de Larrabee (2011) em relatos de casos de cuidados de enfermeiros às pessoas no processo de

morte e morrer, descritos durante as entrevistas como uma contribuição para a prática de enfermagem a partir da elaboração da tese de doutorado que teve como fundamentos a tríade trágica.

“A PBE é uma iniciativa com comprovada eficácia em melhorar a qualidade do cuidado” (LARRABEE, 2011, p. 14). Desde Florence Nightingale ao estudar os processos de cuidados aos pacientes nos anos de 1860 os enfermeiros buscam a excelência na assistência à saúde e têm lançado várias iniciativas para melhorar a qualidade do cuidado.

A qualidade é a presença de atributos socialmente aceitos, desejados no âmbito da multifacetada experiência de ser e fazer enfermagem e saúde. A qualidade abrange pelo menos quatro conceitos inter-relacionados: valor, beneficência, prudência e justiça.

O valor é definido como algo desejado intrinsecamente. A beneficência é a capacidade real ou potencial para produzir o bem. A prudência é um bom julgamento ao estabelecer metas realistas e uma boa habilidade na utilização de recursos para atingir metas. A justiça é definida como ser justo, distribuindo recursos comuns proporcionalmente à contribuição individual para esses recursos. A justiça corretiva como o próprio nome expressa corrige uma injustiça encontrada entre a perda e o ganho (LARRABEE, 2011).

“A mudança da PBE segundo (LARRABEE, 2011, p.33) é desenvolvida em etapas conforme segue: 1 - Avaliar a necessidade de mudança da prática; 2 - Localizar as melhores evidências; 3 - Fazer uma análise crítica das evidências; 4 - Projetar a mudança da prática; 5 - Implementar e avaliar a mudança da prática; e 6 - Integrar e manter a mudança da prática”.

O esquema do modelo da PBE revela que apesar das seis etapas serem progressivas o modelo não é estritamente linear. Assim, as atividades de cada etapa podem gerar atividades de outra etapa. Por exemplo, quando não encontra em uma pesquisa evidências para o tópico do seu projeto os membros podem retornar a etapa 1 e redefinir a questão de pesquisa ou identificar uma nova questão da prática como foco do projeto. Suponha-se que na etapa 3, quando é feita a avaliação crítica das evidências, os membros da equipe concluam que as evidências foram fracas. Eles podem decidir retornar a etapa 2 e procurar mais evidências ou reiniciar a etapa 1. Suponha-se que na etapa 5, quando da implementação de um estudo piloto, os membros da equipe recebam um *feedback* dos enfermeiros sobre algum aspecto da nova prática assistencial que não está funcionando bem. A equipe deve analisar e reconsiderar a definição da nova prática, na atividade da etapa 4. O retorno indicado por seta da etapa 6 para a etapa 1 aponta o monitoramento contínuo dos indicadores do processo e dos resultados, a etapa 6 identifica a necessidade de um novo projeto de PBE etapa 1, em um tópico similar ou diferente (LARRABEE, 2011, P.37).

As quatro das seis etapas do modelo da mudança da PBE utilizadas neste estudo foram adaptadas a partir das experiências das autoras no ensino e no trabalho técnico em hospitais. Foi oportuna a utilização da fenomenologia enquanto método de pesquisa qualitativa por esta

se propor a “descrever a essência da experiência vivida em algum aspecto da vida diária e tem como produto a descrição densa do fenômeno” (LARRABEE, 2011, p.108).

Etapa1: Avaliando a necessidade de mudança da prática

“As principais atividades nesta etapa são identificar e incluir os *Stakeholders* (termo em inglês que designa uma pessoa, grupo ou entidade com interesse nas ações e desempenho de uma organização) que podem ser internos e externos” (LARRABEE, 2011, p.35).

Neste estudo cada relato de casos vivenciado pelos enfermeiros ao cuidarem de pessoas no processo de morte e morrer foram descritos e analisados por possuírem interesses nas ações de cuidado ao fim da vida. A partir da avaliação dos problemas próprios do cuidado; aqui destacados, buscou-se coletar os dados internos (relatos individuais) sobre a prática atual. “Compará-lo com os dados externos (referencial do cuidado à pessoa no processo de morte e morrer) para confirmar a necessidade de mudança da prática e assim, fazer a relação entre o problema, às intervenções e os resultados conforme o modelo” (LARRABEE, 2011, p.35).

Os instrumentos para o trabalho em equipe utilizados incluem um *brainstorming* (termo inglês que significa geração de ideias de um grupo de pessoas que se reúnem para discussões e chegam a um denominador comum a fim de gerar ideias inovadoras que levem a um determinado projeto) e uma votação múltipla sobre o problema da prática. Conforme Larrabee (2011, p.35) “deve-se incluir um instrumento de coleta de dados. A entrevista fenomenológica foi o instrumento utilizado neste estudo”. Ela foi gravada, transcrita e lida atentivamente para apreender os sentidos e gerar grupos de ideias gerais.

Etapa 2: Localizando as melhores evidências

Para localizar as melhores evidências as principais atividades desenvolvidas foram identificar o tipo e as fontes de evidência, (buscando apreender significados que pudessem fundamentar a análise na perspectiva do otimismo trágico proposto por Viktor Emil Frankl). Rever os conceitos utilizados na pesquisa, planejar a busca para conduzi-las. “Inclui-se aqui os instrumentos [transcrição das entrevistas] para avaliação crítica de estudos qualitativos e quantitativos, *guidelines* (termo em inglês que significa protocolos e condutas que visam melhorar a qualidade da saúde e o controle do custo criado a partir de consensos) de prática

clínica e revisões sistemáticas. Também estão incluídas quadros de evidência ou matriz para organizar os dados sobre o estudo antes de fazer a síntese” (LARRABEE, 2011, p.35).

Os significados foram apreendidos a partir dos conceitos propostos por Frankl, leitura atenta das entrevistas, seleção de trechos de significado, para em seguida fazer os agrupamentos foram colocados em um quadro síntese que apresentasse as evidências apreendidas fundamentadas na tríade trágica.

Etapa 3: Fazendo uma análise crítica das evidências

“As principais atividades nesta etapa foram à análise crítica dos conteúdos e a análise da força das evidências, sintetizando as melhores para posterior avaliação da viabilidade, dos benefícios e dos riscos da nova prática” (LARRABEE, 2011, p.36).

Nesta fase a avaliação da viabilidade dos benefícios e dos riscos teve como referência as evidências expressas nos conteúdos dos depoimentos, a relação com a literatura sobre cuidados paliativos, o processo de morte e morrer e a tríade trágica.

Etapa 4: Projetando as atividades para a mudança da prática

As principais atividades incluem definir a mudança proposta, identificar os recursos necessários, planejar a avaliação do piloto e implementar o plano. “As estratégias de mudança incluem a utilização de líderes de mudança, líderes de opinião, sessões educativas, sistema de lembretes, auditoria e *feedback*” (LARRABEE, 2011, p.36).

As atividades desta etapa são apresentadas em um quadro cujo título define a proposta de mudança. Em seu conteúdo são descritas as possíveis ações que o enfermeiro pode desenvolver para que o processo de mudança ocorra na identificação de problemas, nas intervenções de enfermagem e nos resultados esperados.

As atividades propostas nas etapas 5 e 6 referentes a implementação, avaliação, integração e monitoramento de um Plano Piloto foram descritas considerando como recursos os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros pesquisadores com as propostas para prestar cuidados paliativos considerando suas experiências e o plano de ações estratégicas de enfermagem para posterior avaliação do plano de cuidado.

Pretende-se inicialmente apresentar os resultados deste estudo aos colaboradores para posterior discussão dos resultados com enfermeiros que participaram do estudo. Buscar-se-á suas opiniões sobre os achados o interesse em implementar e avaliar em caráter de

experiência um plano piloto junto a pacientes em cuidados paliativos, conforme descrito a seguir:

Etapa 5: Implementar o plano de cuidados e avaliar a mudança da prática

A anuência da instituição para a implementação dependerá da aprovação por um comitê de ética, cujo início deve atender às atividades descritas no estudo piloto (etapas 1, 2, 3 e 4).

“As principais atividades incluem implementar o plano, avaliar o processo, os resultados e os custos; e desenvolver conclusões e recomendações” (LARRABEE, 2011, p.36).

Etapa 6: Integrar e manter a mudança da prática

“As principais atividades incluem comunicar a mudança recomendada aos *stakeholders*, integrar a nova prática aos padrões da prática, monitorar os indicadores do processo e dos resultados, além de comemorar e disseminar os resultados do projeto” (LARRABEE, 2011, P.36).

Para integrar a mudança da prática será importante consultar todos os enfermeiros que atuarem na implementação da proposta sobre a apreciação de cada um, suas facilidades e suas dificuldades no processo, estabelecer indicadores, atividade e metas, uma periodicidade para os encontros de síntese dos achados, avaliar as atividades e as metas de cada período e disseminar os resultados obtidos.

6.4 ADAPTANDO, NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, O MODELO DE LARRABEE BASEADA NAS EVIDÊNCIAS DA TRÍADE TRÁGICA PARA OBTER MUDANÇAS PARA O OTIMISMO TRÁGICO

Para adaptar o modelo da mudança da Prática Baseada em Evidência proposto por Larrabee, neste estudo, foram destacadas as evidências de sofrimento, culpa e morte reveladas nos casos vivenciados pelos enfermeiros, situando a tríade trágica para o processo de transformação para o otimismo trágico na vivência do cuidado de enfermagem à pessoa no processo de morte e morrer.

Aproximando das evidências da tríade trágica

CASO 1 – O enfermeiro vivencia a dor e o sofrimento na relação com o paciente

*Alguns pacientes **marcam mais** do que outros, **pelo sofrimento**. A gente tem noção do sofrimento daqueles pacientes com câncer terminais que são acompanhados lá no anexo. **Teve um paciente que me marcou bastante**, ele tinha **câncer de intestino e sofria demais** e era feito analgesia o tempo todo, mas a gente via **a dor dele mesmo assim**. Ele e a família não incomodavam a equipe, geralmente o paciente se revolta e abusa bastante pela dor. O paciente ou a família perturba, mas neste caso, tanto ele, como a família **estavam bastante resignados com o problema** e esse foi um dos casos que me marcou bastante (Acácia).*

Acácia vivencia a dor e o sofrimento no contexto de cuidado. Ela desvelou uma situação vivenciada na unidade de pacientes de longa permanência (anexo) ao descrever o sofrimento de um paciente com câncer, em fase avançada. Este caso a marcou pela resignação tanto do paciente em presença da dor, expressa em sua face, mesmo sob o efeito de analgésicos e dos familiares que acompanhavam seu sofrimento.

Quadro 10 Avaliando a necessidade de mudança da prática a partir da identificação dos problemas, intervenções e resultados oriundos das vivências de dor e do sofrimento na relação com o paciente.

PROBLEMAS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
A vivência do cuidado do outro com a dor e o sofrimento trazido pelo câncer ao fim da vida.	Administrar analgésico para o alívio da dor e do sofrimento do paciente com câncer em intestino.	Mesmo em uso de analgésicos que possuem efeitos indesejados, os enfermeiros revelam, perceber na face do paciente a resignação e o desconforto trazidos pela dor e sofrimento do câncer na fase final da vida.
	Acompanhar a resposta ao uso de analgésico para o alívio da dor e do sofrimento do paciente	A terapêutica paliativa auxilia e ao mesmo tempo diminui a capacidade respiratória do paciente que sofre a

	e da familiar.	dor total. O alívio da dor do paciente com câncer no final da vida e do sofrimento do familiar.
Vivenciando a dor e o sofrimento pelos familiares.	Observar o comportamento dos familiares quando presenciam ou acompanham a dor do paciente	A presença da enfermeira ao lado da pessoa e dos familiares que vivenciam a dor e o sofrimento ao fim da vida, transforma este em um ato de aceitação do processo de morte e morrer.
O sofrimento vivido pelos familiares marca o lado emocional do enfermeiro.	Encaminhar os familiares ao apoio psicológico.	O enfermeiro com sua faculdade de comunicação pode se colocar no lugar do outro e encaminhar.

A dor e o sofrimento ganham outro sentido, o de transcendência num ser superior e ultrapassar as condições adversas que se apresentam em nós e no ambiente, requerendo sentido mais significativo para conduzir, de modo elevado, o nosso ser dolorido. Assim, o sofrimento pode significar ação, crescimento, desenvolvimento e amadurecimento. Neste contexto, situações extremas colocam à prova nossa existência de ser no mundo, da nossa facticidade.

O homem é o único dotado de consciência do sofrimento e da morte que se colocam à sua frente. Para Frankl (2010) todo ser humano é livre e responsável e essas características lhe conferem a dignidade. É através da consciência que o homem se revela um ser em incessante busca de sentido.

O sentido do cuidado em função de situações particulares como a administração de medicamentos e tratamentos é o de aliviar os sintomas. O objetivo dos cuidados prestados à pessoa no fim da vida é resolver ou paliar os sintomas e problemas decorrentes de dor e sofrimento (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

Quadro 11 Buscando as melhores evidências de dor e sofrimento na relação vivenciada com o paciente.

Acácia vivencia a dor e o sofrimento de um paciente com câncer, em intestino, ao fim da vida, no contexto de cuidado.

Ao acompanhar, na unidade de pacientes de longa permanência (anexo), a resignação de pacientes vivida com câncer, em fase avançada, frente à terapêutica da dor e do sofrimento revela a muda nas atitudes do enfermeiro ao prestar cuidados a esse tipo de paciente.

Os familiares também revelaram resignação com a proximidade da morte e não insistiram em solicitar a prestação de cuidados mesmo acompanhando a dor e o sofrimento do paciente.

O cuidado nesta etapa da vida deve ser com o ser da pessoa que está doente e não com a doença, visando o bem estar, a qualidade de vida e de conforto das pessoas que recebem cuidados e daqueles que estão prestando os cuidados. A compreensão do cuidado do enfermeiro na finitude da vida é essencial para a sua vivência como *ser-no-mundo*.

Na presença de sofrimento e busca de conforto vale lembrar a citação de Saunders (1991) ao afirmar que o conceito de dor total, inclui além do sofrimento físico, o social, o espiritual, o mental e o econômico do ser humano, abrangendo também o sofrimento dos familiares e da equipe de saúde que cuida da pessoa em seus últimos dias de vida.

O sentido do cuidado com a aproximação da morte revela que o significado e a percepção da dor e da morte são ao mesmo tempo únicos e universais, pois estão, com tudo na vida, vinculados diretamente ao mundo interno do indivíduo. A dor espiritual, especificamente, refere-se à falta de sentido na vida e na morte, ao medo do pós-morte, às culpas perante Deus, a busca de fé e de conforto espiritual (SIMÕES, 2013).

Analisando criticamente as evidências de resignação diante da dor e do sofrimento vivenciados na relação com o paciente

As evidências de resignação ante a dor e o sofrimento vivido pelo paciente foram reveladas pela observação do enfermeiro que cuida de pessoas ao fim da vida, ao presenciar a dor e o sofrimento do outro. Isso possibilita o risco de ações de relativização diante da dor e do sofrimento vivido pelos pacientes e familiares ao tempo em que emite um julgamento sobre esse comportamento. Essa experiência de aprendizado auxilia o enfermeiro a utilizar estratégias de diálogo e de recursos próprios e da instituição para enfrentar esta situação.

O uso contínuo de analgésicos para alívio da dor e do sofrimento pode levar a efeitos indesejados sobre o organismo da pessoa no fim da vida entre estes estão: a possibilidade de sonolência, depressão respiratória e torpor, entre outras manifestações. Sobre este aspecto do

cuidado os enfermeiros devem informar aos familiares, no momento em que ele necessita de colaboração para aceitação da dor e do sofrimento vivido. Esse agir propicia condições que auxiliam a pessoa a vivenciar com resignação a condição do câncer terminal.

O profissional enfermeiro por ficar mais tempo com o paciente, pode prestar uma ajuda mais eficaz na detecção, avaliação e manejo dos sintomas. O sofrimento é uma dimensão fundamental da condição humana e uma constante na fase final. Não afeta só a parte física, mas o homem como um todo (FERNANDES; REIS; MARTINS, 2008).

Estudo realizado por Silva e Gonçalves (2006) relatando a vivência de enfermeiros com pacientes de cuidados paliativos “revelam que as concepções dos enfermeiros acerca do paciente com câncer eram fatalistas, pois o indivíduo com câncer estava associado a uma doença com mutilação, sofrimento e a morte que viria de forma lenta e dolorosa” (SILVA; GONÇALVES, 2006, p. 479).

