

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico
de urgência e emergência**

ADRIANA GONÇALVES BOSCO

Ribeirão Preto
2008

ADRIANA GONÇALVES BOSCO

**Perda e luta na equipe de enfermagem do centro cirúrgico
de urgência e emergência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de pesquisa: Promoção de saúde mental

Orientadora: Profa. Dra. Renata Curi Labate

Ribeirão Preto
2008

Autorizo a reprodução e divulgação deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Reproduzida conforme recomendação da Biblioteca Central do *Campus* de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Bosco, Adriana Gonçalves

Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência, Ribeirão Preto, 2008.

76p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Labate, Renata Curi.

1. luto; 2. morte; 3. equipe de enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Gonçalves Bosco

Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre.
Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

“ ...ainda não o toquei. Alguém tem que mudar e depressa. Alguém tem que aprender que a morte é uma caçadora e que ela se encontra sempre à nossa esquerda. Alguém tem que pedir o conselho da morte e abandonar a maldita mesquinha que pertence aos homens que vivem suas vidas como se a morte nunca fosse bater no seu ombro”. D. Juan

A Deus, pela força e coragem
concedidas e pelas maravilhas
oferecidas no transcorrer da
vida.

Aos profissionais de enfermagem
que tornaram possível a
realização desta pesquisa.

IN MEMORIAM

AO MEU PAI, POR TER
GUIADO MEUS PASSOS ATÉ
ESTE MOMENTO. SAUDADES
ETERNAS.

“...acho que para recuperar um pouco da sabedoria de viver, seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da Morte. Mas para isso seria preciso abrir espaço em nossas vidas para ouvir a sua voz. Seria preciso que voltássemos a ler os poetas...”

Rubem Alves

Agradeci mentos

À Renata que, desde o início de minha jornada acadêmica, soube despertar em mim o interesse e o prazer pela Enfermagem Psiquiátrica. Obrigada pela orientação, carinho, incentivo, compreensão e confiança em mim.

À minha mãe que sempre esteve presente em minha vida, nos momentos alegres e nos difíceis. Sem você este momento não seria possível.

Ao Rodrigo, companheiro incansável, por participar da minha vida me trazendo luz e alegria. Serei eternamente grata pelo companheirismo, amor e paciência. Amo você.

À minha avó, a quem devo muito do que sou hoje. Nunca esquecerei você.

Às amigas, Raquel, Priscila, Sílvia e Tatiane pelo ombro amigo e pelos momentos de descontração proporcionados quando tudo parecia perdido.

Aos profissionais de enfermagem pela colaboração nas entrevistas e pela confiança em expor seus sentimentos e emoções.

Às enfermeiras do bloco cirúrgico da Unidade de Emergência pela colaboração na realização deste projeto, pela compreensão e carinho dispensados.

Às gêmeas queridas, Luciana e Adriana, amigas irmãs, pela compreensão das minhas ausências e pela amizade eterna. Vocês moram no meu coração.

A toda minha família, em especial tia Marta, tia Wanda, Gabriela e Vinicius pelo apoio, nos momentos de dor e por partilhar minhas alegrias como se fossem suas. Vocês são muito especiais pra mim.

À Carmem, José e Daniel por me aceitarem incondicionalmente como parte da família.

Á Profa. Dra. Vera Chvatal pelo carinho, atenção e por suas valiosas sugestões.

À Sofie pela elaboração dos resumos em inglês e espanhol.

À Maria do Socorro pela ajuda e dedicação durante revisão da língua culta.

Aos funcionários da Sala de Leitura Glete de Alcântara, em especial à Bernadete pelo carinho e atenção.

Às bibliotecárias da Biblioteca Central do *Campus* pela ajuda com as referências bibliográficas.

RESUMO

BOSCO, A. G. **Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência**. 2008. 76p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

A morte é um tema que sempre despertou a curiosidade do homem. O advento da tecnologia, acompanhado da modernização das técnicas médicas, possibilitam a cura de inúmeras doenças. A vida moderna assumiu uma característica importante: o medo que o homem passou a ter da morte. A morte saiu das casas e do convívio familiar e instalou-se nos hospitais, passando a ser vivenciada por pessoas que ali desenvolvem seu trabalho. São os profissionais de saúde que, atualmente, sofrem o impacto da perda e têm de lidar com todos os sentimentos oriundos da morte. O objetivo desta pesquisa é conhecer o significado da morte dos pacientes, para os profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico de Urgência e Emergência do HCFMRP. A pesquisa foi desenvolvida por meio do método clínico-qualitativo. Os participantes da pesquisa foram os auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros do centro cirúrgico em questão. Os dados foram coletados mediante a realização de entrevista semidirigida e organizados em quatro temas: morte infantil, racionalização da morte, envolvimento emocional e apoio aos profissionais de saúde. A equipe de enfermagem demonstrou uma capacidade emocional prejudicada para elaborar as perdas vivenciadas em seu cotidiano de trabalho, principalmente quando a morte envolve crianças e jovens. Tem-se enraizado o conceito de que somente na cura existe a gratificação de seu trabalho, enxergando na morte, frustração e fracasso profissional, o que lhes acarreta uma carga emocional negativa e sofrimento psíquico, colocando-os sob o risco de desenvolverem a síndrome de Bournout e inviabilizando o estabelecimento de vínculos afetivos na relação profissional e também pessoal. Evidenciam-se a necessidade da inclusão de disciplinas voltadas para o tema da morte, nos currículos de formação desses profissionais, e o apoio das instituições para promoverem situações que auxiliem o profissional na elaboração do processo de luto, como os chamados Grupos Balint e Grupos de Reflexão.

Palavras-Chave: morte, luto e equipe de enfermagem.

ABSTRACT

BOSCO, A. G. **Loss and mourning in the nursing team at the emergency surgery center**. 2008. 76p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2008.

Death is a theme that has always aroused man's curiosity. The arrival of technology, accompanied by the modernization of medical techniques, permits a cure for countless diseases. Modern life has acquired an important characteristic: the fear man has caught of death. Death has left the homes and family sphere and entered the hospitals, being experienced by the people who work there. These are health professionals, who now suffer the impact of loss and have to deal with all feelings originating in death. This study aims to get to know the meaning of patients' death for nursing professionals at the Emergency Surgery Center of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School *Hospital das Clínicas*, Brazil. The research was developed through the clinical-qualitative method. Research participants were nursing auxiliaries and technicians and nurses from the surgery center under study. Data were collected through a semi-structured interview and organized in four themes: children's death, rationalization of death, emotional involvement and support to health professionals. The nursing team demonstrated impaired emotional ability to elaborate the losses experienced in their daily work, mainly when death involves children and young people. There is an established concept that the gratification for their work only exists in cure, seeing death as frustration and professional failure. This charges them with a negative emotional burden and mental suffering, exposes them to the risk of developing the burnout syndrome and makes it impossible for them establish affective bonds in their professional and also personal relationship. The need is evidenced to include subjects on death into the training curricula of these professionals. Institutional support is needed to promote situations that help professionals to elaborate the mourning process, such as the so-called Balint and Reflection Groups.

Key words: death, mourning, nursing team.

RESUMEN

BOSCO, A. G. **Pérdida y luto del equipo de enfermería del centro quirúrgico de urgencia y emergencia.** 2008. 76p. Disertación (Maestría)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

La muerte es un tema que siempre despertó la curiosidad del hombre. El advenimiento de la tecnología, acompañado de la modernización de las técnicas médicas, posibilitan la cura de innumerables enfermedades. La vida moderna asumió una característica importante: el miedo que el hombre empezó a sentir de la muerte. La muerte salió de las casas y del convivio familiar y se instaló en los hospitales, pasando a ser vivida por personas que ahí desarrollan su trabajo. Son los profesionales de salud que, actualmente, sufren el impacto de la pérdida y tienen de lidiar con todos los sentimientos oriundos de la muerte. La finalidad de esta investigación es conocer el significado de la muerte de los pacientes, para los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico de Urgencia y Emergencia del Hospital de Clínicas de la Facultad de Enfermería, Universidad de São Paulo, Brasil. La investigación fue desarrollada a través del método clínico-cualitativo. Los participantes de la investigación fueron los auxiliares, técnicos de enfermería y enfermeros del centro quirúrgico en cuestión. Los datos fueron recolectados mediante la realización de entrevista semi-dirigida y organizados en cuatro temas: muerte infantil, racionalización de la muerte, involucramiento emocional y apoyo a los profesionales de salud. El equipo de enfermería demostró una capacidad emocional perjudicada para elaborar las pérdidas vividas en su cotidiano de trabajo, principalmente cuando la muerte involucra a niños y jóvenes. Está arraigado el concepto de que solamente en la cura existe la gratificación de su trabajo, notando en la muerte, frustración y fracaso profesional, lo que les acarrea una carga emocional negativa y sufrimiento psíquico, exponiéndoles al riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout e inviabilizando el establecimiento de vínculos afectivos en la relación profesional y también personal. Es evidenciada la necesidad de la inclusión de asignaturas dirigidas al tema de la muerte, en los currículos de formación de esos profesionales, y el apoyo de las instituciones para promover situaciones que auxilien al profesional en la elaboración del proceso de luto, como los llamados Grupos Balint y Grupos de Reflexión.

Palabras-clave: muerte, luto y equipo de enfermería.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	1
1.1 A escolha do tema.....	1
1.2 Revisão da literatura	5
2- OBJETIVO	23
3- CAMINHO METODOLÓGICO	24
3.1 Método clínico-qualitativo	24
3.1.1 Técnicas para coleta de dados.....	28
3.1.2 Campo de estudo	29
3.1.3 Sujeitos	30
3.1.4 Procedimento para coleta de dados.....	32
4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	34
4.1 “Quando é criança a gente sente mais”	36
4.2 “eu consigo ver a pessoa assim, como se fosse um contrato”	43
4.3 ”Às vezes eu chego a sonhar”	48
4.4 “num hospital a gente faz tudo pro paciente viver”	56
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	69
ANEXOS.....	74

1- INTRODUÇÃO

1.1 A escolha do tema

O interesse pela área de Saúde Mental surgiu, ainda, em meu curso de graduação, durante minha iniciação científica realizada sob a orientação da Profa. Dra. Renata Curi Labate.

Para realizar meu trabalho de iniciação científica, participei de um estágio no Hospital do Câncer de Ribeirão Preto, voltado para a promoção de saúde mental da equipe de enfermagem, onde também realizei entrevistas para coletar os dados da pesquisa intitulada “Estresse da equipe de enfermagem que trabalha com pacientes com câncer”.

Durante o estágio, tive contato com vários trabalhos referentes à promoção de saúde mental e também com a equipe que atuava no hospital, chamando-me a atenção o conviver diário com a dor, o sofrimento e a morte.

Atualmente a experiência diária como enfermeira de um centro cirúrgico de urgência e emergência, e conseqüentemente a convivência com mortes, na maioria das vezes trágicas, me fez perceber que após estes eventos os profissionais de saúde ficam angustiados, tristes e introspectivos, porém raramente relacionam estes sentimentos com a morte vivenciada no dia-a-dia e tampouco falam sobre o assunto.

Conversar sobre sofrer pela morte de um paciente não é comum entre os profissionais de saúde, parece “não pegar bem” para colegas e chefia.

Ainda na graduação, no último semestre, realizei meu estágio de administração hospitalar em uma ala que prestava assistência a crianças com problemas neurológicos. Durante meu trabalho, cuidei de uma garota de três anos,

portadora de *miastenia gravis*. Determinado dia, ela necessitou ser transferida para a Unidade de Terapia Intensiva, após intoxicação por medicamentos. Findo o procedimento de remoção, dirigi-me à sala da enfermagem, onde chorei de tristeza, pela situação em que se encontrava a paciente e por me colocar no lugar de sua mãe. Nesse momento, fui surpreendida pela minha supervisora, a qual chegou e questionou-me sobre o que havia acontecido. Depois de esclarecida, para minha surpresa, repreendeu-me, sugerindo que numa situação semelhante eu deveria comportar-me como líder da equipe e esconder esse tipo de sentimento. Este fato parece ter desencadeado minha necessidade de compreender como o profissional de saúde lida com a morte e o luto do paciente o qual assiste.

Durante minha rotina de trabalho no centro cirúrgico, freqüentemente, me deparo com o morrer. Diferentemente do hospital onde realizei meu trabalho de iniciação científica, as mortes acontecidas aqui ocorrem de maneira muito diferente, ou seja, a maior parte delas acontece de modo repentino, após algum evento inesperado, na maioria das vezes violento, sem que uma causa natural, entenda-se, sem que uma doença, esteja presente, nos deixando com uma sensação de fracasso e incapacidade.

Dentre as muitas mortes presenciadas nesses seis anos de profissão, lembro-me de uma em especial. Era um plantão noturno, quando por volta das três horas da manhã recebemos no centro cirúrgico um garotinho de sete anos atropelado por um ônibus. Adentrou nosso serviço em estado grave, mas toda a equipe tinha esperança no procedimento, uma fixação da bacia, que poderia controlar a hemorragia, possivelmente salvando a vida da criança.

Nessas situações tudo acontece muito rápido e houve, nessa ocasião, além de muito empenho da equipe, também um envolvimento emocional evidente. Tive oportunidade de perceber esse mesmo envolvimento outras vezes.

Por alguns instantes me ausentei da sala de cirurgia e quando retornei, para minha surpresa e desespero, a criança havia sofrido uma parada cardiorrespiratória. Fiquei parada na porta, inerte por alguns instantes, até que a intensa movimentação e gritaria me chamaram de volta à realidade. Infelizmente, depois da terceira parada cardíaca, a criança morreu.

Situações como esta são relativamente comuns em nosso meio de trabalho, nunca, porém, passamos por elas sem que algo aconteça em nosso mundo interno de sentimentos. Podemos, momentaneamente, achar que foi apenas mais uma morte, de mais um paciente, entretanto, em nosso inconsciente guardamos o sofrimento e a dor da perda.

Outro momento que me mobilizou de maneira especial, aconteceu pouco tempo antes de decidir trabalhar com o tema da morte e luto em minha dissertação de mestrado.

Em nosso setor de trabalho, no bloco cirúrgico da Unidade de Emergência, as enfermeiras são responsáveis pelo centro cirúrgico, central de material e esterilização e sala de recuperação pós-anestésica. A demanda de pacientes é grande, não sendo raro os pacientes ficarem internados na sala de recuperação, mesmo aqueles em estado grave, já que o setor conta com tecnologia e recursos humanos aptos a prestar cuidados intensivos.

Em determinado período tivemos, sob nossos cuidados na recuperação, um rapaz de dezoito anos, vítima de acidente motociclístico, que ao cair da moto bateu com a cabeça na guia da calçada. Chegou a nosso serviço para uma craniotomia de

emergência e, devido à violência do acidente e às graves lesões cerebrais evoluiu para morte encefálica. Após os trâmites legais e autorização da família, foi preparado para a retirada de múltiplos órgãos.

