**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JANETE HATSUKO KOMESSU

**ASSISTIR FAMILIARES DE PACIENTES FORA DE
POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS:
COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO**

**SÃO PAULO
2009**

JANETE HATSUKO KOMESSU

**ASSISTIR FAMILIARES DE PACIENTES FORA DE
POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS:
COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Administração de Serviços de Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria de Fátima Prado Fernandes

SÃO PAULO

2009

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Komessu, Janete Hatsuko.

Assistir familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: competência do enfermeiro. / Janete Hatsuko Komessu. – São Paulo, 2009.

91 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Maria de Fátima Prado Fernandes.

1. Enfermagem da família 2. Paciente terminal 3. Competência profissional (enfermagem) 4. Assistência à família 5. Atitudes frente à morte. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Janete Hatsuko Komessu

Título: Assistir familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas:
competência do enfermeiro

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Área de Concentração: Administração de
Serviços de Enfermagem e Saúde

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A meus pais pelo exemplo de vida, amor incondicional e infinito e pela confiança depositada em mim.

Ao Célio, meu querido marido, pelo apoio amoroso, paciência e incentivo nos momentos difíceis desta caminhada.

A meus irmãos Inácio, Fábio, Ricardo, Valquíria e Cecília, por participarem das minhas conquistas.

A meus sobrinhos Gabriel, Pedro, Lucas, Raquel, Kenan, Alanna, Rafael, Matheus, Mariana e Leonardo, por fazerem parte da minha vida.

Agradecimentos

A Deus, por me proporcionar a oportunidade de concluir este estudo.

À Prof^a Dr^a Maria de Prado Fátima Fernandes, do Departamento Ensino e Orientação Profissional da EEUSP, pela amizade, sensibilidade nos momentos difíceis, pela orientação paciente, com competência, rigor, interesse, por ter acreditado e contribuído na concretização desta dissertação, minha eterna gratidão.

A Sarah, pela amizade, carinho e interesse em ajudar, meu agradecimento especial.

Aos amigos da Instituição onde o estudo foi realizado e, em especial, à *equipe de enfermagem da UTI*, pela amizade e pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional, meu muito obrigado.

Ao Genival Fernandes de Freitas, amigo presente e incentivador ao iniciar minha trajetória acadêmica, meu carinho.

Às Professoras Doutoras Maria Madalena Januário Leite do Departamento de Ensino e Orientação Profissional da EEUSP e *Neide de Souza Praça* do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP, pelas contribuições oferecidas no Exame de Qualificação e incentivo.

Aos funcionários do Departamento de Ensino e Orientação Profissional, pelo apoio.

Às bibliotecárias Juliana Takahashi e Andréia Wojcicki da Escola de Enfermagem da USP, pela revisão bibliográfica e solicitude nos momentos de sanar as dúvidas.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação, pelo incentivo e apoio constantes.

À Tia Cata, pela amizade e sabedoria, o meu carinho.

A Prof^a Ivone Borelli, professora de Língua Portuguesa, pela cuidadosa revisão do texto.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

O último, mas, não menos caro testemunho de minha gratidão e apreço *aos enfermeiros* que prontamente colaboraram na construção deste estudo, enriquecendo-o com suas histórias de vida e por tudo que me ensinaram.

Komessu JHK. **Assistir familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: competência do enfermeiro.** [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos conhecer a percepção dos enfermeiros a respeito das competências inerentes à sua função quanto assistir as famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas; identificar como os enfermeiros assistem as famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas; identificar como esses enfermeiros têm desenvolvido suas habilidades para assistir as famílias diante do processo de perda iminente. A pesquisa foi realizada, utilizando a abordagem qualitativa, a técnica empregada foi o Discurso do Sujeito Coletivo que, segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), possibilita a identificação e a construção de sujeitos e discursos coletivos distintos, por meio da análise de material individual e da extração das ideias centrais, compondo-se, com o conteúdo das ideias centrais semelhantes, discursos-síntese que expressam as representações sociais de uma coletividade (Silva, 2006). Os dados foram coletados por intermédio de entrevistas semiestruturadas, realizadas de março a maio de 2008, com 18 enfermeiros com experiência mínima de dois anos de atuação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e atendimento a familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. O cenário do estudo foi um hospital privado de médio porte, localizado no Município de São Paulo. Da análise, foram apreendidos sete discursos; e as categorias foram qualificadas em função das competências que o enfermeiro deve adquirir para assistir as famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Competências atitudinais relacionadas à preocupação com o cuidar da família: *1. Vínculo de confiança entre enfermeiro e família; 2. Sensibilidade para cuidar da família do paciente com prognóstico fechado; 3. Dor emocional da família.* Competências atitudinais relacionadas a valores pessoais, éticos e religiosos: *1. Condutas do agir ético-profissional; 2. Apoio em sua espiritualidade ou religião.* Competências atitudinais relacionadas ao desenvolvimento pessoal e profissional para cuidar da família: *1. Maturidade científica, emocional e espiritual; 2. Preparo profissional do enfermeiro para assistir a família.* Os resultados demonstraram que os enfermeiros sentem dificuldades em assistir as famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas em sua dor e sofrimento. Estas dificuldades advêm desde a formação acadêmica, perpassando pelo acúmulo de atividades no cotidiano das Instituições de Saúde e reforçadas pela pouca discussão em relação às competências do enfermeiro em assistir essas famílias. Os profissionais mostraram-se abertos ao atendimento das demandas de cuidado dessas famílias e ressaltaram aspectos importantes para a construção e definição das competências em relação a esse cuidado.

Palavras-chave: Competência profissional. Enfermagem da família. Cuidados de enfermagem. Família. Pacientes incuráveis.

Komessu JHK. **Delivery of care to families of patients beyond cure: nurse's competencies.** [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.

ABSTRACT

This study aimed to know the perception of nurses regarding competencies inherent to their function in the delivery of care to families of patients beyond cure; identify how nurses deliver care to these families; and how nurses have developed their abilities to care for these families in face of imminent death. This is a qualitative research and the Collective Subjective Discourse was the technique used. According to Lefèvre and Lefèvre this technique yields the identification and the construction of distinct subjects and collective discourses through the analysis of individual material and extraction of main ideas, which are composed with the content of similar main ideas, discourses-synthesis that express social representations of a group. Data were collected through semi-structured interviews carried out between March and May 2008 with 18 nurses with minimum experience of two years working in Intensive Care Units (ICU) and delivering care to families of incurable patients. The study setting was a medium size private hospital in Sao Paulo, SP, Brazil. Seven discourses emerged from the analysis. The categories were based on competences nurses should acquire to care for families of patients who are beyond cure. Attitudinal competences related to the responsibility of caring for the family: 1. Ties of trust between nurses and families; 2. Sensibility to care for families of incurable patients; 3. Families' emotional pain. Attitudinal competence related to personal, ethical and religious values: 1. Ethical-professional conduct; 2. Support families' spirituality and religion. Attitudinal competences related to personal and professional development to care for families: 1. Scientific, emotional and spiritual maturity; 2. Nurses' professional experience to care for families. Results showed that nurses have difficulties in helping families of patients who are beyond cure to cope with their pain and suffering. These difficulties derive from their academic education, overload of activities in the routine of health institutions, and are reinforced by the lack of discussion on nurses' competences necessary to care for these families. Professionals are open to meet the care demands of these families and highlight important points for the construction and definition of competences related to this care.

Key words: Professional competence. Family. Family nursing. Nursing care. Incurable patients.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1 Concepções sobre competência	20
2.2 Competências do enfermeiro ao assistir a família do paciente fora de possibilidades terapêuticas	25
3. OBJETIVOS	30
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
4.1 Caracterização do Estudo	32
4.2 Cenário do estudo.....	33
4.3 Participantes do estudo.....	33
4.4 Procedimentos para coleta de dados	33
4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa	35
4.6 Processo de análise dos dados – Discurso do Sujeito Coletivo	36
5. RESULTADO E DISCUSSÃO DO ESTUDO	40
5.1 Discurso coletivo referente à competência atitudinal relacionada à preocupação com o cuidar da família.....	42
5.1.1 Competência: vínculo de confiança entre enfermeiro e família.....	42
5.1.2 Competência: Sensibilidade para cuidar da família do paciente com prognóstico fechado.....	47
5.1.3 Competência: Dor emocional da família	52
5.2 Discursos coletivos referentes às competências atitudinais relacionados a valores pessoais, éticos e religiosos	56
5.2.1 Competência: Condutas do agir ético-profissional.....	57
5.2.2 Competência: Apoio em sua espiritualidade ou religião	62
5.3 Discursos coletivos referentes às competências atitudinais relacionados ao desenvolvimento pessoal e profissional para cuidar da família	66
5.3.1 Competência: Maturidade científica, emocional e espiritual	67
5.3.2 Competência: Preparo profissional do enfermeiro para assistir a família	70
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE	88
ANEXOS	90

Introdução

¹1 INTRODUÇÃO

Em razão de trabalhar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), há 17 anos, tenho buscado cada vez mais compreender o processo da dor e sofrimento das famílias, diante da realidade da perda iminente de um familiar fora de possibilidades terapêuticas. Por acompanhar o processo que as famílias vivenciam frente a essa situação, ampliei meu interesse para investigar quais habilidades os profissionais de enfermagem vêm desenvolvendo para assisti-las mediante o cuidado.

O fato da organização onde o enfermeiro trabalha exigir um grau de competência para cuidar do paciente em estado crítico, chama-me a atenção e, ainda, avaliar constantemente como esse profissional especializado utiliza seus conhecimentos e habilidades que devem ir além das competências básicas e técnicas. Ou seja, estar instrumentalizado para cuidar do paciente, sobretudo no que tange à área biológica. Ainda, espera-se que tenha outras capacidades, como por exemplo, trabalhar em equipe.

Por outro lado, observo que esse nível de exigência não é explicitado em relação ao conhecimento que o enfermeiro deve ter para cuidar da família. Desse modo, o profissional acaba por cumprir esse compromisso que estabelece consigo mesmo e com o familiar de quem cuida, mas nem sempre o vínculo é extensivo à equipe.

Nesse particular, as competências também se encontram associadas às organizações, políticas e processos de trabalho dos serviços que interferem na gestão da práxis do enfermeiro em relação ao cuidado das famílias. Isso ocorre porque as normas que são definidas pelas Instituições de Saúde, por vezes, nessa situação assinalam as competências de modo muito discreto, pois nem sempre são trabalhadas coletivamente. Trata-se de uma realidade que não colabora para criar um clima favorável e confortável que pode gerar medo e insegurança à equipe.

A premissa pode ser constatada quando se observa que os

¹ A revisão de língua portuguesa desta dissertação foi realizada, conforme a nova reforma ortográfica vigente no País.

enfermeiros dão maior atenção ao cuidado que abrange as esferas biomédicas e tecnológicas e, com isso, afastam-se do próprio paciente. Em UTI, dá-se maior atenção ao paciente com possibilidade de prover respostas satisfatórias às terapêuticas investidas, que requerem constantes cuidados e atenção dos profissionais. Lino (1999) considera que a UTI traduz “ambientes nos quais se desenvolve a assistência a pacientes acometidos por insuficiências orgânicas graves, sob potencial de desenvolvê-las ou sob condições críticas de desequilíbrio da saúde”.

Pautados nessa realidade, os enfermeiros consideram que prestar cuidado em UTI, ao mesmo tempo, que é gratificante, também, é um espaço de sofrimento, por isso, é necessário que se desenvolva sensibilidade e conheça os limites e possibilidades para assistir a família (Padilha, 1994; Corrêa, 1995; Mendes, 1996; Shimizu, 1996; Martins, 1999). Desse modo, torna-se muito difícil assistir alguém que está morrendo e, mais ainda, cuidar da família, sobretudo, quando o profissional se vê “controlado”, independente de sua autonomia e da autonomia do paciente e da família.

Diante dessa realidade, o profissional deve preparar-se para cuidar do paciente fora de possibilidades terapêuticas, não só de modo técnico, atendendo às demandas da tecnologia; pois, ao cuidar, deve estender esta atividade à família, provendo cuidados de modo responsável e comprometido com os valores humanísticos, podendo ajudar aos familiares na situação de sofrimento.

Alguns autores afirmam que a sociedade ocidental nega a morte, e a educação que é infundida aos profissionais de enfermagem não se diferencia da que é passada ao restante da sociedade, ou seja, a questão positiva da morte não é trabalhada. Este fator vem fazer com que as pessoas neguem a morte, recusando-se a ouvir e falar sobre ela (Pinheiro et al., 2004). Esta realidade nos mostra que muitos enfermeiros dedicam-se pouco a refletir a respeito do processo morte e morrer, apresentando insegurança para assistir os familiares dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Os familiares vivenciam a perda, uma única perda que atinge muitas

vidas: a própria família, os amigos, os colegas de trabalho e os profissionais de saúde que cuidam dos pacientes (Kübler-Ross, Kessler, 2004). Esta realidade desperta a inquietação e o enfermeiro busca compreender como pode estar presente de modo genuíno com estas famílias, ou seja, quais as competências necessárias para assisti-las diante da perda iminente. A morte faz o homem refletir sobre a vida e repensar as relações que incluem as famílias que vivenciam o processo de perda.

O papel do enfermeiro não termina diante da morte do paciente, pois a família precisa de cuidado e atenção para viver o momento da perda de modo mais equilibrado (Poles, Bousso, 2006).

É muito raro o enfermeiro junto à equipe acompanhar e assistir a família que acabou de perder seu ente querido, concretizando de modo vital o processo de luto. Há uma ruptura brusca no relacionamento, pois, antes o profissional assistia a família e depois do ato da morte desliga-se totalmente dela, deixando um vazio tanto para si mesmo como para ela.

A partir desse momento ocorre um corte, parece que minutos depois a família literalmente deixa de existir para os profissionais, como se interrompesse um filme que não retornará a ser transmitido pelos mesmos atores.

Isso denota que o profissional ao cuidar dessas famílias deixa de cumprir seu papel, em uma etapa difícil, pois esta ainda precisa ser cuidada até o momento da cerimônia do adeus. É muito raro o enfermeiro assistí-las em razão de motivos variáveis, dentre eles, a falta de preparo e a dinâmica “pesada” da UTI.

Boff (2000) considera que “Cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Sob essa ótica, cada vez mais o tema do cuidado vem conquistando espaços de discussão e investigação. Nessa situação, o cuidado à família apresenta sentidos multidimensionais, que abrangem as esferas físicas,

psicológicas, emocionais e espirituais.

O contexto do cuidado às famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, geralmente, é delicado, incerto, duvidoso e carregado de sofrimento emocional (Paulini, 2007).

Assim, esperamos que os enfermeiros reflitam sobre sua conduta e percebam que toda família é única e que cada vez mais percebemos diferentes realidades. Nesse percurso, os profissionais poderão se deparar com as limitações, potencialidades e verdades de si próprio e da família (Fernandes, Freitas, 2006).

Entretanto, o cotidiano de trabalho dos profissionais mostra que estes nem sempre apresentam condições para atender às reais necessidades da família com dor e sofrimento. Isso é uma preocupação, sobretudo em relação à implementação de uma prática ética e humanizada, diante do acolhimento às mesmas.

A enfermagem iniciou seu trabalho com as famílias dos pacientes relacionando-se com elas apenas, como fonte de informações que subsidiem algum cuidado específico ao paciente ou como receptoras de determinadas informações relativas ao tratamento instituído (Ângelo, 1999).

Atualmente, existe preocupação em se buscar ferramentas para cuidar dessas famílias que deixaram de ser expectadoras distantes e passivas, pois tornaram-se acompanhantes próximas e participantes ativas na tomada de decisão nas questões relativas ao cuidado prestado. A mudança volta-se para o propósito de prover conforto nos âmbitos sociais e emocionais do paciente fora de possibilidades terapêuticas e, muito menos visando o cuidado à família.

O enfermeiro deve reconhecer o cuidado, como um fenômeno complexo que demanda conhecimentos na área humana, para prover apoio a família em momentos de angústia e sofrimento.

Para Tealdi (2008), a dor e o sofrimento são componentes da existência humana e não é possível ter o direito de não sofrer, explicita que são conceitos distintos. Em geral, a dor é de origem orgânica ou psíquica.

Cabe aos profissionais de saúde aliviá-la em ambos os aspectos. Enquanto o sofrimento não é em si uma vivência orgânica, ainda que possa vir associado à dor, embora dote-se de sentido, nem sempre é perceptível.

O autor citado evidencia que o sofrimento é uma reação emotiva diante da dor. Assim, a dor é gerada por alguma situação que desencadeou fortes emoções precisamente negativas, que nem sempre são compartilhadas, possibilita desconforto e caracteriza-se como um processo desfavorável para a mudança imediata desse sentimento. Por isso, o familiar leva algum tempo para processar, aliviar e transformar esse sentimento e, em geral, a angústia presente o distancia da possibilidade de ter outra ação, ou seja, mais positiva e confortável.