O enfermeiro deve trabalhar com a família para aumentar a participação desta nos cuidados relacionados ao paciente, oferecendo apoio para que esta etapa da vida seja vivida não como tempo de espera angustiante pela morte, mas como período positivo em que é possível melhorar a interação família/paciente, proporcionando crescimento para ambos (FERNANDES; REIS; MARTINS, 2008).

Na vivência com o sofrimento com o outro crescemos e amadurecemos (FRANKL, 2010). Para Frankl a vida tem um sentido sob quaisquer circunstâncias, mesmo as mais miseráveis.

Projetando a mudança da prática de enfermagem diante da dor e do sofrimento do outro com a proximidade da morte

As ações a serem desenvolvidas são:

- Controlar adequadamente os sintomas empregando medidas para aliviar a dor e o sofrimento.
- Individualizar o cuidado.
- Utilizar habilidades para comunicação verbal e não verbal.
- Apoiar a família explicando sobre os motivos da dor.
- Avaliar os efeitos colaterais possíveis dos medicamentos como sonolência, torpor, depressão respiratória, náuseas, vômitos entre outros.
- Conversar com o paciente observando a parte bio-psico-social-espiritual.
- Estabelecer a comunicação com o paciente e seus familiares.
- Zelar pelo cumprimento dos princípios bioéticos, assegurando as informações com veracidade.

- A cada ação técnica assegurar que não está discorrendo em distanásia.
- Participar do processo de tomada de decisão orientando a família, atentando para as questões éticas.
- Fazer o elo entre parte técnica e humana do cuidado.
- Evitar falar apenas sobre a doença.
- Cuidar sempre do binômio paciente-família.
- Manter a família informada sobre a situação do paciente.
- Utilizar linguagem clara e acessível para as pessoas que não são profissionais de saúde.
- Conversar com os familiares, que o paciente está sendo bem cuidado e que todo o possível será feito para que ele não sofra.
- Permitir à medida do possível a presença da família em tempo integral.
- Incentivar os familiares a participarem dos cuidados ao paciente, de modo a sentirem-se mais úteis.
- Orientar os familiares que o tato e a audição são os últimos sentidos que se perde, mesmo quando o paciente se encontra inconsciente deve-se evitar comentários.

CASO 2 – O enfermeiro vivencia a dor e o sofrimento com a morte de um parente

*Eu tive uma **vivência** recente de uma **tia**. Eu a internei na quarta feira pela manhã e quando foi na quinta feira eu recebi a paciente como um **óbito**. Então era a **minha tia**, a minha experiência foi diferente, eu **chorei**, quando é com o paciente eu não choro, porque ali era a **minha tia que é da minha família**. Eu procurei as colegas para darem assistência. Recebi a família da minha tia e estavam **sofrendo com a morte dela**. Então, quando é da **família é diferente a dor e o sofrimento são maiores** do que quando a gente é só profissional e vivência a morte (Azaléia)*

Azaléia relata uma situação vivenciada com a morte de um parente em que refere que é diferente vivenciar a morte de um familiar e de um paciente, pois quando é alguém da família o sofrimento e a dor são maiores e a pessoa chora pela perda.

Quadro 12 Avaliando a necessidade de mudança da prática a partir de problemas identificados e articulados com intervenções e resultados na vivência da dor e do sofrimento com a morte de um parente .

PROBLEMAS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Ao receber um familiar depois de morto em seu local de trabalho, causa dor e sofrimento.	Providenciar outros profissionais para prestar cuidados.	Os cuidados são prestados por outros profissionais que não estão emocionalmente envolvidos com a pessoa que morre.
A prestação de cuidados ao familiar falecido.	Receber a família.	O apoio à família diante da dor e do sofrimento
	Prestar apoio à família diante do sofrimento com a morte do familiar.	Os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem não envolvidos emocionalmente diminuem o sofrimento e a dor.

Compreender a situação do outro constitui uma ação do cuidar construída em *ser-com* o outro no mundo do trabalho, e essa abertura para o outro possibilita um cuidar que vai além da técnica enquanto essência das ações dos enfermeiros.

A transitoriedade da vida faz parte do que Frankl (2011) chamou de tríade trágica da existência humana. Logo, essa “transitoriedade constitui um problema que aflige o paciente portador de uma doença incurável, o qual confronta não apenas o sofrimento, mas também uma morte iminente” (FRANKL, 2011, p. 150).

Quadro 13 Buscando selecionar as melhores evidências diante da vivência da dor e do sofrimento com a morte de um parente.

O enfermeiro vivencia sofrimento ao receber um familiar falecido (a tia) em seu local de trabalho.
A situação vivenciada pelo enfermeiro com a morte de um parente é expressa de forma diferente da que teria se o paciente não fosse um parente seu. Ele se permitiu expressar emoções como o choro pela perda do familiar e toma a atitude de delegar os cuidados a outro profissional.
Quando a morte é de um paciente que não faz parte das relações familiares é presenciada pelo enfermeiro ele revela seu agir técnico/profissional.

Nesse ambiente tecnicista e tecnológico do hospital, também existe a possibilidade de os enfermeiros deixarem emergir o modo de *ser-com* as pessoas que cuidam, facilitando a vida dos que foram atingidos por uma condição crônica de saúde com internamentos prolongados, enfrentando uma situação de dor e sofrimento vivenciado pelos pacientes e seus familiares.

Os enfermeiros devem cuidar do corpo com respeito e levar em conta a tridimensionalidade do ser sob os aspectos biopsicosocioespíritual (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

Para Frankl (2008, p. 119), é possível enxergar uma luz diante do sofrimento e isso significa sentido, ou seja, a sua força motivadora para enfrentar o sofrer.

Quando o homem descobre que seu destino lhe reservou o sofrimento, tem que ver nesse sofrimento também uma tarefa única e original. Mesmo diante do sofrimento, a pessoa precisa conquistar a consciência de que ela é única e exclusiva em todo o cosmo dentro deste destino sofrido. Ninguém pode assumir dela o destino, e suporta esse sofrimento está também a possibilidade de uma realização única e singular. (FRANKL, 2009, p. 103).

Os enfermeiros transformam o sentido de suas vidas e seu comportamento ao cuidarem de pessoas na finitude da vida, essa vivencia os liga ao mundo vida dos pacientes e familiares ao seu mundo vida enquanto *ser-aí-com*.

Analizando criticamente as evidências de vivência da dor e do sofrimento com a morte de um parente

O sofrimento vivido pelo enfermeiro no desenvolvimento do processo de morte de um familiar, em seu local de trabalho, se constitui para ele um limite no cuidado. Assim, prestar cuidados a um familiar que está morto mobiliza emoções como dor e sofrimento vivido com a perda.

Há no cotidiano do trabalho do enfermeiro um sofrimento com sentido, o de cuidar da pessoa que sofre e transformar o sofrimento em algo positivo. O choro foi à primeira expressão de sofrimento do enfermeiro revelada ao constatar a morte de um familiar em seu local de trabalho. Para ele, a morte de uma pessoa (não familiar) é revelada como de melhor aceitação devido ao estabelecimento de um vínculo de trabalho e não laços de família. É com o aprendizado durante a convivência com a dor e o sofrimento que emerge o valor atitudinal proposto por Frankl diante da possibilidade de expressão de distanciamento de situações de

morte a exemplo de uma das alternativas frente à necessidade de decidir sobre a melhor conduta a ser tomada.

A boa comunicação diminui a ansiedade da família. “O cuidado e a atenção dispensados aos familiares permitem não só a percepção de qualquer mal estar e a mobilização de recursos necessários para o devido alívio e consolo” (FERNANDES; REIS; MARTINS, 2008, p. 49).

Projetando a mudança da prática de enfermagem para a implementar uma proposta para o enfermeiro no cuidado a pessoa que vivencia a dor e o sofrimento com a morte de um parente

As ações a serem desenvolvidas são:

- Solicitar ajuda ao colega para cuidar de seu ente querido.
- Orientar a família sobre a situação do paciente.
- Reduzir a ansiedade dos familiares através da boa comunicação.
- Ajudar nos encaminhamentos necessários após a morte.
- Apoiar e ajudar a família no processo de elaboração do luto.
- Aceitar a realidade da perda.
- Deixar os familiares expressarem a dor da perda.
- Respeitar a autonomia da pessoa na escolha dos cuidados e tratamentos ao fim da vida.
- Realizar o preparo do corpo após a constatação do óbito.
- Encaminhar para o necrotério.

CASO 3 – Vivenciando a culpa pela falta de recursos materiais necessários à prestação de cuidados

*O caso que me marcou mesmo! Foi o de um paciente em uma questão de **administração da equipe** que me chocou porque o paciente broncoaspirou. Não tinha um **sucosmetro** (vácuo) em todas as clínicas, para poder **aspirar**, no momento correto, o paciente. Neste dia **estavam preocupados em cobrar a farda branca, o jaleco, se o sapato que estávamos usando era branco**. Se a enfermeira tinha cara e cheiro de enfermeira e eu nunca entendi isso! Mas, e então, estavam nesta fase de reuniões em que todo mundo foi cobrado e **estávamos sob tensão porque tinha que vir de branco**. Um paciente*

*que tinha condições terapêuticas e você vê morrer! Às 5 horas da manhã estava agonizando e eu disse meu Deus! Cadê um sucsumetro? E não tinha nem no CME, não tinha em canto nenhum! O paciente ficou até às 7 horas da manhã sem o sucsumetro e na emergência. Também, não podia receber o paciente porque não tinha o sucsumetro, não tinha o aparelho. E aí dói! Não dói, mesmo? E eu acredito, também, que se nós tivéssemos dado uma **assistência adequada**, o paciente **poderia não ter morrido**. E a gente não se sentiria **tão culpado**. (Cravo)*

Cravo relata uma situação vivenciada na unidade de clínica médica em que necessitou de um aparelho de vácuo para realizar aspiração de secreção de um paciente grave e não tinha disponível no hospital levando o paciente ao agravamento do quadro e evoluir para a morte fazendo com que o enfermeiro se sinta culpado com a situação.

Na época a preocupação era a cobrança com o fardamento da equipe de enfermagem. Podemos observar neste caso a preocupação do enfermeiro no cuidado e a angústia, o desespero por não ter conseguido prestar o cuidado devido e assistir a morte.

Quadro 14 Avaliando a necessidade de mudança da prática de enfermagem com a identificação de problemas articulados a intervenções e resultados diante da vivenciada culpa pela falta de recursos materiais necessários à prestação de cuidados.

PROBLEMAS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
A culpa do enfermeiro pela morte do paciente	Solicitar encaminhamento do paciente para outra unidade por falta de material para o cuidado	Ausência de vaga para o paciente em outras unidades do hospital para prestação de cuidados o paciente morre gerando a culpa do enfermeiro
Há déficit de recursos materiais no hospital para prestação de cuidados	Solicitar manutenção do sistema de vácuo e aquisição de novos aparelhos. Realizar comunicação interna para coordenação de enfermagem registrando o fato e não assumir a unidade sem os materiais necessários para os cuidados.	O enfermeiro solicita materiais em outros setores do hospital, mas sem êxito.

	Cobrar da supervisora e coordenadora de enfermagem os recursos materiais necessários para cuidados evitando expor a riscos a vida dos pacientes	A supervisão e coordenação de enfermagem do hospital estava preocupada com o fardamento dos enfermeiros.
--	---	--

Existem diversas máscaras e disfarces sob os quais transparece o vazio existencial. As vezes a “vontade de sentido frustrada compensada por uma vontade de poder, incluindo sua mais primitiva forma, que é a vontade de dinheiro” (FRANKL, 2009, p.132).

Quadro 15 Buscando selecionar as melhores evidências de vivências de culpa pela falta de recursos materiais necessários à prestação de cuidados.

O enfermeiro vivencia a culpa ao prestar cuidado à pessoa em processo de morte por falha na assistência decorrente que ele associa à falta de recursos materiais no hospital.
Ao constatar não ter solicitado o equipamento que poderia ter melhorado o atendimento à pessoa na Clínica médica o enfermeiro vivencia a culpa.
A vivência da culpa não diminui no enfermeiro ao constatar que o equipamento estava em falta na Unidade de clínica médica também está faltando nas demais unidades da instituição.
A culpa é vivenciada pelo enfermeiro ao constatar a não realização da manutenção preventiva do aparelho de vácuo da unidade.
O enfermeiro associa a culpa pelo agravamento do processo de morte à inexistência de equipamento na unidade.
Estar sofrendo pressão de dirigentes da instituição para a utilização de uniforme possibilitou ao enfermeiro exprimir uma crítica sobre a inversão de prioridades de cuidado em relação à prioridade de recursos para os cuidados.
Vivenciar pressão sobre o agir profissional faz emergir no enfermeiro o sentimento de indignação pelo tratamento recebido por toda a equipe de enfermagem

A culpa é uma atitude que diz respeito a pessoa a si mesmo. É privilégio do homem a possibilidade da culpa, pois é um ser que decide, bem como sua responsabilidade em superá-la (FRANKL, 2011).

Analisando criticamente as evidências de vivências de culpa pela falta de recursos materiais necessários à prestação de cuidados

O enfermeiro atribui a culpa à falta de recursos materiais no hospital por não conseguir prestar cuidado adequado ao paciente no processo de morte do paciente. Essa culpa é um sentimento expresso no desespero e angústia com a situação vivenciada. Ele possui o dever de comunicar sobre a necessidade do material, por escrito, a supervisora e, caso não obtenha suprimentos para a unidade sob sua responsabilidade deve avaliar a seu processo de responsabilização na unidade.

A morte do paciente por falta de material para prestação do cuidado deve ser analisada tanto pelo enfermeiro como pelos representantes da instituição que devem considera as solicitações para a aquisição de materiais com vistas a um cuidado adequado. As consequências de um cuidado sem recursos possibilita a ocorrência de problemas éticos, morais e legais no desenvolvimento dos cuidados, uma vez que os familiares podem processar o hospital e o enfermeiro por falhas no atendimento.

“A mistanásia é a morte miserável antes da hora, provocada por erro ou má prática, ou por omissão de socorro. Acontece dentro do hospital por falta de estrutura, de recursos, de pessoal para atender de maneira adequada todos os que precisam de assistência” (MARTIN, 2006, p. 47).

Projetando a mudança da prática para implementação da proposta de ações para o enfermeiro diante da vivencia da culpa pela falta de recursos materiais necessários à prestação de cuidados à pessoa no processo de morte e morrer

As ações a serem desenvolvidas são:

- Cobrar dos dirigentes das unidades os recursos para o cuidado à pessoa.
- Refletir sobre a responsabilidade e compromisso profissional.
- Solicitar a aquisição de materiais necessários à prestação dos cuidados.
- Encaminhar através de comunicação interna o que ocorreu para coordenação de enfermagem.
- Cobrar a aquisição de material e caso não tenha o material necessário para garantia do cuidado ao paciente, não assumir a unidade.

- Tomar uma atitude diante da situação vivenciada.
- Comunicar as instancias superiores as condições de trabalho que prejudiquem a atuação do enfermeiro para exercício seguro.
- Cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, das Responsabilidades e Deveres no Art. 64, determina: “Recusar-se a desenvolver atividades profissionais na falta de material” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 41).
- Seguir o que está determinado no Código de Ética dos profissionais de enfermagem Art. 61 “Suspender suas atividades individuais ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições dignas para o exercício profissional, ou que desrespeite a legislação do setor saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente por escrito sua decisão ao Conselho regional de Enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 41).
- De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, das Responsabilidades e Deveres no Art. 13, determina: “Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 37).

CASO 4 Vivenciando a responsabilização pelo cuidado de enfermagem

*Ocorreu um descaso no plantão passado. Tinha uma paciente queimada, **jovem, de 24 anos**, na unidade de emergência. Eu observei a prescrição que tinha apenas 1000 ml de soro fisiológico. Já estava no hospital há 24 horas. Então, eu fui falar com a colega que estava sentada, pois não é o meu setor. Ela me olhou e aí eu fui olhar no prontuário da paciente. E olhei a observação de enfermagem, mas não tinha nada. E aí a gente não aguenta! Eu disse para colega: essa paciente está aguardando regulação para Salvador? E ela disse: É! E eu disse: Eu estou observando uma coisa no prontuário desta paciente **que já tem 24 horas e só tem 1000 ml de soro fisiológico** e não tem nenhum antibiótico prescrito! E essa paciente não está avaliada a parte renal. A paciente com **queimadura extensa!** E ela olhou para mim e fechou a cara e saiu do lugar. Então, infelizmente, a paciente vai chegar na unidade de queimados já com sequela. A gente não podia prevenir? E **ela cínica**, olhou e saiu. E aí, eu fico indignada. Eu pedi ao médico: faz alguma coisa por essa paciente! Eu falei com ele para prescrever mais soro e antibiótico e ele prescreveu. Mas a **colega não gostou**. Poxa! Eu fico chateada! A enfermeira não tem*

uma atitude. O paciente é da gente, tem que ter humanidade. [Chorou] fez um silencio e expressou: Então, fico indignada, mas saio dali sem me sentir culpada, eu fiz a minha parte, mesmo desagradando à colega. Gente! É um ser humano (Gardênia)

Gardênia refere uma situação vivenciada quando estava na unidade de emergência que não é o seu setor de trabalho e presenciou uma paciente jovem vítima de queimadura necessitando de cuidados e resolveu tomar uma atitude e ajudar a paciente.