Sua mãe durante toda a internação, um total de três dias e duas noites, esteve presente no hospital, sem ir para casa, acompanhando o tratamento do filho. Enquanto aguardava a chegada da equipe que faria a retirada dos órgãos, dirigi-me à mãe e sugeri que fosse para casa, descansar, pois era nítido que necessitava de repouso. Esta sorriu, pegou minha mão e disse: *- agora não, me deixa ficar aqui mais um pouquinho, segurando a mão dele, enquanto ainda está quente, pela última vez.*

Não sei expor ao certo quais sentimentos me invadiram naquele momento. Uma mistura de dor, pena, angústia, tristeza tomaram conta de mim e afastei-me, deixando-a junto ao filho o tempo que lhe restava.

Algum tempo depois, a recordação do fato me faz questionar, como os profissionais de saúde vivenciam essa perda. Não acredito ser possível, que eu tenha sido a única invadida por sentimentos de pesar; minha dor deve ser comum a outros companheiros de profissão, ainda que diferentes na intensidade e na maneira de expressá-la.

Realizar esta pesquisa é uma tentativa de compreender sentimentos diante da morte de pacientes, nos profissionais de enfermagem, e como esses sentimentos são vivenciados por esses profissionais. Compreendendo seu processo de luto, talvez possamos propor medidas de apoio emocional que auxiliem e capacitem os profissionais a enfrentarem essas perdas de maneira mais saudável, diminuindo o sofrimento psíquico e a carga emocional decorrente do contato freqüente com a morte.

1.2 Revisão da literatura

“Da morte nada sabemos. Só sabemos as histórias contadas do lado de cá, palavras que sobre ela colocamos, a fim de torná-la uma presença”. (Rubem Alves, 1999).

Pois bem, trago comigo o desejo de descobrir um pouco mais o que se fala do lado de cá, conhecendo o que já se escreveu sobre ela, e ouvindo o que meus companheiros, leigos na literatura científica, porém, acostumados com sua inevitável presença, têm a me dizer sobre a incontestável superioridade da morte.

Estudando culturas e povos antigos, percebemos que a morte sempre esteve presente no cotidiano das pessoas, porém não com essa repulsa que a acompanha nos dias de hoje.

Alguns até admitem sua inevitabilidade, porém, muitas vezes, preferem não pensar e não pronunciar assuntos que façam referência a ela. Este tema tem estado associado a um significativo silêncio que expressa nosso desconhecimento e nossa dificuldade em lidar com ele. O não conseguir encarar a morte como um acontecimento inerente a todo ser vivo nega nossa existência permeada pela vida e pela morte
(Melo, 1999, p. 15).

Ao buscar a definição de morte no Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa Ferreira (1986, p.1161), foram encontrados vários sinônimos atribuídos a ela. A palavra morte deriva do latim *morrer*; é um substantivo feminino e tem como significado:

1- ato de morrer, o fim da vida animal ou vegetal. 2- termo, fim. 3- destruição, ruína. 4- grande dor, pesar profundo. 5- entidade imaginária de credence popular, representada por um esqueleto humano armado de uma foice com que ceifa as vidas.

O termo morrer vem do latim *morrere*, por *mori*; é verbo intransitivo e também foi encontrado com vários sinônimos:

1- perder a vida; falecer; finar-se;expirar; sinônimos populares de *gíria*: abotoar o paletó, bater a(s) bota(s), bater o prego, comer capim pela raiz, empacotar, esticar o cambito, passar dessa para melhor, vestir o paletó de madeira, virar presunto. 2- extinguir-se. 3- afrouxar gradualmente. 4- perder (a planta) a cor e vigor. 5- terminar, acabar, findar...

De acordo com Ariès (1977), durante muitos séculos, a morte foi considerada um fenômeno natural, público e os fatos encarados com naturalidade e simplicidade. O doente morria em casa, cercado pela família, tendo seus últimos desejos realizados.

O medo, nessa época, era morrer longe dos seus, sem ser assistido em seus momentos finais; essa morte era tida como “feia e desonrosa”, pois era considerada como castigo de Deus e privava o homem de se preparar para o momento final. As mortes acontecidas por acidentes e assassinatos privavam o homem até da sepultura cristã, pois este não tinha tido tempo de arrepender-se de seus pecados (Kovács, 2002).

“Em fins da Idade Média o homem tinha uma consciência aguda de que era um morto adiado e que este adiamento era curto, uma vez que a morte sempre presente no interior de si mesmo, destruía as suas ambições e envenenava seus prazeres” Pitta (1990, p. 26). Essa consciência, logicamente, tornava o homem mais resignado diante da morte.

Uma cena típica dessa época é a do moribundo em casa, no seu leito de morte, cercado de familiares e amigos. Os sentimentos de dor e pesar eram vividos em conjunto, a morte era pública e coletiva.

Diferentemente dos pagãos que utilizavam os campos abertos como cemitério, os cristãos, dessa época, enterravam seus mortos dentro das igrejas, próximos aos santos, o que garantiria proteção ao morto e segurança aos vivos. O enterro nas igrejas seguia as regras da hierarquia social. Os mais ricos ficavam próximos do altar, pois existia a crença, que quanto mais próximos dos mártires eram enterrados, mais pecados seriam perdoados. Aos pobres, eram destinados túmulos nas proximidades das igrejas (Ariès, 1977).

Posteriormente com o surgimento da peste, e a morte de um grande número de pessoas, as igrejas deixaram de possuir espaço para o sepultamento. A partir de então, os ricos passaram a construir túmulos e os pobres a serem enterrados em valas comunitárias.

Os sentimentos de dor e de pesar eram vivenciados por familiares, amigos e vizinhos e apesar da ruptura e da perda do ente querido, não havia dramaticidade sobre o fato. A morte era parte integrante da vida.

É preciso salientar que, em todas as sociedades, desde as mais primitivas até a atualidade, o ser humano sempre teve, efetivamente, dois tipos de morte: uma biológica que representa o fim do organismo humano, e uma morte social que representa o fim da identidade social do indivíduo (Bellato; Carvalho, 2005).

Kovács (2002) refere que, com a evolução da indústria, das técnicas principalmente a médica, a morte começa a se tornar selvagem, o homem inicia um prudente distanciamento, inclusive com a simplificação dos rituais funerários. O foco deixa de ser o sofrimento e a dor do moribundo; a separação do ser amado e a preocupação com uma morte bela são marcantes nesse período.

O momento da morte perde a dramaticidade e daqui para frente a maneira como a pessoa viveu e não sua morte passam a ter importância. A vida terrena passa a ser vista como um tempo de preparação (Kovács, 2002).

Nos séculos XV e XVI, o homem começou a valorizar bens materiais e sentimentos egocêntricos. Deseja adiar a morte para aproveitar os prazeres da vida e desfrutar as conquistas realizadas. A morte passa a se concentrar na família. O que era coletivo vai, gradativamente, se individualizando (Spíndola; Macedo, 1994).

Com o crescimento industrial e aumento da população, nos séculos XVII e XVIII, os cemitérios foram transferidos para locais distantes dos centros urbanos; estes assumiram a característica sagrada de morada dos mortos. Os enterros tornaram-se simples, e o luto perdeu a originalidade, tornando-se impessoal. Surgiram leis, a fim de garantir uma profundidade mínima para o enterro do corpo devido às grandes epidemias que dizimaram a população.

O século XIX é marcado por uma brusca mudança na maneira de encarar a morte. Esta passa a ser esperada e desejada. A morte é mostrada com suavidade, os mortos assumem um rosto calmo e uma postura de acolhimento, com braços estendidos. O morrer passa a ser permeado pela idéia de reencontro com os seres amados que já se foram.

A perda é acompanhada de manifestações de grande dramaticidade, trazendo à tona a dificuldade de aceitar a morte da pessoa querida; na ocasião da perda surgem sentimentos fortes que precisam ser expressos.

(Kovács, 2002)

Nesse contexto, surge na França, o espiritismo de Allan Kardec, doutrina que se espalhou pelo mundo e tornou-se conhecida por tornar possível a comunicação entre vivos e mortos.

Os enterros nas igrejas foram definitivamente proibidos, as leis surgidas nesse período proibem a abertura e reutilização das valas em menos de cinco anos. Os cemitérios, em decorrência da falta de espaço físico, tiveram de ser transferidos para grandes campos fora da cidade.

As diferenças sociais continuaram a prevalecer, podendo os ricos comprar espaços individuais nos cemitérios, enquanto aos pobres destinavam-se valas comuns.

Por volta do século XX, inicia-se uma inversão no enfrentamento da morte.

Esta, antes pública e compartilhada, torna-se agora silenciosa e constrangedora, passando a acontecer nos hospitais, de forma cada vez mais solitária, sem ser anunciada ou comentada. “Assim, a morte passou de um processo esperado e desejado a um “tabu”, um acontecimento não digno de reconhecimento e importância, onde os sentimentos oriundos dela devem ser expressos às escondidas e o pranto evitado” (Melo; Valle 1999, p. 567).

O importante, a partir de então, é que a morte passe despercebida, sem que nada anuncie sua presença. A vida deve seguir como se nada de especial tivesse acontecido (Kovács, 2002).

Nesse período, a mentira de que a morte não existe solidifica-se, e falar sobre ela torna-se tarefa difícil que causa desconforto e constrangimento.

É uma herança desse período a tendência de esconder do doente sua morte próxima. A dissimulação da situação é comum em todos que rodeiam as pessoas doentes; não é necessário salientar que o doente invariavelmente sabe de seu real estado de saúde, embora possa disfarçar a situação, contribuindo para a manutenção da mentira.

Complementando, Kübler-Ross (1994, p 39.) afirma que “hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano”.

Em nossos dias, acontece outro evento que a pesquisadora Maria Júlia Kovács (1992) denomina de morte banalizada ou morte escancarada.

Diariamente, nos deparamos com o sensacionalismo presente na mídia, ao falar sobre a morte, sempre de maneira a associá-la com atos violentos, distantes de nossa realidade; como se pertencesse somente à rotina do outro. Esse tipo de dissimulação colabora para o aumento da audiência, sendo comum, jornais, revistas e televisão mostrarem cenas de cadáveres, muitas vezes desfigurados, distanciando a morte de nossa realidade, levando a sociedade a afastar-se cada vez mais do verdadeiro sentido que a morte ocupa em nossas vidas (Kestemberg; Sória; Paulo 1992, Zorzo 2004, Kovács 1992).

O homem passou a ter medo da morte. Ela passou de algo esperado e cultuado a um fenômeno indesejável e vergonhoso. Essas mudanças na maneira de enxergar a morte foram fortemente influenciadas pelo sistema capitalista e pela evolução industrial que visavam a materializar as pessoas, gerando um sentimento de disputa pelo enriquecimento e preservação da vida (Zorzo 2004, Spíndola; Macedo 1994).

“No contexto histórico, se voltarmos ao passado, não muito distante, poderemos constatar um modo de morrer mais íntimo, familiar e participativo; morria-se em casa, raramente em uma instituição, até porque, os recursos disponíveis em termos de prolongamento da vida eram escassos, então morrer era um processo natural, do qual todos conscientemente participavam, projetando ali, talvez seu próprio momento de morrer. A vivência e acompanhamento desta experiência como acontecimento natural, provavelmente fosse a razão do fortalecimento das pessoas no seu enfrentamento” (Haas; Patrício, 2000, p. 550).

“A morte, anteriormente, vista como princípio vital, ganha nova imagem, a de desaparecimento” Melo (1999, p. 17). É vista como sinônimo de fracasso da equipe que tem como principal responsabilidade a cura. O progresso tecnológico criou um verdadeiro arsenal para a cura, condenando os pacientes que não respondem às medidas terapêuticas a um completo isolamento.

Devido ao avanço tecnológico da medicina, o hospital passou a ser um lugar de cura, onde a morte não é vista como um acontecimento natural, mas sim como sinal de fracasso da equipe, sendo, portanto, evitada a qualquer custo. O estudo bibliográfico de Kestemberg, Sória e Paulo (1992) trata a morte como sendo inevitável. O progresso tecnológico, porém, deu ao homem meios de retardar o processo de morrer mas não o preparou de forma alguma, para enfrentar os sentimentos oriundos dessa perda.

Lidar com a mortalidade e falar sobre a morte é um assunto proibido, e esse comportamento é reforçado nas instituições de saúde que são cada vez mais equipadas e preparadas para salvar vidas, não proporcionando espaço para o profissional discutir o assunto (Haas; Patrício 2000).

“A morte agora é institucionalizada e medicalizada. Encontramos nos hospitais aparelhos de alta tecnologia que são utilizados para manter o organismo do paciente em funcionamento e os profissionais são treinados para manipulá-los, porém, sem preparo para assistir às reais necessidades do paciente e da família” (Zorzo 2004, p. 9).

A cientificidade reduziu o homem a aspectos isolados, numa evidente mudança de postura, porém essa fragmentação em especialidades estilhaça o homem, fazendo com que suas características de ser humano sejam perdidas Cassorla (1991). O autor enfatiza a relação existente entre essa postura e a negação da morte, com a impossibilidade de pensá-la como parte da vida.

Nos dias de hoje, quando as pessoas adoecem ou estão morrendo, não são seus familiares que lhes prestam cuidado, mas sim, equipes hospitalares, constituídas entre outros, por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Até o século XVIII, não era o doente a figura central a ser assistida no hospital, mas os pobres e vagabundos. Era alguém a quem se deviam dar os últimos cuidados e o último sacramento, sendo freqüente ouvir que era o lugar aonde se ia para morrer e não para curar-se. As pessoas, as quais trabalhavam nos hospitais, nessa época, não tinham como função principal a cura dos doentes, mas sim a sua própria salvação após a morte. Não eram profissionais da saúde, mas leigos ou religiosos preocupados com a salvação eterna.

A partir do século XIX, com as preocupações sanitárias, os hospitais passaram a incluir a população como um todo, não somente os pobres e miseráveis. Esta mudança aconteceu, principalmente, devido à Revolução Industrial, a qual trouxe nova maneira de enxergar a população, ou seja, como mão-de-obra que precisa produzir e gerar lucro. A partir de então, a medicina e as ciências desenvolveram-se a passos largos e sistematicamente foram determinando novas formas de organização, de divisão do trabalho, chegando às relações interpessoais.

Em nossos dias, a partir do instante em que o homem adocece e perde sua capacidade de produzir, passa a ser um personagem indesejável, sendo necessário o seu confinamento em algum local. O hospital apresenta-se, então, como lugar ideal para realizar este cuidado (Spíndola; Macedo, 1994).

Vários profissionais atuam no ambiente hospitalar, dentre eles os da equipe de enfermagem, os quais são responsáveis pelo cuidado ao doente durante todo o tempo, sofrendo, portanto, o impacto e o estresse que advêm desta tarefa.