A dor e o sofrimento têm seus conceitos distintos. Vale ressaltar que o sofrimento é uma questão subjetiva e está ligado aos valores individuais interconectados com os valores culturais e sociais.

Para Pessini (2004), o sofrimento tem um conceito mais abrangente e complexo que a dor e, fundamentalmente, é sinônimo de qualidade de vida comprometida. É traduzido pelos diagnósticos que causam rupturas sociais na vida do paciente e, sobretudo, pela realidade do processo do morrer que caracteriza seu sofrimento e de seus familiares, causando sentimentos de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à sua integridade e autonomia, podendo exacerbar-se nesse processo de assistência à família em razão do sentimento de perda.

Nesse contexto, em geral, a família busca o sentido da perda iminente. Isso pode caracterizar-se pela necessidade de um suporte para amenizar sua dor, e a presença e a postura ética do enfermeiro podem possibilitar a criação do espaço de escuta e diálogo. Nesse sentido, devemos favorecer o estabelecimento de um relacionamento terapêutico, ou seja, de ajuda.

Nesta assertiva, aliviar a dor física do paciente torna-se mais fácil para o profissional, porém é mais difícil trabalhar com as questões e os sentidos dimensionados do sofrimento psíquico da família que se encontra com o paciente em terminalidade de vida, ou seja, aquele que apresenta

“prognóstico fechado”. Caracterizado como terminalidade, pois mesmo o paciente em fase final que recebe cuidados paliativos pode não se encontrar nessa condição, em razão de seu tempo de vida não ser previsível.

Ainda, hoje, estudos apontam que os enfermeiros sentem-se despreparados para o cuidado no âmbito psicossocial e sua intervenção baseia-se na experiência, por meio de tentativas e, em algumas situações, são expostos a erros (Wright e Leahey, 2002), provavelmente, por isso poucos cuidam das famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, afastando-se destas.

Isso decorre por que os enfermeiros durante sua formação acadêmica, muitas vezes, “não adquiriram competências essenciais” para assistir a família em um espaço de dor e perda iminente. Por outro lado, eles vivem experiências difíceis no âmbito profissional, buscando com frequência aperfeiçoar seus conhecimentos de forma empírica em seu próprio *lôcus de trabalho*. As iniciativas em participar de seminários, cursos sobre o tema são dadas, como esforço individual, e muitos desses eventos dificilmente respondem às dúvidas encontradas no campo de trabalho em que atuam.

Esse processo leva o profissional a sentir insegurança para assistir a família do paciente fora de possibilidades terapêuticas. Seria importante ele conversar com seus pares a respeito do assunto a partir de um diálogo reflexivo sobre o processo do morrer. Às vezes, a família pergunta: como o paciente foi na cirurgia? O enfermeiro, por vezes, fica sem saber o que dizer, não por falta de conhecimento, mas por que não sabe realmente o que falar à família naquela situação de dor, sofrimento e fragilidade.

Aprender a dar suporte à família não é algo simples, visto que é muito comum o enfermeiro assistir um familiar que apresenta um “abalo emocional” que pode tirar a pessoa de seu eixo, ou seja, esta pode se sentir perdida e sem rumo. Nessa situação, o profissional deve acolher a família em seu silêncio, sustentando sua dor, como ação mais emergente e necessária naquele momento.

É desejável que o enfermeiro também conheça quais as concepções de vida e morte, bem como de religião, crenças e valores que deem suporte

à família no momento de perda e luto. Surgem, então, algumas questões: o que significa assistir esse familiar? Qual a intencionalidade do enfermeiro ao se reportar à família? Como se estabelece o compromisso com a família e até onde ela respeita sua autonomia e, ao mesmo tempo, a autonomia do paciente fora de possibilidades terapêuticas? Visto que a política organizacional do local onde o enfermeiro encontra-se inserido pode interferir em sua dinâmica de trabalho, ou mesmo, em sua vontade e necessidade de ser solidário.

Consideramos que o enfermeiro ao cuidar da família do paciente em seu exercício profissional também deve ter condições e capacidade para cuidá-la. Deve aprender a identificar seus anseios, temores e expectativas, dialogando com seus pares para trabalhar essas questões e, assim, amenizar sua dor e sofrimento.

Na perspectiva de cuidar de forma humanizada, o profissional deve olhar para os aspectos concernentes à qualidade de vida do paciente até o momento em que se finda sua história de vida. Conforme Pessini (2004), a vulnerabilidade provocada pela doença exige uma resposta chamada cuidado.

O fato dos enfermeiros voltarem atenção à família nem sempre significa que a estejam assistindo, pois é vital que se construa um espaço efetivo de cuidado para a mesma.

Isso se complica quando a internação do paciente na UTI decorre de um evento súbito ou de uma “rápida piora do estado de saúde”, mediante uma intervenção cirúrgica ou clínica. É necessário que este se submeta aos cuidados intensivos e invasivos para seu restabelecimento. Assim, quando não responde de maneira satisfatória ao tratamento, este pode entrar em estágio irreversível de perdas.

A família acompanha a situação e, muitas vezes, vê-se solicitada a participar das tomadas de decisões em relação à terapêutica, quando há possibilidade de mudanças ou suspensão do tratamento se estes se tornarem fúteis diante da evolução do quadro.

Face ao estado irreversível do paciente, às vezes, a família ainda apresenta esperança quanto à sua cura e acredita que as novas tecnologias e as descobertas de novos fármacos aliados à competência dos profissionais de saúde possam devolver-lhe a qualidade de vida.

Nesse sentido, o enfermeiro deve estabelecer um diálogo efetivo com a família, uma relação de ajuda e compreensão. Quando não há aceitação do quadro clínico estabelecido por parte da família, mesmo após inúmeras explicações, esta resiste aceitar a realidade. Nessa circunstância, o cuidar torna-se complexo e delicado, pois, diante da perda iminente, a família depara-se com dores muito profundas que se referem ao sentido da vida e da morte (Paulini, 2007).

Medina (2000) menciona que existem quatro dimensões da dor que envolvem os aspectos físicos – que se referem à dor situada no corpo; sociais – relativas à falta que o indivíduo sente do convívio com seu círculo familiar, de amigos e no trabalho, entre outros; psíquicos – relacionados à estrutura mental e psíquica e aos mecanismos de defesa que o paciente desenvolve para enfrentar a dor e espirituais – associadas às concepções que o indivíduo traz em sua trajetória de vida. Estas dimensões poderão dar sustentação para que ele vivencie a dor de modo mais singular, amenizando seu sofrimento.

Nessas dimensões, o aprender a ouvir a família com prontidão e contingência é vital. Quando esta apresenta uma postura interna de silêncio, poderá trazer um indicativo do estado real em que se encontra, e o enfermeiro deverá ouvir esse silêncio com abertura. Muitas vezes, a família é compreendida pela sintonia que se estabelece entre ela e o enfermeiro, apoiada na respeitabilidade construída entre as partes.

O profissional deve perceber que a família é um transmissor de sinais emocionais, e ele poderá ajudá-la a superar fases críticas pertinentes a cada momento evolutivo da doença do paciente, sem perder sua individualização (Galano, 1998).

Portanto, tratar a família com dignidade engloba concepções e valores a respeito do acolhimento, fidelidade, confidencialidade, cuidado,

reciprocidade, compromisso e respeitabilidade, bem como a valorização dos sentimentos.

Pautados na complexidade do cuidado prestado à família, percebemos que o enfermeiro ainda não tem muito claro o quê e quanto necessita adquirir competência para melhor atuar junto à família do paciente fora de possibilidades terapêuticas.

Fundamentação Teórica

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEPÇÕES SOBRE COMPETÊNCIA

No Brasil a competência do enfermeiro em relação à assistência a família do paciente fora de possibilidades terapêuticas tem sido pouco discutida e clareada, tanto no âmbito acadêmico como no profissional. Esse profissional apresenta conhecimentos técnicos, científicos e éticos, mas, não lhe é conferida uma instrumentalização para melhor relacionar-se com a família em todas as dimensões. Desse modo, requer que aprofunde o saber em relação ao convívio com a família, uma vez que precisa trabalhar com seus valores e atitudes ao assumir seu papel diante dessa assistência.

Se a construção de competências pertence aos trabalhadores como sujeitos do processo de trabalho, a mobilização e a articulação em situações concretas dependerão da possibilidade dos profissionais articularem-se a fim de que possam intervir na gestão do trabalho, a partir da participação efetiva em relação ao aumento da autonomia e do poder de decisão. Devem propor modificações para melhoria do processo, discutir as concepções, métodos e procedimentos necessários para alcance da qualidade. Isso significa que é fundamental compreender como as competências se estruturam e como são adquiridas na profissão (Brasil, 2001).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2002), o conceito de formação e qualificação baseada em competências surgiu nos Estados Unidos da América e, a seguir, na Inglaterra. Cada país cria, segundo seu estágio de desenvolvimento, seu modelo de competência e, conseqüentemente, adota um conceito de competência profissional.

Atualmente, observam-se novos paradigmas de competência, sobretudo no mercado de trabalho voltados à produção, que modificam as relações de trabalho, exigindo dos profissionais maior competência intelectual e também emocional com o intuito de viabilizar o processo de construção de outras competências.

Esta mesma publicação da OIT (2002) cita que as competências não devem ser entendidas como meras habilidades, atitudes, conhecimentos ou destrezas, visto que as competências se definem em relação às situações de trabalho determinadas. Neste sentido, a emergência de competências implica um desenvolvimento crescente da autonomia do indivíduo decorrente da reflexão sobre sua própria ação.

Em relação à competência, o Construtivismo vê o desempenho final competente como um processo único e original de construção pessoal que depende, basicamente, das experiências conquistadas pelo indivíduo no processo de seu desenvolvimento; dos conhecimentos por ele adquiridos por meio de suas descobertas no decorrer do exercício da atividade profissional, de suas realizações e criações pessoais e reconhecimento pela sociedade dos frutos de toda sua vida profissional (OIT, 2002).

Assim, os conceitos de competência adotados pela OIT por meio do Conselho Nacional de Educação concebem a competência profissional como “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (Brasil, 1999).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2000) propõe uma recontextualização das bases legais referentes à Educação Profissional Brasileira frente às necessidades de formação na área da saúde, propondo um conceito de competência profissional que tome como base a competência humana para o cuidar em saúde-enfermagem, assim, compreendida:

capacidade de assumir a responsabilidade do cuidado partindo da concepção de saúde como qualidade de vida, interagindo com o cliente, suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde e agir mobilizando conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações (imprevistas ou não) na promoção/produção eficiente e eficaz do cuidado.

Paquay et al. (2001) referem que as competências profissionais são constituídas por três elementos indissociáveis, dentre eles, destacam-se os saberes, as representações e as teorias. Estes três esquemas de ação são mobilizados para resolver problemas em situações de trabalho.

Para Perrenoud (1999), competência é a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação, mobilizando de forma correta, rápida, pertinente e criativa os múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, avaliação e raciocínio. Campos (2007) vai além, quando afirma que competência é, também, a capacidade de mobilização de recursos afetivos e emocionais, situada e que se manifesta em situações reais, imprevisíveis, inusitadas e contingentes.

A competência está diretamente relacionada com a necessidade de preparo dos enfermeiros que assistem famílias de paciente fora de possibilidades terapêuticas. Não lhes tem sido nada fácil mobilizar os recursos, sobretudo, os afetivos, pois há fatos que ocorrem de forma direta, originados por diferentes instâncias, sejam de ordem administrativa, cultural ou mesmo de cunho emocional. Os enfermeiros não assistem os familiares isolados do paciente de quem cuidam, da equipe e da própria família. Tornando-se mais difícil quando passam por situações ainda não vivenciadas, perdendo momentaneamente o rumo do que pode ser feito em prol do cuidado.

O conceito de competência refere-se também a saber fazer bem o dever, que requer um conjunto de *saberes* e implica um posicionamento diante daquilo que se apresenta como desejável e necessário. É importante considerar o saber, o fazer e o dever como elementos historicamente situados, construídos pelos sujeitos em sua práxis. Desse modo, a competência revela-se *na ação* – é na prática que os profissionais mostram suas capacidades que exercitam suas possibilidades e que atualizam suas potencialidades. É no fazer que se revela o domínio dos saberes e o compromisso com o que é necessário (Rios, 2002).

Devemos, ainda, considerar que a competência abrange três pressupostos que se complementam, a saber: é uma inteligência prática das situações, que se apoia em conhecimentos adquiridos e os transforma à medida que a diversidade das situações aumenta. É a tomada de iniciativa e

responsabilidade do indivíduo em situações profissionais com as quais ele se confronta. É a faculdade de mobilizar redes de atores em volta das mesmas situações, de compartilhar desafios e assumir áreas de responsabilidades (Zarifian, 2003).

É certo que esses conhecimentos deveriam ser pontuados na formação básica do profissional, ou seja, no ensino da graduação em enfermagem, em especial, na aquisição da competência para assistir a família do paciente fora de possibilidades terapêuticas.

A formação por competências apresenta uma intencionalidade: formar profissionais versáteis, adaptáveis e flexíveis, conforme as necessidades não só do mercado de trabalho, mas também para que possam apropriar-se de um atendimento mais complexo e também humanizado.

Para ilustrar a ambiguidade da relação do saber na Enfermagem, são apresentadas algumas indagações: as competências profissionais exigem muito mais que saberes ou os saberes exigem muito mais que competências profissionais? Compreendemos a categoria competência, como um saber-fazer, mobilizado na ação pela imediaticidade do saber disponível à memória do indivíduo (Campos, 2007). Isso exige do enfermeiro uma rapidez quase imediata para estabelecer conexões complexas das teorias com a necessidade de obter respostas imediatas em seu cotidiano.

Dentre as competências e habilidades específicas, consideramos que o enfermeiro deve possuir competências técnico-científicas, ético-políticas, socioeducativas contextualizadas que lhe permitam prestar cuidados de enfermagem, compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e distintos grupos da comunidade.

Ao comprometer-se com o cuidado da família, o profissional precisa rever suas experiências, a fim de perceber seus sentimentos e emoções, com o intuito de buscar novas maneiras de assistir com competência e responsabilidade.

O contato com a família de pacientes fora de possibilidades

terapêuticas leva o enfermeiro a fazer um contínuo trabalho reflexivo, mas isso requer que articule vários saberes que também estão vinculados à dimensão ética. Muitas vezes, ele se vê envolvido por dúvidas por precisar agir com rapidez ante situações constrangedoras, pois, as experiências de cada família são singulares do ponto de vista da percepção e concepções sobre o processo da morte e morrer.

Com isso, o profissional deve ter a capacidade de até mesmo antecipar possíveis respostas e reações da família diante do estado de enfermidade do paciente. Mesmo por que ele não pode mudar a realidade da família; desse modo, deve estabelecer uma relação de intersubjetividade e reciprocidade no que concerne à responsabilidade compartilhada que deve estar pautada no respeito mútuo.

Comunicar-se é construir um entendimento recíproco e bases de compromisso desencadeadas por ações desenvolvidas em conjunto (Zarifian, 2001). Esta observação nos remete a pensar que o enfermeiro deve buscar a compreensão do que fala à família e entender que tudo que se expressa de forma verbal ou não-verbal pode afetá-la no processo de perda.

Dos profissionais que trabalham em UTI, exige-se uma atuação eficaz e um atendimento rápido diante da instabilidade dos sinais orgânicos e vitais apresentados pelos pacientes fora de possibilidades terapêuticas. O enfermeiro busca “manter o equilíbrio das funções vitais do organismo do indivíduo”, motivo pelo qual acaba distanciando-se do convívio com os familiares e do atendimento das necessidades destes que também se revelam importantes.

Por entendermos ser muito difícil cuidar dessas famílias diante da dor, ainda muitas questões permanecem em aberto, em relação a quais competências essenciais o enfermeiro precisa adquirir para assistir tais famílias a fim de atendê-las em suas reais necessidades.

Para assistir familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, acreditamos que o enfermeiro deva adquirir competências que envolvam responsabilidade, solidariedade, autonomia, capacidade de

articular e mobilizar conhecimentos, atitudes e valores, bem como acolher a dor e o sofrimento da família assegurando-lhe o respeito.

Ao serem desenvolvidas, todas as competências integram um conjunto de habilidades que englobam aspectos gerenciais, assistenciais e educacionais. A seguir, apresentamos alguns pontos transversais que consideramos essenciais para o enfermeiro assistir a família: respeito, autonomia, tomada de decisão, responsabilidade, trabalho em equipe, comunicação, arte da escuta, sensibilidade, autoconhecimento e conduta ética e profissional.