Ao questionar a colega do plantão sobre o caso da paciente a mesma não gostou. Refere o descaso de alguns profissionais com a vida do outro, a falta de tomada de decisão e atitude profissional diante de uma situação. Isso faz com que fique revoltada com a profissão. Porém salienta que ao tomar a atitude diante da situação faz com que saia da unidade se sentindo útil e sem ter o sentimento de culpa.

Quadro 16 Avaliando a necessidade de mudança da prática com a identificação de problemas articulados às intervenções e resultados a partir da vivência da responsabilização pelo cuidado de enfermagem a pessoa no processo de morte e morrer

PROBLEMAS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Descuido, descaso e negligência no cuidado a uma paciente vítima de queimadura.	Solicitar uma atitude da colega	A colega não teve nenhuma atitude diante da situação
Sequelas e complicações que o paciente, vítima de queimadura pode apresentar como infecções, insuficiência renal, distúrbio hidroeletrólítico entre outros.	Tomar uma atitude diante da situação.	Tomada de decisão do enfermeiro diante da situação.
Este caso marcou Gardênia pelo descuido da colega a uma pessoa vítima de queimadura.	Solicitar a intervenção do médico para uma nova prescrição	Prescrição de antibióticos e solução venosa para cuidado ao paciente
	Presta cuidados ao paciente vítima de queimadura	Administração de solução venosa e de antibióticos.

Ser um facilitador nessa etapa da vida da pessoa *ser-aí* com o outro é estar envolvido, ligado ao outro, empenhando-se em tudo que faz com compromisso e responsabilidade (FRANKL, 2009).

Quadro 17 Buscando selecionar as melhores evidências diante da vivência da responsabilização pelo cuidado de enfermagem à pessoa no processo de morte e morrer

O Enfermeiro expressa sua indignação diante da omissão de cuidados a uma paciente vítima de queimaduras considerando a responsabilidade profissional pela atenção e cuidado dirigidos à preservação da vida.
O enfermeiro revela o cuidado na preocupação vivida ao buscar o profissional que possui o poder de decidir sobre a terapêutica de hídrica e de antibióticos.
Para o enfermeiro o fator tempo é importante para a tomada de decisão na intervenção de enfermagem
Os limites impostos pelas relações profissionais faz com que o enfermeiro inicie os cuidados a paciente grave na Unidade de Emergência e ajudar a paciente..
Ao avaliar as condições da paciente queimada na unidade de Emergência o enfermeiro toma como base o risco de complicações renais.
O processo de responsabilização é expresso pelos enfermeiros revelando as dimensões das respostas SIM e NÃO ao processo de cuidar ao fim da vida
Assumir a responsabilidade pelo cuidado da pessoa queimada e enfrentar a resistência da colega possibilita o emergir à consciência do dever cumprido e a ausência da culpa.

“O entendimento correto sobre o sentido da culpa favorece compreender o sentido da vida e enriquece as possibilidades na luta por nossa condição de seres humanos” (FRANKL, 2009, p.97).

A compreensão de eu, a vida não foi concedida apenas como fato natural, mas como veículo de efetivação do *logos*, ou como possibilidade de encarnação de valores espirituais, encontra-se profundamente ancorada, na consciência do sentido da culpa.

Analisando criticamente as evidências das vivências da responsabilização pelo cuidado de enfermagem à pessoa no processo de morte e morrer

O enfermeiro ao identificar os problemas do paciente diante da situação de queimadura refere à tomada de decisão de cuidar de um paciente de outra unidade que não recebia dos cuidados preventivos que poderiam evitar complicações e sequelas como: insuficiência renal aguda ou crônica, distúrbio hidroeletrólítico e infecções entre outros, podendo levar a pessoa ao risco de morte. É importante reconhecer a gravidade da situação e assumir a responsabilidade pelo cuidado encaminhando o paciente para unidade de queimados e viabilizar a recuperação da saúde.

Identificar a necessidade de cuidados de enfermagem e não dar respostas envolve um aspecto da responsabilidade profissional caracterizada por omissão e negligência trazendo consequências tanto para o paciente quanto para o profissional enfermeiro, a instituição e a profissão.

“A liberdade de decidir, o chamado livre arbítrio, é coisa óbvia para o homem sem preconceitos, que tem a experiência vivencial e imediata de si, como ser livre” (FRANKL, 2010, p. 123).

Quantas vezes não nos aparece um dos nossos pacientes a afirmar que a sua vida não tem sentido algum, por carecer de um valor superior a sua atividade, antes de mais nada, temos que chamar-lhe a atenção para o fato de que, em última análise, é indiferente o lugar em que um homem se situa ou o trabalho que faz, dizendo-lhe que o que importa fundamentalmente é o modo como trabalha (FRANKL, 2010).

É importante distinguirmos ainda entre uma falha humana que ocorre apesar da dedicação e dos cuidados de um profissional sério, que trabalha dentro dos preceitos éticos exigidos pela sociedade e pela sua profissão, e erros ou danos previsíveis e evitáveis causados por um profissional incompetente ou irresponsável que por um ato de negligência, imprudência ou imperícia pode levar a complicações a vida do outro.

O senso de responsabilidade foi visível em um dos casos revelados por um dos enfermeiros diante da situação, devido ao colega ter negligenciado o cuidado, levando a risco a vida do outro, desta forma teve a liberdade de tomar uma atitude de responsabilidade diante da situação vivenciada.

Tratando-se de um fenômeno humano, a liberdade é também inteiramente humana. A liberdade humana é uma liberdade limitada. O homem não é livre de certas condições. Mas, é livre para tomar posições diante delas. As condições não o condicionam inteiramente. Dentro de certos limites depende dele se sucumbe e se deixa limitar pelas condições ou não. Ele pode até superar as condições e, assim fazendo, abrir-se um caminho e penetrar na dimensão humana (FRANKL, 2005).

Projetando a mudança da prática de enfermagem para implementar uma proposta de ação para o enfermeiro diante da vivência da responsabilização pelo cuidado de enfermagem à pessoa no processo de morte e morrer

As ações a serem desenvolvidas são:

- Contribuir para que o cuidado não seja negligenciado fazendo com que respeite a vida do outro.
- Prevenir as complicações fazendo o possível para evitar sequelas.
- Orientar a colega na prestação do cuidado adequado à situação do paciente.
- Supervisionar o cuidado de enfermagem.
- Avaliar o cuidado prestado pelo enfermeiro da unidade pela supervisora de enfermagem.
- Encaminhar para unidade de queimados para que sejam prestados os cuidados específicos.
- Orientar a colega sobre compromisso e responsabilidade.
- Realizar os cuidados necessários para que não se sinta culpado.
- Discutir nas reuniões sobre o papel específico do enfermeiro na unidade hospitalar com relação a tomada de decisão.
- Reavaliar após a realização dos cuidados.
- Cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, das Responsabilidades e Deveres no Art. 40, determina: “Posicionar-se contra falta cometida durante o exercício profissional seja por imperícia, imprudência ou negligência”. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 39).
- Cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, das Responsabilidades e Deveres no Art. 36, refere: “Participar de prática multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade”. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 39).

CASO 5 - Vivenciando o sofrimento da família com a morte do paciente

*A experiência mais recente que nós tivemos: eu estava em visita, na enfermaria 201, quando fui abordada que **havia ocorrido um óbito** na enfermaria e eu fui ver a paciente e **já estava sem dados vitais**. Estava um médico com alguns residentes de medicina, eles já sabiam que a paciente estava em óbito e aproveitaram aquele momento para fazer a*

*intubação, mas eu percebi na hora que foi só para estudos, porque tinham alguns internos que **queriam treinar a passagem da cânula**. E o que eu vejo mais, na realidade da minha experiência, do meu dia a dia é a vivência da família, porque **a enfermagem fica atarefada com outros afazeres e a família a gente diz doutor é o senhor que vai dar a notícia e ele diz sou eu e tinha uma neta presente e ele disse simplesmente a informação do óbito e saiu e todo o restante da tarefa fica por conta da enfermagem. Só que a enfermagem em si ela está sobrecarregada, não é? E aí, na hora que o médico saiu, a acompanhante do paciente **entrou naquele quadro de desespero**, desmaiou e os familiares e visitantes ficam todos envolta e a gente fica dando apoio. **Todos têm a curiosidade de ver aquele quadro**. E durante esse aguardo da documentação vem a declaração de óbito e o preenchimento, tudo isso demora, não é? E durante esse período ela teve dois episódios de desmaio [...] o que fazer? A enfermagem não pode ficar diretamente prestando essa assistência. Essa foi uma experiência que eu tive aqui. (Orquídea)***

Orquídea revela ser comum na unidade de trabalho a família presenciar residentes e internos da clínica praticarem técnicas de reanimação após ter sido confirmado o óbito do paciente. Ele neste contexto assume as demais tarefas referentes ao processo de morte e morrer, pois expressa ser da responsabilidade do médico informar à família o óbito. Para ele isso aumenta a carga de trabalho do enfermeiro principalmente no que diz respeito ao apoio à perda que família sofre com a morte de seu familiar, o que lhe causa indignação.

O familiar acompanha aquela situação e se desespera quando tem a notícia informada pelo médico do óbito e após dar a notícia o médico sai da unidade e a enfermagem que está com várias atividades tem que prestar o apoio mesmo sem ter formação. No momento do óbito a enfermaria fica lotada de pessoas, pois todos tem curiosidade em ver o morto.

Orquídea teve uma experiência, na unidade de clínica médica, ao presenciar um paciente em processo de morte e solicita ao médico para avaliar a ocorrência de óbito ou não.

Quadro 18 Avaliando a necessidade de mudança da prática com a identificação de problemas articulados às intervenções e resultados diante da vivência do sofrimento da família com a morte do paciente.

PROBLEMAS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Sobrecarga de trabalho do enfermeiro.	Solicitar recursos humanos para unidade.	Alívio do estresse no trabalho.

O desespero da família quando o paciente morre.	Informar a família do paciente sobre a morte do paciente pelo médico	A notícia do óbito fez emergir o desespero dos familiares
Curiosidade dos acompanhantes no momento do óbito.	Solicitar aos acompanhantes para aguardar do lado de fora da enfermaria ou com os pacientes nas enfermarias.	Saber que uma pessoa morre motiva outros para aproximar-se do morto.
Treinamento de residentes com o corpo do paciente pós morte	Evitar exposição do corpo. Providenciar o biombo colocando em torno do leito	Proteção da dignidade do morto. Desviar a curiosidade das pessoas.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com essa situação, de modo a compreenderem e ajudarem os que morrem e também os que vão perder ou já perderam um ente querido (FRIAS; PACHECO, 2013).

Perceber e ajudar a atender as necessidades da pessoa que morre é um exercício de solidariedade. O enfermeiro solidário alia a competência técnica, o conhecimento e seus valores a serviço da pessoa fragilizada para lidar com a dor e o sofrimento no final da vida (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

Quadro 19 Buscando as melhores evidências das vivências de sofrimento da família com a morte do paciente.

O sentimento de sobrecarregada de trabalho é vivido pelo enfermeiro que enfrenta inúmeras atividades e o sofrimento da família com a morte do paciente.
Ser informada sobre o óbito do familiar sem uma abordagem previa leva a família à expressão de desespero emocional.
A presença de um óbito na unidade desperta a curiosidade de todos que se encontram nos espaços de cuidado e a proximidade com a morte.
O treinamento de internos e residentes para passagem da cânula leva à desconsideração da pessoa que evoluiu para a morte. A família e os acompanhantes presenciam esta prática clínica com indignação.
O pouco conhecimento sobre como se dá o processo de luto leva o enfermeiro a prestar cuidados à pessoa em sofrimento sem considerar aspectos que são relevantes para os familiares e a equipe de enfermagem.

O ser humano é responsável por fazer uso das responsabilidades que lhe aparecem para atualizar suas potencialidades e realizar valores (FRANKL, 2011).

Analisando criticamente as evidências das vivências de sofrimento da família com a morte do paciente

Essa vivência ocorreu na unidade de clínica médica foi uma situação em que o enfermeiro encontrou um paciente em óbito, solicitou ao médico para avaliar, nesse momento estavam com residentes e internos, na clínica medica, tentaram reanimar a paciente para treinamento, mesmo sabendo que já havia morrido.

Nesse momento os familiares ficam desesperados e quando recebem a notícia do óbito precisam de apoio e a enfermagem está sobrecarregada de trabalho. Faz-se necessário um profissional no momento da morte do paciente para dar apoio à família, comunicar a situação do paciente, orientar os familiares a saírem da enfermaria enquanto são prestados os cuidados ao paciente. Informar aos familiares sobre o preparo do corpo e se querem permanecer na enfermaria enquanto são prestados os cuidados ao corpo.

No estudo de Menezes (2006) publicado no livro em busca da boa morte a autora revela que a boa morte é preparada, controlada e anunciada, possibilitando o domínio médico e psicológico, referente à reação emocional dos familiares.

O momento da morte, quando devidamente administrado pela equipe, perde sua carga dramática, sendo investido de significados positivos, tais como sereno, tranquilo, pacífico. “Com a intervenção e a mediação de profissionais habilitados, a morte pode ser transformada em um evento natural e aceito socialmente” (MENEZES, 2004, p. 187).

É importante reconhecer que a família pode estar sofrendo um pesar antecipado e reagindo à perda prevista. Deve-se compreender que diferentes membros da família podem comportar-se de maneiras diferentes de demonstrar o pesar. “É necessário que se evite a desaprovação do comportamento dos familiares, pois eles podem estar se sentindo culpados por não demonstrarem tristeza” (MUCCILLO, 2006, p. 352).

Na maioria dos hospitais, a morte e o morrer ocorre, muitas vezes, em meio ao anonimato, e o silêncio é o refúgio do profissional, não se explica nada, não se oferece aos familiares acomodações para permanecer junto ao paciente (MUCCILLO, 2006).

Projetando a mudança da prática de enfermagem para implementar uma proposta de ação para o enfermeiro diante da vivência do sofrimento da família com a morte do paciente

As ações a serem desenvolvidas são:

- Discutir com a equipe medica sobre a situação dos familiares que presenciam a morte e o treinamento de outros profissionais.
- Orientar a família sobre a situação do paciente.
- Trabalhar com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.
- Conversar com os familiares sobre a finitude da vida e o sofrimento que estava o paciente.
- Orientar os acompanhantes a permanecerem com seus pacientes.
- Realizar o preparo do corpo preservando a individualidade da pessoa evitando a exposição.
- Encaminhar a família para atendimento caso necessário.
- Realizar os encaminhamentos necessários para providenciar a declaração de óbito.
- Apoiar a família orientando o que fazer após receber a noticia do óbito.
- Encaminhar a família para o serviço social.
- Cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, das Responsabilidades e Deveres no Art. 17, determina: “Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 37).

CASO 6 Aceitando o processo de morte e morrer durante o cuidado à pessoa na finitude da vida

Teve um caso na clinica medica de uma paciente que tinha um odor fétido, insuportável e essa era uma das maiores barreiras para as pessoas estarem próximas e prestarem cuidados, porque tem um limite para você suportar. Quando eu me deparei com está paciente eu já havia cuidado de vários outros pacientes, então, eu não estava mais naquela fase de medo de querer me livrar logo, eu tentava cuidar levando uma máscara, um perfume para eu não usar como uma desculpa, o mal cheiro e sair, eu tentei alguns artifícios, eu fiquei mais tempo com ela então eu vi a transformação. Eu me estimulava a

*ficar com ela e não me incomodava tanto, parece que eu não ficava muito fixa e também estava com uma máscara com perfume, mais eu me distraía e me envolvia e o incomodo do mau cheiro, era muito pequeno e já dava para eu ficar mais tempo confortavelmente. **O que mais me estimulou assim a ficar mais próximo dela foi as coisas que ela passava para mim, ela foi uma das pacientes que sofreu muito e eu não vi muita revolta, ela tinha um lado amoroso, era dócil e puxava as pessoas para ficarem próximas, por outro lado ela repelida as pessoas devido ao seu mau cheiro, a sua situação, mas por outro lado com sua docilidade, ela tinha uma coisa amorosa que a gente se prendia, a gente queria saborear um pouco daquilo. Eu considero que ela teve uma morte tranquila, ela não externava revolta, eu acho que ela foi diferente de muitos pacientes é como ela aceitasse o processo dela, ela viu que não tinha mais jeito de reverter a situação e isso para mim foi uma lição muito marcante, ela sempre me vem a lembrança, foi uma das pacientes que mais me marcou.** (Girassol)*

Girassol relata uma situação vivenciada na unidade de clínica médica sobre a aceitação da morte por uma paciente que estava em sofrimento intenso e mesmo assim era cordial, dócil e não expressava nenhuma revolta com a sua situação.