Para os profissionais de saúde, principalmente, não é permitido demonstrar sentimentos referentes a essas perdas, pois se mostra como uma fraqueza e acarreta um sentimento de inadequação perante a equipe e o paciente. “Afinal, um sofrimento demasiado visível não inspira só piedade, mas repugnância; é um sintoma de falta de educação ou desarranjo mental” (Pitta, 1990, p. 36).

Desde sua formação, esses profissionais vão se sentindo comprometidos com a vida, e é para a preservação desta que se sentem capacitados; sua formação acadêmica é fundamentada na cura e nela está sua maior gratificação. Assim, quando em seu cotidiano de trabalho necessitam lidar com situações que envolvem a morte e o morrer, em geral, sentem-se despreparados e tendem a se afastar delas (Boemer; Zanetti; Valle 1991).

Nesse momento, deixamos de oferecer ao paciente o apoio psicológico, a assistência humana de que ele tanto necessita, e, erroneamente, acreditamos estar oferecendo o melhor de nós quando realizamos perfeitamente técnicas e organizamos nosso serviço de maneira impecável.

A assistência que objetiva manter a vida a qualquer custo, segundo o referencial da bioética, é denominada obstinação terapêutica, e está cada vez mais sendo discutida nos países europeus, nos Estados Unidos, no Canadá e iniciando-se no Brasil (Zorzo, 2004).

Labate, Ribeiro e Bosco (2001, P. 245) lembram que “é angustiante para o ser humano conviver com a morte, porém é comum que nos esqueçamos de nossa condição de seres mortais, ou melhor, que utilizemos o mecanismo de defesa conhecido como negação”, na tentativa de evitar entrar em contato com a dor que a perda pode nos causar.

Nesse contexto, surge uma nova proposta de hospital que objetiva proporcionar ao paciente, em iminência de morte, momentos finais sem dor,

acompanhados da família e dos amigos, maximizando a qualidade de vida do doente e da família.

Os Hospices, como são conhecidas essas instituições, foram criados a partir dos trabalhos desenvolvidos na Inglaterra, por Kubler-Ross e Cicely Saunders, na década de 1960 (Zorzo, 2004).

Nos dias de hoje, juntamente com os serviços de *home care*, que visam a utilizar o ambiente familiar e a própria família para prestar assistência ao paciente em iminência de morte, são muito utilizados em países europeus, nos Estados Unidos e no Canadá.

No Brasil, infelizmente, existem raras unidades que oferecem essa modalidade de assistência. Uma delas localizada na Bahia conta com o apoio da Escola de Enfermagem da Universidade da Bahia e da instituição filantrópica não-governamental Tribo Arco – Íris/ITAI que recebe o nome de Núcleo de Renascimento Elizabeth Kübler-Ross.

O projeto surgiu, em 1995, e permite que o contato com a morte e o morrer de seus clientes aconteçam em seu contexto familiar e domiciliar. “O Hospice conta com recursos básicos para dar conforto, cuidados de enfermagem e assistir o cliente com liberdade total de visitas de seus familiares, atribuindo ao cliente e família maior poder decisório do que teria em hospitais” (Santana; Nascimento; Almeida, 2000).

O atendimento dos doentes do Núcleo conta com uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, grupo de voluntários e pastoral. A equipe atua durante e após a morte do doente, auxiliando a família no processo de luto, cada um de acordo com sua especialidade (Santana; Nascimento; Almeida, 2000).

O cuidar de pessoas gravemente enfermas ou daquelas já sem esperança de cura é um elemento gerador de grande angústia e sofrimento para o profissional, e que eleva o nível de estresse a que essas pessoas são submetidas no hospital (Labate; Ribeiro; Bosco, 2001).

O termo *stress* foi usado pela primeira vez por Hans Selye, que o definiu como “um conjunto de reações desenvolvidas por um organismo ao ser submetido a situações que exigem esforço para a adaptação” – (Mello Filho 1992).

As conseqüências do estresse podem surgir como adoecimento ou como sofrimento, sendo os sintomas físicos mais comuns: fadiga, dores de cabeça, insônia, dores pelo corpo, palpitações, alterações intestinais, náuseas, tremores, extremidades frias e resfriados constantes. Sintomas psíquicos, mentais e emocionais, como a diminuição da concentração e memória, confusão, indecisão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência também podem estar presentes (Murofuse; Abranches; Napoleão, 2005).

Algumas características do trabalho da enfermagem, tais como estar em contato freqüente com a dor, o sofrimento e a morte, são sabidamente geradoras de uma carga de estresse importante na vida diária dos trabalhadores.

O assunto fez parte, em 1985, da 27ª Assembléia Mundial realizada pela Organização Mundial da Saúde, e abordou entre outros temas, o ambiente de trabalho da enfermagem, o que nos leva a pensar na relevância deste assunto e no quanto um conhecimento mais profundo poderia ajudar na compreensão dos problemas da equipe de saúde.

No decorrer de nossas vidas, somos confrontados com diversas situações que exigem adaptação, e a maneira de superá-las, assim como o nível de

suportabilidade, é próprio de cada indivíduo. Essa adaptação, quando muito custosa, pode ocasionar sofrimento e até sintomas físicos e emocionais.

O lidar cotidiano com a doença e a morte é parte integrante da rotina de trabalho da enfermagem e gera, obviamente, situações de grande estresse profissional e sofrimento psíquico. São situações que exigem certo grau de elaboração e gasto de energia para serem devidamente trabalhadas emocionalmente.

Quando somos submetidos a uma carga de estresse que se torna crônica, estamos propensos a desenvolver a chamada síndrome de Burnout que pode ser definida “como uma reação crônica, gerada pelo contato direto e excessivo com outros seres humanos, uma vez que cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades profissionais a cada gesto de trabalho” (Costa; Lima, 2005).

“São envolvidas atitudes e condutas negativas em relação aos usuários, clientes, organização e trabalho. É um processo gradual de uma experiência subjetiva, envolve atitudes e sentimentos que acarretam problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e à organização” (Murofuse; Abranches; Napoleão, 2005).

Kübler Ross (1994), em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer*, iniciou um trabalho com pacientes terminais situando os sentimentos do paciente e da família no processo do morrer. Esclarece que passamos por vários estágios, quando nos deparamos com a morte, sendo a negação o primeiro deles.

A negação - caracteriza-se como uma defesa temporária, onde o discurso pronunciado é “isso não está acontecendo comigo” ou “ não pode ser verdade”; é

uma sensação comum em situações em que a morte se pronuncia. Outro comportamento comum nessa fase é o agir como se nada estivesse acontecendo.

“Evidentemente, se negamos a morte, se nos recusamos a entrar em contato com nossos sentimentos, o luto será mal elaborado e teremos uma chance maior de adoecermos, cairmos em melancolia ou em outros processos substitutivos.” Cassorla (1991, p.21).

Os outros mecanismos de defesa que utilizamos inconscientemente, ainda citando Kübler-Ross (1994), são:

A ira - fase em que prevalece a revolta, o ressentimento e o doente ataca a equipe de saúde e as pessoas próximas a ele. Questionam o tratamento e os procedimentos, a pergunta mais comum é por que eu? Podem surgir períodos de total descrença espiritual.

A barganha - o doente faz acordos em troca de mais um tempo de vida e novamente Deus se torna presente em sua vida; faz promessas de mudança de comportamento se for curado. Existe a tentativa de manter esse comportamento em segredo.

A depressão - após a fase de barganha o doente percebe sua doença como incurável e ciente da impossibilidade de ser curado deprimi-se, sente-se vazio e deixa de intervir no tratamento e finalmente a aceitação; fecha-se em si mesmo e relaciona-se muito pouco.

A aceitação - o paciente entende sua situação e revive seus momentos de maior importância, tentando dar um sentido para sua vida. Organiza seus negócios e sua estrutura familiar. Vive uma certa expectativa, porém sente-se tranquilo.

São estágios que se sucedem, porém, não necessariamente nessa ordem, e alguns indivíduos não passam por todos eles. Podem, inclusive, voltar para qualquer fase, mais de uma vez, ou podem seguir cada etapa uniformemente. É um processo

particular, onde se vêem envolvidos muitos sentimentos, e que depende de uma série de fatores, tais como religiosidade, cultura e estrutura familiar, por exemplo.

Diante da morte, o ser humano deve enfrentar o processo de elaboração dessa perda. Esse processo leva o nome de luto.

Parkes (1998, p. 24) o define como uma “reação à perda, a perda de uma pessoa, em especial uma pessoa amada”.

Seguindo essa mesma linha, o luto é definido por Bromberg (2000) como um “processo, não um estado estático; um tempo de elaboração e transformação que atinge os indivíduos e os grupos, desestruturando-os pela falta, confundindo os remanescentes e desestabilizando seu funcionamento”.

A primeira experiência de perda em nossas vidas surge, ainda durante a infância, quando a ausência da mãe é percebida pelo bebê, sentindo que esta não é onipresente. Essas ausências são sentidas como morte, porque geram no bebê um sentimento de solidão e desamparo. São, entretanto, momentos rápidos com breve retorno da mãe (Bolwby 2002, Klein 1971).

O processo de elaboração à perda, o enlutamento, segue algumas fases, com sentimentos próprios e inerentes a cada etapa. Parkes (1998) esclarece que é uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem, sendo a primeira fase, a do entorpecimento, que dá lugar à saudade ou à procura pelo outro, seguida da desorganização e do desespero, e somente após, a fase de recuperação. É tido como um processo de luto saudável aquele em que há aceitação da modificação do mundo externo, ligada à perda definitiva do outro, e a conseqüente modificação do mundo interno e representacional, com reorganização dos vínculos que permaneceram (Kovács 1992).

A qualidade da expressão dos sintomas, bem como o tempo de duração das fases do luto, não segue um padrão ou uma regra, mas assume diferentes formas, de acordo com o desenvolvimento emocional de cada indivíduo. Um dos fatores de grande importância no processo de elaboração do luto é a qualidade do vínculo estabelecido entre o enlutado e o objeto perdido, (Bolwby 2002).

Quando um indivíduo não dispõe de recursos psicológicos próprios para elaborar a perda, ocorre o que chamamos de luto patológico, atualmente, mais conhecido como luto complicado. Kovács (2002) refere que a nova tendência é falar em fatores complicadores do luto, tais como a forma da morte, sendo o suicídio e os acidentes as formas consideradas mais graves. A morte repentina e inesperada é bastante complicada, pela sua característica de ruptura brusca, sem que pudesse haver nenhum preparo. No trabalho desenvolvido por Martins; Alves e Godoy (1999), encontramos relatos que nos fazem pensar na morte súbita como um acontecimento que traz insegurança já que ocorre de maneira repentina, sem avisos e, portanto, pode acontecer com qualquer um, inclusive com o próprio cuidador. Acontece nesse caso, de acordo com a autora, um distanciamento em relação a esse paciente, já que é angustiante demais para o profissional “estar próximo de algo que pode acontecer consigo mesmo”. Outros aspectos a serem observados, em relação ao luto complicado, é a relação que existia entre o enlutado, os problemas mentais anteriores e a falta de apoio social, já que esses fatores interferem diretamente no processo de elaboração do luto. Para Kovács (2002), a vantagem da abordagem que leva em conta os fatores complicadores do luto é que o paciente não é responsabilizado pelo sofrimento e dificuldade de processar a perda, mas as situações de morte e *post mortem* é que interferem na elaboração do luto.

Cassorla (1991) nos lembra que o problema do luto mal elaborado é grave, porque alastra-se por gerações, passando de pais para filhos e refletindo o ambiente melancólico resultante na esfera social.

“Profissionais de saúde, (médicos e enfermeiros) se encaixam em uma categoria especial de luto não autorizado”, um termo que serve para designar as perdas que não podem ser abertamente apresentadas, socialmente validadas ou publicamente pranteadas” (Doka apud Parkes 1998).

A equipe de enfermagem possui, de um lado, características de caridade e abnegação, traços trazidos dos tempos idos; de outro sofre com as regras impostas pelo capitalismo, que prezam pela produtividade, controle e assalariamento. Esse caráter contraditório da profissão inviabiliza o envolvimento emocional, e prioriza o não-estabelecimento de vínculo afetivo na relação enfermeiro-paciente. Diante da impossibilidade de não envolver-se, o profissional de enfermagem, inevitavelmente, coloca-se no lugar de quem é cuidado, e sofre pela expectativa da dor e do sofrimento.

Zorzo (2004) realizou pesquisa com a equipe de enfermagem e demonstrou que esta não está vivendo o luto, porque acredita que agindo com uma postura mais técnica está evitando que suas tarefas sejam atrapalhadas pela emoção. A realidade é que, com o afastamento, o profissional deixa de compartilhar experiências importantes no estabelecimento da relação terapêutica, isto é, perde a chance de conhecer quais as reais necessidades do doente, tornando a assistência fria, técnica e despersonalizada.

Labate (1997) encontrou, em sua pesquisa com profissionais que trabalham com pacientes mastectomizadas, essa mesma tendência ao distanciamento, e concluiu que o profissional não elaborando suficientemente as situações

ansiológicas do dia-a-dia de trabalho “anestesia-se diante do paciente e da vida, restringindo-se a questões técnicas e empobrecendo a dimensão do ser humano”.

A pesquisa de Spíndola e Macedo (1994) revelou a dificuldade dos profissionais em aceitar a morte de seus pacientes e conclui que “fica difícil manter o paciente vivo a todo custo, e simultaneamente, ajudá-lo a morrer de forma digna”. O profissional, na visão das autoras, necessita compreender a morte como parte inalienável do desenvolvimento humano, aprendendo dessa forma a conviver com a condição da finitude humana.

Boemer; Rossi e Nastari (1991) também retrataram a dificuldade do profissional de saúde em aceitar a morte e revelaram essa mesma tendência em manter a vida. Concluíram que, agindo desse modo, o profissional evita enfrentar seu medo e despreparo diante da morte e do morrer.

A negação em relação à morte se faz necessária, na medida em que somos, o tempo todo, preparados para salvar vidas. Somos estimulados a perceber o sucesso apenas quando houve a possibilidade de cura ou salvação. Desse modo, torna-se impossível pensar na morte como parte natural do desenvolvimento humano.

A equipe de enfermagem, de acordo com Torres et al. (1991, p. 141) é o grupo dos profissionais de saúde que se situam como os mais defensivos e como os de maior inquietação em relação aos aspectos da morte e do morrer.

Falar sobre a morte, e o processo de luto que sobrevém a esta, torna-se de vital importância no contexto da prestação de serviços na área da saúde. Nosso cotidiano nos remete a situações de vida e morte que se mesclam, e procurar formas de diminuir o impacto e o sofrimento oriundos dessa experiência, é

necessário para que o profissional de saúde encontre equilíbrio no desenvolvimento do trabalho com seus doentes.