Diante do processo da morte e morrer, entendemos o quanto é difícil assistir a família, uma vez que os enfermeiros ainda se encontram construindo competências em seu processo de trabalho. É preciso que se articulem para buscar maior qualidade a fim de atender às necessidades da família, como por exemplo, assisti-la ante a dor e o sofrimento. Este cenário exige que os profissionais se organizem para criar novos métodos e processos de trabalho com o intuito de melhorar as respostas dadas não só a cada família, mas também à equipe que a assiste.

2.2 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO AO ASSISTIR A FAMÍLIA DO PACIENTE FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Para atender as necessidades da família diante da dor, o enfermeiro precisa adquirir maturidade emocional, e assegurar o espaço de respeitabilidade com compaixão e amorosidade. Compreender que o sentido de família ampliou-se e, por conseguinte, esta pode manifestar muitos graus de proximidade com a pessoa que se encontra fora de possibilidades terapêuticas, perante sua construção e história de vida. O significado da perda, também, pode mudar em decorrência do vínculo afetivo que se estabeleceu entre a família e o paciente.

É importante salientar o que entendemos por família. Corroboramos com Campos (2007), que considera família como um agrupamento de pessoas ligadas por laços de parentesco e consanguinidade. Para além

desse conceito, poderíamos entendê-la em seu sentido amplo, ou seja, família seria uma rede de pessoas vinculadas por um grau de parentesco. Neste sentido, o conceito deve ser compreendido como rede e guarda em si uma amplitude imensa.

Ainda, o autor complementa que, para compreendê-la em um sentido restrito, podemos definir família como um agrupamento de pessoas que troca relações na forma de uma rede de significados, predominando certo grau de parentesco e consanguinidade, de acordo com o tipo do arranjo familiar marcado pela reciprocidade.

Muitas vezes, essa realidade mostra que a pessoa sem laços sanguíneos com o paciente fora de possibilidades terapêuticas pode apresentar dificuldade para realizar visitas com maior constância, em especial, à UTI. Nessa condição, não consideramos a relação que os membros desse grupo familiar têm entre si, bem como seus códigos e valores que norteiam seu olhar para tal situação, podendo tornar a relação desses profissionais com os familiares algo muito distante do que seja concebido como cuidado.

Nesse sentido, o enfermeiro ao construir competências para cuidar dessas famílias, deve ter conhecimento a respeito de vários modos possíveis para conceber o significado de “família”.

Existem famílias que encontram-se fragilizadas emocionalmente diante da realidade da perda iminente, encontrando-se, por vezes, perdida e com necessidade de acolhimento e ajuda profissional. De alguma forma, até solicita ajuda, mas nem sempre a recebe, sobretudo, quando não apresenta laços de parentesco e consanguinidade com o paciente.

O estudo realizado por Pettengill e Ângelo (2005) verificou que a vulnerabilidade da família é definida pela sensação de ameaça à sua autonomia, fazendo-a sentir-se impotente frente ao inevitável com medo da situação e do desconhecido, despreparada para agir. Mas isso é agravado pelos conflitos que se estabelecem na interação com a equipe, em razão da falta de diálogo entre a família e a equipe e, deste modo, a família sente-se desrespeitada em sua condição de dor e sofrimento.

Neste sentido, a preocupação em cuidar das famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas deve estar presente nas Instituições de Saúde, independente do âmbito administrativo e organizacional, pois é cuidando que se aprende a cuidar.

Para Hennezel e Leloup (1999), na evolução de nossa sociedade diante da morte, os profissionais da saúde encontram-se na linha de frente, uma vez que há uma tendência do processo do morrer ser institucionalizado. Atualmente, sete em cada dez pessoas morrem em hospital; contudo, os profissionais de saúde, ainda, não se encontram preparados para acolher ou acompanhar as famílias, sobretudo, dos pacientes que estão morrendo.

Por outro lado, Santos e Massarollo (2004) apontam para a necessidade de que sejam trabalhadas as questões referentes à revelação de prognóstico fora de possibilidades terapêuticas, por ser uma situação comum dentro do hospital a fim de que as condutas e posturas tenham embasamento científico e sejam frutos de amadurecimento em discussões entre os profissionais, já que neste estudo, os enfermeiros referem insegurança para enfrentamento desse cuidado.

A intervenção de enfermagem na família será efetiva se o enfermeiro se mostrar, além de técnico competente, uma pessoa capaz de desenvolver a empatia, a comunicação e a humildade, como instrumentos de trabalho para uma práxis mais humanizada (Beck, 2002).

Outros autores acrescentam ainda que o diálogo com os familiares dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, bem como o acolhimento, o conforto, o suporte e, até mesmo, a própria preparação para comunicar aos familiares a morte de seu familiar, torna-se um processo difícil, que os enfermeiros enfrentam no dia-a-dia (Bernieri e Hirdes, 2007).

Diante do exposto, muitas vezes, observamos que o profissional que atua em UTI ainda assiste a família de forma empírica. Consideramos, então, que o presente estudo ao investigar o *“assistir familiares de paciente fora de possibilidades terapêuticas: competência do enfermeiro”*, possibilite que os enfermeiros que atuam com as famílias desses pacientes, possam refletir a respeito de suas habilidades e atitudes profissionais diante dessa

situação.

Por outro lado, definir competências é uma tarefa difícil, destacamos ser importante passar da análise das práticas a um inventário razoável das competências do corpo da profissão (Perrenoud, 1997 apud Bernieri e Hirdes, 2007). Portanto, torna-se necessário um estudo aprofundado para definirmos quais as competências essenciais do enfermeiro para assistir famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas diante da dor e sofrimento. Estes devem desenvolver habilidades e aplicar seus conhecimentos com qualidade e responsabilidade.

Nas instituições de saúde, verificamos que há uma aura de silêncio que rodeia o termo entre os profissionais, o que pode ser extremamente penoso. Por outro lado, o prolongamento da vida e do tempo da doença faz com que haja maior tempo de convívio entre pacientes gravemente enfermos, familiares e equipe de cuidados, sobretudo da enfermagem, com um aumento da carga de estresse e com risco de colapso (Kovács, 2005). Entre os enfermeiros, existe pouca discussão sobre a questão prática do cuidar dessas famílias e, conseqüentemente a evolução do fazer ante a situação da dor e sofrimento verifica-se de forma lenta e dolorosa.

Nesta condição, alguns profissionais, com frequência, buscam apoio nos conhecimentos adquiridos em outras áreas do saber, como a Filosofia, Ética, Antropologia, Psicologia, bem como em sua própria espiritualidade, em terapias e entre seus pares no intuito de prover assistência adequada à família.

É claro que isso tudo é importante, mas não o suficiente, pois cada família ao ser única carrega consigo valores, anseios, angústia e temores. Por isso, é preciso que os enfermeiros participem de grupos como elos de apoio e crescimento que construam um espaço dentro da própria instituição para que melhor possam cuidar das famílias, por um determinado período em seu espaço de luto. Nessa dinâmica de trabalho, abrem-se novas perspectivas para que possam buscar as competências que precisam desenvolver em prol da melhoria da qualidade para assistir e ser assistido. Este último correlaciona-se às famílias de pacientes que se encontram fora de possibilidades terapêuticas.

Objetivos

3 OBJETIVOS

- Conhecer a percepção dos enfermeiros a respeito das competências inerentes à sua função quanto assistir as famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas;
- Identificar como os enfermeiros assistem as famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas; e
- Identificar como esses enfermeiros têm desenvolvido suas habilidades para assistir as famílias diante do processo de perda iminente.

Procedimientos Metodológicos

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa é um estudo exploratório, descritivo na vertente qualitativa que buscou conhecer quais competências são necessárias ao enfermeiro para assistir familiares de paciente fora de possibilidades terapêuticas.

Para Sacardo (2001), a pesquisa exploratória tem a finalidade de conhecer um determinado campo de estudo e fomentar questões para dar continuidade a futuros estudos.

As pesquisas qualitativas são entendidas como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas e significativas”. Apresenta como universo investigativo os significados, os motivos, as aspirações, as crenças e os valores dos indivíduos, expressos mediante as relações de uma determinada cultura (Minayo, 2002).

Optou-se por utilizar esse método, uma vez que o conhecimento na área da enfermagem e a aprendizagem da profissão são construídos por meio da relação estabelecida entre as pessoas em contextos determinados.

Diante disso, a abordagem qualitativa atende a essa especificação, partindo do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (Chizzotti, 2001).

Esta premissa encontra-se presente no trabalho do enfermeiro que atua em UTI com familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, e investigou a subjetividade do sujeito no sentido coletivo.

Lefèvre, Lefèvre (2003) referem que o “discurso do sujeito coletivo é

uma das formas que o pesquisador pode lançar mão para reconstruir o universo das representações existentes no campo pesquisado”.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital privado localizado no Município de São Paulo, considerado como hospital geral, de médio porte, com 34 leitos de UTI.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As entrevistas foram realizadas com 18 enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que atendem a pacientes fora de possibilidades terapêuticas e assistem seus familiares.

Para inclusão no estudo, o critério foi ter mais de dois anos de experiência em UTI e com familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Conforme os dados da tabela (anexo 1), dos 18 (100%) enfermeiros entrevistados, 15 (83,3%) tinham experiência em UTI de 5 a 15 anos, e 3 (16,7%) tinham mais de 15 anos de atuação na área. Observou-se que 14 (77,8%) tinham Bacharelado em Enfermagem por Escolas Públicas e 4 (22,2%) em Escolas Privadas. Todos tinham, pelo menos, um título de especialização quer seja nas áreas de UTI, Cardiologia, Nefrologia, Médico-Cirúrgica ou Administração, e 4 (22,2%) tinham Mestrado; destes enfermeiros 2 (11,1%) eram doutorandos e 2 (11,1%), mestrandos.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista semiestruturada, realizada de março a maio de 2008, até as falas mostrarem-se repetitivas. As entrevistas somente foram realizadas, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovação da Instituição

(Anexo 2) onde o estudo foi realizado. Todas as entrevistas foram conduzidas pela autora e registradas em gravador e, posteriormente, transcritas na íntegra pela mesma. Antes de procedê-las, foi solicitada a permissão aos participantes para gravá-las.

A pesquisa foi constituída por conveniência dos enfermeiros que manifestaram interesse em participar do estudo, para que os objetivos propostos fossem alcançados.

Os contatos com os enfermeiros foram realizados no próprio hospital, depois de localizado o responsável pela UTI. A proposta do estudo foi apresentada e, também, o convite para participação voluntária. Após esse contato, os enfermeiros que se dispuseram a fazer parte do estudo, posteriormente, procuraram pela pesquisadora para marcar data, horário e local. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, em local privado, tendo em média aproximadamente 30 a 60 minutos.

Antes de iniciar cada entrevista, foi comentado a respeito da proposta do estudo e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, acrescido de todas informações solicitadas para os devidos esclarecimentos.

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos neste estudo, tivemos três questões norteadoras apresentadas a seguir:

1. Se tivesse que dizer a um colega recém-formado como você assiste a família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, como relataria isso, lembrando de situações vivenciadas?
2. Fale-me quais conhecimentos, habilidades e atitudes são importantes para o enfermeiro assistir a família do paciente fora de possibilidades terapêuticas.
3. Conte-me como você vem aprimorando suas habilidades para assistir a família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Todos os aspectos éticos e legais foram contemplados, segundo a Resolução 196/96. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde se desenvolveu a pesquisa para avaliação dos aspectos éticos envolvidos. Obteve-se autorização, conforme Protocolo de Pesquisa nº 28/2007 e também teve autorização da diretoria da Instituição.

O Comitê de Ética em Pesquisa do hospital envolvido concedeu parecer favorável à realização deste estudo no dia 21 de fevereiro de 2008, e o documento de concessão encontra-se em poder do pesquisador, a fim de preservar o anonimato do hospital e dos sujeitos participantes.

Aos enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa, foram expostos os objetivos do estudo para a assistência de enfermagem a familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas no âmbito hospitalar. O anonimato foi garantido, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado no ato da entrevista (Apêndice 1).

O sujeito da pesquisa ficou com uma via do TCLE, elaborado para este estudo, documento com telefone da pesquisadora para contato e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde o estudo foi realizado.

Os enfermeiros que se dispuseram a colaborar, voluntariamente, após os esclarecimentos necessários foram solicitados a assinar a autorização de sua participação e, posterior, divulgação do trabalho em Revistas Indexadas. A privacidade e o respeito durante as entrevistas foram contemplados, bem como o sigilo de sua identidade nas publicações e divulgação dos resultados. A liberdade de participação, de recusa e o direito do sujeito retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe trouxesse prejuízo, também foram assegurados.

O estudo não remeteu a riscos; e sim houve benefícios, uma vez que contribuiu para repensar as competências e necessidades do

desenvolvimento profissional do enfermeiro no que concerne assistir a família do paciente fora de possibilidades terapêuticas.

4.6 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Os dados foram organizados, conforme a técnica descrita e preconizada por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000).

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma estratégia metodológica descrita pelos autores citados, que tem por objetivo tornar mais clara determinada representação social, buscando “resgatar o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos” (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000). É uma forma discursiva de apresentação e tratamento dos depoimentos que compõem o “substrato de uma representação social”.

Optou-se por apresentar os resultados das entrevistas – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo – com o intuito de facilitar a construção desses discursos e a visualização e análise das falas correspondentes obtidas nas entrevistas.

O Sujeito Coletivo expressa-se por meio de um discurso emitido ao que se poderia chamar de primeira pessoa (coletiva) do singular. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade.

O Discurso do Sujeito Coletivo possibilita a construção de sujeitos coletivos distintos pela análise de material individual e da extração das ideias centrais e expressões-chave, compondo com as expressões-chave das ideias centrais, os discursos-síntese que expressam uma coletividade por meio de um sujeito coletivo que, por ser, ao mesmo tempo, uma entidade qualitativa (um discurso) e quantitativa (uma coleção de indivíduos), viabiliza a expressão de um pensamento social (Lefèvre e Lefèvre, 2005).

Conforme os autores, a “ideia central” é a síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos. Assim, está presente nas afirmações,

nas negações e dúvidas a respeito da realidade factual, bem como os juízos de valor sobre a realidade institucional ou do contexto social na qual os sujeitos estão envolvidos.

As expressões-chave, ainda de acordo com os autores citados, são os trechos selecionados dos discursos que ilustram as ideias centrais. Dessa maneira, a literalidade do depoimento é fundamental para que, por meio do resgate entre a ideia central e a expressão-chave que a justifica, seja possível julgar a pertinência da forma encontrada para “traduzir” discursivamente a ideia central.

Após a identificação da palavra ou expressão que revele a essência do sentido da resposta (ideia central) e encontradas palavras ou expressões adequadas para representar os depoimentos (expressões-chave), temos as categorias (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000). A categorização permite que vários depoimentos/discursos sejam colocados na mesma categoria, sendo considerados iguais ou equivalentes, porque expressam a mesma ideia.

Dessa forma, foi possível chegar à categorização por meio dos discursos que expressaram a mesma ideia ou complementar. Considerando que as falas apresentadas em cada categoria compuseram um discurso único de todos os sujeitos, assim, as Ideias Centrais reunidas e devidamente embasadas no discurso literal dos sujeitos construíram os Discursos dos Sujeitos Coletivos (DSCs).

Duas estratégias foram usadas para a análise: cada entrevista separadamente e, em um segundo momento, as respostas foram agrupadas por categorias. Por último, foi construído um discurso-síntese que contivesse todos os “pontos de vista” individuais emitidos como resposta para uma mesma questão.

Após a realização das entrevistas e da respectiva transcrição, foram feitas leituras exaustivas do material, com vistas à introdução gradativa do universo de cada entrevista. Posteriormente, dividiu-se o discurso em categorias temáticas (ideias centrais), tendo como embasamento, tanto os objetivos da pesquisa como contemplar o que esteve presente com maior frequência ou de maneira contraditória, em cada entrevista. Posteriormente,

procedeu-se a justificativa de cada categoria.

Em seguida, todos os temas comuns extraídos dos discursos (todas as ideias centrais e expressões-chave correspondentes) foram reunidos em um único instrumento de análise. As mesmas respostas de cada pergunta de cada um dos entrevistados, com total resgate da literalidade da fala dos sujeitos, foram identificadas e as categorias qualificadas como competências por constituírem a temática deste estudo.

Em um último momento, com base nas ideias centrais reunidas e devidamente embasadas no discurso literal dos sujeitos que expressassem o modo de pensar do enfermeiro quanto o assistir famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, foram construídos os Discursos do Sujeito Coletivo.

Resultado e Discussão do Estudo

5 RESULTADO E DISCUSSÃO DO ESTUDO

Os resultados encontrados neste estudo, evidenciaram que os Discursos Coletivos referentes às competências do enfermeiro que assiste famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas estão voltadas para dimensão atitudinal.