Os familiares acompanharam o sofrimento do paciente com resignação. Não eram solicitantes. O paciente mesmo em sofrimento não reclamava da dor apesar de estar expressa na sua face de sofrimento.

Este caso marcou Girassol porque no início se afastou do cuidado desta paciente pelo mau cheiro e com o passar do tempo foi conhecendo a pessoa que mesmo nesta situação de sofrimento fez com tivesse uma transformação e aceitasse a sua finitude da vida.

Quadro 20 Avaliando a necessidade de mudança da prática de enfermagem com a identificação de problemas articulados às intervenções e resultados diante da Aceitação do processo de morte e morrer.

PROBLEMAS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Barreira na prestação do cuidado devido ao odor fétido.	Utilizar uma máscara com perfume para prestar cuidados a paciente	Melhorou a situação de prestação de cuidados pelo enfermeiro ao paciente.
Afastamento das pessoas pelo odor fétido	Realizar o curativo mais de uma vez ao dia para reduzir o odor	O lado amoroso da paciente fazia com que as pessoas se aproximassem

Vivencia com o sofrimento do paciente na finitude da vida.	Aproximar do paciente por mais tempo devido mesmo com sofrimento não expressar revolta e ter uma morte tranquila	Inexistência de revolta com a situação por parte do paciente e dos familiares. O paciente teve uma morte tranquila.
--	--	---

Isso significa, dizer sim à vida, apesar das adversidades, das inevitáveis misérias. E isso supõe o ser humano como ser capaz de responder à vida utilizando-se da sua capacidade de transformar criativamente os aspectos negativos em algo positivo, construtivo. Retirar do caos o melhor que puder, este é seu dever e responsabilidade.

O melhor, no entanto, é o que em latim se chama *optimum*, daí o motivo por que falo de um otimismo trágico, isto é, um otimismo diante da tragédia e tendo em vista o potencial humano que, nos seus melhores aspectos, sempre permite; 1. Transformar o sofrimento numa conquista e numa realização humana; 2. Extrair da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor; 3. Fazer da transitoriedade da vida um incentivo para realizar ações responsáveis (FRANKL, 2009, p. 119).

O sentido de quem sofreu ou sofre é que se reconhece aí no mundo, condenado à liberdade diante dos fatos do seu viver, existir e ser; diante do meu *não-ser*, nada, morte.

O reconhecimento que o outro possui dimensões e estas devem ser tratadas em conjunto, que o processo possui fases e essas devem ser reconhecidas, acompanhadas e compreendidas (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

Quadro 21 Buscando selecionar as melhores evidências da aceitação durante o cuidado à pessoa no processo de morte e morrer

O despreparo para cuidar de pessoas que exalam odor por estar com infecção secundária a câncer provoca no enfermeiro um afastamento do cuidado ao paciente que pode ser interpretado como descaso ou rejeição pelo odor fétido
A paciente mesmo em sofrimento não reclamava da dor de sofrimento apesar de estar expresso na sua face. A dor e o sofrimento não impedia a cordialidade, docilidade e a resignação diante da condição de terminalidade.
O odor fétido das feridas afasta as pessoas do cuidado e da presença
O uso de máscara com perfume é um dos artifícios que possibilita a prestação de cuidados
A pessoa diante do sofrimento intenso transcende e aceita a presença da morte como definidora da sua finitude

O homem deve no tempo e na finitude levar alguma coisa até o fim, isto é, arcar com a finitude e contentar-se conscientemente com um fim. O homem não é subjugado pelas condições diante das quais se encontra. Ao contrário, são elas que estão submetidas às suas decisões. De maneira consciente ou sem perceber ele decide se enfrentara a situação ou se cederá a ela (FRANKL, 2011).

Aceitar o outro com suas fragilidades, características pessoais e valores sem julgamento, é exercício de tolerância. O enfermeiro deve estabelecer uma relação franca, honesta e de ajuda, ter paciência na relação com a pessoa no fim da vida, particularmente em presença de angustia, medo da morte, e solicitações frequentes de sua presença próxima ao leito (SANTA ROSA; FONTOURA, 2013).

Analisando criticamente as evidências de aceitação durante o cuidado à pessoa no processo de morte e morrer

A barreira à prestação do cuidado ocorreu pelo odor fétido das escaras da paciente em que o enfermeiro utilizou uma máscara com perfume para amenizar a situação. A paciente não expressava a dor e não reclamava mesmo com sofrimento. A aceitação da morte pelos familiares e a paciente que estava na finitude da vida ocorreu devido à dor e o sofrimento.

A experiência do enfermeiro ao cuidar de pessoas na finitude da vida fez com que tivesse uma transformação do medo do enfermeiro ao presenciar uma morte tranquila do paciente.

Vivenciar a morte do outro é algo que nos traz mais compreensão sobre o viver, o que, fatalmente, inclui a morte. Com medo de morrer não falamos sobre a morte e, muito menos, a elaboramos. Ao aceitarmos a realidade, transformamos a perda em algo mais tranquilo para nós e para o outro (SANTOS, 2009).

O homem é o único ser vivo que tem consciência de estar caminhando para morte. Não há nada mais certo na vida do que a morte, e é essa realidade que o homem não gosta de pensar, nem de falar, também não gosta de ver, presenciar e compartilhar (MUCCILLO, 2006, p. 348).

Projetando a mudança da prática de enfermagem para implementação de uma proposta de ação para o enfermeiro diante da vivência de aceitação durante o cuidado à pessoa no processo de morte e morrer

As ações a serem desenvolvidas são:

- Construir uma relação de confiança.
- Identificar os resultados das intervenções realizadas e as barreiras na prestação os cuidados.
- Implementar os princípios dos cuidados paliativos que são a verdade, a proporcionalidade terapêutica, o duplo efeito, a prevenção e o não abandono do paciente.
- Realizar o cuidado atentando para o alívio da dor e do sofrimento.
- Prestar cuidado com respeito e amor compreendendo a situação do paciente e o cuidado com dignidade do ser humano.
- Aprender a conviver com as perdas, a angústia e a fragilidade humana com compaixão.
- Prestar cuidado integral observando os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais da pessoa.
- Permitir que o paciente expresse livremente seus medos, anseios e esclarecer suas dúvidas.
- Manejar o processo de morte e morrer não adiando nem antecipando a finitude da vida.
- Manter o paciente sempre seguro pois o medo do abandono e da insegurança podem ser maiores que o medo da própria morte.
- Aprender com as situações de finitude que são únicas para cada pessoa.

6.5 SÍNTESE DAS POSSIBILIDADES DE DIAGNÓSTICO, AÇÕES DE INTERVENÇÃO E PROGNÓSTICO PARA A VIVÊNCIA DA TRÍADE TRÁGICA E DO OTIMISMO TRÁGICO ORIENTADO PELA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER

Construí um quadro para melhor sintetizar os casos nos depoimentos dos enfermeiros contextualizando o diagnóstico, ações de intervenção e o prognóstico. Na primeira coluna estão registrados os diagnósticos da tríade trágica, vivenciados e relatados nos casos, na segunda coluna estão as ações de intervenção diante das situações enfrentadas e na terceira coloquei os prognóstico relacionados ao otimismo trágico.

Quadro 22 Possibilidades de intervenção diante do diagnóstico e prognóstico da vivência do enfermeiro diante da tríade trágica para o otimismo trágico orientado pela prática baseada em evidências.

DIAGNÓSTICO TRÍADE TRÁGICA	AÇÕES DE INTERVENÇÃO	PROJETAR A MUDANÇA DA PRÁTICA OTIMISMO TRÁGICO
Evidências da dimensão do Sofrimento	Plano de ajuda na perspectiva existencial	Sofrimento com sentido - esperança/prática profissional
<i>Sofrimento como experiência marcante (Acácia).</i>	Preparar a parte espiritual e existencial para cuidado de si e do outro diante do sofrimento e da morte.	A família e o paciente revelam aceitação da dor e do sofrimento pelo diagnóstico de câncer.
<i>Sofrimento e a dor física da pessoa com câncer (Acácia).</i>	Aliviar o sofrimento proporcionando conforto físico.	O enfermeiro ao vivenciar o sofrimento do outro se envolve e também sofre na prática profissional.
	Aprender a lidar com a dor e o sofrimento do outro..	O cuidar do outro através de medidas que aliviem a dor e o sofrimento além dos medicamentos, cuidado humano, o toque, a comunicação.
<i>Sofrimento do enfermeiro quando alguém da sua própria família morre o profissional chora. (Azaléia)</i>	Compreender a inevitabilidade da morte como parte da vida de todos os seres humanos.	A dor e o sofrimento são maiores quando é alguém da família do enfermeiro.
Dimensões da Culpa	Plano de ajuda na perspectiva existencial	Transformação em algo positivo / Responsabilidade Fé em algo superior/desempenho

<i>Culpa pelo cuidado inadequado por falta de recursos materiais (Cravo).</i>	Aproveitar o nosso potencial ao máximo e cuidar do outro dentro das possibilidades existentes.	Se tivesse prestado uma assistência adequada o paciente poderia ter sobrevivido se os recursos necessários existissem para o cuidado.
<i>Vivência da morte do outro antes do tempo (Cravo).</i>	Valorizar a importância do viver e lutar por melhores condições de trabalho.	Realizar o máximo diante das situações para não se sentir culpado.
<i>Tensão de ver uma pessoa morrendo e não poder fazer nada (Cravo).</i>	Atingir um senso de aceitação da vida vivida e da aceitação da morte.	Aceitar a religiosidade do paciente e familiares, incentivando a fé independente de religião.
<i>Falta de atitude de uma enfermeira com relação ao cuidado com paciente queimada faz com que a colega preste o cuidado para não se sentir culpada (Gardênia).</i>	Cuidar do outro com atenção total, transcendendo as nossas próprias preocupações reconhecendo que ajudamos para manter a condição humana da existência.	Cuidado prestado ao paciente faz com que o enfermeiro não se sinta culpado, pois fez a sua parte.
Dimensões da Morte	Plano de ajuda na perspectiva existencial	Transcendência aceitação/mudança Amor
<i>Paciente morre e o enfermeiro vivencia o desespero da família (Orquídea).</i>	Buscar um sentido até o último minuto e quando pessoa morre esse sentido sofre alterações, mas nunca deixa de existir.	Os familiares ficam desesperados no início quando recebem a notícia da morte porém passam para aceitação pelo sofrimento vivenciado.
<i>Uso do outro para treinamento de outros profissionais quando o paciente morre (Orquídea).</i>	Escolher a atitude diante das situações exercendo nosso livre arbítrio.	Aceitação da morte como inexorável à vida.

<i>Notícia da morte para família e a enfermagem está sobrecarregada quando o paciente morre (Orquídea).</i>	Ajudar os familiares quando os pacientes se aproximam do final da vida orientando a permanecerem próximos.	Realização de discussões na graduação e no hospital sobre a morte e o morrer.
<i>Paciente com odor fétido devido a presença de úlceras tendo uma barreira na prestação de cuidados (Girassol).</i>	Prestar cuidado de conforto as pessoas as quais foram devastadas por uma doença utilizando meios para prestação do cuidado.	Uso de artifícios como uma máscara e perfume para prestação do cuidado.
<i>Medo da morte durante a prestação de cuidados (Girassol).</i>	Ficar mais próxima a pessoa é vital neste momento e faz com que supere o medo.	Transformação do paciente e do profissional ao cuidar de pessoas na finitude da vida.
<i>Vivência com a dor e o sofrimento sem revolta, mantendo-se dócil e amorosa (Girassol).</i>	Ter a coragem de ainda ter desejos e vontades na vida, apesar da sua finitude.	Com o tempo houve um estímulo para se manter mais próxima do paciente e o incomodo, o desconforto com o mau cheiro já dava para prestar o cuidado confortavelmente e não se repelia com o odor.
<i>Aceitação da morte quando a pessoa esta sofrendo e observa que não tem mais jeito (Girassol).</i>	Encontrar um sentido para existência humana é um instinto elementar e uma motivação básica do comportamento humano	Aceitação da morte fez com que tivesse uma morte tranquila, foi uma boa lição para o enfermeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi realizado com quatorze colaboradores com idade entre 28 e 55 anos de idade: oito estavam na faixa etária entre 28 e 40 anos e seis entre 41 e 55 anos; apenas um era do sexo masculino; o tempo de formação variou de 2 a 30 anos de trabalho destacando-se doze entre 1 a 6 anos e dois entre 7 a 12 anos de atuação na instituição pesquisada; destes apenas é graduado e os demais são especialistas; com relação a religião oito são católicos, três espíritas e três evangélicos; quanto à unidade um enfermeiro atuava somente na UPLP, quatro na clínica médica e nove desenvolviam suas atividades em escala de rodízio, quanto ao regime de trabalho doze possuíam contrato de 30 horas semanais e dois de 40 horas.

A compreensão dos enfermeiros com base na Análise Existencial e Logoterapia de Viktor Frankl, foi possível apreender a estrutura do fenômeno revelado em categorias e subcategorias empíricas sobre: o sentido da vida nas vivências desses enfermeiros que cuidam de pessoas no processo de morte e morrer, a compreensão sobre a vivência da tríade trágica no cuidado, em presença de sofrimento e dor, expressando a transformação em otimismo trágico revelado pela fé, amor, esperança e responsabilidade em seu cotidiano ao cuidar à pessoa na finitude da vida.

Alguns enfermeiros deste estudo revelaram um cuidado ao paciente, envolvido com ações de descuido como postergar a tomada de decisão diante de situações de morte. Eles recomendaram mudanças na política institucional que possibilitem à instituição ter um quadro de profissionais permanentes, comprometidos e responsáveis pelo cuidado à vida do outro, além da necessidade de capacitação e reflexão sobre o fazer cotidiano.

Para eles durante a formação há dificuldade em lidar com a morte, considerando-a como um processo natural do viver.

Os sentimentos vividos pelos enfermeiros deste estudo no cuidado a pessoa que está em processo de morte e morrer foram: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Os enfermeiros deste estudo revelam que a intensidade do sofrimento depende do vínculo estabelecido com os pacientes no processo de cuidar e a morte de pessoas jovens é menos aceita considerando o tempo de existência e das possibilidades do vir a ser.

Eles destacaram a importância de estimular todos os profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes em finitude da vida a participarem dos espaços de discussão para formulações de estratégias de enfrentamento das situações de morte.

Na etapa da prática baseada em evidências, da tríade trágica e do otimismo trágico de Viktor Emil Frankl a partir da análise dos casos relatados pelos enfermeiros foram desveladas as vivências do sofrimento, da culpa e da finitude da vida (morte).

As evidências apreendidas estão sintetizadas a seguir:

- a) O sofrimento foi vivenciado no contexto do cuidado não só pela dor vivida pelo paciente, familiares e profissionais de saúde, sendo particularizado o sofrimento dos enfermeiros ao estabelecerem vínculo com os pacientes que se encontram em período prolongado de internação.
- b) A culpa foi expressa pelos enfermeiros do estudo em dois sentidos: o primeiro associado à escassez de recursos materiais para realização do cuidado comprometendo a vida do paciente, o descompromisso com a vida do outro por parte de alguns profissionais. O outro sentido revelou que não expressam desse sentimento quando tomam decisões a exemplo do compromisso profissional e da responsabilidade com a vida do outro.
- c) Os enfermeiros desvelaram ser a morte uma experiência marcada pelo medo da morte do outro, de ela ocorrer durante a prestação dos cuidados. Eles revelam, também, a transformação pessoal na relação de proximidade com o paciente, que ocorre com o tempo de cuidado à pessoa nessa condição e o comportamento de afastamento da pessoa na finitude da vida.