Martins, Alves e Godoy (1999), em seu estudo, mostraram a necessidade de apoio à equipe de saúde, através do psicólogo, nas instituições, e trata os grupos de reflexão como um dos meios adequados de se trabalhar o tema com a equipe.

Pelo aqui exposto, conclui-se que o processo da morte e do morrer necessita de uma abordagem significativa durante a formação profissional, visto que a falta de preparo e a dificuldade de lidar com o luto e o pesar diante da perda de pacientes é fato revelado por várias pesquisas.

A morte como parte inerente da condição humana deixou de fazer parte do cotidiano das pessoas e foi transferida para os hospitais, onde fica camuflada e distante do convívio dos familiares. Instalou-se no dia-a-dia dos profissionais de saúde, que se deparam com ela freqüentemente, sem, no entanto, estarem devidamente preparados para enfrentar suas conseqüências. Os sentimentos oriundos dessa perda precisam ser vividos de maneira plena e satisfatória, para que o profissional possa prestar uma assistência sem restrições aos seus doentes, não precisando afastar-se, movidos pelo temor da perda, sofrendo às escondidas, envergonhando-se dos seus sentimentos de tristeza e frustração.

Baseando-se nos estudos realizados até o momento, e na experiência pessoal, surge a questão de pesquisa: como a equipe de enfermagem de um centro cirúrgico de urgência e emergência vive o luto diante da morte dos pacientes que se encontram sob seus cuidados?

2- OBJETIVO

Conhecer o significado da morte dos pacientes, para os profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico de Urgência e Emergência do HCFMRP.

3- CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Método clínico-qualitativo

Para a realização desta pesquisa, escolhi o método clínico-qualitativo, conhecido como um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das Ciências do Homem.

No sentido de melhor situar o leitor, farei algumas considerações a respeito da metodologia qualitativa.

Os métodos qualitativos têm uma história mais recente que os métodos quantitativos, usados nas Ciências Naturais. Estes surgiram com o advento da ciência moderna, na tentativa de dar explicações científicas para os eventos da natureza, substituindo o senso comum, a filosofia e as explicações religiosas. Porém, os assuntos da natureza e do homem possuíam características diferentes que tornavam impossível aplicar os métodos experimentais de quantificação e objetivação na compreensão dos fenômenos referentes ao homem.

Assim surgiu a metodologia das ciências humanas, com idéias fortemente influenciadas pelo historiador Dilthey, já que o pensador considerava a experiência vivida o caminho para se conhecerem os fenômenos humanos.

A abordagem qualitativa é relativamente recente, pouco mais de um século, ganhando *status* científico primeiramente com os antropólogos e psicólogos, vindo depois a ocupar um lugar nas áreas institucionais de saúde, com enfermeiros e médicos (Turato 2003).

Atualmente, entre os profissionais com formação universitária na saúde, sobretudo nos Estados Unidos e no Canadá, são os pesquisadores da área de

enfermagem que vêm ganhando relevância, com vasta produção científica na literatura específica e promoção de eventos voltados para o assunto (Turato 2003).

A abordagem qualitativa tem como característica permitir ao pesquisador conhecer e interpretar o que os sujeitos pensam a respeito do fenômeno em questão, não mensurando quantitativamente seu comportamento ou experiências de vida, mas elucidando com seu pensamento, o que de fato acontece com as pessoas.

“Os sentidos e as significações são o cerne, para os pesquisadores qualitativistas” (Turato 2003, p. 246).

Cabe aqui chamar a atenção para a diferença entre fato e fenômeno. Turato ressalta a importância de não haver confusão entre os dois termos. Os pesquisadores quantitativistas trabalham com fatos, pois no âmbito da pesquisa quantitativa, fortemente influenciada pelo positivismo, faz-se necessária a comprovação que garantirá a objetividade da ciência. No cenário das pesquisas qualitativas, entretanto, os pesquisadores trabalham com fenômenos, adotando posturas existencialistas, fenomenológicas e psicanalíticas.

Na pesquisa qualitativa, os investigadores interessam-se mais pelo processo, em detrimento dos resultados. Não existe a preocupação com números e confirmação de hipóteses; os dados recolhidos são analisados de forma indutiva, sendo a preocupação deste método a descrição dos fenômenos e não a apresentação de dados numéricos (Bogdan; Biklen 1994).

Como já situei o leitor a respeito da metodologia qualitativa, apresentarei agora as especificidades do método clínico-qualitativo. Este modelo de investigação, para Turato (2003), é o resultado da união de duas áreas metodológicas densas. Assim descreve o autor:

... temos, de um lado, as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos (compreensivo-interpretativos) de pesquisa desenvolvidos a partir das Ciências do Homem e, de outro lado, os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas desenvolvidos tanto no enfoque psicanalítico das relações interpessoais, como historicamente no campo da prática da medicina clínica. Em outras palavras: o método de que aqui falamos, não se situa apenas sob os referenciais paradigmáticos usados na sociologia compreensiva e na antropologia cultural, mas a partir deles, e diferentemente do que constatamos na literatura da pesquisa destas duas disciplinas, busca lançar mão de conceitos empregados da, ou melhor, deliberadamente buscados na prática clínica histórica e na psicanálise, para marcarem-se o desenho da pesquisa, a definição dos pressupostos e objetivos, a construção e aplicação dos instrumentos auxiliares em campo, e finalmente, a interpretação dos resultados do trabalho clínico-qualitativo (p. 225).

O método clínico-qualitativo valoriza tanto o sujeito como o pesquisador no desenvolvimento da pesquisa.

“É concebido como um meio científico de conhecer e interpretar as significações - de natureza psicológicas e psicossociais - que os indivíduos (pacientes ou quaisquer outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas de saúde, tais como a equipe de profissionais, os familiares e pessoas da comunidade) dão aos fenômenos do campo saúde-doença” (Turato 2003, p.240).

A proposta deste método é trabalhar com assuntos de foro íntimo normalmente, acompanhados de angústias e ansiedades – existenciais e clínicas – tais como aqueles referentes, sobretudo, à doença e morte Turato (2003). O autor ressalta ainda a importância de se valorizarem essas angústias e ansiedades que devem servir de elemento mobilizador do interesse do pesquisador.

A abordagem qualitativa permite a aproximação com a realidade dos sujeitos, suas vivências e suas angústias.

Uma característica importante do método clínico-qualitativo é a atitude acolhedora com que o entrevistador deve interagir com o sujeito, promovendo uma relação humanizada com valorização das trocas afetivas.

A metodologia clínico-qualitativa sustenta-se sob três pilares: a atitude existencialista, de valorização dos elementos angústia e ansiedade presentes nos sujeitos da pesquisa; a atitude clínica, que consiste na acolhida do sofrimento emocional, na capacidade de ouvir e olhar o outro com a intenção de ajudar e, finalmente, a atitude psicanalítica, do uso de concepções que provêm da dinâmica do inconsciente dos indivíduos (Turato 2003).

Desse modo, percebe-se que houve uma ruptura entre o método clínico-qualitativo e as demais pesquisas qualitativas.

Nas palavras de Turato (2003), o método clínico-qualitativo é assim definido:

A partir das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade Turato (2003, p. 242).

A escolha pelo método clínico-qualitativo aconteceu após a definição do meu objetivo de pesquisa. Por sugestão da orientadora, passei a ler sobre o método, e fiquei particularmente interessada ao perceber que este me possibilitava interagir com os sujeitos de modo a conhecer suas angústias e sofrimentos.

A escolha por esse método de pesquisa veio ao encontro das minhas expectativas, pois permite que minhas experiências no dia-a-dia de trabalho também sejam parte integrante da construção da pesquisa.

Minha escolha também levou em conta minhas características pessoais, pois percebi que para abordar um assunto sabidamente difícil, como a morte e o luto,

seria necessário ouvir os sujeitos, suas ansiedades e angústias. Assim, trabalhar com o método clínico mostrou-se para mim como meio privilegiado para acolher os sujeitos e seus sentimentos.

3.1.1- Técnicas para coleta de dados

Optei pela utilização de duas técnicas para realizar a coleta de dados desta investigação: a entrevista semidirigida e a observação e auto-observação dos fenômenos emergentes no *setting* da entrevista (Turato 2003).

“A entrevista é um instrumento fundamental do método clínico e é, portanto, uma técnica de investigação científica”. Sua aplicação permite a ampliação, a verificação e a aplicação do conhecimento científico (Bleger 1987, p. 9).

Nas palavras de Turato (2003, p.308), “é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, que facilita, no encontro face a face, à apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador”.

De acordo com Bleger (1987, p.10):

“a entrevista pode ser aberta ou fechada. Na entrevista fechada, as perguntas já estão previstas, assim como a ordem e a maneira de formulá-las, e o entrevistador não pode alterar nenhuma destas disposições. Na entrevista aberta, pelo contrário, o entrevistador tem ampla liberdade para as perguntas e para suas intervenções permitindo-se toda flexibilidade necessária em cada caso particular”.

A entrevista semidirigida é uma mistura das duas formas, as perguntas são previamente formuladas, mas o pesquisador é livre para fazer intervenções e ajustes para melhor explorar as colocações do entrevistado. Este tipo de entrevista proporciona a ambos os integrantes da relação momentos para dar alguma direção,

representando ganho, para reunir os dados segundo os objetivos propostos (Turato 2003, p.313).

A entrevista é um instrumento valioso, já que permite ao sujeito expressar-se com suas próprias palavras, permitindo ao pesquisador utilizar sua intuição e criatividade ao interpretar a visão de mundo dos sujeitos.

A técnica da observação e auto-observação, como já coloquei anteriormente, também foram utilizadas no trabalho de campo. O entrevistador dirige parte de sua atenção ao comportamento global do sujeito, ou seja, observa elementos como a linguagem verbal e não-verbal e a apresentação pessoal do sujeito, por exemplo. Além disso, também leva em conta os elementos mobilizados em si mesmos mediante a fala dos entrevistados. Essas impressões serão registradas em um diário de campo que servirá de instrumento auxiliar no desenvolvimento da pesquisa.

3.1.2 Campo de estudo

O estudo foi conduzido no Centro Cirúrgico de Urgência e Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, sendo este dividido em HC *Campus* localizado no *campus* da Universidade e Unidade de Emergência (UE), localizada no centro da cidade. O hospital caracteriza-se como um hospital universitário de alta complexidade, que atende a toda região nordeste do Estado de São Paulo, abrangendo um total de quatro milhões de usuários do Sistema Único de Saúde. O centro cirúrgico em questão localiza-se na Unidade de Emergência e conta com seis salas cirúrgicas, estando uma desativada no momento, e constituiu-se para suprir a demanda desta Unidade, que atende

preferencialmente a urgências e emergências, mas também casos de caráter semi-eletivo que tiveram atendimento inicial na Unidade de Emergência.

Estudar as pessoas em seu ambiente natural é uma característica dos métodos qualitativos de pesquisa. De acordo com Turato (2003), o ambiente natural é o local privilegiado para se coletarem as informações realmente válidas, pois preserva e engloba as incontáveis características e relações da pessoa.

O local foi escolhido por fazer parte do meu cotidiano de trabalho, já que, sou enfermeira no local descrito, e, justamente aí, nasceram as minhas inquietações, levando-me a realizar esta investigação.

A ocorrência de mortes violentas, que segundo Parkes (1998), “representam um risco a mais para a saúde mental” mobilizou em mim o desejo de conhecer o significado da morte para os profissionais de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência.

3.1.3 Sujeitos

Entende-se por sujeito da pesquisa “qualquer pessoa que, no campo da saúde, pode ser ouvido quanto aos sentidos e significações que atribui a eventos ligados à questão da saúde-doença” (Turato 2003, p. 356). Nesse sentido podem ser os próprios portadores de problema, profissionais que tratam do problema ou familiares que convivem com o problema.

Turato (2003, p. 357) explica que o pesquisador “pode deliberar sobre quem serão os sujeitos de seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais possam, em sua visão enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta”.

Assim a amostra foi intencional e composta por 12 dos 30 profissionais de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência do HCPMRP.

Os critérios de inclusão foram: fazer parte da equipe de enfermagem do centro cirúrgico da UE; aceitar o convite para participar da pesquisa.

Com a intenção de melhor caracterizar a amostra de minha pesquisa, apresento a seguir o quadro 1.

Quadro 1-Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

Nome	Idade	Estado civil	Religião	Filhos	Tempo de trabalho no local	Tempo de formação	Profissão
Entrevistada 1	42	Casada	Católica/budista	4	20	22	Técnica de enfermagem
Entrevistada 2	32	Solteira	Católica	2	09	10	Auxiliar de enfermagem
Entrevistada 3	33	Casada	Católica	3	01	05	Auxiliar de enfermagem
Entrevistada 4	49	Divorciada	Ortodoxa	2	11	20	Auxiliar de enfermagem
Entrevistada 5	43	Casada	Espírita	4	06	17	Auxiliar de enfermagem
Entrevistada 6	50	Solteira	Evangélica	1	21	14	Auxiliar de enfermagem
Entrevistada 7	47	Solteira	Espírita	0	20	24	Enfermeira
Entrevistada 8	26	Casado	Católico	1	05	06	Auxiliar de enfermagem
Entrevistada 9	49	Solteira	Católica	0	28	25	Auxiliar de enfermagem
Entrevistada 10	61	Casada	Evangélica	2	24	29	Técnica de enfermagem
Entrevistada 11	46	Solteira	Católica	0	13	14	Enfermeira
Entrevistada 12	46	Casada	Católica	0	20	23	Enfermeira

O critério que utilizei para o fechamento da amostra foi a saturação dos dados Turato (2003). Uma vez realizadas as 12 entrevistas, considerei atingido o objetivo da pesquisa, pois o discurso começou a apresentar repetições em seu conteúdo.

3.1.4 Procedimentos para coleta de dados

No início da elaboração do meu projeto de pesquisa, entrei em contato com a chefia do centro cirúrgico solicitando autorização para a realização da mesma. Em seguida o projeto passou pela aprovação da chefia de enfermagem da Unidade de Emergência e da divisão de Enfermagem do HCFMRP e somente após, pela aprovação do comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP em 10 de janeiro de 2007, de acordo com o processo nº 12663/2006 (anexo C), bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B). Realizei minha coleta de dados nos meses de fevereiro a abril de 2007.

Os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre os direitos reservados a eles mediante seu consentimento em participar do estudo, conforme resolução da Conselho Nacional de Saúde 196/96. Foi assegurado sigilo em relação a sua identidade e explicada a necessidade das entrevistas serem gravadas em fita cassete.

Realizei 13 entrevistas, sendo que em uma delas não obtive boa resolução da gravação, ficando inviável a transcrição da mesma. Sendo assim optei por excluí-la do estudo, totalizando então 12 entrevistas, sendo que destas nove foram realizadas com auxiliares de enfermagem e três com enfermeiros.