Ao longo da vida humana, as atitudes são desenvolvidas mediante valores, experiências e hábitos que estão vinculadas às manifestações e posturas articuladas com diferentes situações e posicionamentos. As atitudes não são isoladas das virtudes, sobretudo no que tange às ações referentes às relações humanas na área da saúde. Muitas atitudes são influenciadas por regras e valores sociais e/ou institucionais.

No âmbito do trabalho do enfermeiro com famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, as atitudes, muitas vezes, são orientadas pela equipe multiprofissional, bem como pelas posições assumidas pela família em relação ao estado do paciente.

Nem sempre a situação é confortável. O enfermeiro ao assistir a família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas deve ter sensibilidade e responsabilidade social e ética.

Neste sentido, deve contemplar reflexões a respeito de suas atitudes apoiadas nos conhecimentos e experiências para melhor intervir na família que se encontra em um momento de vulnerabilidade, em razão da dor e sofrimento.

Ao cuidar da família, o profissional mobiliza conhecimentos, revê valores, assim, desenvolve capacidades para questionar suas ações ante a realidade em que se encontra inserido, construindo um modo particular de cuidar. A atitude para assistir a família deve ser desenvolvida desde o início da formação e em contato com outros profissionais que se preparam para assumir esta atividade com compromisso.

O assistir envolve saber ouvir, permitir que a família se expresse e cabe, portanto, ao enfermeiro manter adequada postura para estabelecer o

diálogo terapêutico, com base na competência comunicativa. Para isso, deve propiciar condições adequadas à família para que haja uma relação efetiva de ajuda com confiança.

Burley-Allen (1995) apud Rodrigues e Silva (2006) citam fatores que podem influenciar na escuta: ambiente físico desfavorável; crenças e valores pessoais do ouvinte; preconceitos; expectativas e interesses conflitantes com o interlocutor; nível emocional; dar significados às palavras e símbolos, bem como distrações internas e externas.

As categorias encontradas estão relacionadas às competências atitudinais do enfermeiro para assistir as famílias e, desta forma, abaixo são apresentados os discursos coletivos que foram qualificadas em função das competências que o profissional deve adquirir para assistir famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

A organização dos dados obtidos nas entrevistas com os enfermeiros que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva sobre o cuidar de famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, possibilitou-nos a elaboração de sete Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), denominados:

Competências atitudinais relacionadas à preocupação com o cuidar da família:

- Vínculo de confiança entre enfermeiro e família;
- Sensibilidade para cuidar da família do paciente com prognóstico fechado; e
- Dor emocional da família.

Competências atitudinais relacionadas a valores pessoais, éticos e religiosos:

- Condutas do agir ético-profissional; e
- Apoio em sua espiritualidade ou religião.

Competências atitudinais relacionadas ao desenvolvimento pessoal e profissional para cuidar da família:

- Maturidade científica, emocional e espiritual; e
- Preparo profissional do enfermeiro para assistir a família.

Para chegarmos a esses discursos à luz do referencial teórico do Discurso do Sujeito Coletivo, tivemos de compreender a vivência dos enfermeiros diante de tantos desafios ao assistir as famílias. Entendendo que, embora não consigam assisti-las como gostariam, são conscientes da necessidade de rever algumas posturas, tendo como norte a autonomia compartilhada com a equipe multiprofissional e familiares.

Todos os discursos mostraram consistência e foram expressados por meio das experiências e reflexões pertinentes ao cuidar vinculado ao processo de morte e morrer, valores e cultura, tanto institucional como dos enfermeiros que assistem famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

5.1 DISCURSO COLETIVO REFERENTE À COMPETÊNCIA ATITUDINAL RELACIONADA À PREOCUPAÇÃO COM O CUIDAR DA FAMÍLIA

5.1.1 Competência: vínculo de confiança entre enfermeiro e família

Competência	N	Discurso do Sujeito Coletivo
Vínculo de confiança entre enfermeiro e família	13	Minha experiência mostra que, muitas vezes, a família quer alguém apenas para ouvir. Tento ajudar a família tentando confortá-la, levando-a a entender que o paciente precisa de paz naquele momento. Para isso, sinto que devo demonstrar compreensão, sendo clara, bem como ouvir, ficar ao lado, ser solidária, prover segurança à família, porque a situação é realmente crítica e só sabe o quanto este momento é crítico quem está passando por ele. Precisamos aprender a apoiar a família e estabelecer diálogo terapêutico com ela. Um diálogo efetivo e com linguagem adequada à compreensão dos familiares, que não é um diálogo mecânico e formal e sim de ajuda, de solidariedade e acolhimento, mesmo encontrando dificuldade para manter esse diálogo. Eu tenho preocupação em discutir com a equipe multiprofissional como e quando dizer à família que os tratamentos podem se tornar fúteis a partir de um determinado estágio da evolução clínica

Continua

		do paciente, pois percebo que a família necessita dessa orientação. É preciso falar com a família a respeito do prognóstico, pois não temos o direito de iludí-la. Eu acho que devo falar para a família que o paciente vai morrer, que não tem prognóstico bom, mantendo um diálogo o mais coerente possível com ela e não criar falsas expectativas ou dar esperanças em relação à situação. Eu procuro ouvir e respeitar a família quando ela não consegue processar que o prognóstico do paciente é fechado. Desta forma, tento estabelecer um vínculo de confiança com os familiares dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas. A família vai passando para a gente o que sente e sabe e, deste modo, vamos adquirindo confiança, e aprendendo a trabalhar cada situação como única. Quando a enfermeira constrói esse elo, a família fica mais tranquila e confia mais na gente.
--	--	--

N é o número de sujeitos que contribuiu para a composição de cada DSC, os sujeitos podem ter contribuído em mais de um DSC

A relação de confiança que o enfermeiro deve estabelecer com a família diante da perda iminente, é fundamental para que possa prover intervenções adequadas, considerando o momento de fragilidade e dor em que esta se encontra.

O discurso acima reflete a importância do diálogo terapêutico, mas que seja realmente de ajuda. Ao olharmos para o lado da família, devemos questionar o que significa sentir-se ajudado. Será que basta ter atitudes solidárias, ou também, necessita de espaço, de abertura para abarcar as verdades? O discurso mostra que a ajuda vai além, pois expressa que não existe diálogo terapêutico sem a construção do vínculo de confiança.

Os sentimentos que emergem da perda e a intensidade da dor são pessoais; por isso, é necessário respeitar a individualidade do familiar, conforme o discurso acima.

Nessa relação, a comunicação deve ser realizada, mediante um diálogo que tenha como princípio respeitar a autonomia e a decisão do paciente/família, salvaguardando o tratamento terapêutico e os benefícios possíveis. Isso inclui estar atento para assegurar que o paciente possa manter sua personalidade e ter o direito de estar com a família ou pessoas importantes para ele, recebendo suporte emocional e espiritual, quando

couber (Fernandes, Freitas, 2006).

Dada a complexidade do sentido do respeito, em alguns momentos, o enfermeiro sente dificuldade para ver com clareza os limites de sua conduta na assistência à família.

Assim, pode utilizar também sua intuição na relação com as famílias para orientar sua conduta, acreditando na importância de estar presente, mas não interferir e sim respeitar o momento do familiar e, até mesmo, usar o bom senso.

É necessário aliar a intuição, a emoção e a sensibilidade ao saber científico para trabalharmos questões relacionadas à morte e ao processo do morrer (Vasconcelos, 2006).

Fala-se tanto em respeitar as necessidades da família que se encontra com um familiar em estado de terminalidade, mas até hoje isso é muito difícil, também, é preciso que o profissional entenda que a família passa por vários momentos e compreenda o que isso significa, uma vez que o paciente está na UTI distante dela e, ao mesmo tempo, muito próximo em seus sentimentos. Às vezes, não interferir nem ajudar presencialmente pode ser visto, como não respeitar sua dor e sofrimento, mesmo que isso seja cuidado.

Para criar vínculo de confiança na assistência à família, é desejável que o enfermeiro aprimore sua comunicação a fim de estabelecer um diálogo terapêutico. A competência na comunicação interpessoal é uma habilidade fundamental para que ele possa assistir as famílias diante de suas demandas, respeitando sua individualidade.

Nessa perspectiva, a comunicação pode ser entendida como um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e os envolvidos nesse processo podem ser influenciados emocionalmente por elas com a possibilidade de gerar mudanças no comportamento dessas pessoas (Braga e Silva, 2007).

Os autores citados observam que os enfermeiros especialistas em comunicação consideram que uma comunicação competente pressupõe

consciência das expressões verbais e não-verbais nas interações, bem como ter clareza e objetividade. Saber ouvir e perceber o outro, e respeitar o próximo são uma das prerrogativas dessa competência.

O ouvinte não é passivo na interação, mas, é atuante vivo no diálogo. É alguém que, por meio de sua postura, pode influenciar a maneira como o outro irá se expor durante a conversa (Silva, 2002 apud Rodrigues e Silva, 2006). Esse posicionamento é importante na relação enfermeiro-paciente-família, visto que o enfermeiro pode intervir nas decisões da família.

O mesmo autor aponta atitudes e expectativas de um ouvinte eficiente, como: criar uma atmosfera positiva; não tentar modificar o interlocutor; não criticar ou não interferir no que está sendo dito; ouvir com postura empática; permanecer neutro sem deixar que a emoção destrutiva interfira na interação e adotar um clima de solução de problemas.

Ouvir ativamente é uma habilidade que envolve um conjunto de comportamentos verbais e não-verbais, emitidos pelo ouvinte que demonstram o envolvimento na interação, procurando entender o ponto de vista do interlocutor (Rodrigues e Silva, 2006).

Para o enfermeiro que assiste a família do paciente fora de possibilidades terapêuticas, é muito difícil compreender o que esta quer lhe falar em face da dor que sente. Uma postura fundamental é tentar ouvi-la, saber o que ela precisa e não julgar suas prioridades no momento. Para isso, precisa ter tempo e não “estar correndo”; pois, desse modo, não irá parar para escutá-la. Muitas vezes, é a sobrecarga de trabalho que dificulta uma escuta integrada e humanizada.

Escutar a família pode ter muitos significados, o profissional deve fazer a escuta de modo comprometido e reflexivo, deve buscar conhecer de qual realidade ela vem e como está sendo afetada diante do processo iminente de perda. Reconhecer o que está acontecendo, podendo, também, entender o silêncio como uma escuta.

Ouvir de modo reflexivo é saber perceber além daquilo que a família possa dizer, porque muitas vezes ela na dor não tem como se expressar

verbalmente. É importante o enfermeiro ter a intencionalidade de querer realmente cuidar e comprometer-se a ajudá-la a expressar seus sentimentos.

Sabemos que escutar requer um aprendizado, que deve ser vivenciado no dia-a-dia pelo profissional, mediante a prática e a experiência, com a possibilidade de rever valores e significados sobre a morte e o morrer.

Ainda hoje é comum o enfermeiro expressar suas dificuldades em relação à escuta da família, pois vincula-se ao compromisso que envolve assisti-la diante da dor e sofrimento e do vínculo de confiança que se estabelece entre eles.

Ao se relacionar com a família, a preocupação com a postura vai além do conhecimento técnico em comunicação, pois a escuta se faz diante de uma atitude interna do profissional ao estar inteiro com a família. Alves (2008) diz que “não basta ter ouvidos para ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma”.

Dentre as competências do enfermeiro que assiste o paciente fora de possibilidades terapêuticas, encontra-se a intervenção de enfermagem na família que deve seguir princípios que orientem a relação de ajuda e confiança, diante da possibilidade de enfrentamento do processo do morrer. Dessa maneira, o enfermeiro também deve aprofundar-se em questões éticas, relacionando o conhecimento das áreas de filosofia e psicologia em sua prática profissional. Isso porque ao ajudar a família em seus conflitos existenciais diante da iminência da morte é preciso refletir a respeito dos componentes psíquicos, emocionais e filosóficos que esse fenômeno insere.

Pautado nesse pressuposto, é preciso que o paciente também saiba a verdade sobre seu estado de saúde, desde que tenha condições para sustentar e trabalhar a informação que lhe é dada com a participação de sua família (Fernandes e Freitas, 2006); isso deve ajudar a família a aproximar-se do paciente com maior veracidade e inteireza.

Com base nessas observações, é possível perceber o quanto é preocupante o fato dos enfermeiros cada vez mais colocarem seu

planejamento de trabalho em busca da aplicabilidade de estratégias que viabilizem o aprender a cuidar de famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, envolvendo desde o respeito até a possibilidade de maior abertura para trabalhar a situação de forma que possa se estabelecer um vínculo de confiança, mediante a verdade e a reciprocidade.

5.1.2 Competência: Sensibilidade para cuidar da família do paciente com prognóstico fechado

Competência	N	Discurso do Sujeito Coletivo
Sensibilidade para cuidar da família do paciente com prognóstico fechado	12	Creio que é difícil acompanhar as mudanças de prognóstico do paciente. Atualmente nós vivemos numa fase em que se abre o prognóstico e em seguida se fecha. Então, não dá para a gente ter uma conduta única, eu tenho medo de falar para a família que o paciente está morrendo. Então, questiono: até que ponto eu posso falar abertamente para a família sobre a situação crítica. Se transpor algumas barreiras, eu não vou estar passando por cima de outros profissionais? Temos que conversar para saber o que o médico disse para a família, e o que ela entendeu sobre o prognóstico do paciente. Porque, muitas vezes, o que é falado para nós é que o paciente não tem mais possibilidade terapêutica e o que a família mostra saber não é bem isso. Devido à dinâmica da UTI, você acaba se afastando do paciente com prognóstico fechado, e ao se afastar, às vezes, automaticamente acaba ignorando o cuidado da família. Com isso, ocorre um sentimento de impotência por priorizar atenção ao paciente que tem prognóstico e se afastar da família daquele que não tem. Vejo que com isso não se valorizam as dificuldades enfrentadas no dia a dia do enfermeiro ao cuidar destas famílias. Eu percebo que há situações em que a família entra na UTI e me olha de longe. Ela não me chama, mas sinto que ela está querendo conversar. Então, eu me aproximo e espero que ela fale. Procuro conversar com a família e tentar aos poucos ir colocando a situação, ver o lado, tanto do paciente como da família e ter sensibilidade para dialogar. Eu acho que primeiro tenho que ter muito controle e equilíbrio emocional para dar as informações à família, até mesmo para respeitar a sua dor. Às vezes, o enfermeiro e a equipe que estão à frente, acabam sendo depositários de angústias da família.

N é o número de sujeitos que contribuiu para a composição de cada DSC, os sujeitos podem ter contribuído em mais de um DSC

No caso de prognóstico fechado a dor e o sofrimento da família exacerbam-se e, às vezes, é uma verdade ainda pouco valorizada no contexto do cuidado, pois quem está vivenciando de fato a situação de perda é a família e não os profissionais que a assistem ainda de modo distante.

Adquirir maior sensibilidade para cuidar das famílias de pacientes com prognóstico fechado é complicado, em razão das crenças, valores, grau da profundidade e qualidade do vínculo estabelecido.

Percebemos que, na literatura, embora considerem importante assistir as famílias, muitos enfermeiros sentem dificuldades relacionadas à falta de tempo, conhecimento e habilidades (Ângelo, 1999), sobretudo, diante da condição do fechamento do prognóstico.

O profissional deve ter sensibilidade para perceber seus limites. Para Ângelo (1999), a sensibilidade é uma disposição interna de agir, denominada vontade, que estimulada pelas inteligências confere a capacidade de desenvolver conhecimento proveniente do cotidiano vivido com as famílias.

Sensibilidade para cuidar reflete o cuidado real. O enfermeiro questiona sobre a importância do cuidar ainda não cuidando, sabendo que precisa cuidar, embora as circunstâncias da dinâmica da UTI e a falta de habilidade para lidar com a dor e o sofrimento da família não favoreçam manter essa atitude.

Quando há sensibilidade do profissional que cuida das famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, é possível que este amplie sua percepção para cuidar. Não cuidando por cuidar, mas, cuidando para cuidar.

O enfermeiro que trabalha em UTI convive com situações difíceis sobretudo no enfrentamento de prognósticos considerados “fechados”. Esta questão ainda é pouco trabalhada com a equipe multiprofissional e uma das possíveis explicações para que não se enfrente esse desafio, é que os profissionais pouco trabalham os próprios conteúdos emocionais e, até mesmo, os conceituais, existenciais, filosóficos e, em especial, os espirituais, para que possam expressar suas angústias, dúvidas, medos com abertura para um agir mais consciente e humano.