Diante do exposto foi possível compreender que os enfermeiros encontram dificuldades e facilidades, lembram da formação profissional, enfrentam essas situações, analisam criticamente cada uma delas, sugerem mudanças para a prática profissional. Esta compreensão está apresentada itemizada a seguir:

- a) Conviver com o processo de morte e morrer no cotidiano dos hospitais representa uma dificuldade para os enfermeiros do estudo ao atuarem em unidades clínicas e de longa permanência. Isso implica a possibilidade de toda e qualquer pessoa poder *vir-a-não-ser no mundo-vida* e a morte se revela como nosso limite da existencialidade na nossa condição de *ser- no- mundo*.
- b) Lidar com a morte nos serviços de cuidado respeitando os valores do outro implica em repensar condutas, atitudes e conhecimentos necessários ao auxílio da pessoa que passa pelo processo de morte.
- c) É possível que possam surgir novas maneiras de compreender e lidar com a pessoa na finitude da vida.

- d) Nenhum ser humano deve morrer sozinho, e o cuidado deve ser realizado com afeto, compaixão e solidariedade.
- e) É preciso que no processo de morte e morrer sejam respeitados os sentimentos, vontades e desejos.
- f) Não só os pacientes passam pelos estágios que precedem a morte. Os enfermeiros, familiares e demais profissionais de saúde também passam e a esperança é outro sentimento que está sempre presente.
- g) Estudar a morte é algo que pode ajudar ao enfrentamento de situações que envolvem esse processo, seja no hospital ou fora dele.
- h) Há necessidade do enfermeiro familiarizar-se desde a graduação com o processo de morte e morrer de forma a reduzir o estresse, o medo, a ansiedade nas situações de sofrimento, para que possam estabelecer uma relação de ajuda, essência do ato de cuidar, dos pacientes e familiares.
- i) O sofrimento vivido em presença da morte dos pacientes é intenso e constante. Torna-se necessário criar espaços para que estes, os enfermeiros, demais profissionais de saúde e familiares falem sobre suas angústias, tristezas e, assim, possam elaborar seus sentimentos e emoções para lidar com o processo de morrer dos pacientes que cuidam.

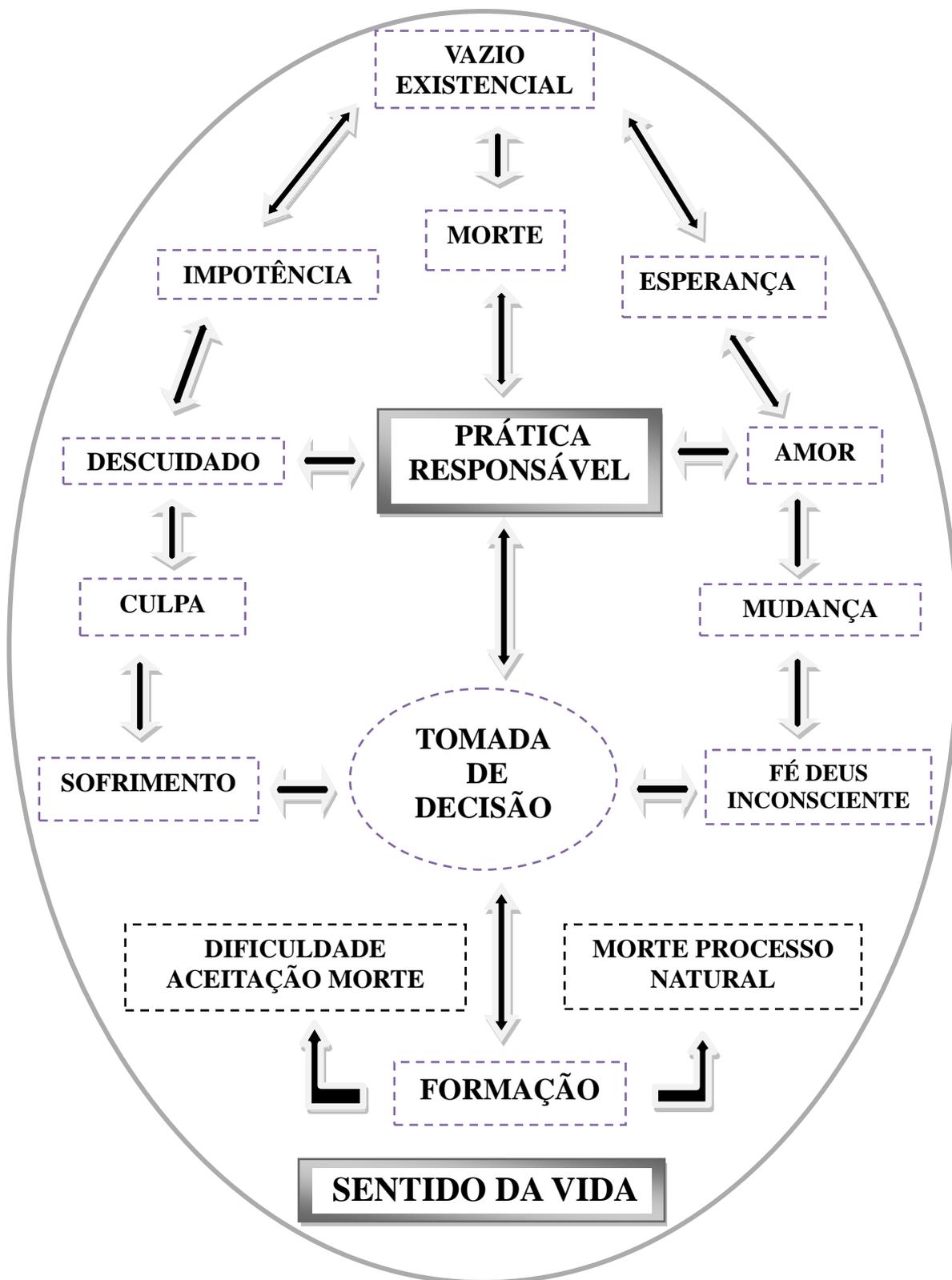
Considerando a compreensão sobre o sentido da vida nas vivências de cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer e as evidências nos casos analisados apresento a seguinte TESE: **A tríade trágica vivenciada pelos enfermeiros da clínica médica e unidade de pacientes de longa permanência, muda o sentido da vida através de uma prática responsável no cuidado à pessoa no processo de morte e morrer.**

Com os resultados das evidências e diante desta tese ousou recomendar:

- 1- A implementação de um estudo piloto com a proposta de modelo para prática baseada em evidências tendo como referencial o sentido da vida, monitorando o processo e os resultados;
- 2- Momentos de discussões nas equipes multiprofissional e interdisciplinar sobre o cuidado no processo de morte e morrer com vistas à melhoria da qualidade do cuidado, da vida dos pacientes, das famílias e da própria equipe de saúde;

- 3- A criação de espaços de educação permanente para que os enfermeiros, pacientes e familiares possam refletir sobre seus medos, angústias, temores em relação à existência, e considerar que a morte faz parte do seu mundo-vida;
- 4- A implantação de um núcleo de estudos e pesquisas sobre o processo de morte e morrer;
- 5- Criação de um serviço de apoio aos enfermeiros para lidar com a morte das pessoas sob seus cuidados;
- 6- As instituições de ensino devem resgatar o cuidado no processo de morte e morrer como conteúdo curricular e não só no momento pós-morte para que o profissional considere a morte como algo que auxilie a encontrar o sentido da vida,;
- 7- Os órgãos formadores abordem o tema morte e morrer no contexto das relações entre profissionais de enfermagem com pacientes e familiares na prestação de cuidados;
- 8- Discutir amplamente estas temáticas nos cursos de enfermagem com vistas à desmistificação dos significados do fenômeno e da associação com o medo, a angústia e o temor à morte;
- 9- Mudanças na política institucional possibilitarão ter um quadro de enfermeiros permanentes, comprometidos e responsáveis pelo cuidado à vida do outro;
- 10- A implantação de uma unidade de cuidados paliativos no hospital estudado.

CUIDADO A PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER



REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007, 1210 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS - ABCP. **Recomendações para a organização de serviços de Cuidados Paliativos**. São Paulo, Brasil: ABCP, 1997.

_____. **Histórico e realizações de serviços de Cuidados Paliativos**. São Paulo, Brasil: ABCP, 2010.

ALMEIDA, Aline Mota de. **Significado da liberdade e da responsabilidade pelo cuidar de si do cliente em hemodiálise**. 2005. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Recomendações para a organização de serviços de Cuidados Paliativos**. Portugal: ANCP, 2004.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; DAMÁSIO, Bruno Figueredo; SILVA, Joilson Pereira de. (Org.). **Logoterapia & educação: fundamentos e prática**. São Paulo: Paulus, 2010. 183p.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. **Logoterapia e análise existencial: uma introdução ao pensamento de Viktor Emil Frankl**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2011. 122p.

_____. **Logoterapia e análise existencial: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl**. João Pessoa: Paulus, 2013. 126p.

ARIÈS, Phillippe. **O homem diante da morte**. Tradução Luiza Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2000. v. 1, 310p.

ARIÈS, Philippe. **A história da morte no Ocidente**. Tradução: Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro, Ediouro, 2003.

BATISTA, Virna de Vasconcelos; FONTOURA, Elaine Guedes; SANTA ROSA, Darci de Oliveira. Significado do cuidado prestado pela equipe na visão dos idosos internados em um hospital público. **Rev de Enfermagem UFPE On line**, v.5, n.5, p. 1223-229, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article>> Acesso em: 17 dez. 2011.

BOEMER, Magali Roseira. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez, 1986. 118 p.

BREITBART, William. Espiritualidade: fé e sentido nos cuidados paliativos. **Revista Essencial: ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 2, n.7, p. 12-13, abr./maio, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos: Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

BRASIL. Ministérios da Educação. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível**

Superior (CAPES). Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/>>. Acesso em: 07 abr. 2009.

BRASIL. Portaria nº. 19/GM de 03 de janeiro de 2002. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/sas>> Acesso em: 26 ago. 2009.

CALACHE, Ivanhoé. **O sentido de vida:** uma questão de saúde mental do idoso. 1993. 50 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da entrevista:** uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987. 93p.

CARVALHO, Mara. Vilas. Boas. **O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer:** uma atitude fenomenológica. 2003. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

CAPALBO, Creuza. **Fenomenologia e ciências humanas:** uma nova dimensão antropológica, história e psicanálise. Rio de Janeiro; São Paulo: John Ozon editor, 1994. 122 p.

COLLIÈRE, Marie-Francoise. **Promover a vida.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 311/2007.** Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: CONSELHO REGIONAL ENFERMAGEM DA BAHIA. Salvador, BA, 2008. 68 p.

COSTA, Cristiano Ribeiro et al. Significado de cuidar/cuidado sob a óptica dos estudantes de enfermagem. **Rev de Enfermagem UFPE On line**, v. 6, n. 1, p. 149-55, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article>> Acesso em: 17 set. 2012.

DRAME James. Bioética e cuidados paliativos. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Org.). **Bioética:** poder e justiça. São Paulo: Loyola, 2003, p. 415-426.

DINIZ, Sebastiana Aparecida. **Sentido da vida:** base para compreensão do alcoolista. 1992. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, São Paulo, 1992.

FERNANDES, Maria de Fátima Prado. Evolução filosófica da ética. In: OGUISSO, Taka.; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. (Org.). **Ética e bioética:** desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri, SP: Manole, 2008. 233p.

FERNANDES, Norma Sueli; REIS, Maria de Fátima Lins; MARTINS, Renata. Enfermeiros. In: SALTZ Ernani; JUVER Jeane. (Org.). **Cuidados paliativos em oncologia.** Rio de Janeiro: SENAC, 2008. 222 p.

FIRMINO, Flavia. Papel do enfermeiro na equipe de cuidados paliativos. Carvalho, Ricardo Tavares. In: Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320 p.

FITCH, Margaret. Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. In: PIMENTA, Cibele Andrucioli de Matos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006. 485 p.

FONTOURA, Elaine Guedes. **A vida asilar para idosos residentes e seus familiares: um estudo de representações sociais de uma instituição de Feira de Santana**. 2003. 204 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2003.

FONTOURA, Elaine Guedes et al. Processo de formação para um agir ético. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n.1, p. 59-68, 2011. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem>>. Acesso em: 10 out. 2012.

FRANKL, Vitor Emil. **Psicoterapia: uma casuística para médicos**. Tradução Humberto Schoenfeldtn; Konrad Korner. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1976. 235 p.

_____. **Fundamentos antropológicos da psicoterapia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 182 p.

_____. **Psicoanálisis y existencialismo de La psicoterapia a La logoterapia**. Tradução Carlos Silva; José Mendonça. México: Breviários, 1987. 355 p.

_____. **Sede de sentido**. Tradução Henrique Elfes. São Paulo: Quadrante, 1989. 152 p.

_____. **Dar sentido a vida**. A logoterapia de Frankl. Tradução de Antonio Estêvão Allgayer. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1990. 150 p.

_____. **Psicoterapia para todos**. Tradução Allgayer. 2. ed. Petrópolis: Vozes; São Leopoldo: Sinodal, 1994. 156 p.

_____. **Logoterapia y análisis existencial**. Tradução J. A. P. Diez, R. Wenzel & I. Arias, Trad.). Barcelona: Herder, 1990.

_____. **Logoterapia e análise existencial**. Tradução Jonas P. dos Santos. Campinas: Editorial Psy II, 1995. 303 p.

_____. **Um sentido para vida: psicoterapia e humanismo**. 11. ed. Tradução Pe. Viktor Lapenta. Aparecida: Editora Santuário, 2005. 159 p.

_____. **A presença ignorada de Deus**. Tradução Walter Schlupp; H. Reinhold. 5. ed. Petrópolis: Vozes: São Leopoldo, Sinodal, 2008. 101 p.

_____. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Tradução Walter Schlupp; Carlos Aveline. 28. ed. Petrópolis: Vozes; São Leopoldo: Sinodal, 2009. 186 p.

_____. **Psicoterapia e sentido da vida:** fundamentos da logoterapia e análise existencial. Tradução Walter Schlupp; H. Reinhold. 5. ed. São Paulo: Quadrante, 2010.

_____. **A vontade de sentido:** fundamentos e aplicações da logoterapia. Tradução Ivo Studart Pereira. Ed. ampl., Com um novo posfácio do autor. São Paulo: Paulus, 2011. 239 p.

FRIAS, Cidália de Fátima Cabral de; PACHECO, Suzama. O enfermeiro diante do processo de morrer, perdas e lutos. In: SILVA, Rudval Souza da; AMARAL, Juliana Bezerra do; MALAGUTTI, William. (Org.). **Enfermagem em cuidados paliativos cuidando para uma boa morte.** São Paulo, SP: Martinari, 2013. Cap. 16, p. 281 – 288.

GILES, Thomas Ranson. **História do existencialismo e da fenomenologia.** São Paulo: EPU, 2006. 324 p.

GOMES, Jose Carlos Vitor. **Logoterapia:** a psicoterapia existencial humanística de Viktor Emil Frankl. São Paulo: Edições Loyola, 1987. 78 p.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo.** Tradução Sein und zeit. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1927.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo.** Tradução revisada e apresentação de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 3 ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2008, 598p. (coleção pensamento humano).

HENNEZEL, Marie. de; LELOUP, Jean-Yves. **A arte de morrer:** tradições religiosas e espiritualidade humanística diante da morte na atualidade. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 143 p.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2007. 2922 p.

HUF, Dulce Dirclair. **A assistência espiritual em enfermagem na dimensão noética à luz da análise existencial de Viktor Frankl.** 1999. 259 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. **A face oculta do cuidar:** reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002. 208 p.

HUSSERL, Edmund. **Investigações lógicas:** sexta edição. Tradução Zeljko Loparic; Andrea Maria Altini. São Paulo: Nova Cultura, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.cnm.org.br/demografia/mu_demografia.asp> Acesso em: 4 ago. 2010.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes.** Tradução: Paulo Quintela. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2008. 122 p.

KAPCZINSKI, Flavio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana:** uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artemed, 2001. 200 p.

KOVÁCS, Maria Júlia. Bioética nas questões da vida e da morte. **Revista Psicologia, USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 22, 2002.

_____. (Coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. A morte no contexto dos cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), 2008. 689 p.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 295p.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Morte estágio final da evolução**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 2000. 54 p.

_____. **Viver até dizer adeus**. Tradução Henrique Amat Rego. São Paulo: Pensamento, 2005. 151 p.

KUJAWSKI, Gilberto de Mello. **O sentido da vida**: transforma-te em quem és. São Paulo: Gaia, 2010. 199 p.