Optei por realizar as entrevistas nos períodos em que estava de folga do trabalho no centro cirúrgico. Comparecia ao hospital, e de acordo com a disponibilidade do serviço, e com autorização da enfermeira, explicava aos profissionais presentes o objetivo da minha pesquisa, solicitando sua participação.

As entrevistas foram realizadas em uma sala anexa ao centro cirúrgico, onde são realizados exames de endoscopia digestiva, mas que no momento estava desocupada. A constante e intensa movimentação, assim como a falta de um local reservado, impossibilitou-me de realizar as entrevistas dentro do próprio centro cirúrgico.

Todos os convidados aceitaram participar; de início alguns mostraram-se apreensivos, diziam ter medo de falar alguma “coisa errada”, mas percebi que pouco tempo depois sentiram-se à vontade; dos 13 entrevistados dois pediram para ouvir a gravação após o término. Tempos após a realização das entrevistas, alguns participantes me questionam se a entrevista “estava certa” e reforçam o pedido de ter notícias quando a pesquisa estiver concluída.

As entrevistas duraram em média 20 minutos.

Em algumas entrevistas percebemos que as falas dos sujeitos conseguiram expressar seus sentimentos. Em outros, a presença do gravador, pareceu inibir a fala e senti que algo mais poderia ser revelado.

4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a realização e transcrição das entrevistas, realizei a análise de conteúdo, seguindo as diretrizes do método clínico-qualitativo (Turato 2003).

O passo seguinte foi a leitura de cada entrevista de maneira a tomar um primeiro contato com seu conteúdo, uma espécie de pré-análise, porém sem que direcionasse meu pensamento para qualquer direção; essa etapa é conhecida como leitura flutuante, onde o pesquisador deve ler e reler todo o material, até que ocorra uma espécie de impregnação do conteúdo. Nessa fase o pesquisador não deve privilegiar qualquer elemento do discurso, mas deixar sua mente funcionar o mais livremente possível, deixando de lado momentaneamente as suas aspirações e motivações.

Dessa maneira trabalhei com cada entrevista em particular, lendo-as repetidamente até que emergissem falas significativas, que na realidade nada mais são do que as categorias propostas por Turato (2003).

Essas categorias surgiram através dos critérios da repetição e relevância. No primeiro, o pesquisador busca, nas falas de seus entrevistados, pontos em comum, ou seja, colocações que se repetem. No segundo, é dada ênfase às falas que despertam no pesquisador suas motivações de pesquisa e que venham corroborar ou refutar suas hipóteses iniciais.

Os resultados desta pesquisa são apresentados de modo descritivo e com citações ilustrativas das falas, preparando o material para a discussão e interlocução com o referencial teórico (Turato 2003).

O autor ainda ressalta que:

“ A discussão do trabalho científico é o ato de um olhar especial e falar sobre a organização dos dados de um modo novo, com o uso da imaginação, permitindo-nos melhor compreender o assunto sob estudo, propondo novos conceitos e teorias, para proporcionar novos e úteis sentidos e usos para a comunidade”. (p.452).

A discussão do material não leva em conta apenas as falas concretas dos sujeitos, mas também as anotações do diário de campo, as mudanças na entonação da voz, o choro que algumas vezes se faz presente nas entrevistas e a minha imaginação, nos momentos de leitura, quando senti que havia algo mais por trás da fala dos sujeitos que não havia sido devidamente verbalizado.

Para as pesquisas clínico-qualitativas, Turato (2003) sugere a utilização de um quadro bastante eclético de referenciais que leve em consideração o espírito da interdisciplinaridade. Serão usados, no decorrer da análise, conceitos extraídos da psicanálise, teorias leigas no trato das angústias e ansiedades e material de discussões de teses e dissertações que tratem do tema da morte e do luto.

Turato (2003, p. 499) justifica da seguinte forma a utilização de um quadro eclético de referenciais:

... procurar ser eclético na vida acadêmica significa não seguir um único sistema ou referencial teórico (seja da filosofia à medicina), mas ter como escopo pessoal selecionar e usar o que considerar os melhores elementos de todos os sistemas a que se possa referir o assunto em estudo.

Considerando os procedimentos descritos para o tratamento dos dados de minha pesquisa, após a realização das leituras flutuantes e posteriormente a categorização dos conteúdos das entrevistas, efetuei a discussão dos resultados utilizando materiais da literatura da psicologia da saúde, alguns conceitos de psicanálise, e material de livros, teses, dissertações e artigos sobre o luto e a morte.

A seguir, apresentarei os resultados da pesquisa, com simultânea interlocução com a literatura consultada.

4.1 “Quando é criança a gente sente mais...”

“Uma coisa muito triste, igual...você vê uma criança de nove anos morrer, acho que não tava preparado assim...naquela hora não, naquela não sabe? Senti um sei lá, acho que não era hora dela morrer, uma criança de nove anos, que eu sei lá coisa muito ruim, ruim mesmo, não tem como não lembrar até hoje” (Entrevistado 8).

Dentre todos os tópicos abordados pelos sujeitos desta pesquisa, a morte na infância esteve presente em vários discursos. Parece que o tema nos remete a uma espécie de tragédia, seja ela, uma morte esperada, repentina, ou violenta.

Para os adultos, a morte de uma criança é uma espécie de morte antecipada, algo que não deveria acontecer, e por isso mesmo causa tanta angústia e sofrimento. Com relação à morte do idoso, esta, muitas vezes, é vista como descanso, tendo o idoso percorrido todo o seu ciclo de vida, vivenciando várias experiências. Observe os exemplos:

“... quando é um paciente idoso, com uma doença, que está assim... mal, existe o respeito pelo ato da passagem daquele fim daquela vida, né?” (Entrevistada 7).

Existe em nossa cultura a tendência de uma melhor aceitação em relação à morte de uma pessoa idosa, como se após os anos de vida passados, esta já estivesse pronta para morrer. Boemer, Zanetti, Valle (1991, p. 120) fala da relação

entre morte e idade avançada e relata que “a morte é de certa forma associada com a velhice avançada, quando a pessoa já cumpriu sua jornada e estaria pronta para morrer. Essa sociedade encontra várias racionalizações para justificar essa sua postura em relação à morte e à velhice”.

“...às vezes choca um pouco morte de criança, é uma coisa que eu desde o começo não consigo trabalhar muito a morte de crianças, mas em caso de pessoas mais idosas não sei se pelo próprio contexto de pacientes que a gente trabalha aqui...ela não tem um envolvimento tão grande nesse ponto.” (Entrevistada 12).

“Os adultos não aceitam a morte de uma criança: argumentam que ela teria muito que viver, como se não pudesse ocorrer essa quebra no ciclo biológico. A criança não deveria morrer, pois não deixou marcas registradas” (Zorzo 2004, p. 14).

Chamou minha atenção o fato de esse entrevistado repetir a idade da criança. Esta repetição foi feita num tom de voz exaltado, como que para reafirmar seu descontentamento e sua indignação diante do fato, a morte de uma criança de nove anos. Como se essa realmente não pudesse morrer, como se sua pouca idade lhe conferisse alguma imunidade diante da morte.

“Os sentimentos diante da morte infantil demonstram a frustração pelo não uso do tempo para realização como ser humano” (Lunardi, Celich, 2006, p. 620). Diante dos dados de sua pesquisa, a autora afirma ainda que a maioria dos profissionais de enfermagem sente um despreparo maior quando a perda vivida é de uma criança e necessitam, portanto, serem cuidados.

Nas palavras de Françoso (1993, p. 25),

“a morte na infância, as dificuldades e desconfortos, assim como o sofrimento, a tensão e a angústia são profundamente exacerbados. Tal exacerbação refere-se não somente ao sentido (ou melhor a falta dele) que a morte traz em nossa sociedade mas também aos significados e imagens ligados a própria infância – fonte de idealizações e catalisadora de expectativas positivas, de modo geral”.

A entrevistada 4 também menciona, em seu discurso, a dificuldade de lidar com a morte de crianças e verbaliza esse fato referindo-se à falta de estrutura presente nesse momento do trabalho:

“...criança, até hoje, eu tenho 21 anos de profissão, e até hoje eu tem hora...quando acontece um óbito infantil eu percebo que eu fico triste, eu fico sem estrutura para ir lá, digerir tudo que está acontecendo...”(Entrevistada 4).

Durante a entrevista com essa última profissional, em vários momentos, esta parecia procurar palavras para expressar seus sentimentos de tristeza, e esse nosso encontro foi presenteado com momentos de muita emoção. Também vale ressaltar o fato de ela substituir o termo “morte”, pela palavra “óbito”.

A substituição da palavra morte parece amenizar o sofrimento causado pela perda.

Nas palavras de Maranhão (1985, p. 11), “dentro do contexto hospitalar o paciente não morre: “expira”, “se perde na mesa”, “vai a óbito”, “é swat negativo”. Designando o morrer como algo impessoal e os mortos como coisas, encobre-se o fenômeno”.

Outros entrevistados também verbalizaram a angústia, ao enfrentarem a morte de uma criança:

“Eu acho que o que mais abala quando um paciente vai a óbito, eu acho que é quando é criança, quando é adulto a gente sente um pouco também... mas quando é criança sente mais...adulto dá pra gente, como se diz...superar né?...abala mais quando é criança mesmo, porque acho... não sei, todo mundo é assim” (Entrevistado 8).

uma das obsessões do homem moderno é tentar afastar a criança da morte. Apesar desta atitude, a verdade é que a criança tem estado historicamente vinculada à morte. Crianças já foram sacrificadas aos deuses, para selar tratados de paz, torturadas, queimadas, assassinadas ao longo dos tempos, e ainda o são até os dias de hoje. Portanto a morte na infância é uma realidade concreta (Melo 1999, p. 22).

“A gente sempre lembra, principalmente se for criança ou um poli...criança sempre...mesmo se ela tiver um câncer ou uma doença que ela descansou, a gente sempre pergunta por que? Criança marca sempre” (Entrevistada 3).

Percebe-se, novamente, a substituição da palavra morte pelo sinônimo óbito.

Zorzo (2004) encontrou em sua pesquisa, com profissionais que enfrentam a morte na infância e adolescência, essa mesma tendência à substituição do termo morte e acredita que a utilização desses sinônimos é uma tentativa do profissional para amenizar o impacto e o sofrimento intenso decorrentes da morte.

Ressalta ainda que:

a própria dinâmica institucional faz com que o profissional de saúde evite falar a palavra morte; os documentos preenchidos pelo médico e pelo enfermeiro imediatamente após a morte do enfermo, como o atestado de óbito e a ficha de identificação do corpo, não fazem menção à palavra morte, sendo esta substituída em geral, pela palavra óbito” Zorzo (2004, p. 2).

Outros autores, como Spíndola e Macedo (1994), lembram que os profissionais de saúde negam a morte, em todos os níveis, até mesmo na forma de referir-se a ela, sendo freqüente dizer que o paciente foi a óbito.

Em nosso cotidiano de trabalho nos defrontamos com a morte em vários momentos e, em muitos deles, com a morte de uma criança, o que fere nosso sentimento de onipotência e narcisismo, causando intenso desgaste emocional.

A infância é sentida pela nossa cultura como período de expectativas, e a criança vista como um ser inocente e frágil. Esta visão da infância faz com que o profissional de saúde, ao cuidar de crianças, sinta uma maior necessidade de promover a cura, proporcionando a sensação de gratificação profissional. Entretanto, ao deparar-se com a morte e a impossibilidade de cura, sente um imenso vazio que o remete à impotência diante do inevitável.

“Nossa sociedade vive na era da saúde que associa a estatística da morte com a idade avançada, transferindo a morte para um lugar distante e remoto, sem querer dar-se conta de que ela permeia toda a existência, desde o momento em que o homem nasce” (Melo 1999, p. 19). Assim a morte torna-se uma possibilidade também para a criança e os mais jovens.

Em nossa concepção de vida voltada para a realização material, a morte precoce é vivenciada com muita negação e sofrimento, já que interrompe toda uma vida de realizações, uma vida que poderia ter sido e não foi. enxergamos a infância como sinônimo de alegria, crescimento, futuro e, portanto, a morte ocorrida neste período se reveste de total crueldade, suscitando em todos angústia e medo.

Lunardi e Lunardi Filho (1997, p. 322) apresentaram os dados de uma pesquisa realizada com enfermeiros e auxiliares de enfermagem, onde constataram que a idade do paciente é um fator agravante na percepção da morte; “ a morte é percebida como mais traumatizante, quanto mais jovem for este paciente; muito mais traumatizante, ainda, em se tratando de criança”.

Referem que uma gama de fatores corroboram para essa forma de perceber a morte, entre elas as representações sociais elaboradas para crianças, jovens e idosos.

Em outro artigo Lunardi Filho et al. (2001) enfatizam que a morte precoce é um fator que dificulta a aceitação da perda, porque remete à frustração de uma expectativa de vida maior. A tristeza se torna maior também pelo futuro que não será vivido.

Ainda nessa pesquisa, os autores trabalham com a hipótese da identificação do profissional de saúde que assiste a morte de uma criança ou jovem, com seus filhos ou parentes próximos, o que torna a perda muito mais dolorosa, remetendo ao profissional a possível perda de seus entes queridos.

No desenvolvimento desta pesquisa, trabalhamos com a hipótese de que os profissionais de saúde não aceitam a morte e a perda. Negam sua existência através de uma série de mecanismos de defesa, tornando evidente o medo da sua proximidade, deixam de falar sobre ela, como se dessa maneira pudessem evitar sua presença indesejada.

“Vida e morte são dissociadas, para que em seu desencontro com a morte o homem encontre a vida” (Françoso 1993, p. 120).

Ocorre que, quando se deparam com ela, no dia-a-dia do hospital, não são capazes de lidar de maneira satisfatória com os sentimentos que surgem. Se a morte é de um jovem ou criança, e existe a identificação com algum ente querido, a dor torna-se maior e o sofrimento mais intenso, já que remete a sua própria possibilidade de perda.

O relato da entrevistada 4 corrobora com os achados da literatura:

“... esses dias eu tive dois óbitos, dois fetos mortos... e é difícil, você fechar aquele pacotinho, você percebe que ainda tá quente, sabe assim quando você enrola com o teu serviço pra você esperar o corpinho esfriar, prá você não ter aquela sensação de que você colocou alguma coisa quente dentro da geladeira?

... sabe o que é você fechar, na hora, é fatal, na hora você lembra em quem? No rostinho do teu filho, você lembra nos olhos dele, mãe, toda mãe associa, então é difícil e nós não temos apoio...” (Entrevistada 4).

Percebemos, pela fala dessa entrevistada, quantas emoções emergem quando entramos em contato com a morte e o morrer de crianças, no desenvolvimento de nosso trabalho em instituições hospitalares, e como esses sentimentos merecem atenção, pois aprender a lidar com tais sentimentos é de vital importância para a saúde mental dos profissionais e também para a melhoria da assistência oferecida por estes profissionais.