Silva e Fernandes (2006) consideram que o “cuidado humanizado” depende da competência do enfermeiro em relação ao cuidar. Envolve reflexão, questionamento sobre o vivido no cotidiano da assistência de enfermagem, visando a atender às reais condições da família em relação a seu estado presente, à sua “qualidade de vida”, independente do prognóstico.

No dia-a-dia da UTI, os enfermeiros voltam mais atenção aos pacientes com possibilidades de “cura”, em razão da existência de ferramentas mais palpáveis e concretas para prover o assistir, que se articulam com a possibilidade de amenizar riscos e prover melhores condições e qualidade de vida.

Existem muitas diferenças de conduta entre as equipes de saúde, assim, aprender a respeitar essas diversidades é difícil, pois, cada profissional encontra-se em um estágio de evolução e percepção do que vive junto ao paciente em condições críticas, bem como com a família deste.

As dificuldades enfrentadas para assistir as famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas são muitas, mas as fundamentais englobam mudanças de valores e requerem maior sensibilidade do profissional para observar e priorizar as reais necessidades das famílias e rever como suas atitudes internas afetam o modo como cuidam delas. Esta transformação pode resultar na maneira de trabalhar tanto sua própria dor como a dor do familiar.

No contexto das instituições de saúde, sobretudo, no âmbito hospitalar é comum perceber a presença da dor e sofrimento da família, mas nem sempre os profissionais da saúde apresentam habilidades para assisti-la efetivamente diante dessas dimensões que, muitas vezes, não se manifestam claramente.

O ato de cuidar da fragilidade, dor e sofrimento das famílias de pacientes com prognóstico fechado aproxima-se e assemelha-se indiretamente aos cuidados paliativos. Pettengil (2003) destaca que, no contexto da doença, a família apresenta incertezas, expectativas e, nessa condição, sente-se impotente e amedrontada, necessitando ser cuidada de

modo mais acolhedor.

Diante da fragilidade, a família manifesta uma sensação de abandono pela perda iminente do ente querido e face à tristeza e à dor é difícil o profissional trabalhar essa situação que não pode ser negada, mas é possível amenizá-la quando se permite sua expressão, na medida que se estabelece uma relação de compromisso e confiança (Lemos e Rossi, 2002).

Esta condição verifica-se em razão do cuidar não depender somente do racional, mas também do desenvolvimento que cada profissional alcançou como ser humano, e de sua sensibilidade para perceber a dor e o sofrimento do familiar. Então, o que significa cuidar da família? Sabemos que o enfermeiro sente dificuldade para acolher os espaços de medo e silêncio da família que também fazem parte do cuidado.

Trabalhos realizados com os pacientes apontam que a separação da família é a principal queixa, isso ocorre, sobretudo, pela falta de apoio da equipe de saúde à família nos momentos de dor e despedida que devem ser compartilhados (Koizumi, Kamiyama, Freitas, 1979; Souza, 1988).

Nessa direção, Salazar (2006) confere que, no processo de interação, o enfermeiro deve usar o senso comum, a intuição, as habilidades comunicativas e desenvolver a sensibilidade para perceber as necessidades da família do paciente fora de possibilidades terapêuticas, firmando uma relação de ajuda e apoio.

O fato de dizer que o profissional deve desenvolver sensibilidade, também, significa ter vontade para atuar com a família. Por sua vez, reflete aprender a fazer o elo entre o científico e o intuitivo. Muitas vezes, o que é percebido no vivido com as famílias, vem realmente de uma vontade interna, espontânea com um impulso de agir diferente do que já é conhecido.

Essa ação pode ser mediante um gesto, um olhar, uma palavra que a pessoa considerou importante expressar e que, muitas vezes, não vem da inteligência racional e sim da emocional, talvez, das sensações e percepções desencadeadas no processo do cuidar.

Muitos concebem, ainda, que é preciso educar a sensibilidade.

Educadores dizem que não basta desenvolver a razão, mas é preciso estimular, desenvolver e aprimorar a sensibilidade do profissional. De pouco adianta o processo educacional trabalhar a racionalidade se os valores, o que realmente importa na vida, não são conhecidos somente pela inteligência, mas também pela sensibilidade. Percebemos que esta também pode ser considerada uma faculdade cognitiva, um meio para se conhecer os valores, que são essenciais ao modo de viver nas relações humanas. Um dos princípios que norteiam as relações, é o respeitar a dignidade das pessoas, valorizando seus sentimentos (Werneck apud Assmann e Sung, 2000)

Os autores citados referem que a dignidade humana nos remete à sensibilidade solidária como competência necessária aos profissionais de saúde. No processo de assistir as famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, observamos que, além do conhecimento técnico, no que se refere à comunicação e aos relacionamentos humanos, podemos recorrer a um conhecimento marcado pela afetividade, empatia e compaixão para que a intervenção de enfermagem à família seja efetiva e eficaz.

O processo de atendimento às famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas solicita a sensibilidade do enfermeiro, esta envolve que a assistência à família seja efetuada de modo digno, individual e compromissada com o zelo pelo cuidar a partir do respeito e da retidão de propósitos voltados ao bem-estar.

O cuidar significa o respeito à dignidade da família e valorização de seus sentimentos, sobretudo, na fase de intensa dor. Nessa condição, devem existir o propósito e a intencionalidade de manter o compromisso ético de assistir cada família, respeitando sua individualidade.

Na verdade, é difícil falar a respeito do que significa respeitar a si mesmo ou a alguém, mesmo porque a pessoa para respeitar o outro deve antes aprender a se respeitar. Assim, espera-se que o homem ao conhecer o outro, olhe realmente para este como ele é, escute o que tem a dizer e respeite seus espaços e sentimentos. Dessa maneira, aprenda a dar tempo

a si mesmo para respeitar as ideias e os sentimentos que não são seus. É importante ressaltar que é tendo o compromisso de ser honesto consigo mesmo e com os outros que existirá a possibilidade de construir uma base sólida em seus relacionamentos (Fernandes, 2001).

Kübler-Ross (2004) confere que o profissional de saúde pode colaborar para que a qualidade de vida dessa família não seja prejudicada pela falta da assistência adequada e que a morte seja digna e se possível serena para o paciente, amenizando, também, o sofrimento da família.

Essa dimensão do cuidar referente ao respeito à dor e ao sofrimento requer amadurecimento e sensibilidade do enfermeiro. Não apenas na aquisição do conhecimento técnico e científico, mas na maneira de como adquirir conhecimento no próprio modo de ser e agir, que devem ter como base os princípios da alteridade e da solidariedade com a família.

5.1.3 Competência: Dor emocional da família

Competência	N	Discurso do Sujeito Coletivo
Dor emocional da família	11	Eu acho que a enfermeira deve saber dar suporte emocional na presença da dor da família. Entender que ela quer atenção, precisa da nossa presença com uma palavra de conforto e da melhor forma possível. É difícil manter a neutralidade no cuidar sem se envolver com os sentimentos da família. Às vezes, é necessário explicar à família que o processo de morrer ocorre de maneira gradativa. Acho que a família não quer saber da parte técnica, mas sim se o paciente está sofrendo, se está com dor, se sente alguma coisa, se ouve e se ainda tem alguma percepção do que está acontecendo com ele na UTI. Você tem que mostrar que os cuidados de enfermagem estão sendo realizados e que nós estamos fazendo o nosso melhor pelo paciente. Eu tento minimizar o sofrimento da família, mostrando que estamos cuidando, dando atenção. A enfermeira deve ter habilidade de comunicar e dialogar com a família, de maneira efetiva, gerenciando a situação no momento de dor, respeitando o tempo dela. Isso inclui identificar as características de cada família e do como estão se preparando para a perda. Por isso, é desejável saber o que explicar e como orientar a família no momento certo. Procuro assistir a família em sua angústia quando o paciente oscila em seu nível de

Continua

		<p>consciência, me aproximando e ficando ao lado dela. Eu penso que, por mais que você oriente, quando acontece alguma intercorrência, por mais que a família esteja preparada no caso de uma bradicardia, de uma hipotensão, ela fica aflita. Por isso, é necessário cuidar da família, respeitando suas reações, suas respostas e sua individualidade. Eu acho que nessa hora quanto mais você explica, torna-se mais doloroso para a família que tem que processar as informações, principalmente, sobre a perda. A maioria das famílias quer saber quanto tempo vai demorar, se vai demorar muito, se vai ter sofrimento, se o paciente está sofrendo ou se está sob efeito anestésico. A gente, às vezes, percebe que os familiares estão muito estressados e que o que eles precisam, é sentirem-se amparados em sua dor e angústia, das quais não consegue controlar. Aí a família já começa a viver o luto. É importante reconhecer e respeitar o luto antecipatório, não criar bloqueio para a visita das famílias que já vivenciam o luto. Acredito, também, que o enfermeiro deve procurar conhecer as diversas culturas porque há uma diversidade familiar e social muito grande, e percebemos que cada família reage diferentemente ao processo de luto.</p>
--	--	---

N é o número de sujeitos que contribuiu para a composição de cada DSC, os sujeitos podem ter contribuído em mais de um DSC

O discurso remete que “o enfermeiro deve aprender a dar suporte emocional na presença da dor da família”, expressando modos de proceder diante das manifestações emocionais da família que se encontra em estado de sofrimento.

Confere que o suporte emocional pode ser traduzido em atenção/presença, palavra de conforto, diálogos afetivos, respeitar o tempo de processo da dor e sofrimento da família, respeitar a individualidade, manter prudência e cuidar de como as informações são dadas. Entender que é difícil para a família controlar emoções que surgem com muita intensidade e sem possibilidade de controle.

As famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas passam por um processo de adaptação à situação quando o prognóstico se fecha. O processo é semelhante ao do paciente, sendo importante o papel da equipe de saúde favorecer esse entendimento, proporcionando aos familiares uma conscientização a respeito da importância dos sentimentos a serem

compartilhados entre eles e o paciente (Kübler-Ross, 1996). Neste sentido, o enfermeiro poderá proporcionar espaço para a família trabalhar seus sentimentos com o paciente, procurando com isto auxiliá-la na preparação da separação iminente e chegarem juntos ao processo de aceitação.

O enfermeiro sente dificuldades para oferecer suporte emocional às famílias. Acreditamos que o sofrimento dos familiares poderá ser minimizado se as famílias compreenderem que o paciente está sendo atendido em suas necessidades. A família conforta-se ao saber que o paciente está sendo higienizado, medicado para dor, aliviado em sua angústia respiratória e recebendo suporte nutricional. Mesmo que indiretamente ela saiba que o paciente recebe cuidados que vão além do que seria usual dentro de uma UTI.

Kovács (2003) aponta para a questão polêmica sobre a diferença entre o que se considera tratamento ordinário e extraordinário, ao se referir ao cuidado oferecido ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. Com estas dúvidas, há o temor de que alguns procedimentos, como cuidados com alimentação, higiene, alívio da dor entre outros, deixem de ser usuais para garantia da qualidade de vida e tornem-se procedimentos extraordinários. Por isso, muitos enfermeiros consideram importante mostrar que esses cuidados continuam sendo prestados ao paciente, procurando com isto amenizar o sofrimento dessas famílias.

Muitas vezes, as famílias não conseguem ter raciocínio lógico em alguns momentos da dor e sofrimento. Mesmo sendo cuidadas não percebem que nesse momento estão recebendo suporte, por mais simples que pareça pois, esta ação deve respeitar o nível em que a família se encontra no processo de sua dor, que é vivenciado tanto por ela como pelo o enfermeiro que a assiste. Kovács (2005) chama atenção que assistir a família em sua dor, é uma habilidade a ser adquirida pelo profissional.

Estudos sobre a morte e o morrer revelam que os profissionais, sejam eles quais forem, devem apoiar os familiares do paciente que acabou de falecer, por meio de atitudes “simples”, como ficar ao lado daqueles parentes e deixá-los chorar, falar e até gritar, se necessário (Klüber-Ross, 2002).

Nesta situação, o enfermeiro vem aprendendo assistir esses familiares de modo genuíno, estando presente e sustentando sua dor.

Atualmente, discute-se que o enfermeiro que trabalha em UTI deve ter maior preparo técnico-científico, mas também trabalhar os aspectos da humanização voltados à assistência à família. Por outro lado, precisa olhar o que se toma como dor psicológica da família para poder aprender com essa situação, não esquecendo que também o profissional precisa ser cuidado.

Essa realidade deve ser observada e trabalhada no âmbito das instituições de saúde, visto que existem importantes lacunas na assistência às famílias, sobretudo no atendimento efetivo à sua dor e sofrimento. Muitas vezes, o enfermeiro encontra-se angustiado diante de demandas que requerem tomadas de decisões imediatas, que apresentam implicações éticas e complexas em relação aos diferentes posicionamentos das famílias.

O enfermeiro que trabalha em UTI e assiste famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, comumente apresenta conflitos éticos associados às diferentes situações relacionadas às perdas. Esse profissional ao deparar-se continuamente com famílias que parecem estar completamente anestesiadas, que nada questionam e ficam em silêncio prolongado, ou que exigem de si próprios permanecer presentes e próximos do paciente, distanciam-se de seu próprio cuidado. Expressam-se por meio de choro prolongado ou falas repetitivas e sucessivas, ou ainda, falta projeção para a continuidade da vida de forma salutar.

Nesse contexto, é necessário prover um espaço de escuta aos enfermeiros que assistem as famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Muitos sentem-se em determinados momentos fragilizados, sem apoio psicoterapêutico para atender às necessidades da família diante da dor da perda iminente. Acreditam que não têm estrutura emocional para cuidar dessas famílias que apresentam comportamentos ou reações inesperadas em seu processo de perda.

A família diante do paciente fora de possibilidades terapêuticas vivencia o luto antecipatório, ou seja, aquele que acontece diante de uma perda iminente. No âmbito hospitalar, esse fenômeno é muito visível desde o

momento em que a família recebe o diagnóstico do ente querido com doença “terminal” em estado avançado (Fonseca, 2004).

Diante desse quadro, os profissionais de saúde apresentam dificuldade para trabalhar com o luto. Silva e Fernandes (2006) mencionam que tanto o paciente como seus familiares demandam atenção não só nas dimensões físicas, psicológicas e sociais, mas também espirituais e, ainda, enfatizam o quanto é importante o enfermeiro gerenciar os cuidados de modo que a família também seja assistida em sua angústia e temor.

Nesse contexto, é importante a pessoa valorizar a religiosidade, pois esta independe da religião, mas sim do quanto e como a família encontra-se preparada para enfrentar o luto antecipatório (Fonseca, 2004). A dor emocional da família pode ser amenizada pela presença de força que pode estar associada à religião.

5.2 DISCURSOS COLETIVOS REFERENTES ÀS COMPETÊNCIAS ATITUDINAIS RELACIONADOS A VALORES PESSOAIS, ÉTICOS E RELIGIOSOS

As competências atitudinais envolvem valores pessoais, éticos e religiosos. Ao discorrermos sobre valores pessoais, torna-se clara a diversidade relacionada às questões práticas da vida. Entretanto, quando envolvem a doença, a dor e a perda, a realidade mostra que estes valores tornam-se mais agregados ao cuidado e, menos distantes, visto que o foco principal está na dor e na procura de novas possibilidades para melhoria da saúde e qualidade de vida.

Na dor, os valores éticos seguem princípios que englobam a respeitabilidade e o acolhimento. Neste sentido, os princípios quando respeitados levam a pessoa a agir de maneira mais coerente com o coletivo, e estes podem ser explicitados de modo direto e indireto. Fala-se muito em respeitá-los, mas como os enfermeiros podem fazê-lo se não conhecem a origem da família, bem como sua história, seus princípios e valores? Assim, atitudes que possam parecer estranhas a nosso convívio, podem ser as mais necessárias à situação presente no que se refere à experiência

religiosa da família. Essa aprendizagem deve ser compartilhada e vivenciada pelos profissionais da área da saúde.

Toda competência apoia-se em conhecimentos (Perrenoud, 1999), portanto, o enfermeiro adquire habilidades por meio de conhecimentos, experiência pessoal ou experiência partilhada com profissionais ou especialistas na temática.

O cuidado à família dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas deve contemplar o suporte psicológico, emocional e espiritual. Todas essas dimensões são pouco trabalhadas nas UTIs, claro que há espaço para as famílias expressarem seus sentimentos, mas nem sempre lhes é dado suporte suficiente. Nesse contexto, existem lembranças, recordações e perdas de sonhos e projetos de vida que devem ser reconstruídos. Há necessidade de tempo e espaço de convívio entre a família e o paciente fora de possibilidades terapêuticas.

Mediante a espiritualidade, o indivíduo pode desenvolver e experimentar a capacidade de mobilizar energias internas e encontrar significados às situações de perda. Ao mesmo tempo, ajuda o profissional a trabalhar com as emoções e as angústias dos pacientes e famílias.