LARRABEE, June Hansen. Nurse to nurse: Prática baseada em evidências em enfermagem. Tradução Marcela Zanatta; revisão técnica, Lúcia Marta Giunta da Silva. Porto Alegre: AMGH, 2011. 250p.

LIMA, Adriana Braitt. **O sentido de vida do familiar do paciente crítico**. 2005. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

LIMA NETO, Valdir Barbosa. Morte e sentido da vida: Tanatologia e Logoterapia, um dialogo ontológico. **Revista Logos & Existência**, v. 1, n. 1, 38-49, 2012.

LUKAS, Elisabeth. **Logoterapia**: a força desafiadora do espírito –Métodos de logoterapia. São Paulo: Loyola, 1986.

_____. **Mentalização e saúde**: a arte de viver a logoterapia. Tradução: Helga Reinhold. Petrópolis: Vozes, 2002. 188 p.

MACHADO, Wiliam César Alves; LEITE, Joséte Luiza. **Eros & Thanatos**: a morte sob a ótica da enfermagem. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2006. 206 p.

MAYEROFF, Milton. On caring. New York: Harper Perennial. In. WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**: expressão humanizada da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

MARTIN, Leonardo. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2006. 319 p.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. 2. ed. São Paulo: Moraes, 2005. 110 p.

MARTINS, Joel. **Estudos sobre o existencialismo, fenomenologia e educação**. São Paulo: Summus, 1994.

MELO, Ana Geórgia Cavalcanti de, CAPONERO, Ricardo. Cuidados paliativos abordagem contínua e integral. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. 447 p.

MELO NETTO, João Cabral de. A morte e o morrer e os cuidados paliativos. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais em bioética**. 9. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2010.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 255 p.

MERIGHI, Mirian Aparecida Barbosa; CARVALHO, Mara Villas Boas de. O cuidar no processo de morrer com dignidade. In: PIMENTA, Cibele Andruccioli de Matos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria. CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006. 498 p.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Thompson Pioneira, 2002. 152 p.

MOREIRA, Neir; HOLANDA Adriano. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. **Revista de psico-USF**, Curitiba, v. 15, n.3, p. 345-56, 2010.

MORIN, Edgar. O homem e a morte. 2. ed. Lisboa: publicações Europa-América, 1988.

MUCCILLO, Nina. O preparo do corpo após a morte: aspectos culturais, físicos e emocionais. In: PIMENTA, Cibele Andruccioli de Matos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria. CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Definição de cuidados**. Brasília, DF: OMS, 1990.

_____. **Definição de cuidados**. Brasília, DF: OMS, 2000.

PENNA, Claudia Maria de Matos. A morte e seus significados: um estudo compreensivo com professores e alunos de enfermagem. **Revista de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 5, n. 9-10, p. 20-39, 1999.

PENHA, Ramon Moraes. Finitude e terminalidade: um novo olhar sobre as questões da morte e do morrer em enfermagem. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. 447 p.

PERDICARIS, André. A semiótica da morte e do morrer: um desafio à comunicação institucional. In: REZENDE, Vera Lúcia et al. **Reflexões sobre a vida e a morte**: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. São Paulo: UNICAMP, 2000. 128 p.

PESSINI, Leo. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo; São Camilo: Loyola, 2000.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2006. 319 p.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE Christian de Paul. **Problemas atuais de bioética**. 9. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010. 627 p.

PESSINI, Leo; SIQUEIRA, José Eduardo de; HOSSNE, William Saad (Org.). Bioética em tempos de incertezas. In. PESSINI, Léo. **Qual antropologia para fundamentar a bioética em tempo de incertezas?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2010. 455 p.

PETTENGIL, Myrian Aparecida Mandetta. **O sentido do cuidar da família e da criança na comunidade: a experiência da aluna de enfermagem**. 2000. 198 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Matos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria. Educação em cuidados paliativos. In. PIMENTA, Cibele Andruccioli de Matos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria. CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

RODRIGUES, Urbanir Santos. **Desvelando o sentido da experiência do cuidar do estudante de enfermagem**. 2003. 166 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

RODRIGUES, Michele Viviane de Carvalho. **Desvelando o sentido do cuidado de enfermagem**: vivências do ser com câncer. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SALES, Catarina Aparecida et al. Cuidado paliativo: a arte de estar-com-o-outro de forma autêntica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 174-179, abr./jun.2008.

SALTZ Ernani; JUVER Jeane. (Org.). **Cuidados paliativos em oncologia**. Rio de Janeiro: SENAC, 2008. 222 p.

SANTA ROSA, Darci Oliveira. **A compreensão do significado da responsabilidade profissional da enfermeira à luz da análise existencial de Viktor Frankl**. 1999. 217 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SANTA ROSA, Darci de Oliveira; FONTOURA, Elaine Guedes. Bioética e cuidados paliativos. In: SILVA, Rudval Souza da, AMARAL, Juliana Bezerra do, MALAGUTTI, William. (Org.). **Enfermagem em cuidados paliativos cuidando para uma boa morte**. São Paulo (SP): Martinari, 2013. Cap. 4, p. 59-76.

SANTOS, Franklin Santana; INCONTRI, Dora. (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. São Paulo: Comenius, 2007. 303 p.

SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. 447 p.

SAUNDERS, Cicely.; BAINES Mary.; DUNLOP, Robert. **Living with dying: a guide to palliative care**. New York, Oxford University Press, 1995.

SAUNDERS, Cicely. **Caring to the end, nursing mirror**. 1996.

SILVA, Ana Regina Borges; GONÇALVES, Simone Pollini. Cuidando de mulheres com câncer ginecológico e mamário. A vivência da enfermeira em cuidados paliativos. In: PIMENTA, Cibele Andrucioli de Matos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria. CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

SIMÕES, Roberto Serafim. Espiritualidade em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. In: SILVA, Rudval Souza da, AMARAL, Juliana Bezerra do, MALAGUTTI, William. (Org.). **Enfermagem em cuidados paliativos cuidando para uma boa morte**. São Paulo, SP: Martinari, 2013. Cap. 17, p. 289 -303.

SOKOLOWKI, R. **Introdução a fenomenologia**. São Paulo: Loyola, 2000. 224p.

SOUZA, Emiliana Aparecida de; GOMES, Eliseudo Salvino. A visão de homem em Frankl. **Revista Logos & Existência**, v. 1, n.1, p. 50-7, 2012

SOUSA, Daniele Martins de et al. A vivencia da enfermeira no processo de morte e morrer de pacientes oncológicos. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 41-7 jan/mar. 2009.

STREUBERT, Helen Speziale.; CARPENTER, Dona Rinaldi. **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. Loures, Portugal: Lusociência, 2002.

TERRA, Marlene Gomes et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 22-32 out./dez. 2006.

VELAME, Mércia Alves da Silva. **O sentido existencial da enfermeira diante do potencial doador de órgãos**. 2005. 264 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

XAUSA, Izar Aparecida de Moraes. **A psicologia do sentido da vida**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 247 p.

ZALESKI, Elizabeth Gonçalves Ferreira; VIETTA, Edna Paciência. **O sentido da vida do portador da AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida): uma questão de saúde mental**. Campo Grande: Editora UFMS, 1996. 181 p.

WALDOW, Vera Regina. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica?
Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p 20-32, jan.1998.

APÊNDICES

**APÊNDICE A****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA****ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Título do projeto: *Sentido da vida: vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer.*

INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES

EU, Elaine Guedes Fontoura, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e a docente Dr^a Darci de Oliveira Santa Rosa da Universidade Federal da Bahia, estamos desenvolvendo um Projeto de Pesquisa intitulado *Sentido da vida: vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer*. Para sua realização estamos lhe convidando a participar como colaborador. Esta pesquisa possui caráter voluntário e os colaboradores podem se recusar ou deixar de participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo algum aos mesmos ou às suas atividades. A pesquisa será realizada com o objetivo de: Compreender como os enfermeiros vivenciam o sentido da vida ao cuidarem de pessoas no processo de morte e morrer. Haverá sigilo quanto ao seu nome, para o qual utilizaremos um pseudônimo a fim de garantirmos o seu anonimato e privacidade. Essa entrevista será realizada por mim em local a ser definido por você. Informo que será necessário utilizar um gravador portátil, durante a entrevista para o qual solicitamos sua autorização para uso, a fim de assegurar a fidelidade à sua fala. A entrevista será transcrita e guardada, em local seguro, por nós pesquisadoras durante cinco anos. Respeitaremos à sua imagem e da instituição. Informamos que os riscos previsíveis para vocês são, dentre outros, o estresse de responder a uma entrevista sobre o cuidado diante da probabilidade de morte e morrer, para superar providenciaremos um local que favoreça a privacidade. Os possíveis benefícios deste estudo serão tornar visíveis as vivências dos enfermeiros que cuidam de pessoas no fim da vida. Suas contribuições são de poder compreender como ocorre a tríade trágica no contexto dos cuidados diante do processo de morte e morrer, e a possibilidade de auxiliar os enfermeiros dessa instituição a refletirem sobre o processo de cuidar diante da morte e morrer. Os depoimentos serão coletados através de uma ficha de caracterização dos colaboradores e um roteiro de entrevista com uma questão de aproximação e duas norteadoras. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para elaboração de uma tese de doutorado em enfermagem, de artigos a serem publicados em revistas e eventos científicos, buscaremos atender aos princípios éticos constantes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que nós e nem os colaboradores serão remunerados e que o ônus do estudo estabelecidos no orçamento correrão por conta das pesquisadoras. Caso após a leitura e compreensão concordar em participar solicitamos sua assinatura nas duas vias e a devolução de uma para guarda segura.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Compreendi, que sou livre para participar, retirar ou acrescentar informações pertinentes as questões respondidas, em seguida à escuta das gravações, que o meu anonimato será garantido com pseudônimos assim como o sigilo das informações que eu considerar confidenciais, que não terei qualquer tipo de despesas ou remuneração, que a entrevista será realiza pela própria pesquisadora em local que garanta a minha privacidade, que ao termino da pesquisa as gravações e os dados ficarão sob a guarda da pesquisadora e que terei acesso quando desejar, sendo arquivadas junto com o relatório final da pesquisa por cinco anos e após esse período estará à minha disposição. Entendi que sou livre para interromper a minha participação se assim o desejar em qualquer momento e que a entrevista não me trará danos físicos ou mentais. Este Termo de Consentimento me foi entregue em duas vias com informações, endereço eletrônico e telefone da pesquisadora, para meu acesso em caso de dúvidas ou outra forma de esclarecimentos, compreendi que uma cópia ficará com ela e a outra comigo, após a minha assinatura sem coação ou imposição.

Considero-me devidamente esclarecida pela doutoranda, compreendi os objetivos e contribuições desta pesquisa. Concordo em participar, deixando claro que não fui coagida a aceitar e/ou a autorizar a gravação para a entrevista e publicação dos seus resultados.

Feira de Santana, ___ / ___ / _____.

Colaborador da pesquisa

Elaine Guedes Fontoura
(pesquisadora responsável)
e.mail:elaineguedesfont@yahoo.com.br
Telefone (75) 32211285 (75) 88228724

**APÊNDICE B****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA****ESCOLA DE ENFERMAGEM - DOUTORADO****LISTA DE PSEUDONIMOS**

- 1 Acácia
- 2 Azaléia
- 3 Camélia
- 4 Cravo
- 5 Violeta
- 6 Gardênia
- 7 Girassol
- 8 Hortência
- 9 Jasmim
- 10 Lírio
- 11 Lótus
- 12 Margarida
- 13 Orquídea
- 14 Rosa
- 15 Papoula
- 16 Samambaia
- 17 Sempre viva
- 18 Trevo
- 19 Trepadeira
- 20 Tuía
- 21 Tulipa

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM - DOUTORADO

SENTIDO DA VIDA: VIVÊNCIAS DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER.

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

Local da entrevista _____ Unidade da pesquisa _____

Data da entrevista ____/____/____ N° da entrevista: _____

Horário do Início: _____ h Término: _____ h

I DADOS DE CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Pseudônimo: _____

1 Idade: _____

2 Sexo: () Feminino () Masculino

3 Religião _____

4 Ano da graduação: _____ anos

5 Experiência com pessoa no processo de morte e morrer _____ anos

6 Turno de trabalho () manhã () tarde () serviço noturno () misto

7 Titulação: _____

8 Área da titulação: _____

9 Tempo de atuação na Unidade _____ anos

10 Carga horária de trabalho (mensal): _____

11 Possui outros vínculos empregatícios: Sim ____ Não ____ Quantos _____

12 Cite os setores que trabalha em outros vínculos:

SENTIDO DA VIDA: VIVÊNCIAS DOS CUIDADOS DE ENFERMEIROS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER.

ROTEIRO DA ENTREVISTA

QUESTÃO DE APROXIMAÇÃO

- 1 Você já vivenciou alguma situação de morte durante a prestação de cuidados?

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1 Fale-me sobre essa experiência?
- 2 Como você apreende o sentido da vida nessa vivência dos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer?

ANEXOS

ANEXO A - Ofício de solicitação para autorização da coleta de dados pela coordenadora da Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Of. Nº 82/2010 - PGENF

Salvador, 01/09/2010

Ilm. Sr.:

MSC Patrícia Freitas Martins

MD Coordenadora do Centro de Educação Permanente do Hospital Geral Cleriston

Andrade – CEPER- HGCA

Prezada Coordenadora,

Vimos por meio desta solicitar a V.Sa. autorização para a coleta de dados nas unidades de clínica médica, e Unidade de Pacientes de Longa Permanência (UPLP) desta organização hospitalar.

Esta coleta de dados faz parte do protocolo de pesquisa intitulado "SENTIDO DA VIDA: VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS NOS CUIDADOS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER" que tem como objetivo compreender como os enfermeiros apreendem o sentido da vida na vivência dos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer tendo como doutoranda Elaine Guedes Fontoura e orientadora a Pro^{fa} Dr^a Darcí de Oliveira Santa Rosa.

A coleta de dados só será iniciada após autorização do Comitê de ética em Pesquisa.

Cabe salientar que os colaboradores da pesquisa serão os enfermeiros que atuam nas unidades de clínica médica e Unidade de paciente de longa permanência (UPLP) que aceitarem a participar da pesquisa.

Certas de contarmos com a vossa colaboração, desde já agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Pro^{fa} Dr^a Mirian Santos Paiva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem/UFBA



ANEXO B - Ofício de autorização do Centro de Educação Permanente do HGCA para coleta de dados



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE - HGCA

HGCA Ofício Nº. 1378/2010

Feira de Santana, 09 de Setembro de 2010.

Ilmo. (A). Profª. Drª. Miriam Santos Paiva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFBA

Considerando a importância da pesquisa para o fortalecimento das práticas assistenciais e acadêmicas de todas as áreas da saúde, e ser de interesse desta instituição incentivar estudos cujos objetos estão centrados na realidade local, declaramos: **AUTORIZADO** o estudo a ser realizado pela doutoranda Elaine Guedes Fontoura, INTITULADO: **“SENTIDO DA VIDA: VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS NOS CUIDADOS À PESSOA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER.”**, sob orientação da Profª. Drª. Darci de Oliveira Santa Rosa. Ressaltamos que a coleta de dados deverá ocorrer mediante agendamento prévio com o Coordenador, de modo a evitar a sobrecarga de pessoas respeitando a rotina de cuidados na unidade.

Solicitamos que se assegure o sigilo de informações que envolvam os usuários, profissionais e as práticas assistências desenvolvidas nesta instituição e, que ao final de sua pesquisa o (a) autor (a) deposite **cópia de Relatório** na Biblioteca local.

Sem mais para o momento subscrevemo-nos.


Patrícia Freitas Martins
Coordenação CEPER


Inalva Maria Sapucaia
Diretoria Geral

ANEXO C – Parecer do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

Termo de Aprovação

Temos satisfação de comunicar que o **PROTOCOLO** de nº031/2010 **Título do Projeto: "Sentido da vida: vivências dos cuidados de Enfermagem no processo de morte e morrer"** teve o parecer apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - CEPEE.UFBA na reunião Plenária realizada em 28.10.2010 considerando – o **Aprovado**

Pesquisadoras Responsáveis: Elaine Guedes Fontoura

Demais pesquisadores: Darci de Oliveira Santa Rosa

Data da apreciação do CEPEE/UFBA: 28.10.2010.

PARECER FINAL: PROJETO APROVADO

OBSERVAÇÕES:

- Os autores poderão iniciar a coleta de dados.
- Havendo alguma alteração no Protocolo esta deverá ser encaminhada ao CEP para nova apreciação, considerando que o CEPEE ao aprovar o Protocolo, torna-se co-responsável por sua execução.
- Deverão apresentar a cada seis meses os relatórios parciais e ao término do Projeto apresentar o Relatório Final ao CEPEE.UFBA conforme Resolução 196/96. (BRASIL, 1996).