Nas palavras de Fernandes et al. (2001), o sentimento de impotência que o profissional de saúde experimenta diante da impossibilidade de salvar a vida do paciente gera sentimentos de culpa e ocasiona sofrimento. Acredita-se que existe o agravamento desses sentimentos de culpa e do sofrimento, em se tratando da morte de crianças pelo aqui exposto.

O trecho da entrevista mostra claramente a dificuldade de elaborar os sentimentos oriundos da perda de crianças e a inevitável relação com nossos próprios familiares. Além da dor pela perda de um paciente tão jovem, o profissional tem como agravante a lembrança de suas próprias perdas vividas ou possíveis. Nesse momento surgem sentimentos fortes que não podem ser minimizados ou

esquecidos, precisam de tempo e apoio emocional que tornem a dor um fator de crescimento pessoal e profissional que não desestrutura, mas fortalece.

4.2 “Eu consigo ver a pessoa assim, como um contrato...”

“...não consigo ter nenhum sentimento assim...nem de tristeza nem de dó, da pessoa em si, que tá ali, e que acabou de falecer. Eu consigo ver a pessoa assim como um final de contrato, venceu o contrato e ela tem que ir embora, não importa a situação que levou àquilo” (Entrevistada 1).

Durante as entrevistas, ficou evidente a necessidade de alguns sujeitos negarem qualquer sentimento de pesar diante da morte de seus pacientes, porém em seguida se contradizem, mostrando a racionalização de seus medos.

Logo em seguida essa profissional faz a seguinte colocação:

“Eu procuro não me envolver, por mais triste que seja a situação, não em envolvimento porque pra mim a morte faz parte da vida... eu procuro aceitar ela da melhor forma possível porque isso aí já evita sofrimento também né?

...e por mais triste que seja a gente tem que estar preparado pra isso, não sei de que maneira; eu vejo a morte como uma coisa natural, eu sei que é uma separação entendeu? Que a pessoa realmente tem que ir embora, não tem outra maneira, ela tem que ir e acabou. Então não adianta eu ficar sofrendo por outra pessoa...”(Entrevistada 1).

A teoria da psicanálise assinala que o homem, sob um ou outro aspecto, divide-se de si mesmo, e este fenômeno recebe o nome de clivagem do ego.

Coexistem, no seio do ego, duas atitudes psíquicas para com a realidade exterior, quando esta contraria uma exigência pulsional. Uma leva em conta a realidade, enquanto a outra nega a realidade e a substitui por uma produção do desejo (Laplanche e Pontalis 1986, p. 65).

Para essa entrevistada, parece que existe um sentimento de pesar e sofrer diante da morte, porém em sua visão ela realmente aceita o morrer muito calmamente. Na tentativa de se defender da dor, ela enviou para seu inconsciente o que lhe causava angústia e tristeza. Em sua mente consciente, fixou-se a idéia racional, de aceitação da morte e do morrer, tentando não sofrer.

O relato dessa última entrevistada parece estar relacionado ao que Perestrello escreveu sobre o material dos discursos, que é onde, devem-se buscar as brechas que permitem compreender o que existe detrás, no fundo, pois o “discurso cheio de disfarces, denuncia seu verdadeiro sentido oculto, através da análise das condensações, dos deslocamentos, dos equívocos, das projeções e defesas outras que traduzem, escondem o drama interior do ser que sofre” (Perestrello 1989, p. 25).

Durante a realização da entrevista citada a seguir, a entrevistada passou grande parte do tempo batendo os dedos em movimentos repetitivos e falando de maneira bastante rápida, apresentando visível desconforto, principalmente ao relatar o fato de encarar a morte de maneira tranqüila e normal.

“...normal, como se fosse rotina aquilo acontecer, aconteceu acabou e eu começo novamente depois. Não lembro disso.

...eu vejo como se fosse...uma coisa normal, entre aspas, normal que acontece com uma pessoa, é lógico que existe aquele estresse na hora da parada, de tentar, que a gente vê

que fez tudo pelo paciente, não deixou de fazer alguma coisa por ele...às vezes me choca um pouco morte de criança, desde o começo...

...é a única coisa que eu falo: com criança não sei trabalhar isso eu realmente não sei trabalhar e o que ... procurar pra melhorar” (Entrevistada 12).

Ainda descrevendo a fala da entrevistada 12, esta relata uma morte acontecida há algum tempo e que até hoje faz parte de suas lembranças, ao terminar o relato frisa:

“Acho que foram casos desse tipo que me marcaram mais... mas não que isso tenha pesado no meu desenvolvimento, é aqueles momentos que fazem a gente recordar, mas fora isso não fico remoendo nem relembrando essas coisas...”

A participante relata que encara a morte no ambiente hospitalar de maneira tranqüila, como parte de sua rotina de trabalho, entretanto, quando pensa na morte de crianças, sente-se desconfortável e refere não saber o que poderia ajudá-la a melhorar esse aspecto.

Zorzo (2004) também encontrou, em sua trajetória de trabalho, essa tendência em racionalizar o morrer.

Racionalizar ou esquematizar comportamentos diante do morrer tornou-se um mecanismo de defesa para o profissional que assiste freqüentemente o morrer de pessoas. Esses momentos são vividos com grande desgaste emocional e é prioritário que se encontre um meio de diminuir o impacto. Na tentativa de evitar a dor e o sofrimento, acreditam que podem controlar seus sentimentos.

Como pode o profissional de saúde defender-se da dor que o invade ao se colocar no lugar de quem está efetivamente morrendo? Ao identificar-se com o paciente, este vivencia a sua própria condição de ser mortal, e sua finitude está claramente exposta, lembrando-lhe de sua fragilidade e vulnerabilidade.

A racionalização surge, então, como meio de evitar entrar em contato com tamanho sofrimento, tornando a convivência com a morte menos dolorosa, à medida que, conscientemente, apenas trabalham num lugar onde a morte é bastante freqüente, e os profissionais já estão habituados a ela.

Porém inconscientemente, o sofrimento permanece, e nas palavras de Perestrello (1989, p. 23), “o inconsciente não é apenas um depósito das ocorrências vividas pelo homem, não um “subconsciente” como até hoje alguns o chamam, porém um inconsciente dinâmico, com forças em ação, dirigindo o homem sem que este o saiba”.

Parkes (1998) trata desse tipo de luto como sendo patológico e o classifica como sendo um luto inibido ou luto adiado. Nessas ocasiões, o profissional tem de enfrentar situações concomitantes ao processo de luto, não sendo possível naquele momento o trabalho de elaboração e a apresentação das reações imediatas à morte.

Fazemos parte de uma cultura que esconde a morte e os sentimentos de pesar oriundos dela; quando a morte em questão é referente a um doente que estamos assistindo, a não-aceitação dos sentimentos de dor torna-se ainda mais acentuada, levando o profissional de saúde a esconder seus reais sentimentos. Estes sentimentos, porém, aparecerão tardiamente, na ocorrência de outro evento, levando o indivíduo a apresentar comportamentos de pesar que à primeira vista não teriam força para tanto (Bromberg, 1996).

Complementando nosso entendimento em relação à racionalização da morte, outra questão importante que surgiu em diversas falas foi a respeito da captação de órgãos, dentro do contexto da morte, como nos exemplos a seguir:

“... uma coisa que muito me marca, não é nem a morte de um paciente, mas morte de vários e de alguns pacientes. No caso da captação, entendeu? A captação pra mim, para aquele paciente seja assim o fim, mas é pra outras pessoas que tá precisando ali daquele órgão é o início... é uma nova vida. Então quando é um paciente prá captação, eu fico feliz de tá trabalhando com ele... não chega a ser uma emoção, mas é um sentimento bom que eu tenho aqui dentro de mim” (Entrevistada 1).

A fala dessa entrevistada nos faz pensar que se a morte tem alguma finalidade, proporcionando um bem maior, como por exemplo, salvar outra vida, ela se torna menos dolorosa.

Zorzo (2004) refere que compreender a morte como sendo a solução da dor, da angústia e de todo o processo que envolve o morrer é uma maneira de o profissional se proteger do sofrimento psíquico decorrente da perda.

“... então foram dois sentimentos... ao mesmo tempo a compreensão da morte e ao mesmo tempo sabendo que ... este corpo aqueles órgãos iam dar vida a outras pessoas, então é uma coisa que eu sempre relembro...que sensação estranha... a morte ela também pode ser boa né?... toda vez que eu vejo eu lembro sempre disso... que a morte em alguns momentos ela dá a ... a vida também, então porque não pensar sempre isso em alguns momentos positivos” (Entrevistada 7).

Diante da fala da entrevistada, podemos pensar que, inconscientemente, os profissionais de saúde nutrem esse sentimento de satisfação frente ao trabalho com a captação de órgãos porque, de certa forma, a frustração pela perda de um paciente é sobreposta pela sensação de estar salvando outras vidas; novamente percebemos a cura e a salvação como finalidade única de quem trabalha com os doentes.

A morte nesse contexto, de certa maneira, tem uma finalidade maior, servirá para proporcionar vida a outras pessoas. Portanto é sentida como menos dolorosa e desperta em alguns profissionais sentimentos de realização profissional.

4.3 “As vezes eu chego a sonhar...”

“... a gente fica muito abalado né? Porque perder um paciente...aqui a gente tá pra lutar pela vida, então quando perde um paciente a gente fica chateado, chegou às vezes de ...já teve assim acontecimento de eu ficar assim, mal, ir pra casa mal, continuar mal... e ficar o resto do dia mal” (Entrevistada 2).

Existe em todos nós a capacidade de se colocar no lugar do outro, de tentar sentir as mesmas dores e angústias dos que nos estão próximos de alguma maneira.

Esse envolvimento, na maior parte do tempo, viabiliza a arte do cuidar, proporcionando ao paciente condições básicas para viver como alimentação, higiene, administração de medicamentos, controle de sinais vitais, mas também a segurança emocional e o carinho, tão indispensáveis em nossa profissão.

A essa capacidade de nos colocarmos no lugar do outro damos o nome de empatia que significa “você sentir-se por dentro, participar do mundo interior de outra pessoa embora permanecendo você mesmo” (Benjamim, 1978, p. 71).

Durante as entrevistas, ouvimos falas dos profissionais que evidenciavam o envolvimento emocional dos pacientes.

Existe uma linha muito tênue que separa o envolvimento necessário e sadio daquele em que o profissional se perde nas dores que presencia em seu dia-a-dia. No desenvolvimento de nosso trabalho, estamos todo o tempo, expostos ao risco de nos identificarmos com nossos doentes, e assim fazendo, deixamos de lado nossas tarefas profissionais, paralisados diante da dor e do sofrimento.

Há uma diferença importante entre a identificação e a empatia, apesar de serem conceitos muito próximos. A identificação nos impede de oferecer qualquer ajuda, já que a dor vivenciada é suficiente para nos incapacitar para o agir; a empatia, entretanto, não nos deixa perder de vista quem realmente somos, ou seja, tentamos enxergar com os olhos do paciente, mas continuamos com nossos olhos.

“A empatia envolve sempre dois “eus” separados distintamente; a identificação resulta em um” (Benjamin, 1978, p. 73).

É de extrema importância, para o profissional de saúde, saber conduzir situações de maneira adequada, não se afastando da realidade do sofrimento, nem tampouco afogando-se na dor do outro.

“O trabalho com pacientes, fora e dentro de instituições hospitalares, pode desencadear sentimentos fortes naqueles que cuidam” (Bromberg, 1996, p.67).

O desenvolvimento do trabalho na enfermagem sempre envolve uma troca de sentimentos, o profissional dá um pouco de si, mas também fica com um pouco do paciente consigo. A entrevistada 3 relata que não seria capaz de trabalhar com

crianças, porque não suportaria envolver-se e, posteriormente, presenciar a morte de seus pequenos pacientes.

Para suportar a perda de seus pacientes, muitas vezes, o profissional lança mão de mecanismos de defesa, na tentativa de aliviar a tensão psíquica que os angustia. Bromberg (1996) afirma que, em todas as relações humanas, mesmo naquelas mais simples e objetivas, ocorrem fenômenos psíquicos, aos quais podemos não estar atentos, mas que mesmo assim existem e têm seus efeitos. A maioria deles ocorre impossibilitando ao profissional de saúde o manejo adequado destes fenômenos.

“... você entra aqui e... e automaticamente vem tudo, pode tá correndo, pode tá com outro poli... você entra e vê, é difícil você vê de outra forma, toda àquela situação, mas é difícil porque um dia, dois, três, ainda fica isso na cabeça da gente, essa sensação ruim...é ...você fica impotente, a gente se sente impotente perante a morte” (Entrevistada 4).

O processo de transferência e contratransferência encontra-se, de forma inconsciente, presente nas relações entre o profissional de saúde e seus pacientes.

A transferência “ é designada na psicanálise como um processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida entre eles” (Laplanche; Pontalis,1986, p. 514).

Apesar da objetividade da relação entre o profissional da enfermagem e o paciente, existem inúmeros processos psíquicos ocorrendo sem que sejam percebidos. Por isso a necessidade de um sistema de apoio emocional que auxilie o profissional na elaboração de seus sentimentos.

Partindo do profissional, por sua vez, acontece o fenômeno da contra-transferência, onde ocorre a influência do doente sobre os sentimentos do profissional. É um conjunto de reações inconscientes, onde o profissional reage à transferência do doente (Laplanche; Pontalis, 1986).

Na verdade o que acontece é uma troca constante na relação profissional-paciente, onde cabe ao profissional uma análise pessoal que vise a reduzir as manifestações contratransferenciais.

Para toda perda que vivenciamos, necessitamos de uma elaboração interior, e a perda de um paciente pode ser bastante dolorosa para um profissional de saúde. São situações de estresse emocional que podem tornar-se crônicas e acarretar sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais.

Vale acrescentar que a forma como o profissional lida com as perdas depende de vários fatores, inclusive de traços da sua personalidade que podem agir com maior ou menor eficácia.

A teoria do apego de Bowlby (2002) esclarece alguns pontos sobre nossa capacidade de estabelecer vínculos ao longo da vida, e este acredita que eventos da nossa mais tenra infância influenciam a maneira como lidamos com as perdas durante o resto de nossa vida. Explica que essa capacidade de estabelecer vínculos ao longo da vida é essencial para o ser humano construir bases sólidas em seu desenvolvimento. Esses vínculos podem apresentar-se de maneiras diversas. Se a criança sofreu muitas separações e suas relações afetivas foram marcadas pela dependência, provavelmente haverá uma dificuldade maior em elaborar o luto na vida adulta, ocasionando sintomas negativos e somáticos. Porém, quando existe um vínculo de apego seguro que proporcione o desenvolvimento da auto-estima e da autoconfiança, a elaboração de um luto saudável é facilitada (Bowlby, 2002; Bromberg, 2000).