A doença considerada no processo de terminalidade de vida pode ser vista como uma situação de transformações pessoais, tanto do paciente como de seus familiares, nos quais, comumente, são observados o despertar da espiritualidade e o crescimento pessoal e familiar.

5.2.1 Competência: Condutas do agir ético-profissional

Competência	N	Discurso do Sujeito Coletivo
Condutas do agir ético-profissional	13	Considero extremamente importante o respeito diante da vida e da morte, de aceitar e respeitar as crenças religiosas de cada grupo familiar. Eu acho que assistir essas famílias implica rever meus próprios valores pessoais. Eu me preocupo, na verdade, com a questão ética em analisar como as orientações serão dadas às famílias. Acho importante respeitar o direito da família à verdade e à sinceridade. Eu penso que a gente deveria valorizar um pouco mais o lado da

Continua

		<p>humanização na assistência à família. Já aconteceu dos familiares quererem ficar mais com o paciente, para que ele não ficasse sozinho na hora da morte. Tento facilitar o acompanhamento da família ao paciente no processo do morrer. Eu gostaria mesmo de apoiá-la e que ela tivesse ciência de que não tendo mais o que fazer, ao estar na UTI ela pode conversar e tocar no paciente mesmo ele estando sedado. Às vezes, digo à família que há outras formas de interagir com o paciente sem ser pelo contato físico. Eu acredito nisso, então, eu costumo rezar, pedir para a família conversar com o paciente mesmo sem ter resposta verbal devido às condições dele. Com a experiência profissional, vivenciei várias situações com a família e existem situações e situações e, então, temos que ter paciência, ficar ao lado e deixar que ela fale e saber que manter o silêncio é muito importante. Já aconteceu do paciente vir para a UTI e ser intubado, mas a família disse que ele não queria. Acho que precisamos ouvir e respeitar a decisão da família do paciente. Na medida do possível, eu tento perceber até onde eu posso ir, o que eu posso fazer para amenizar um pouco o sofrimento e tentar preparar a família. Creio que devo estar presente, mas não interferir, respeitar o momento que o familiar tem com o paciente, principalmente, se ele for consciente. Isso é ter bom senso, ser ponderado, é preciso ter calma, paciência e ter equilíbrio emocional, ainda ter postura profissional e ser íntegra.</p>
--	--	---

N é o número de sujeitos que contribuiu para a composição de cada DSC. Os sujeitos podem ter contribuído em mais de um DSC

As condutas dos enfermeiros voltadas para o agir ético profissional englobam um clima de respeitabilidade em relação às concepções de vida e morte, de aceitar e respeitar as crenças religiosas de cada grupo familiar. Nesse sentido, consideramos importante que não só os valores profissionais sejam revistos, mas também os próprios valores pessoais.

É evidente que o agir profissional do enfermeiro valorize a verdade e a possibilidade de maior contato da família com o paciente. Claro que isso tem a ver com as relações que os profissionais estabelecem com seus pares e com a família. É preciso criar um espaço salutar de modo a trabalhar em grupo em prol da melhoria da qualidade da assistência à família no momento de dor e sofrimento.

Ter postura profissional e íntegra requer respeitar a família, as

condutas e suas decisões, no que tange a seus posicionamentos diante do contato com o paciente de modo consciente, tendo o propósito de levar a humanização a estes.

O discurso acima revela a preocupação dos enfermeiros com os valores éticos no que se refere ao respeito à vida, sobretudo quando se enfrenta o processo do morrer e o respeito aos valores pessoais. Fernandes e Freitas (2006) ressaltam que os seres humanos têm a capacidade de se desenvolver como pessoas reflexivas e críticas. Agir eticamente significa preservar a subjetividade diante da inter-subjetividade, na qual a pessoa respeita o olhar do outro em determinada situação. O posicionamento do enfermeiro reflete-se no cuidado às famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, mantendo-se fiel aos próprios princípios.

Acreditamos que não exista uma única maneira de definir o que é ser ético. Trata-se de um modo de ser que possui diversas faces. O comportamento ético caracteriza-se pelo cuidado que envolve direta ou indiretamente o ser humano, a si próprio ou a outro, a consideração pelo ser humano que envolve o respeito pela individualidade e pela autonomia de cada um na escolha de condutas; a responsabilidade pelos atos ou condutas escolhidas; o respeito aos próprios limites e ser verdadeiro (Zajdsznajder, 1999).

Na situação de perda iminente, a família encontra-se fragilizada diante da dor e alguns autores concordam que a perda da autonomia é fator determinante de sua vulnerabilidade ao vivenciar esse processo (Pettengil e Ângelo, 2005).

Por isso, na relação com os familiares é necessário considerar sua autonomia na tomada de decisões quando o paciente já não consegue expressar suas vontades em relação à própria vida, valorizando o respeito à pessoa, à informação clara e à voluntariedade de cada família (Massarolo, Spinetti, Fortes, 2006), quando estas acompanham ou se responsabilizam por pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Chamamos atenção para as questões concernentes aos valores e crenças vinculados ao modo como os enfermeiros entendem a dor e o

sofrimento da família em suas diferentes dimensões, pois isso interfere na política de acolhimento da família, visto que, muitas vezes, passa a não ser olhada como uma responsabilidade de toda equipe.

Diante da dor da família, às vezes, é complexo o enfermeiro conhecer realmente o que de fato a família quer saber em relação a seu familiar. É evidente que ela deseja atenção, mas qual tipo de atenção? Há situações em que ele distancia-se do atendimento à família, mesmo sabendo que ela pode estar em um local físico confortável, ainda assim não se encontra em um espaço confortável no sentido relacional e afetivo, pois necessita em seu tempo de mais informações e da presença de um profissional, que esteja preocupado com a humanização dessa assistência.

Na assistência à família, são primordiais a clareza e a sinceridade no diálogo, respeitar o direito à verdade e às decisões tomadas pela família com o paciente.

Por outro lado, observamos que a esperança que a família traz é outra questão delicada que deve ser avaliada pelo profissional ao informar as reais condições do paciente. Essa expectativa de melhora do quadro clínico decorre dos valores, crenças e amadurecimento do familiar que vivencia a perda, bem como de sua aceitação diante da finitude.

Por isso, ao dialogar com a família, o enfermeiro deve agir de forma ética, estando atento às condições emocionais em que a família se encontra para entrar em contato com o paciente e ajudá-la a vivenciar os momentos que ainda restam junto ao ente querido no final de sua vida, de forma mais serena dentro do possível.

No processo de morrer, tanto o paciente como a família apresentam a necessidade de contato entre si. De sentirem-se perdoados um pelo outro, de reconciliação, de dizerem coisas que ficaram por dizer ou, simplesmente, de se despedirem (Kovács, 2004).

Quando o paciente não consegue se expressar, é importante orientar a família, embora não seja possível o contato físico, faz-se imprescindível a presença de pessoas próximas a seu lado. Isto é necessário, tanto para o paciente como aos familiares para que a cerimônia do adeus se concretize

com naturalidade e na maneira que deve ser para cada família.

Existem situações em que surge o silêncio que pode expressar o sentimento muito melhor do que as palavras. Neste momento, o paciente entra em um estado de torpor e a consciência do meio ambiente parece desaparecer. Torna-se difícil o contato entre a família e o paciente por meio de palavras, podendo tornar-se o momento mais difícil à família (Kübler-Ross, 2002).

É difícil saber com segurança, quanto, quando e como orientar a família na possibilidade de permanecer com o paciente nessa situação, a fim de ajudá-la a amenizar sua dor e sofrimento. Indagações como estas levam o enfermeiro a orientar a família para que esta possa “conversar” e “tocar” seu ente querido dentro da UTI.

Conforme Correa (1999), para permitir que o paciente tenha uma morte digna, o enfermeiro deve ajudar a família a olhar a morte como um processo mais próximo do natural em relação à finitude. A partir da informação de que o paciente está em sua jornada final, ele próprio e sua família poderão resolver suas questões, tomar suas disposições ou cumprir suas promessas.

Nesta perspectiva, o enfermeiro deve valorizar em seu campo de atuação a comunicação terapêutica com os familiares, identificar as necessidades da equipe de enfermagem, abrindo caminhos para o crescimento de todos os envolvidos no processo. Assim, as intervenções realizadas pelo enfermeiro devem sinalizar modificações no modo de lidar com as perdas e amenizar o sofrimento da família (Wright e Leahey, 2002).

Muitos valores estão sendo trabalhados, como os de natureza pessoal, que envolvem questões éticas associadas a outros valores, como por exemplo, os religiosos. Por isso, pode ser fácil o enfermeiro falar como realiza suas funções em seu cotidiano de trabalho, mas ainda é difícil descrevê-las como um processo vinculado a seu compromisso profissional no que concerne ao agir ético, diante do cuidado da família do paciente fora de possibilidades terapêuticas.

5.2.1 Competência: Apoio em sua espiritualidade ou religião

Competência	N	Discurso do Sujeito Coletivo
Apoio em sua espiritualidade ou religião	11	Eu acho extremamente importante considerar os valores espirituais na assistência à família do paciente fora de possibilidades terapêuticas. Penso que muitas famílias se apoiam na religião, então, eu tento apoiá-la. Procuro oferecer espaço para prover assistência religiosa a elas e ao paciente. Quando sinto abertura para dialogar a esse respeito, pergunto: a senhora acredita em Deus? O que a senhora espera? Às vezes, a família responde que espera um milagre. Então, a gente tem que respeitar. O que é milagre? Para mim, o milagre é apenas uma mudança de percepção e de atitude interna, mudando a percepção sobre a situação. Eu tenho um pouco mais de facilidade em tratar este tipo de assunto com pessoas que são da mesma religião ou de religiões aproximadas, que tenha o mesmo enfoque. Acredito que o enfermeiro que tem religião, apresenta melhor condição para trabalhar essa questão, e isso é facilitado quando a família também tem religião. Bem como ter humildade para reconhecer que não somos Deus e não temos condição de saber e fazer tudo. Ainda, ter conhecimento filosófico a respeito da morte e do processo do morrer pode ajudar o discernimento em relação ao cuidar da família diante da perda iminente.

N é o número de sujeitos que contribuiu para a composição de cada DSC, e os sujeitos podem ter contribuído em mais que um DSC

Conforme o discurso acima, a espiritualidade e a religiosidade são fontes importantes de equilíbrio emocional e sustentabilidade que as pessoas buscam nos momentos de perda iminente. A valorização da assistência espiritual decorre da vivência pessoal significativa e experiência de vida (Selli e Alves, 2007). É importante entender que a espiritualidade não está necessariamente associada à religião, esta envolve valores humanísticos que incluem o modo de pensar, ser, viver e de se relacionar consigo mesmo, com o outro e com o mundo, o que requer sensibilidade, aceitação e o modo como cada pessoa valoriza a vida.

As famílias precisam de cuidados que, também, envolvem a dimensão espiritual, e isso só será possível quando o enfermeiro estiver consciente de seus próprios valores espirituais e abrir espaço para que a

família e o paciente manifestem-se.

Alguns autores descrevem certas categorias relacionadas à dor espiritual que pacientes fora de possibilidades terapêuticas manifestaram, representadas pelo medo da morte e do pós-morte, ideias e concepções negativas em relação à espiritualidade e ao sentido da vida e sentimentos de culpa (Elias ACA et al, 2007). Talvez esse resultado mostre o quanto se faz necessário prover espaço e condições às famílias de pacientes para que fora de possibilidades terapêuticas repensem a importância de se trabalhar valores a respeito da morte e morrer.

Por outro lado, muitas vezes, o paciente compartilha com a família essas dores e esta se apoia em valores espirituais para minimizar seu sofrimento e ajudá-lo a enfrentar os momentos finais de sua existência. Às vezes, ela recorre à religião que pode evocar emoções positivas, mediante os rituais que facilitam/santificam as principais transições da vida, como o nascimento e a morte (Koenig, 2000)

É importante questionar a família sobre suas crenças e valores espirituais, assim, pode ser configurado um modo de intervenção de ajuda, visto que a faz voltar-se para repensar a respeito do tema no enfrentamento da perda iminente.

Ainda, o enfermeiro depara-se com questões que vão ao encontro de sua própria filosofia de vida e seus valores pessoais e, ao se aproximar das famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas reflete sobre as novas maneiras de cuidar que envolvem as competências ontológicas, essenciais à maturidade e à sobrevivência da enfermagem (Watson, 2002).

A competência ontológica refere-se a poder ver realmente aquilo que se mostra com base na experiência da família. Para isso, o enfermeiro deve interrogar mesmo aquilo que não seja autêntico à família, daquilo que é, o que é – o que vai além do que existe, como realidade, ela – a morte iminente do ente querido. Desse modo, deve olhar a experiência da família de modo diferenciado, que é próprio da história de sua vida.

O profissional também deve refletir sobre sua espiritualidade,

conhecer a si próprio, poder reconhecer seus próprios limites e buscar ajuda externa, tornando-se mais sensível às necessidades alheias. Isso poderá levá-lo a mudar suas posturas e valores, sendo mais solidário com as famílias.

É desejável que o enfermeiro sinta-se seguro e possa ajudar a família a se recompor diante de seu estado de vulnerabilidade. Selli e Alves (2007) mencionam que, na situação de perda iminente, se vivencia a vulnerabilidade e, muitas vezes, recorre-se à espiritualidade que constitui campo de elaboração subjetiva no qual a pessoa constrói de forma simbólica o sentido da vida.

Algumas concepções e significações relacionadas à espiritualidade envolvem elementos da psique humana, incluindo o significado de vida no sentido espiritual e transcendental, visualizando o homem em sua forma de ser e de se expressar no mundo, tendo como referência a finitude.

Nesse sentido, Jung (1986) concebe que a espiritualidade pode ser compreendida como a relação do indivíduo com uma área transcendental de sua psique e as mudanças que resultam dessa meditação.

Lawer e Younger (2002) apontam que a espiritualidade e sua manifestação por meio da religião estão relacionadas à consolidação do significado da vida e são associadas à maior resiliência e resistência ao estresse, referentes às doenças e às perdas.

Conforme Pessini e Bertachini (2004), a palavra espiritualidade significa sopro de vida, encontrar seu sentido. Ainda, a dimensão transcendente da espiritualidade está além dos dogmas religiosos.

As religiões trazem explicações sobre a vida e a morte, celebram as fases da vida, sobretudo, os rituais de passagem por meio de símbolos, rituais e cerimoniais, sendo um campo de experiências que vão ao encontro pessoal com os mistérios da vida. Não é só a vivência das situações, mas, sua elaboração na consciência (Kovács, 2007).

Kübler-Ross (2002), baseada em suas pesquisas, pontua que a religião está presente em potencial no homem, que o empenho religioso é

uma de suas capacidades para obter uma experiência original ou também se apropriar da consciência pessoal. A fé religiosa está presente na maioria das famílias e, muitas vezes, é fonte de ajuda para sustentá-las nos momentos de dor intensa, decorrentes da perda de um ente querido. A autora afirma, também, que as pessoas desses grupos religiosos influenciam-se mutuamente e o experimentar a si próprio deve ser valorizado. Por isso, o espaço para a expressão de sua religiosidade e de suas filosofias de vida é importante aos que estão prestes a morrer e a suas famílias.

Em nossa realidade, observamos, com frequência, que os cuidados físicos mensuráveis são privilegiados em detrimento dos cuidados na dimensão espiritual aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Talvez, por isso, os profissionais de saúde sintam dificuldade para assistir as famílias desses pacientes. No entanto, só com o enfrentamento dessas dificuldades e prestando esse cuidado é que poderão adquirir maturidade psicoespiritual para trabalhar as questões relativas ao processo do morrer.

As famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas também recorrem à fé como fonte de ajuda no enfrentamento da perda, buscando na religião o significado da vida e morte. Por isso, a assistência espiritual de acordo com suas crenças é considerada como gesto de amor e compreensão pelos pacientes e seus familiares (Gutierrez e Ciampone, 2007).

Muitas vezes, constatamos que a fé dos familiares ajuda-os a superar as dificuldades mais delicadas possíveis. Mesmo sabendo que o paciente não terá a cura física, seus familiares de alguma forma acreditam na cura em outra dimensão, seja psicológica, espiritual ou, até mesmo, existencial. De modo que acabam aceitando que o ente querido vai morrer e que esse processo será acompanhado de dor e angústia, mas também sabem que terão condições e ajuda de amigos para trabalharem a perda nesse momento, bem como de profissionais quando se fizer necessário.