Salvador, 9 de novembro de 2010.

Ch. Camargo
Chc.

PROTOCOLO 31/2010

Parecer para o CEEP UFBA. Trabalho intitulado "Sentido da Vida: Vivência de enfermeiro nos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer". Pesquisador Orientador: Profª Darci de Oliveira Santa Rosa, responsável. Orientanda: doutoranda Elaine Guedes Fontoura. Projeto de tese de doutorado da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia – UFBA.

PARECER

O Projeto encaminhado apresenta os documentos exigidos pelo Comitê de Ética: Folha de rosto devidamente preenchida; Carta de Encaminhamento do Protocolo ao CEP; Declaração informando que não foi iniciada a coleta de dados; Carta de comprometimento para o cumprimento do disposto na resolução 196/96 do MS; Carta de Solicitação de Consentimento da Instituição a ser Investigada, Declaração de concordância da instituição com a realização da pesquisa. O projeto traz os currículos do professor orientador e da orientanda.

Quanto ao tipo de estudo, trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como referencial filosófico o existencialismo e o método de análise fundamentado na fenomenologia.

O estudo tem como questão de investigação: Como os enfermeiros apreendem o sentido da vida ao vivenciar o cuidado às pessoas no processo de morte e morrer? Tem como objetivo, Compreender como os enfermeiros

ChC

apreendem o sentido da vida ao vivenciar o cuidado às pessoas no processo de morte e morrer.

O estudo deverá ser realizado em uma clínica médica e uma Unidade de pacientes de longa permanência de um Hospital Geral, de natureza Pública, localizado na cidade de Feira de Santana, Bahia. Deverão fazer parte do estudo, vinte e um enfermeiros (colaboradores), sendo distribuídos; 14 da Unidade de clínica médica e 07 da Unidade de pacientes de longa permanência. A seleção dos colaboradores deverá atender aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que trabalhem na Unidade de clínica médica e Unidade de pacientes de longa permanência no mínimo um ano, ter experiência na prestação de cuidados no processo de morte e morrer e, que aceitem participar da pesquisa assinando termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A aproximação com os sujeitos deverá ocorrer na própria instituição a ser pesquisada, onde se dará a realização da entrevista fenomenológica gravada, constituída de três questões.

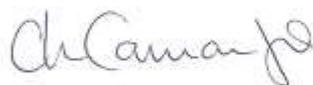
O projeto descreve com clareza as etapas dos procedimentos éticos da pesquisa com seres humanos, como também a carta aos colaboradores e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Parecer

O tema é relevante, atual e merece ser investigado.

O projeto apresentado, sob o ponto de vista ético, atende os requisitos da Resolução 196/96 e de um Projeto de Pesquisa Acadêmico.

Nosso Parecer, Salvo melhor juízo.



Salvador, 08/10/2010

Dares de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-BA 10411

ANEXO D - Depoimentos dos colaboradores

ENTREVISTA 01: ACÁCIA

QUESTÃO DE APROXIMAÇÃO

1 Você já vivenciou alguma situação de morte durante a prestação de cuidados?

Já várias [...] (silêncio).

QUESTÕES NORTEADORAS

1 Fale-me sobre essa experiência?

É uma experiência, assim [...] não muito boa, mas bastante enriquecedora né para vida pessoal da gente, porque é [...] é [...] não é a morte simplesmente, realmente é um processo que a gente, principalmente nestas unidades de pacientes de longa permanência, a gente acompanha realmente esse processo. A pessoa cada dia vai perdendo um pouco da vida, até chegar ao final mesmo, na morte, realmente e aí faz a gente passar a avaliar e a pensar sobre muitas coisas da nossa própria vida, do que tá ao nosso redor, do sentido que a gente dá, dos caminhos que a gente toma, né. É bastante complicado para a gente apesar de ser a nossa vivência diária é ainda muitas vezes triste, né a gente não deixa de [...] é uma pessoa semelhante poderia ser tanto alguém próxima da gente, até a gente mesmo que podia passar por aquela situação, aliás pode ser uma pessoa próxima da gente ou a gente mesmo e são várias vertentes. O parar para refletir, a tristeza de ver uma pessoa cada dia definhando ali na sua frente literalmente e da impotência de não poder fazer nada a não ser algumas medidas de conforto que as vezes não adianta muita coisa.

Tem alguns pacientes que marcam mais do que outros, assim alguns pelo sofrimento e resignação e com aquele sofrimento, a gente vê e tem noção da grandiosidade do sofrimento daqueles pacientes tipo com câncer terminais que são acompanhados lá no anexo e teve um paciente que marcou bastante com câncer que sofria demais porque ele sofria demais [...] demais ele tinha câncer de intestino e era feito analgesia o tempo todo, mas a gente via a dor dele mesmo, e ele não incomodava a equipe e a família também da mesma forma pois, geralmente o paciente se revolta e abusa bastante pela dor mesmo, perturba ou o paciente ou a família perturba, mas neste caso tanto ele como a família bastante resignados com o problema e esse foi um dos que marcou bastante.

2 Como você apreende o sentido da vida nessa vivência dos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer?

Eu acho que eu até já falei um pouco sobre isso na questão anterior né, mas a gente passa há pensar um pouco mais na vida e sobre as escolhas que a gente faz. Porque o que a gente está fazendo da nossa vida? Quais são os caminhos que a gente está tomando? Se vale a pena algumas coisas? Se vale a pena deixar algumas coisas em detrimento de outras algumas coisas que agente elege para nossa vida? As prioridades que damos na vida. É um processo de sofrimento para algumas pessoas, mas a gente percebe que para algumas pessoas é diferente, mas para mim não, acho que é um processo doloroso, mas ao mesmo tempo enriquecedor de abrir a visão para outras coisas. Talvez se eu não passasse por esse

durante todo esse processo que você está ali vai a óbito e você tem que continuar a prestar cuidados e também você tem ali à família que você tem que prestar cuidados.

Em relação como eu me dou com esse processo de morte e morrer, têm uma coisa que me chamou atenção é a questão da vivência que acaba se tornando uma coisa rotineira para a gente e pelo menos para mim, e para os profissional de saúde, as vezes eu digo: Peraí porque acabou de morrer uma pessoa e aí a gente tem que voltar a trabalhar.

Eu acho que deveria ter oficinas trabalhando esse lado emocional porque a gente se torna insensível, não tem preparo, eu não vejo isso só em mim, eu vejo também nos colegas enfermeiros, equipe que depois de algum tempo a gente passa a lidar com a morte sem sentimento como se fosse uma coisa natural é que perde o sentido, o sentimento, a emoção com o ser humano, a gente sabe que é difícil principalmente para a família, você vê uma pessoa que está ali agonizando e aí às vezes a gente vira somente técnicos, fazendo adrenalina, atropina [...] a gente fica ali neste meio.

Estou fugindo do tema? [...] bom o último óbito que eu assisti foi feito 3 - 4 episódios de adrenalina e atropina, foi feito todo aquele processo de reanimação e então após algumas doses de adrenalina e atropina fica aquela sensação de que o paciente ainda não morreu porque está com espasmos devido ao efeito da adrenalina.

Como mostrar isso a família? Temos que dar um tempo para família entrar por causa do efeito da adrenalina, mais que não tinha mais vida ali e a família não ia entender. A equipe está ali falando de outras coisas, que dia foi seu plantão? Como vai? Esperando ali o paciente terminar de morrer e às vezes dando uma risada naquele momento.

E aí eu falei acabou de morrer uma pessoa aqui e a gente tá conversando de outras coisas como se nada tivesse acontecido e as vezes em alguns momentos na hora da parada da morte, os profissionais dando risada, da conversa não do paciente que morreu mas eu acho que deveria ter um treinamento, um preparo, eu acho que a equipe de enfermagem não esta preparada para lidar com a morte, se discutíssemos mais sobre o tema talvez estivéssemos mais preparados.

Sabe [...] eu não vejo a equipe preparada se é isso que você esta buscando, se é isso que você esta procurando no seu trabalho, eu acho que deveria ter um treinamento, pois têm vários outros ramos da enfermagem como em saúde pública todo o ano tem que ter uma palestra de dengue para poder ir amadurecendo o profissional quem esta na assistência, pois quem esta na assistência se não procurar por conta própria uma especialização e se interessar em assistir aquela palestra não há a preocupação.

Não sei se eu te respondi o que está buscando.

Eu posso colocar aqui o que me marcou mesmo foi sobre um paciente em uma questão de administração da equipe que me chocou porque o paciente broncoaspirou porque não tinha um sucso metro (vácuo) em todas as clínicas para poder aspirar no momento correto o paciente e neste dia estavam preocupados em cobrar a farda branca, o jaleco, se o sapato que estávamos usando era branco, se a enfermeira tinha cara e cheiro de enfermeira e eu nunca entendi isso, mas e então estavam nesta fase de reuniões em que todo mundo foi cobrado e estávamos sob tensão porque tinha que vir de branco e um paciente que tinha condições terapêuticas e você vê morrer as 5 horas da manhã estava agonizando e eu disse meu Deus! Cadê um sucso metro e nem no anexo não tinha um sucso metro nem no CME, não tinha em canto nenhum, o paciente ficou até as 7 horas da manhã sem o sucso metro e na emergência também não podia receber o paciente porque não tinha o sucso metro, não tinha o aparelho e aí dói, não dói mesmo? E eu acredito também que se nos tivéssemos dado uma assistência adequada o paciente poderia não ter morrido e agente não se sentiria tão culpado.

Eu acho que agente tem que estar preparado para este momento, e tem muitos profissionais que são jogados no mercado de trabalho, mas que não estão preparados,

durante uma parada não sabem que se tem equipe cada um tem que fazer uma coisa, um tem que preparar a medicação, o outro tem que ficar ali fazendo as manobras, ambulando, outra coisa cada um tem as suas funções, tem que estar cada um, ligado eu vejo muito sabe o que [risos ...] é serio mas estou rindo mesmo, porque o médico pede adrenalina e aí todos correm para o carro para fazer a mesma coisa porque não estão preparados, porque o paciente esta sem acesso e falam cadê o acesso, a enfermeira não sabe nem que o paciente não tinha acesso, tem quatro pessoas ali e não sabem que o paciente está sem acesso, não sabem quanto tempo tem que ficar reanimando, não sabem né quais são os intervalos, esperam o médico pedir, não sabem marcar o tempo esperam o médico pedir, tem quanto tempo, não sabem que são três minutos e não sinalizam para o médico se vai precisar fazer mais uma dose disso ou daquilo então eu hoje na minha vivência eu sinto muito a falta daquele pessoal forte. Entendeu?

Assim eu quero chegar à metade destas pessoas que sabem, e eu digo, eu um dia vou ser como essa pessoa aqui que sabe. Eu to vendo muito isso está questão do preparo e a questão da senhora que morreu por falta do sucsometro você não encontra em lugar nenhum nem na emergência e naquele dia eu me preocupei muito são coisas que me fazem sofrer demais e me chamam atenção a falta de materiais essas situações me chamam muito a atenção o despreparo dos profissionais e que a educação continuada deveria ter preocupação com os profissionais e nos não somos convocados para responder sobre os erros humanos e os erros da equipe, escalas, atestados pelo menos nestes três anos aqui eu não me lembro de ter sido convocada para treinamento, aliás fui sim, minto eu fui para o novo ventilador que tem um nome que eu não decorei que é em inglês o treinamento de dois minutos em que eu não aprendi nada.

Então o que você aprende ou você traz da academia ou você aprende com os outros no dia a dia ou você faz uma especialização, até hoje eu só lembro este treinamento e fora isso não lembro, você perde muito e acaba nesta questão de processo de morte e de morrer, e processo de como dar a notícia a família tem alguns que ficam quietos outros se jogam no chão, outros lá no seu cantinho e às vezes você da à notícia com tanta frieza, infelizmente não resistiu, parou viu, avisa o óbito tão frio o paciente parou após um minuto a gente pede a identidade e aí a gente fica preocupado em resolver logo, a demanda de serviço você tem que dar conta de tudo e a gente passa por cima destas coisas que parecem que são menores mas que a colega chega e já tirei o prontuário e já estão preparando o corpo, não tem uma reza, uma leitura eu nem pergunto sobre tem uma religião uma rotina e isso faz parte dos direitos do paciente.

Eu nunca perguntei, aliás, eu só pergunto pela identidade, eu nem gosto de dar a notícia do óbito deixo, para o médico e às vezes nem precisa dar a notícia porque ela esta vendo, é isso eu estou sendo sincera.

2 Como você apreende o sentido da vida nessa vivência dos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer?

Ficou mais [...] aumentaram as interrogações para mim [risos...] eu como pessoa, como enfermeira só aumentaram, as interrogações para mim, a gente fica procurando os porque, e eu hoje não acredito nem procuro o porquê da morte.

Às vezes vimos na enfermaria às pessoas falando assim [...] ali está pagando o que fez esta pagando alguma coisa, eu não vejo assim não fico procurando um porque, eu fico assim [...] eu acho que quem tiver uma resposta que me de. O como as pessoas reagem uns choram, outros fazem escândalos, eu to falando dos familiares ficam 5 – 10 minutos, outras pessoas morrem sozinhos, sozinhos, sozinhos, jogados ali, tem aquele processo longo às vezes o

O sentido da vida para mim mudou muito, porque a gente quando tem a nossa formação profissional a gente acha que vai poder fazer tudo o que o paciente precisa quando ele está aqui doente, e a gente vê que o paciente morreu, a dor e o sentimento é deles mas quando é na sua presença fica o sentimento de incapacidade, ele morreu ali na sua presença então é diferente a gente sente mais, aí fica o sentimento de incapacidade e a gente pensa tanto estudo e tanta incapacidade, porque eu como enfermeira eu ia ter conhecimento e ia aquele que eu perdi então é muito aquele que eu perdi o que melhora para gente é que a gente vê que agente precisa não só de conhecimento científico, mas a parte humana a gente vê que a gente aprende e se desenvolve, mas a técnica só não alivia o sofrimento do paciente na morte não só isso não.

E muitos vêm para aqui viver, porque não tem mais nada para fazer vem em último caso, só venho na final eu não era o suficiente para fazer só não adianta ser disso uma máquina técnica porque o paciente não precisa disso naquele momento da gravidade ele precisa de muito mais de apoio espiritual e de uma assistência humanizada.

Eu gostaria que mudasse a mentalidade das pessoas para uma melhor humanização, mas a humanização eu acho que tem que partir do funcionário porque é preciso humanizar o prestador de serviço entendeu [...].

Porque um dia ele vai passar a ser paciente e na nossa profissão gerou uma máquina de emprego e de dinheiro, um facilitador da vida gente que trabalha, as pessoas hoje vêm o paciente apenas como um meio de trabalho e um meio de ganhar dinheiro, quanto mais experiente nos da área de saúde temos que mudar essa mentalidade e eu as vezes me encontro não sei se é porque eu não estou na área de formação, mas eu acho que esta tendo muita falha ali na formação dos profissionais, os formadores não sei se é por mudança da grade curricular ou da própria tecnologia, mas a gente esta querendo se comparar aos países mais avançados e lá a cultura é diferente da nossa e a gente tem que formar prestadores de serviço dentro da nossa realidade brasileira então, a gente tá querendo muito seguir o modelo de lá de fora, mas o modelo que nos estamos preparados, ate as doenças são diferentes, não é só os de enfermagem eu falo dos profissionais de saúde de uma maneira geral então a gente tem que os formadores tem que repensar nesta formação eu acho que as pessoas se formam despreparadas para assistir e ver o paciente como um todo sabe.

Eu não sei se a palavra é ética [...], humanizar [...], mas ele vê o paciente por partes, o profissional se forma para ver o paciente como um todo, não só físico, mas espiritual como um todo, mas hoje a gente vê isso o ortopedista vê o osso quebrado e só não importa se ele tem um problema espiritual não importa se ele tem uma dor de ouvido não importa se ele tem [...] deixou de existir uma vez eu tive um problema com um médico, o paciente deu entrada com um problema de diabetes, mas de repente ele começou a ter problema hepático e desenvolveu ascite a barriga crescer e começou com desconforto respiratório e eu como conheço a família eu cheguei até o médico e aí ele disse assim: que tratava o paciente com pé diabético e só o pé diabético eu pensei em tirar o pé e, levar o paciente para eu cuidar ele olhou para mim e ficou olhando para minha cara assim me mirando olhando e aí deu as costas e saiu e esse paciente veio a falecer.