De acordo com Klein (1971, p.3), a criança “experimental, tanto no processo de nascer como no pós-natal, uma ansiedade de natureza persecutória”. O desenvolvimento de suas emoções a partir daí vai depender fundamentalmente do seu relacionamento com a mãe que representa nessa fase da vida, o todo do mundo externo da criança. Se ela perceber esse mundo como bom, ou seja, se lhe forem proporcionados conforto, alimentação e calor humano, criará possivelmente o primeiro relacionamento de sua vida de maneira sadia. Se, no entanto, prevalecerem sentimentos negativos como dor, mal-estar, e frustração, ela sentirá como perseguição e isso fará com que o vínculo estabelecido não seja sentido de forma positiva e compensadora.

Tanto a capacidade de amar como o sentido de perseguição têm raízes profundas nos processos mentais mais primitivos do ser humano (Klein 1971).

A equipe de enfermagem é dos profissionais de saúde aquela que está mais próxima do doente, exposta, portanto, à carga de sofrimento emocional decorrente do cuidar e também do presenciar a morte. Muitas vezes, as defesas psíquicas não são capazes de elaborar tensões e conflitos, e o profissional, sem apoio institucional, adoce, muitas vezes fisicamente.

Outro aspecto bastante difundido, de acordo com Bromberg (1996), é a postura repressora que não permite aos profissionais a expressão de suas emoções e sentimentos, sobretudo no ambiente de trabalho. Esse tipo de repressão resulta em uma má elaboração do luto, impedindo o fluxo das tensões emocionais.

Encontramos, em artigo de Haas e Patrício (2000), referência a essa tendência das instituições em escamotear a morte e fortalecer a negação dos profissionais em relação a ela, inclusive a própria definição de hospital pela Organização Mundial de Saúde como sendo o local destinado a assegurar uma

“assistência médica completa, curativa e preventiva à população”. As autoras enfatizam ao final que não existe nas funções do hospital espaço para os pacientes que estão morrendo.

Irrelevante atestar para o imenso gasto de energia, necessário para um profissional, manter-se, após vivenciar uma morte, emocionalmente inalterado, como se aquela morte não representasse nada em seu mundo de sentimentos.

Esses conceitos devem ter prioridade na formação profissional, possibilitando, ao futuro profissional de saúde, capacitar-se para viver e elaborar as perdas sofridas no decorrer de sua caminhada profissional. E também são de grande importância os sistemas de apoio que capacitam os trabalhadores a lidar com os aspectos emocionais deflagrados pelo exercer de sua profissão, já que muitas vezes são expostos a situações extremas (Bromberg, 1996).

“... é aquilo que eu te falei, a gente se sente assim tão vulnerável, e é ruim porque depois começa atrapalhar você em todos os aspectos, também você pensa que não, mas começa...” (Entrevistada 4).

A fala da entrevistada 4 reporta-se ao fato de o profissional afastar-se da situação, participar, porém com um olhar de mero espectador; postura essa que lhe permite tentar deixar de sentir, de fazer parte daquele momento, proporcionando uma condição segura, distante do sofrimento causado pela perda. Na tentativa de evitar a dor, o profissional de saúde anestesia-se também para os momentos bons, para os sentimentos de alegria, compaixão, prazer e tende a tornar-se amargo, frio, sem a capacidade de sentir.

Outro aspecto da fala que merece atenção é a questão do profissional sentir-se impotente perante a morte. Já houve tempos em que a morte era vivida como parte da vida, e o processo do luto era tido como natural e, portanto, compartilhado com toda a família, vizinhos e amigos.

Com a evolução das técnicas médicas, acontece uma inversão de valores, tornando o morrer um ato vergonhoso. Conseqüentemente para os trabalhadores responsáveis pelo cuidar, a presença da morte mostra-se como inabilidade profissional, fracasso da equipe sendo, portanto, evitada a todo custo.

“ trabalhar em instituição hospitalar coloca-nos frente a um constante duelo: o duelo entre a vida e a morte. Para os profissionais de saúde, a vitória é alcançada quando a vida é mantida; porém, quando a morte é vencedora, geralmente instala-se um sentimento de derrota. Essa situação é compreensível, pois os profissionais acreditam que são pessoas destinadas a promover a cura das doenças e, conseqüentemente, salvar vidas. Eles incorporam em sua formação a idéia de que a atribuição primordial em sua profissão é a de salvar vidas e, ao fazerem isso, se esquecem da outra face da vida que é a morte” Zorzo (2004, p. 58).

“Os profissionais de enfermagem necessitam compreender que a vida e a morte fazem parte do mesmo contexto, uma complementa a outra, sendo impossível pensar na vida sem relacioná-la à morte” (Zorzo, 2004,p. 62).

A equipe de saúde, hoje, sente-se como responsável não pelo cuidar, mas pelo curar seus doentes. Indispensável acrescentar que nem sempre a cura pode ser possível, gerando então, em toda a equipe, um sentimento de impotência e inadequação sempre que uma morte acontece.

Mais problemático torna-se esse comportamento quando, para evitar o sentimento de frustração, o profissional afasta-se do seu paciente que está sabidamente fora de possibilidades terapêuticas. Este é condenado a morrer sozinho, sem o apoio que poderia tornar sua morte menos angustiante e solitária.

“Trabalhar com algo que é contrário aos seus propósitos gera ansiedade e desgaste emocional e promove o sofrimento psíquico” (Zorzo 2004, p. 62). Estar em contato constante com a morte e a dor são fatores causadores de grande carga emocional negativa para o profissional de saúde (Pitta 1990).

O estresse que advém desse desgaste emocional deve ser levado em conta, pois coloca o profissional em risco para o adoecimento físico e mental, com o surgimento de diversos sintomas que não sendo devidamente reconhecidos podem evoluir e acarretar a chamada síndrome de Bournout.

O Bournout pode ser reconhecido como uma doença ocupacional surgida das necessidades do momento histórico específico, o modo de produção capitalista. Relaciona-se também com o aumento da demanda e das exigências da população, em relação aos serviços prestados nas mais diversas áreas (Murofuse; Abranches; Napoleão, 2005).

Manifestações como culpa, ansiedade, depressão, fadiga e choro, baixa auto-estima, desamparo, lentidão do pensamento e da concentração, perda do apetite, distúrbios do sono, palpitações, nó na garganta, necessidade de suspirar são sintomas que fazem parte do processo de luto. Esses sintomas exacerbados e não elaborados podem vir a ocasionar o luto complicado ou mesmo o Bournout, doenças psíquicas que necessitam de tratamento (Zorzo, 2004).

Para Ogasawara e Oliveira (1992, p. 376), “emocionar-se é uma grande capacidade do homem que não deve ser inibida pelo profissionalismo”. No entender das autoras, ao desempenharmos nosso papel profissional, o envolvimento emocional e o interesse pelo doente fazem com que sua morte nos provoque dor, e essa deve ser sentida e expressada. Sofrer pela perda de um doente torna o profissional de saúde mais humanizado.

A esse respeito Schavelzon (1978) elaborou o conceito de distância crítica, usado para as relações entre médicos e pacientes com câncer, mas que é pertinente no contexto desta pesquisa. O conceito aponta para a atitude evitativa e distante assumida pelo profissional de saúde, para evitar o envolvimento, privilegiando assim, os aspectos orgânicos e técnicos da assistência, a “grande distância”. Ou no sentido contrário, o envolvimento extremo, com proximidade invasiva, que supervaloriza os aspectos emocionais dos pacientes.

Ambas são reações extremas ao fenômeno da identificação com o paciente, tornando o profissional impossibilitado de separar o que é seu e o que é do outro, estabelecendo a “distância crítica”, necessária à manutenção da capacidade terapêutica.

O autor conclui afirmando não existir uma solução generalizada para a questão, propondo apenas medidas que podem auxiliar no tocante ao envolvimento emocional. Toma-se como prioritário que o profissional consiga reconhecer suas características pessoais enquanto ser humano, que saiba diferenciar seus problemas dos problemas do paciente, e que ocorra uma troca constante na relação através da escuta atenta (Schavelzon, 1978).

4.4 “...num hospital a gente faz tudo pro paciente viver...”

“Às vezes a gente fala assim: você vê morte todos os dias tá acostumado, você vê morte todo dia, você vê acontece isso com muita frequência, é uma dessensibilização, mas ao mesmo tempo com relação ao preparo, isso vai muito do apoio psicológico que a gente precisa ter” (Entrevistada 14).

Uma das questões abordadas nesta pesquisa foi o preparo do profissional de saúde para lidar com a morte e a finitude humana. Em nossa cultura, como já explicitamos, falar da morte e do morrer não é de bom tom, e as pessoas evitam o assunto na tentativa de negar a existência do fim da vida dos outros e principalmente da sua própria.

Nesse contexto, é necessário identificar se os profissionais que lidam rotineiramente com a morte sentem-se preparados para a tarefa, e quais estratégias, no seu ponto de vista, poderiam ajudá-los nesses momentos.

Sobre essa questão os profissionais relatam:

“hoje eu me sinto, sinto preparado, antes eu ... é o que eu falo antes eu sentia muito mais, ficava lembrando toda hora...”

Quando eu fiz o curso, eu fiz estágio em hospital pequeno, cidade pequena...”
(Entrevistado 8).

“lidar com o corpo? Lidar com a morte? Agora sim, parece que eu tô mais acostumada já...já tem uma estrutura assim mais firme, dá pra encarar de uma maneira diferente...” (Entrevistada 9).

“Olha... no início era difícil, agora parece que, não sei se é nosso dia- a- dia, não sei se você está convivendo mais com a idéia do morrer, então prá mim, às vezes, é um dia atrás do outro, sabe assim mais fácil...não...não fico triste como ficava antes”. (Entrevistada 13).

Pelo discurso desses últimos profissionais ouvidos, a morte passou a ser melhor entendida com o passar dos anos trabalhando em contato com as perdas; os

três referem que no início era mais sofrido perder um paciente, mas que após um tempo vivendo em contato com a morte, essa passou a ser aceita.

“eu acho... eu pessoalmente, acho que falta um pouquinho de apoio, apoio, você entendeu? Então quanto mais o tempo passa é ... o auxiliar, o técnico, o enfermeiro ele vai ficando mais experiente, só que quanto mais o tempo passa, nós também vamos ficando mais velhos e eu acredito que o indivíduo, ele vai ficando mais sensível entendeu? A maturidade traz isso pra pessoa, ela fica mais sensível e não é que ela fique mais vulnerável, fica mais sensível a essa situação, há vinte anos atrás não reagia dessa forma perante a morte, hoje não...hoje já é diferente, hoje eu já sou mãe, já sou avó, fiquei mais sensível vivenciando essas situações...”(Entrevistada 4).

No sentido contrário, a entrevistada 4 sente a morte de seus doentes com mais sensibilidade após anos de profissão e relaciona este sentir com a chegada da maturidade e também da maternidade. É bastante comum o profissional de saúde identificar-se com o paciente sob seus cuidados, e a morte destes o faz lembrar-se de sua própria finitude, especialmente se o doente é jovem e tem a mesma idade de seus filhos, ou de parentes próximos.

Lunardi Filho et al. (2001) também fazem referência a essa tendência de o profissional de saúde utilizar os mecanismos de projeção e identificação durante a tarefa de cuidar e enfatizam que isso torna o cuidador mais vulnerável ao sofrimento.

O discurso da entrevistada 2 também fala do preparo ao se defrontar com a morte.

“eu acho que com a morte, a gente nunca tá preparado pra morte né? Entendeu ainda mais num hospital, a gente quer fazer tudo pro paciente viver... eu acho que preparada pra morte não.

Eu acho que a gente... pelo menos eu, acho que nunca vô tá preparada pra morte”
(Entrevistada 2).

Ao expor seu despreparo para enfrentar a morte, classifica o hospital como local de cura, onde se está para lutar pela vida, sendo a cura, sua finalidade única.

Esse achado nas entrevistas está de acordo com o encontrado na literatura. Boemer, Zanetti, Valle (1991) relatam que os profissionais, desde a sua formação, sentem-se compromissados com a vida, e é para a preservação desta que lutam; sua formação acadêmica é fundamentada na cura e nela encontram sua maior gratificação.

Spíndola e Macedo (1994) referem que os profissionais de saúde participam da morte de seus doentes questionando sua atuação. Quando perdem um paciente, apresentam sentimentos de culpa e acreditam que falharam ao prestar assistência.

Os profissionais vivem uma constante contradição diante de seu trabalho, entre o que aprenderam e a realidade. Esse conflito gera grande angústia, pois aprendemos que o hospital é o local onde as pessoas são curadas, e nossa responsabilidade é promover o cuidado de suas necessidades básicas, auxiliando na reabilitação do doente. Não somos educados, nos cursos preparatórios e também na vida em sociedade, para trabalhar com a possibilidade da morte, e quando essa acontece nos sentimos impotentes, frustrados e incapazes (Martins; Alves; Godoy, 1999).

Kovács (2002, p. 120) realizou um trabalho que trata somente do preparo dos profissionais de saúde, no lidar com a morte. Mostra o problema do luto complicado que pode causar sintomas físicos e mentais; problema, de acordo com a autora, exacerbado “nos dias atuais pela rápida industrialização, urbanização e avanço da tecnologia que levaram a uma desvalorização dos rituais funerários”.

Acrescente-se a isso o aumento da violência, dos acidentes, e o abuso de drogas, nos grandes centros urbanos, que levam a população a um isolamento, aumentando ainda mais o sentimento de solidão e desamparo quando uma morte acontece.

Aponta, em sua pesquisa, para a ênfase dos cursos de preparo profissional da área da saúde, incluindo a enfermagem, nos procedimentos técnicos em detrimento de uma formação mais humanística. Ressalta, ainda, que o curso de enfermagem oferece pouco espaço para se trabalhar a relação enfermeiro/paciente, o contato com as emoções e os sentimentos desencadeados pela proximidade com o doente e a família.

Kovács (2002) expõe a necessidade de um preparo para enfrentar a morte, em todos os níveis, desde a criação de espaços para se trabalhar o tema com a população em geral, com ajuda dos meios de comunicação, dos profissionais da educação, já que o reflexo de sua ação tem grande extensão. E por fim dos profissionais de saúde, tão carentes de sair “dos desertos afetivos que se constitui dentro dos hospitais” (p. 158).

Os cursos de preparo devem tratar da morte como uma possibilidade que será vivida por todos os profissionais no desenvolvimento de seu trabalho diário. O hospital deve ser mostrado como local destinado a prestar assistência a pacientes em iminência de morte e também àqueles com possibilidade de restabelecimento.

O profissional deve ser incentivado a estabelecer vínculos afetivos com seus pacientes e demonstrar seus sentimentos de dor e tristeza sem sentir-se envergonhado. Assim poderá prestar uma assistência mais humanizada, que leve em conta, também, os aspectos emocionais de seus doentes.