5.3 DISCURSOS COLETIVOS REFERENTES ÀS COMPETÊNCIAS ATITUDINAIS RELACIONADOS AO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL PARA CUIDAR DA FAMÍLIA

Para cuidar da família, o enfermeiro deve buscar constantemente preparo teórico, basear-se em seus valores pessoais, bem como em suas experiências profissionais e de outros colegas para cuidar das famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

O desenvolvimento de habilidades para estabelecer uma relação de ajuda à família compreende a reflexão do papel no cuidado ao paciente fora de possibilidades terapêuticas, como ser holístico e, portanto, com necessidades de se sentir acompanhado de pessoas que lhe sejam importantes. Esta realidade insere-se na relação com o enfermeiro, pois a família traz consigo suas próprias dores, medos e angústias diante da perda iminente.

Como cuidar dessa família, que não quer apenas olhar para o lado tecnológico? Mas deseja ser acolhida em sua dor e sofrimento sem ser invadida.

As experiências vividas pela equipe de trabalho diante dessa situação não atendem às necessidades da família, no intuito de integrá-la ao cuidado não físico do paciente, sendo este, em muitos casos, pouco permitido. Nas instituições hospitalares, não temos padrões de atendimento que supram ou amenizem a dor e o sofrimento dos familiares.

Os profissionais precisam conviver com os dilemas morais, tentar prover conforto à família, enquanto o paciente fora de possibilidades terapêuticas encontra-se em desconforto e necessita receber tratamento. Mesmo conscientes do direito do paciente poder “vivenciar seus próprios sentimentos e angústia” com os familiares, muitas vezes, não conseguem fazê-lo. A morte pode ser vista sob vários ângulos, mas o cuidado deve ser olhado, como uma fonte efetiva de ajuda.

Por mais que os profissionais busquem respostas a respeito do cuidar das famílias, estas necessariamente não darão as respostas que eles precisam. Cabe a eles, buscarem as respostas em seu tempo e movimento de vida. Talvez os enfermeiros possam perceber que a imagem que o familiar faz das condições do paciente esteja vinculada ao processo de morte e, também, simultaneamente a um novo despertar de consciência a respeito da morte.

Neste aspecto, é salutar que o enfermeiro busque apoio e conhecimento para intervir na família em outros saberes, como: a Filosofia, a Antropologia, a Tanatologia e a Psicologia por meio de leituras, participação de palestras e discussões. Uma experiência pessoal, poderá não servir para cuidar de determinada família. As experiências podem ajudar as famílias a obter maior compreensão sobre o viver e o morrer.

O enfermeiro só desenvolve habilidades para intervir adequadamente na família por meio da experiência do cotidiano de seu trabalho junto ao paciente e seus familiares, pautado em saberes que vão além da especificidade de sua área de conhecimento.

5.3.1 Competência: Maturidade científica, emocional e espiritual

Competência	N	Discurso do Sujeito Coletivo
Maturidade científica, emocional e espiritual	16	Eu acho que o conhecimento fundamental que se deve ter é em relação à patologia e ao prognóstico, bem como conhecer a história clínica e a situação atual do paciente. Procuro estar atualizada em relação ao conhecimento técnico no que diz respeito ao cuidado, porém, no momento em que se fecha o prognóstico, percebo que os procedimentos técnicos são os menos valorizados na assistência à família. Creio que o fato de ter assistido a palestras sobre Tanatologia me ajuda a assistir o paciente a morrer com dignidade. Estudei, também, sobre o processo do morrer – os estudos de Kübler-Ross e fiz curso de psicossomática. Tudo isso me ajuda a trabalhar com as famílias e entender suas reações. Já vivi situações de familiares que até o momento final não aceitaram a morte. Procuro reconhecer a fase em que a família se encontra para ajudá-la. Procuro, também, estar atualizada, ler sobre o assunto. Eu acho que aqui deveria ter um estudo aplicado ou

Continua

		<p>uma educação permanente para discutir alguns casos relativos à assistência a essas famílias. Acho que a enfermeira deve refletir sobre a morte. Se ela tiver medo ou dúvida ao assistir a família do paciente fora de possibilidades terapêuticas, ela vai ser sempre superficial. Pois a enfermeira nunca vai estar de fato ao lado do familiar, ela pode agir conforme as normas do hospital, e não atender à família na sua totalidade. Vai estar apenas desempenhando um papel. Mas, a reciprocidade entre o familiar do paciente e ela não vai existir, porque não se tornou inteira para assistir aquela família. Também acho importante aprofundar os conhecimentos em psicologia, ética e legislação. Cada enfermeiro deveria estar atento às necessidades de seu preparo como profissional de saúde e buscar conhecimentos. Eu acho que também a gente aprende muito com a experiência, aprende-se vivenciando as situações e desenvolvendo habilidades, ou seja, a enfermeira tem que se conhecer e desenvolver a maturidade emocional e espiritual. Busco o conhecimento e o equilíbrio emocional, procuro ajuda em terapias para elaborar as perdas que eu tive e as perdas que também aqui enfrento. Acho que todo profissional de saúde deve estar preparado para oferecer apoio à família. Eu acho difícil lidar com esse apoio, temos dificuldade.</p>
--	--	---

N é o número de sujeitos que contribuiu para a composição de cada DSC, os sujeitos podem ter contribuído em mais de um DSC

A formação do profissional e sua maturidade para assistir as pessoas na situação de perda ocorre pautada em um conjunto de processos intelectuais, mentais e emocionais que lhe permitem a apreensão do mundo (Brito, Gazzinelli, Melo, 2006).

Segundo o discurso acima, os profissionais procuram o conhecimento para melhor assistir as famílias por meio de leituras, cursos, palestras e discussões entre seus pares. Esta assistência requer maturidade científica, emocional e, até mesmo, espiritual do enfermeiro que o leva à reflexão sobre sua própria existência, configurando-se um processo de construção pessoal decorrente de sua história pessoal e experiência profissional.

Para o enfrentamento das dificuldades na assistência às famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, os enfermeiros adquirem a sensibilidade, a postura e a competência comunicativa por meio da práxis aliada ao conhecimento teórico, conforme relatado no discurso.

O conhecimento teórico refere-se à aquisição de outros saberes como a Tanatologia, Psicossomática, Psicologia e aspectos Ético-Legais, além da procura de ajuda em Terapias.

Ao mesmo tempo, verificamos que o profissional sente necessidade de reflexões a respeito da morte e morrer, bem como precisa rever seus próprios valores para que consiga estar inteiro com a família e não apenas cumprindo a rotina e orientando somente questões técnicas e procedimentos, mas intervindo na família nos momentos em que a dor da perda iminente exacerba.

Fernandes (2001) enfatiza que olhar para o mundo depende certamente do grau de maturidade psicoemocional que cada um atingiu e que lhe permite trabalhar com as diferenças e os conflitos, como também com outras variáveis que estão contidas na história de vida de cada pessoa.

Então, perguntamos que suporte o enfermeiro tem para cuidar da família? Existe um tempo de acompanhamento à família diante da história de vida do paciente, um tempo para conhecer, compreender e aprender a ouvir aquela pessoa. Por isso, o profissional deverá estar preparado para lidar com os sentimentos e emoções advindos do contato com a família, respeitando sua individualidade.

Neste sentido, percebemos que o profissional trabalha de modo mais sensível os dilemas vivenciados pelas famílias diante da perda à medida que aceita os limites de seu controle e também elabora suas próprias perdas.

Alguns autores dizem ser importante indicar que a preparação para o mundo do trabalho requer o desenvolvimento de conhecimentos, ideias, habilidades e, também, disposições, atitudes, interesses e pautas de comportamento (Silva e Sena, 2006). Neste sentido, ao se capacitar para a assistência às famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, o enfermeiro necessita se desenvolver de modo mais completo, ou seja, tanto do ponto de vista racional como também emocional e espiritualmente, visto a complexidade desse âmbito do cuidar.

A vivência de situações de perda iminente da família do paciente, a

reflexão quanto à intervenção de enfermagem realizada e o acompanhamento e discussão com outros enfermeiros já experientes no cuidado às famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas são valiosas para se alcançar a maturidade necessária na construção de uma assistência efetiva e eficaz com as famílias no momento de dor e sofrimento.

Cada situação é única, pois cada família tem sua história de vida e seus valores com reações individuais e singulares frente ao processo do morrer. Diante dessa realidade, a maturidade proporciona ao enfermeiro que assiste essas famílias subsídios para prover o cuidado individualizado e genuíno, ou seja, saber articular o conhecimento teórico, manter atitude de acolhimento, empatia, compreensão, sensibilidade para reconhecer as reações e necessidades da família naquele momento singular e buscar apoio em sua espiritualidade para sustentar a dor da família.

Na formação acadêmica dos enfermeiros, percebemos que há uma lacuna para assistir as famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Mas no cotidiano desses profissionais, as famílias demandam cuidado diante da dor e sofrimento, muitas vezes, de modo discreto, porém não menos premente e importante. Por isso, são necessárias a maturidade científica, emocional e espiritual, além da sensibilidade para perceber as necessidades das famílias e, ao mesmo tempo, buscar apoio em outras áreas do saber no intuito de intervir na família de modo humanizado e comprometido com o sentir.

5.3.2 Competência: Preparo profissional do enfermeiro para assistir a família

Competência	N	Discurso do Sujeito Coletivo
Preparo profissional do enfermeiro para assistir a família	12	Quando eu era recém-formada, não achava fácil tentar confortar ou explicar para a família a respeito do paciente, pois não tinha experiência nem maturidade. Precisei refletir a respeito do processo do morrer, principalmente, no momento de negação. Eu acho que não tive um preparo na graduação, foi falado somente da parte legal, pelo menos, na minha faculdade. Na especialização, foi falado um pouco mais, mas ainda não conseguia aplicar. Ninguém fala como é, como

Continua

		<p> você terá que trabalhar com o familiar. Porque uma de nossas atribuições é oferecer assistência não só ao paciente, mas, à família também. Eu não sei até que ponto eu posso ir em minhas competências como enfermeira. </p> <p> Hoje, tento utilizar experiências anteriores para conduzir a assistência à família. Eu tento lembrar de situações que tenham me marcado na minha vivência ao longo da minha carreira profissional. Mas, em alguns momentos, sinto dificuldade imensa em me aproximar da família, isso ocorre diante de uma perda iminente, que é muito dolorosa. Eu preciso de preparo psicológico e sinto necessidade de adquirir conhecimentos para ter um melhor entendimento de como cuidar dessa família. Muitas vezes, as famílias pedem opinião, elas falam: você como enfermeiro o que faria? Já aconteceu comigo, e eu entendo que é uma situação difícil. Oriento a família, tendo consciência de que o paciente não é meu familiar e compreendo essa situação. Mas, às vezes, eu acho que não quero me envolver muito com a família. É difícil. Não sei se a palavra é fuga, mas eu acho que existe isso. Reconheço que existe a fuga por medo de não saber lidar com o inevitável, a morte. Por isso, acho importante poder contar e falar abertamente para as pessoas da sua equipe que tem hora que você não consegue assistir determinada família. Para ajudar a família, eu também preciso ser ouvida pelos membros da equipe de saúde. Tem histórias que vão bater com a sua história de vida ou com a história de vida de alguém querido, e que você precisa ser corajosa o suficiente para entender isso e pedir ajuda. Às vezes, precisamos até buscar ajuda profissional em situações em que possa ocorrer a transferência e contratransferência. A família, muitas vezes, se vê desesperada diante da proximidade da morte do familiar. O enfermeiro pode fazer uma contratransferência decorrente de experiências com perdas de pessoas próximas, visto ser influenciado pelos sentimentos da família. Precisamos de um grupo que acolha nossa dor, pois nós não temos o suporte devido nem falamos sobre nossos sentimentos em relação às perdas dos pacientes, por que nós não temos momentos para discutir essas questões, sinto que a equipe de saúde precisa de suporte psicoterapêutico. </p>
--	--	---

N é o número de sujeitos que contribuiu para a composição de cada DSC. Os sujeitos podem ter contribuído em mais de um DSC

O caminho trilhado pelo enfermeiro na aquisição dos conhecimentos, habilidades e atitudes para o assistir as famílias, por vezes, é solitário. Conforme o discurso obtido, estes sentem deficiência no preparo acadêmico

no que tange a esse âmbito do cuidar das famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Por isso, o profissional deve voltar-se para essa realidade e avaliar suas necessidades de aprimoramento e buscar individualmente sanar suas deficiências pela aquisição de novos saberes.

A complexidade do conteúdo do trabalho de enfermagem permite afirmar que a ação não se pauta apenas na mobilização de saberes cognitivos e instrumentais, pois o enfermeiro tem consciência de que as situações vivenciadas na realidade são muito mais complexas do que as teorias, sobretudo, quando vinculadas às questões de morte e morrer. Ao lidar com o processo do morrer, o enfermeiro deve olhar e buscar novas competências que demandem novos conhecimentos, que incluam como trabalhar a autonomia que, também, advém do desenvolvimento da confiança, bem como a própria capacidade e o modo como se faz escolhas para enfrentar os desafios na família.

Para o enfermeiro, é difícil aprender a compartilhar o espaço com a família em situação de dor, sobretudo no momento em que ela recebe a notícia e a dor passa a ser intolerável. Quando o profissional se vê envolvido com a história dessa família, também pode entrar em um processo de luto, requerendo ajuda de profissionais de outras áreas.

O processo não é tão simples, mesmo porque devemos considerar que a estrutura psíquica de cada indivíduo (seu modo particular de ser no mundo) é produto de uma complexa inter-relação entre suas tendências afetivas (corpo), suas disposições ideativas (representações mentais/imagens) e as experiências adquiridas no decorrer de sua vida (realidade exterior/meio ambiente) (Bettarello, 1998).

A partir do momento em que nos descobrimos finitos, passamos a compreender melhor a finitude do outro, ou seja, dos pacientes. A partir de então, deixamos de encarar a morte como um fracasso de nossa profissão e passamos a percebê-la como algo natural para todos (Braz e Fernandes, 2001). Por outro lado, em determinadas ocasiões, algumas famílias não se encontram nesse nível de maturidade emocional ou não tiveram oportunidade de trabalhar questões existenciais sobre a morte e morrer que

possam dar sustentabilidade para amenizar a dor e o sofrimento.

Embora reconheçam a necessidade de cuidado das famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, os enfermeiros apresentam dificuldade para lidar com a situação. Muitas vezes, esses profissionais não se sentem preparados para lidar com as emoções que causam em si próprio ao vivenciarem com a família a dor e o sofrimento da perda iminente. Por isso, é necessário o acompanhamento de outros profissionais que auxiliem no preparo psicológico dos enfermeiros para lidar com o luto, vivenciado pelas famílias e ajudá-las.

O enfermeiro deve estar preparado também para ajudar a família nos momentos de reação, raiva e revolta diante da perda. Muitas vezes, essas reações voltam-se aos profissionais que cuidam do paciente e, então, é necessário o reconhecimento das fases em que a família e o paciente se encontram para conseguir ajudá-los nesse momento.

Existe outra situação em que o enfermeiro pode se perceber defensivo diante da reação da família. No DSC, quando se expressa “O enfermeiro pode fazer uma contratransferência decorrente de experiências com perdas de pessoas próximas, visto ser influenciado pelos sentimentos da família” justifica-se. Sabemos que pode existir transferência, associada à atribuição inconsciente de outros sentimentos e atitudes que vêm de situações vivenciadas com pessoas importantes a ele. Bem como a contratransferência em que o enfermeiro pode ter uma reação emocional parcialmente consciente ou não em relação à família que cuida, ao tentar diminuir sua ansiedade.

Todas as formas de assistir as famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas tentam amenizar a dor e o sofrimento da família. No fundo, o enfermeiro sabe que não pode modificar o modo que a família reage ao processo de perda. Pode sim, tentar dar conforto, ajudá-la a se permitir a refletir sobre o momento que vivencia, com menos desgaste emocional, quando se permite estar inteiro com o paciente sem negar a dor e o sofrimento.

Para assistir as famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, vale ressaltar que não existe um modelo pré-estabelecido, ideal de formação dos enfermeiros no que tange a assistir. Cada situação é única, cada família é única. Portanto, é necessário respeito ao momento da família e do profissional que a assiste.

Conclusões e Considerações Finais

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou lançar luz à temática assistir familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, em relação às competências do enfermeiro que atua em Unidade de Terapia Intensiva, tendo como base a fundamentação teórica do significado de competência. Com base na análise dos discursos dos enfermeiros que compuseram este estudo, podemos considerar que aprimorar o assistir junto a essas famílias é uma necessidade primordial percebida pelos profissionais por meio de manifestações advindas, tanto do relacionamento com o paciente como da própria família.

Dos discursos surgiram competências, que mostram o perfil desse profissional imbuído de reflexão, da busca de conhecimentos que envolvem, sobretudo, aspectos voltados à ética e atitudes vinculadas aos valores e às crenças dos familiares. Vale ressaltar que o processo de formação inicia-se na graduação e está presente na vida profissional do enfermeiro em situações inusitadas de seu cotidiano, e este acaba por definir as competências para seu atuar com as famílias no momento da dor e sofrimento.