Então, para mim isso me marcou muito foi com muita luta eu falei vamos abrir o olho que vamos perder esse paciente então, isso foi um descaso, uma negligencia, uma imprudência então tudo o que você possa imaginar foi no caso deste paciente, um paciente que entrou andando e saiu morto, eu acho que com a tecnologia que a gente tem hoje ele poderia ter recuperado o pé e por incrível que pareça ele foi feito desbridamento a ferida fechou ele se deprimiu de ter ficado aqui e deprimido tem que fazer dieta uma instituição, onde tem psicólogo ele diminuiu a resistência e teve eu fazer tudo o que pode e o eu não pode

teve que fazer drenagem e eu questionando teve até que fazer drenagem de alívio para ascite e drenou um litro e foi insuficiente tirou um litro dois dias depois drenou mais três litros sem repor nada e aí eu discuti com ele não levou em consideração que quando tira líquido ascítico retira tantas coisas e o paciente passou a noite e no outro dia morreu e na verdade além de terem sugado a parte espiritual a parte da sensibilidade, a parte humana que ele tinha ainda sugaram os nutrientes que ele tinha no organismo.

Então, isso é um absurdo acontecer na área de saúde poderiam ter feito então é isso que me chateia com a profissão [chorou ...] e eu realmente eu gostaria muito que os formadores fizessem um teste para ver se tem o dom se tem habilidade para fazer enfermagem porque o paciente que tem diagnóstico de doença crônica final ele pode não ter uma chance de vida, na verdade mas ele pode ter uma chance de uma qualidade de vida de respiração, de ter uma sobrevivência melhor, porque os profissionais que estudaram para aquilo deixam ele morrer fora de hora então eu vejo desta maneira.

Isso realmente é uma coisa que eu vejo muito o descaso no plantão passado eu estava e tinha uma paciente queimada jovem na emergência 24 anos e eu vi ela toda queimada e eu perguntei a ele o que houve se queimou e ela chegou no dia anterior e eu vi a prescrição com apenas 1000 ml de soro fisiológico e já tinha 24 horas no hospital então eu fui falar com a colega porque ela tinha prescrito dipirona se necessário e eu falei com a colega que estava sentada e eu falei com ela pois não é o meu setor e ela olhou assim e aí eu fui olhar no prontuário do paciente e olhei a observação de enfermagem mas não tinha nada e aí a gente não aguenta e eu disse para colega essa paciente está aguardando regulação para Salvador e ela disse é e eu disse eu estou observando uma coisa no prontuário desta paciente que já tem 24 horas e só tem 1000 ml de soro fisiológico e não tem nenhum antibiótico prescrito e essa paciente não está avaliada a parte renal, paciente com queimadura extensa que queimou tórax e braço ela olhou para mim e fechou a cara e saiu do lugar, então infelizmente a paciente vai ficar aí e vai chegar em uma unidade de queimada já com uma seqüela então a gente não podia prevenir e ela sênica olhou e saiu e aí eu fico indignada, eu comentei com o médico faz alguma coisa por essa paciente eu falei com ele não vai prescrever mais soro e antibiótico para ela e ele prescreveu mas ela não gostou poxa!

Eu fico chateada, a enfermeira não tem uma atitude de fazer isso o paciente é da gente tem que ter humanidade [Chorou ...] então, eu fico indignada, mas pelo mesmo eu saio dali sem me sentir culpada eu fiz a minha parte mesmo desagradando a colega gente é um ser humano que está ali dentro pois, as vezes, o médico não prescreveu porque não viu deixou a ficha ali e passou despercebido a gente sabe que isso é hábito, eu vejo o paciente todo dia será que eu sou tão burra que não sei avaliar um paciente de queimadura poxa!

Não pense as escolas as faculdades estão formando pessoas que não tem jeito, está fazendo por fazer elas não tem amor a profissão antigamente tinha um teste de aptidão, mas hoje quem vem trabalhar em enfermagem vem porque tem emprego e passa a trabalhar em não sei quantos lugares e uma outra coisa que me incomoda é que eu mesmo sempre trabalhei em dois três empregos não é isso que me incomoda o que me incomoda é o descaso só chegar e marcar horário ninguém se preocupa com o paciente falam que a família é chata, então a família tem mais é que ser chata mesmo eu já vi ignorância porque, as vezes, tem que apelar uma pessoa me pediu para ir lá fica todo mundo voando dizendo que a paciente está grave e nem sabem o que a paciente tem direito não explicam a família, a família tem direito de saber como o paciente está e a gente para um pouco para avaliar para explicar a ela a gente nasceu vai morrer a gente precisa entender que a morte é uma coisa boa que a gente vai morrer.

Então, pelo menos a pessoa tem que aceitar a morte como uma coisa natural na vida e cada dia mais está formando pessoas assim e eu culpo os educadores os formadores destas pessoas a gente tem que dar uma basta nestas coisas hoje os estágios a pessoa passa três dias

No início do processo, muitas vezes, eles apresentam revolta, raiva, impaciência, poucos estavam bem naquela situação, poucos mesmo, mas eu falo de estarem bem interiormente, alguns tinham muitas queixas, além da questão da dor e do sofrimento, eles manifestavam grosseria, impaciência e eu observei que de um tempo para cá, esses pacientes quando ficavam no setor por longa permanência, havia uma transformação, não sei se a nível de compreensão, eu não sei que nível, mas eu observava essa transformação, mas no final da vida, eles vão ficando mais lentos, mais agradecidos e isso passou a me estimular, pois se tem alguma transformação no paciente, neste processo, acho que também deve ter algum ganho para quem cuida, aí eu passei também a observar que eu não tinha mais medo e passei a me aproximar e me interessar mais por esses pacientes e para mim, eu já voltava deste cuidado com uma satisfação bem maior do que no início, que eu ficava com a sensação que alguma coisa estava faltando, só que eu não identificava o que, é como se eu tivesse me doado um pouco mais no lado humano, isso eu pude observar e me deixava mais satisfeita e eu percebi que foi um ganho para mim.

Teve um caso na clínica médica de uma paciente que tinha um odor fétido, insuportável e essa era uma das maiores barreiras para as pessoas estarem próximas e prestarem cuidados, para as pessoas estarem próximas, porque tem um limite para você suportar, então é [...] mais quando eu me deparei com está paciente eu já havia cuidado de vários outros pacientes, então, então, eu não estava mais naquela fase de medo de querer me livrar logo, então eu tentava cuidar levando uma máscara, um perfume para eu não usar como uma desculpa, o mal cheiro e sair, é eu tentei alguns artifícios, eu fiquei mais tempo com ela então eu vi a transformação.

Eu me estimulava a ficar com ela e não me incomodava tanto, parece que eu não ficava muito fixa e também estava com uma máscara com perfume, mais eu me distraía e me envolvia e o incômodo do mau cheiro, era muito pequeno e já dava para eu ficar mais tempo confortavelmente, o que mais me estimulou assim a ficar mais próximo dela foi as coisas que ela passava para mim, ela foi uma das pacientes que sofreu muito e eu não vi muita revolta, ela tinha um lado amoroso, ela era dócil e ela puxava as pessoas para ficarem próximas, por outro lado ela era repelida pelas pessoas devido ao seu mau cheiro, a sua situação, mas por outro lado com sua docilidade, ela tinha uma coisa amorosa que a gente se prendia, a gente queria saborear um pouco daquilo, a gente necessitava um pouco.

Eu considero que ela teve uma morte tranquila, ela não externava revolta, eu acho que ela foi diferente de muitos pacientes é como se ela aceitasse o processo dela, ela viu que não tinha mais jeito de reverter a situação e isso para mim foi uma lição muito marcante, ela sempre me vem a lembrança, foi uma das pacientes que mais me marcou.

2 Como você apreende o sentido da vida nessa vivência dos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer?

Mudou muito o sentido da vida, porque a gente na graduação, a gente sempre acha que o cuidado de enfermagem é sempre assistência técnica, é realizar uma técnica, fazer um curativo, ter habilidade, de você [...] ter alguns cuidados práticos e eu percebi com esses pacientes que talvez se já até mais importante o outro lado que eles necessitam ouvir, falar pois já afugentaram muitas pessoas e estão numa situação que muitas vezes, como em muitas vezes a questão do odor, outras vezes as escaras, as vezes é por pena, tem situações que também afugentam os pacientes e as vezes eles ficam numa solidão terrível, as vezes é uma coisa por força maior mesmo, as vezes por ter cortado os vários vínculos com os familiares e uma das dores terríveis é chegar ao fim da vida sem ninguém, sozinho, sem ter quem lhe de conforto emocional, humano.

QUESTÕES NORTEADORAS

1 Fale-me sobre essa experiência?

Cada pessoa é uma experiência impar, porque envolve não só o relacionamento com a equipe, mas também com os familiares, e assim, passei por experiência não só com os usuários de serviço que evolui dias depois a óbito, quanto aquele que prestamos os cuidados, o paciente ter intercorrências, apresentar gravidade e não conseguir sair do quadro e evoluir a óbito a minha experiência tanto foi presencial no momento, quanto depois com o processo de morte e morrer, sabendo que esse usuário do serviço depois evoluiu a óbito.

Então, é uma experiência como eu já falei impar porque nos criamos certo tipo de vínculo com os familiares, com os usuários de serviço, mesmo sendo de rodízio, porque os pacientes crônicos, eles ficam internados por semanas em como nos cobrimos a escala de mais de dois plantões por semana nos criamos afinidade com essas pessoas e a depender do quadro e da cronicidade do paciente, esta experiência, assim, eu posso destacar umas que toca no sistema emocional como a parte física do mesmo do trabalhador de enfermagem como a parte emocional, porque nos não temos um direcionamento, uma capacitação, neste sentido o que a gente vê é na parte da graduação e ver nas disciplinas que eu pude ver porque a grade era diferenciada e discutimos algumas vezes em clínica médica e emergência trabalhamos algumas questões da morte e morrer.

Após isso, é a praticidade, é a experiência vivida no dia a dia que através da assistência direta ou indireta com o usuário que agente vai passando por essas situações e o que realmente esta experiência traz para mim como profissional é o aprendizado, o aumento do conhecimento e do relacionamento interpessoal. [silêncio...].

Bom, como nos temos um número elevado de óbito, não por infecção hospitalar, mas pela gravidade dos pacientes que chegam ao hospital geral quer seja em nível de cirurgia, ou em nível de clínica médica com a cronicidade dos pacientes já em andamento alto, eu posso dizer que as experiências são diversificadas desde usuários com pouca idade crianças, adolescentes, até idosos, os idosos realmente a gente tem um conforto maior porque já teve uma vivência maior, porque os idosos nos estamos esperando que com mais de sessenta ou setenta anos a Bíblia fala que já é cansaço, fadiga, mas aqueles novos, jovens com doenças crônicas tipos câncer foram mais marcantes para nós, assim, eu posso dizer na minha vida porque a gente tem um envolvimento emocional muito grande.

2 Como você apreende o sentido da vida nessa vivência dos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer?

Desde o processo de formação, eu também fui bolsista até a parte de formação a gente tem uma visão um pouco diferenciada, porque depois a gente tem um amadurecimento como profissional, a gente começa a enxergar um pouco diferenciado, porque a gente precisa ter um suporte psicoemocional da família um pouco maior não adentrando na área de psicologia, o contato, a comunicação, o relacionamento pessoal, com essas pessoas e a prestação do cuidado é um pouco diferenciada pela situação e se tratando de um hospital geral é preciso ter um cuidado de qualidade porque existe aqueles casos em que ah! O paciente já é terminal, já não tem mais o que fazer, mas no meu caso eu não vejo desta forma porque as pessoas falam enquanto há vida há esperança, mas eu não vejo desta forma eu acho que enquanto há vida nos precisamos dar uma qualidade para que essa vida evolua a morte para que não tenha só uma satisfação somente do sistema, mas da minha profissão

Outra visão é a do psicólogo para dar um suporte à família enlutada, eu vejo isso demais. Já tive vivências aqui de familiares chegarem e na hora que vai fazer a visita ao paciente vem para cá, para visitar o paciente e traz o paciente na maca já em óbito. E essa foi uma experiência que eu tive aqui.

Cada família reage de uma forma diferente e a filha da paciente saiu correndo sem destino e entrou lá na bio-imagem correndo pelo hospital e foi a reação que ela teve naquele momento, então a gente vê as reações mais diversas realidades, outro por sinal foi um estudante de psicologia da Faculdade de Tecnologia e Ciências que pediu para eu colher depois de já ter feito todo o preparo do corpo, a gente já estava enviando o corpo para o necrotério e eu tive que abrir aquele “envelope” que já estava com todo o preparo do corpo e naquela época estávamos usando lençol hoje já não se usa mais, se usa uma capa, um saco plástico.

Mas, o paciente já estava todo preparado para ir para o necrotério. Eu tive que abrir para tirar fios de cabelo com uma lâmina, porque ela queria uma lembrança, os fios de cabelo do pai, então a experiência que eu tive, foi naquele momento que eu tive que atender a vontade da família, era uma pessoa esclarecida, de nível superior e tudo o que queria era aquela lembrança.

Eu acho que a enfermagem tem que respeitar aquele pedido. Então, cada vivência é uma realidade nova que a gente enfrenta de acordo com suas crenças com seu credo religioso e a gente tem que respeitar aquele sujeito e aquela família e a gente tem que ver aquela pessoa como um todo, não só como um paciente na sua realidade, mas como um todo. Não sei se eu respondi mas é isso.

2 Como você apreende o sentido da vida nessa vivência dos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer?

Eu acho que é um trabalhar para enfermagem, eu sempre entendo por um lado assim, pelo sentido, pelo sentido da vida. Eu acho que é um crescimento a cada dia, certo. Eu acho esse tema belíssimo, eu amo esse tema, porque a gente cresce como pessoa a gente cresce como sujeito, porque a gente vê que nos não somos nada aqui, neste mundo, nós não somos nada e eu estou colocando a minha experiência de fé, porque eu acho que existe uma outra vida, eu acho que existe uma outra vida mas, uma vida lá no céu com Jesus, eu creio que a gente só tem essa vida aqui na terra, mas eu creio que a gente tem outra vida lá no céu, eu creio e acredito que aquelas pessoas que um dia deram um sim para Jesus, se comprometeram de estar no caminho dele em obediência a ele, certamente, a gente tem essa esperança, na nossa partida.

Deus chama um, a cada dia, nos tivemos um chamamento, nos não sabemos quando será a nossa partida, mas a gente sabe e que ele vai voltar Jesus vai voltar e a minha esperança também que me fortalece na vida, porque não sabemos nem o dia nem a hora, mas diz a bíblia eu ele vem como ladrão, mas ele vem, assim como ele subiu ele disse que ia voltar então eu creio.

Também nessa esperança eu mantenho acessa essa chama e eu vejo que a gente, tem que se preparar para isso e nem todo mundo tá preparado para morte, porque uma coisa é a gente ali enquanto profissional, mas a gente também, a gente pode experimentar a qualquer momento a perda de um familiar, de um pai, de uma mãe, de um filho, qualquer pessoa querida e as vezes a gente não se prepara para isso. Eu quero dizer que esse risco faz a gente se enriquecer e o saber de nos e um crescimento na vida do profissional e a gente não existe sem Jesus na nossa vida.

Eu estou passando a minha experiência não só de enfermeira, mas também de evangélica, é enfermeira capela, a enfermeira psicóloga, que eu tenho um outro olhar. Vai

porque o acompanhante no caso o filho tem o direito de saber a gravidade eu acho que o médico tem que explicar a situação e é um momento muito difícil esse momento da morte e a gente acaba se envolvendo e não tem jeito.

2 Como você apreende o sentido da vida nessa vivência dos cuidados à pessoa no processo de morte e morrer?

A gente passa a encarar a vida de uma outra forma, porque a gente pensa assim [...] hoje é com eles e amanhã pode ser com a gente, a gente pode estar aqui na mesma situação e tudo é uma desculpa, porque todo mundo tem num dia de ir, que morrer e a gente deve tratar as pessoas com respeito e com carinho e poderia como é que eu falo é difícil, porque a gente se sente impotente diante da morte, mas eu sinto assim, enquanto a vida há esperança, mas é difícil porque na minha formação eu lembro pouco sobre esse assunto, eu acho que falaram sobre paciente terminal, mas eu não me lembro bem e não tenho tanta experiência, porque eu trabalhei, mais em programa de saúde da família.

A minha vivência foi mais aqui no hospital o que sei é que a gente se sente impotente diante da morte.

Pronto é isso.

Que Deus te abençoe no seu trabalho.