Os enfermeiros que trabalham em UTI, apresentam experiência de cinco a 15 anos em sua grande maioria, todos têm especialização em áreas afins e 22,2% cursaram o mestrado. A questão do assistir famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas mostrou representações e significados sutis e complexos sobre o cuidado às famílias e requerem ser melhor trabalhadas.

Com base nas concepções sobre o cuidado e a constatação da existência de diferentes expectativas em relação ao assistir as famílias, novos desafios teórico-práticos apareceram para que possamos refletir a respeito das competências do enfermeiro. Desse modo, percebemos que diversos aspectos abordados na análise dos resultados vieram ao encontro das proposições teóricas no que tange às competências profissionais.

Na literatura, bem como nos discursos dos sujeitos coletivos o assistir as famílias dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, está vinculado a conceitos como respeito, autonomia, intersubjetividade, espiritualidade, maturidade, dor e sofrimento em suas diversas dimensões, configurando uma rede de significados articulados entre si, assinalando limites e possibilidades em relação ao cuidar.

No cotidiano da Enfermagem, constatamos dificuldades para priorizar o cuidado à família, tendo em vista a dinâmica das UTIs, as dificuldades relacionadas: à ausência de uma política institucional no que tange ao cuidado à família, à falta de suporte psicoterapêutico aos profissionais aliada, em alguns casos, à deficiência no preparo acadêmico para o enfrentamento dessas situações. Assim, emergiu o desafio de construir uma práxis eticamente comprometida entre os enfermeiros para melhor direcionarem o cuidado apoiado nas competências que devem ser consideradas essenciais ao cuidado à família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

A complexidade das inter-relações, envolvendo diretrizes institucionais, gerenciamento, formação profissional do enfermeiro configuram um cenário no qual a assistência à família não se encontra como uma das prioridades dos serviços de saúde. A percepção leva-nos a indagar e investigar o que significa ser familiar de paciente hospitalizado que se encontra fora de possibilidades terapêuticas.

Neste estudo, não houve multiplicidade de significados conferidos pelos enfermeiros quanto ao assistir essas famílias. Neste sentido, podemos considerar que existe sim um direcionamento em relação às competências necessárias para esse atendimento.

Ao conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as competências inerentes à sua função quanto assistir famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, identificar como os profissionais assistem essas famílias e como vêm desenvolvendo suas habilidades para assistir as famílias diante do processo de perda iminente, podemos evidenciar a necessidade que sentem para melhor desenvolver competências de

natureza atitudinal.

Em relação à preocupação com o cuidar da família, obtivemos: estabelecer o vínculo de confiança entre enfermeiro e família; desenvolver sensibilidade para cuidar da família do paciente com prognóstico fechado; assistir as famílias face à sua dor e sofrimento.

Relacionados a valores pessoais, éticos e religiosos, destacaram-se: atitudes como manter o respeito à família e ao paciente, agir de modo ético-profissional diante da autonomia da família; prover apoio à família em seus valores espirituais e religiosos.

Relacionados a desenvolvimento pessoal e profissional para cuidar da família, os enfermeiros apontaram obter a maturidade científica, emocional e espiritual; buscar preparo profissional para assistir as famílias no âmbito do autoconhecimento, da autonomia e da confiança.

Lembramos que as competências voltadas às atitudes não devem ser consideradas como complementares ou auxiliares e sim essenciais. Todas elas envolvem habilidades e capacidades que são particulares na situação do assistir essas famílias, no que se refere ao desenvolvimento do seu convívio humano.

É claro que os enfermeiros devem rever suas metas e verificar o que necessitam fazer para melhorar o cuidado prestado às famílias. Há sim fatores críticos de ordem organizacional, mas é possível listar algumas competências que devem ser trabalhadas por grau de necessidade dos profissionais em prol da assistência, como conversar sobre o nível de aptidões já desenvolvidas e reconhecidas pelos Discursos dos Sujeitos Coletivos que surgiram nesta pesquisa. Será uma aprendizagem orientada pela experiência e valores de um grupo de enfermeiros, que poderá contribuir para que outros aprimorem suas aptidões atitudinais.

Estas competências poderão representar um novo olhar, correspondendo àquilo que será dado como prioridade, seguindo os princípios que orientarão as atividades e ações dos enfermeiros nas famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Salientamos que os eventos relacionados a esta temática deveriam ser mais práticos, motivar as equipes de trabalho para melhor se capacitarem, dando continuidade à sua formação, fortalecendo e enriquecendo o modo de gerenciar as próprias dificuldades e processos de trabalho.

Por tudo isso, este estudo foi de suma importância para nosso crescimento pessoal e profissional, contribuiu para a compreensão e ampliação do conhecimento teórico e prático no que se refere assistir famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Concluindo, ressalta-se que há necessidade do desenvolvimento de estudos e práticas voltados à assistência à família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas no âmbito hospitalar, norteadas em valores éticos e bioéticos que respalde o enfermeiro na construção de competências para reconhecer e cuidar da dor e do sofrimento vivenciado por ela, com outros profissionais de modo a ampliar seus conhecimentos.

Referências

REFERÊNCIAS

- Alves R. O amor que acende a lua. Campinas: Papirus; 2008.
- Ângelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. Fam Saúde Desenv. 1999;1(1/2):7-14.
- Assmann H, Sung JM. Competência e sensibilidade solidária: educar para a esperança. Petrópolis: Vozes; 2000.
- Beck CLC. O processo de viver, adoecer e morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- Bernieri J, Hirdes A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. Texto & Contexto Enferm. 2007;16(1) p[aginas
- Bettarello SV. Perspectiva psicodinâmica em psiquiatria. São Paulo: Lemos Editorial; 1998.
- Boff L. Princípio de compaixão e cuidado. Petrópolis: Vozes; 2000.
- Braga EM, Silva MJ. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. Acta Paul Enferm. 2007;20(4):410-4.
- Brasil. Ministério da Educação. Resolução CEB/CNE n. 04, de 08 de dezembro de 1999. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico [legislação na internet]. Brasília; 1999 [citado 2007 out. 25]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rceb04_1999.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Referências conceituais para a organização do sistema de competências do PROFAE. Brasília: 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. PROFAE. Brasília: 2001.
- Braz E, Fernandes LM. Buscando maneiras para o ensino sobre finitude para graduandos de enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2001;10(3):138-41.
- Brito MJM, Gazzinelli MFC, Melo MCOL. Os estágios identitários da enfermeira-gerente: uma abordagem piagetiana. Texto & Contexto Enferm. 2006;15(2):212-21.

Campos CM. Saberes docentes e autonomia dos professores. Petrópolis: Vozes; 2007.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Corrêa AK. Sendo enfermeira no centro de terapia intensiva [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

Correa FJL. Bioética e la atención de enfermería al enfermo terminal. *Pers Bioet.* 1999;(6):123-42.

Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM, El-Dash LG. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(Supl 1):60-72.

Fernandes MFP, Freitas G. Processo de morrer. In: Oguisso T, Zoboli ELCP, organizadoras. *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde.* Barueri: Manole; 2006.

Fernandes MFP, Freitas GF. Fundamentos da ética. In: Oguisso T, Zoboli ELCP, organizadoras. *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde.* Barueri: Manole; 2006.

Fernandes MFP. Postura ética e a interação grupal. *Rev Ética Nurs.* 2001;36:20-3.

Fonseca JP. Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada. Campinas: Livro Pleno; 2004.

Galano MH. O ciclo vital da família: uma visão complexa. In: Bettarello SV. *Perspectiva psicodinâmica em psiquiatria.* São Paulo: Lemos Editorial; 1998.

Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4): 660-7.

Hennezel M, Leloup JY. A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis: Vozes; 1999.

Jung CG. Obras completas. Petrópolis: Vozes; 1986. v. 11.

Koenig HG. Religion and medicine: historical background and reasons for separation. *Int J Psychiatry Med.* 2000;30(4):385-98.

Koizumi MS, Kamiyama Y, Freitas LA. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva: problemas sentidos e experiências em relação à assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 1979;13(2):135-45.

Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte *Psicol USP*. 2003;14(2):115-67.

Kovács MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2004.

Kóvacs MJ. Educação para a morte. *Psicol Cienc Prof*. 2005;25(3):484-97.

Kovács MJ. Espiritualidade e psicologia – cuidados compartilhados. *Mundo Saúde*. 2007;31(2):246-55

Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Kübler-Ross E, Kessler D. *Os segredos da vida*. Rio de Janeiro: Sextante; 2004.

Kübler-Ross E. *Morte: estágio final da evolução*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record;1996.

Lawler KA, Younger JW. Theobiology: an analisys of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *J Relig Health*. 2002;41(4):347-62.

Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. *O do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Líber Livro; 2005. (Série pesquisa, 12).

Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento)*. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002;10(3):345-57.

Lino MM. *Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI: adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction [dissertação]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Martins JJ. *Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalho da enfermagem numa unidade de terapia intensiva (UTI)*. *Texto & Contexto Enferm*. 1999;8(3):128-46.

Massarolo MCKB, Spinetti SR, Fortes PAC. Ética e pesquisa em saúde. In: Oguisso T, Zoboli ELCP, organizadoras. *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Barueri: Manole; 2006.

Medina P. Cuidados paliativos em home care. *Rev Bras Home Care*. 2000;64:4-6.

Mendes AM, Linhares NJR. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. *Rev Bras Enferm*. 1996;49(2):267-80.

Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 1993.

Organização Internacional do Trabalho (OIT). *Certificação de competências profissionais análise qualitativa do trabalho, avaliação e certificação de competências: referenciais metodológicos*. Brasília; 2002.

Padilha KG. *Des-cuidar: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994.

Paquay L, Perrenoud P, Altet M, Charlier E. *Formando professores profissionais: quais estratégias? Quais competências?* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Paulini MM. Reflexões sobre a postura fenomenológica diante do morrer. *Rev IGT Rede [periódico na internet]*. 2007 [citado 09 jan. 2009];4(6):92-113. Disponível em: <http://www.igt.psc.br>.

Perrenoud P. *Construir competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini, organizadores. *L. Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2004.

Pettengill MAM, Ângelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(6):982-8.

Pettengill MAM. *Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Pinheiro LMG, Dias JAA, Araújo RT, Oliveira Z. Percepções de enfermeiras(os) decentes acerca da morte. *Rev Enferm Atual*. 2004;(20):27-32.

Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(2):207-13.

Rios TA. *Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade*. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Rodrigues AG, Silva AA. O ouvir ativo: uma habilidade social esquecida. In: Starling RR, Kellen AC, organizadores. *Ciência do comportamento – conhecer e avançar*. Santo André: ESETec; 2006. v. 5.

Sacardo DP. Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: um estudo bioético [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Salazar OAB. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería. *Invest Educ Enferm*. 2006;24(2):144-50.

Santos D.V, Massarollo MCKB. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico possibilidade terapêutica: uma questão bioética. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(5):790-6.

Selli L, Alves JS. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Bioethikos*. 2007;1(1):43-52.

Shimizu HE. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital-escola [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Silva KL, Sena RR. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(5).

Silva MF, Fernandes MFP. A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. *Mundo Saúde*. 2006;30(2):318-25.

Silva WM. Navegar é preciso: avaliação de impacto do uso da Internet na relação médico-paciente [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Sousa RMC. Visitas em UTI: subsídios para reflexão. *Rev Paul Hosp*. 1988;36(1-3):24-9.

Tealdi JC, director. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.

Vasconcelos EM. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.

Watson J. Nursing: seeking its source and survival. *ICU Nurs Web J* [periódico na internet]. 2002 [citado 2003 dez. 12];(9):[7 screens]. Disponível em: <http://www.nursing.gr/J.W.editorial.pdf>.

Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002.

Zajdsznajder L. Ser ético. Rio de Janeiro: Gryphus; 1999.

Zarifan P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001.

Zarifian P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Senac; 2003.

Apêndice

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu Janete Hatsuko Komessu, enfermeira e aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof^a Dr^a Maria de Fátima Prado Fernandes, estou realizando uma pesquisa intitulada “Assistir familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: competência do enfermeiro”. Com objetivos de: conhecer a percepção dos enfermeiros a respeito das competências inerentes à sua função quanto a assistir as famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas; identificar como os enfermeiros assistem a família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas e identificar como esses enfermeiros têm desenvolvido suas habilidades para assistir as famílias diante do processo de perda iminente.

Nossos encontros serão realizados no local de seu trabalho, em lugar privativo, respeitando sua disponibilidade para participação do estudo. Poderá fazer qualquer pergunta e se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-la. Sua participação neste estudo é voluntária, e a/o Sra/Sr tem o direito de sair da pesquisa, se desejar, em qualquer fase que ela se encontre, sem nenhum prejuízo. Não será necessário que se identifique, e sua participação não afetará seu trabalho, esta pesquisa não trará nenhum risco ou despesa. Caso aceite participar, as informações concedidas serão mantidas em absoluto sigilo, sem identificação de seu nome como participante ou tampouco da Instituição onde trabalha.

A entrevista terá uma questão, gostaria que nossa conversa fosse gravada, para isso solicito sua permissão. Os resultados somente serão divulgados para essa pesquisa. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consta de duas vias, e uma via será entregue a/o Sra/Sr.

Caso necessite esclarecimentos, poderá entrar em contato comigo em qualquer momento que desejar e ter acesso aos resultados obtidos neste estudo. O telefone para contato é (11) 8559 0606. O telefone do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital ____ (11) _____.

Sua participação será muito importante a fim de ampliar as reflexões sobre as questões concernentes às competências do enfermeiro no que se refere a essa temática. Após esta pesquisa será promovido um encontro com os enfermeiros deste hospital para apresentação dos resultados.

Agradeço sua participação.

Atenciosamente,

Janete HatsuKo Komessu (aluna)

Eu, _____ declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto participar da presente pesquisa.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura da aluna

Anexos

ANEXO 1

Tabela 1 - Distribuição de enfermeiras de um hospital privado do Município de São Paulo que compuseram a amostra do estudo - 2008

SUJEITO	TEMPO UTI	SEXO	IDADE	ANO DE CONCLUSÃO GRADUAÇÃO	CURSO ESPECIALIZAÇÃO/ MESTRADO/ DOUTORADO/	ESCOLA PRIVADO(PR)/ PÚBLICA(PB)
E.01	18a	F	39	1990	Cardiologia/UTI/ Mestranda	PB
E.02	22a	F	53	1979	Médico-Cirúrgica/ Administração/ UTI	PB
E.03	09a	F	32	1998	UTI	PR
E.04	11a	F	33	1996	UTI / Nefrologia	PB
E.05	07a	F	37	1994	Nefrologia/ Administração	PB
E.06	05a	F	27	2003	Cardiologia	PB
E.07	13a	F	36	1995	UTI/Mestrado/ Doutoranda	PB
E.08	10a	F	36	1996	UTI / Nefrologia	PR
E.09	12a	F	37	1995	UTI/Gerontologia R	PB
E.10	10a	F	31	1998	UTI / CC / Administração	PB
E.11	12a	F	35	1995	UTI /CC / Mestrado/ Doutoranda	PB
E.12	08a	F	29	2000	UTI/Nefrologia Auditoria	PB
E.13	11a	F	39	1996	UTI	PB
E.14	08a	F	31	1999	UTI/Trabalho Licenciatura Mestrado	PB
E.15	15a	M	42	1987	Cardiologia/ Nefrologia	PB
E.16	08a	F	36	1994	Neonatologia Nefrologia	PB
E.17	12a	F	45	1985	UTI/Enf.trabalho Mestrado	PB
E.18	20a	F	44	1985	UTI/Administração/ MBA / Mestranda	PB

ANEXO 2 **UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061.7000- Fax: 280 8213 São Paulo - SP - Brasil
ee@usp.br

São Paulo, de dezembro de 2007.

Ilmo Sr Diretor _____

Hospital _____

Prezado Senhor,

Venho por meio desta, solicitar autorização para que Janete Hatsuko Komessu, enfermeira e aluna regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, possa realizar uma investigação junto aos enfermeiros deste hospital, com estudo intitulado "Assistir familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: competência do enfermeiro".

Com objetivos de conhecer a percepção dos enfermeiros a respeito das competências inerentes à sua função quanto a assistir as famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas; identificar como os enfermeiros assistem a família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas e identificar como esses enfermeiros têm desenvolvido suas habilidades para assistir as famílias diante do processo de perda iminente. Os dados coletados serão utilizados para a elaboração da dissertação de Mestrado em Enfermagem.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da _____

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

Prof. Dr. Maria de Fátima Prado Fernandes
Orientadora

Janete Hatsuko Komessu
Aluna

Concordo com a investigação

Assinatura: _____