É de vital importância permitir que deixem de lado a negação, o silêncio, a ilusão de onipotência, para falar de seus sentimentos, e percebam que não estão sozinhos na caminhada, e que seu sentir é compartilhado por muitos outros profissionais.

Durante a realização das entrevistas, surgiram algumas poucas, porém, importantes falas a respeito da relação existente entre espiritualidade e morte.

“e ... pra mim, no meu caso uma coisa extremamente importante é ... é até uma estrutura que você tem antes, anteriormente ... sua, de familiar, de religião, são uma série de fatores que ajudam atualmente né?, no meu caso é compreender e entender essa passagem, a morte, com naturalidade... mas não é fácil”, (Entrevistada 7).

A profissional toca num ponto importante a respeito da melhor aceitação da morte e do morrer. A crença em um ser superior, facilitando a compreensão e fortalecendo o ser humano diante de momentos de crise.

“olha eu penso que a gente lida com a morte, a gente morrer aqui prá esse mundo, mas a gente continua num outro mundo aí. Então pra mim, eu penso que a morte, a gente só muda de lugar, pra onde for, qualquer lugar que seja vai ter coisas boas e coisas ruins, a gente tem que continuar trabalhando. Então eu acho que a morte pra mim é mudar de etapa” (Entrevistada 13).

Novamente a crença em vida após a morte mostra-se presente e é referida como sendo amenizadora da dor e do sofrimento diante da perda.

A crença em uma força superior sempre esteve presente nas mais diversas culturas, auxiliando o entendimento de aspectos dos quais não se tem controle e conhecimento, como a morte, por exemplo.

Lidar com a possibilidade de fim da sua existência é extremamente difícil para o homem, e acreditar na imortalidade da alma é um meio menos angustiante de encarar a morte que se configura, assim, apenas como uma passagem.

Zorzo (2004) refere que alguns profissionais de enfermagem utilizam a religião e a figura de Deus como estratégia para se confortarem e compreenderem o que vivenciam, fazendo dos dogmas de sua religião, seja ela qual for, direcionadores de sua conduta.

Nas palavras de Bellato e Carvalho (2005), o homem busca na imortalidade uma adaptação à morte, procurando por meio desta uma continuação posterior. Na ausência desta idéia, o homem sucumbiria à possibilidade de sua finitude.

A idéia de uma força maior que direciona nossas vidas, e a crença em uma vida futura posterior à morte são estratégias de apoio utilizadas por todas as culturas, em todos os tempos, para minimizar o impacto que a morte exerce sobre todos nós.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encerrar esta pesquisa, sinto que já não sou a mesma. Muitas perdas fizeram parte dessa caminhada, assim como muitos encontros. O fato é que a morte, as separações e os lutos fazem parte da vida e do desenvolvimento de todo ser humano.

Ao retomar o objetivo e a hipótese de minha pesquisa, considero que foram alcançados. Após a análise das entrevistas e a interlocução com a literatura consultada, surgiram categorias que foram exploradas e debatidas.

As questões relativas à vida e à morte ganham um delineamento especial quando são sentidas e percebidas do ponto de vista de quem presta cuidados a pessoas doentes.

A morte deixou de acontecer em casa, próxima dos familiares e passou a ser vivenciada pelos profissionais do hospital, que dessa maneira convivem cotidianamente com a doença e a morte.

Para suportar a carga emocional decorrente do contato freqüente com a doença, o sofrimento e a morte, os profissionais desenvolvem maneiras próprias de defesa emocional, como a negação e a racionalização.

Ficou evidente a incapacidade de o profissional de enfermagem lidar com as questões do sofrimento e da morte de maneira satisfatória. A realidade, é que são preparados para promover a cura, vendo-a como finalidade única do cuidado, referindo sentimentos de frustração, impotência e tristeza quando a morte se faz presente.

A formação profissional dos trabalhadores da saúde não leva em conta a necessidade de se educar também para a morte, fato inevitável em qualquer

contexto de prestação de assistência à saúde. Passam adiante uma visão escamoteada e idealizada da realidade, negando e afastando a possibilidade da morte e do morrer, deixando o profissional à mercê de seus próprios sentimentos.

A própria dinâmica institucional incentiva a continuidade da negação, sendo oclta em seus próprios impressos a palavra morte, substituída por sinônimos como óbito, por exemplo. Sinônimo este, também utilizado no discurso de vários profissionais, perpetuando assim a dissociação entre vida e morte, como se uma não fizesse parte da outra.

As características das instituições de saúde com suas rotinas burocratizadas e cuidado mecânico não proporcionam espaço para o profissional de saúde sentir e dessa forma elaborar a dor e o sofrimento. Não há no interior do hospital lugar para os sentimentos e as emoções.

Ouvir os profissionais de enfermagem evidencia o quanto estes estão utilizando mecanismos de defesa para lidar com a dor. Frequentemente negam qualquer sentimento de pesar diante da morte, e referem que a perda dos pacientes é vista como sendo normal e parte de sua rotina de trabalho. Sua linguagem corporal e falas subseqüentes, porém, apontam outra direção, evidenciando um sofrimento interno escamoteado.

Penso, pelo conteúdo das entrevistas, que os profissionais ouvidos, têm comportamentos semelhantes aos estudados pelos autores, ora aproximando-se demais, ficando paralisados diante da dor; ora afastando-se, deixando o paciente só, em seu mundo de expectativas e sofrimento. Em alguns momentos consegue alcançar o ponto de equilíbrio que lhe permite prestar uma assistência humanizada e efetiva.

O envolvimento emocional existente na relação da equipe de enfermagem com os pacientes que morrem sob seus cuidados, no centro cirúrgico em questão, parece ser exacerbado quando estão em cena a criança e o adolescente.

A morte de pacientes idosos ou daqueles com prognóstico reservado é descrita pelos profissionais como sendo aceita mais facilmente; em contrapartida, a morte de pacientes jovens desencadeia sentimentos de pesar intensos.

Somos estimulados, pela sociedade, a associar a infância a um período de grandes realizações e expectativas, sendo inconcebível o fim de uma vida que apenas iniciou-se.

Pelas características da idade, pela necessidade de cuidado e segurança que inspiram em todos nós, as crianças encantam e envolvem os profissionais, com maior profundidade, e, quando morrem, sentimentos de pesar, tristeza e frustração emergem com uma intensidade paralisante.

O risco da identificação com os pacientes jovens e a associação com membros da família foram marcantes nos discursos e também na literatura estudada.

Esta constatação se faz importante para uma época em que muito se fala de assistência humanizada e holística. Percebemos como prioritário que o profissional de enfermagem tenha espaço para viver o processo de luto resultante do vínculo com o doente.

Identificamos a negação do profissional ao se falar sobre o sofrer pela morte de um doente, e esse achado corrobora com a literatura. Os profissionais acreditam que uma postura rígida torna-os profissionais mais gabaritados, e que enfrentando a morte sem demonstrações de tristeza e envolvimento estão se protegendo do sofrimento.

Existe uma confusão entre a negação e banalização com a aceitação e elaboração da morte. Enquanto a primeira oferece apenas uma solução passageira que adiante terá de ser revista, a segunda é caracterizada pelo desenvolvimento pessoal.

O risco aqui é o estresse permanente, resultante da negação. Este, em grau elevado, pode ocasionar ao profissional de enfermagem a síndrome de Bournout, conhecida por acarretar sintomas físicos e mentais, uma carga emocional negativa e crônica em relação ao trabalho, o que leva o profissional à exaustão física, sendo desencadeada pelo contato freqüente com pessoas doentes.

A partir de nosso entendimento, apesar de toda a responsabilidade e da árdua tarefa de prestar cuidados a pessoas doentes, a enfermagem não recebe reconhecimento profissional adequado. A profissão não possui *status* social satisfatório, e as regras de assalariamento não condizem com o esforço e responsabilidade exigidos no desenvolvimento do trabalho.

A vivência das reações de luto precisa ser sentida e expressada para que a elaboração da perda aconteça, e a vida continue. Em casos em que ocorrem a negação e a racionalização, os sentimentos são escondidos e negados, e o profissional anestesia-se diante do sofrimento. Não sendo capaz de manter essa defesa psíquica indefinidamente, percebe-se doente, deprimido e melancólico.

Os cursos de formação profissional devem incluir em seus currículos disciplinas que preparem o futuro cuidador, para enfrentar a morte de seus pacientes de maneira real, sem esconder sentimentos, elaborando a perda sofrida, e dessa forma conseguindo seguir a vida adiante sem traumas, mas com crescimento pessoal e profissional.

As instituições de saúde devem compreender que a qualidade de vida e a saúde mental de seus profissionais dependem, inclusive, da capacidade que estes desenvolvem em lidar com as perdas e o luto em seu dia-a-dia. Uma abordagem multidisciplinar a respeito da morte e do luto, e um processo de educação continuada com palestras, seminários e discussões onde os profissionais possam ouvir e ser ouvidos, proporcionariam espaços onde as tensões e angústias poderiam ser amenizadas.

O planejamento das atividades desta ordem deve ser adequado à realidade do serviço, promovendo uma ligação com sua prática profissional, do contrário não irão despertar interesse e serão inúteis no sentido de melhorar a vivência profissional.

Em síntese, acredito que fica clara a necessidade de um preparo contínuo, iniciado nos cursos de formação e que se perpetue através de medidas educativas que levem em consideração, o aprimoramento técnico e a dimensão emocional dos profissionais, habilitando-os a estabelecer uma relação enfermeiro-paciente humanizada que possibilite um equilíbrio entre o colocar-se no lugar do outro e o perder-se nas dores do outro.

Estudar a morte e os sentimentos despertados por ela é uma tarefa árdua, onde muitas emoções são vividas. Não acredito que esta pesquisa encerra-se aqui, muito ainda precisamos aprender para mudarmos nossa realidade.

As escolas devem propagar a idéia da morte como parte da vida e assim iniciar o encorajamento do envolvimento emocional. Cabe às instituições de saúde rever sua filosofia de recursos humanos e estabelecer espaço para o diálogo, com criação de grupos de reflexão ou “Grupos Balint” que possam melhorar a qualidade de vida de seus funcionários.

Os grupos Balint são uma estratégia para os profissionais elaborarem seus sentimentos através da vivência e compartilhamento de experiências.

Minha expectativa é que este estudo venha colaborar na identificação dos problemas, assim como na sua resolução, proporcionando um direcionamento para que as questões de vida e morte possam ser vividas e discutidas como parte da vida e do desenvolvimento de todos nós.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. **Estórias para pequenos e grandes**. 6. ed. São Paulo: Paulus, 1999, 20p.
- ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977. 180 p.
- BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O Jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.1, p. 99-104, jan./fev. 2005.
- BENJAMIM, A. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fontes, 1978. 195 p.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevista e grupos. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes. 1987. 113p.
- BOEMER, M. R.; VEIGA, E. V.; MENDES, M. M. R.; VALLE, E. M. R. O tema da morte: uma proposta de educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n.1, p. 26-32, jan. 1991.
- BOEMER, M.; ZANETTI, M. L.; VALLE, E. R. M. A idéia de morte no idoso: uma abordagem compreensiva. In:_____ Cassorla, R. M. S (coord). **Da morte**: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991. p.131-144.
- BOEMER, M. R.; ROSSI, L. R. G.; NASTARI, R. R. A idéia de morte em uma unidade de terapia intensiva- análise de depoimentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.10, n. 2, p. 8-14, jul.1989.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto-Portugal: Porto, 1994. 335p.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: a natureza do vínculo. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 493 p.

BROMBERG, M. H. P. F. et al. **Vida e morte**: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. 121 p.

BROMBERG, M. H. P. F. "**A Psicoterapia em situação de perdas e luto**". Campinas: Livro pleno, 2000.

CASSORLA, R. M. S. (coordenador). **Da Morte**: Estudos Brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991. 241 p.

COSTA, J.C.; LIMA, R. G. A. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 151-7, mar./abril. 2005.

FERNANDES, J. D.; SADIGURSKY, D.; ALBERGARIA, A. K.; Conceição, F. M.; Fernandes, J. De portas fechadas com a morte. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 39-59, set./dez. 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.1838p.

FRANÇOSO, L. P. C. **Enfermagem**: imagens e significado do câncer infantil. 1993. 145p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

HAAS, R. E; PATRÍCIO, Z. M. O trabalho de enfermagem e o paciente terminal: possibilidade de uma convivência saudável com a morte. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n.2, p. 548-561, maio/ago. 2000.

KESTEMBERG, C. C.; SÓRIA, D. A.; PAULO, E. F. P. Situações de vida e morte-uma questão reflexiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.45 n. 4, p. 259-265, out./dez. 1992.

KLEIN, M. **O sentimento de solidão**: Nosso mundo adulto e outros ensaios. Rio de Janeiro: Imago, 1971, 156p.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: Um desafio na formação de profissionais de saúde e educação. 2002. 316p. Tese (livre-docência) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

KOVÁCS, M. J. (Coord.). **Morte e desenvolvimento humano** 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 192p.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 291p.

LABATE, R. C.; RIBEIRO, B. A.; BOSCO, A. G. O estresse do enfermeiro junto a pacientes com câncer. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 243-247, set./dez. 2001.

LABATE R.C. **O profissional de saúde frente a paciente mastectomizada**: aspectos psicológicos. Ribeirão Preto, 1997. 148p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 1997.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulários de psicanálise**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986, 707p.

LUNARDI, Z. C.; CELICH, K. L. S. Convivendo com a morte e o morrer no cotidiano de cuidado de terapia intensiva. **Revista Nursing**, Florianópolis; v. 92, n.9, p.617-621, jan. 2006.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A morte do idoso: um fato natural e aceitável? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 10, n. 3, p.322-329, maio/ago. 1997.

LUNARDI FILHO, W. D.; SULZBACH, R. C.; NUNES, A. C.; LUNARDI, V. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n. 3, p. 60-81, set./ dez. 2001.

MARANHÃO, J. L. S. **Que é morte**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 77 p.

MARTINS, E. L.; ALVES, R. N.; GODOY, S. A. F. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.1, p.105-117, jan./mar.1999.

MELLO FILHO, J. et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artemed, 1992. 385p.

MELO, L. L.; VALLE, E. R. M. ...E a luz está se apagando: vivências de uma criança com câncer em fase terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.4, p.566-575, out./dez.1999.

MELO, L. L. **A vida que insiste em lembrar a morte**: vivências de uma criança com câncer hospitalizada em iminência de morte. Ribeirão Preto, 1999, 105p. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e “Burnout” e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 255-61mar./abr. 2005.

OLIVEIRA, M. A. P.; OGASAWARA, M. Contribuição para uma postura em situação que se relaciona com a morte. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 365-78, dez. 1992.

PARKES, C.M. **Luto**. São Paulo: Summus, 1998. 289 p.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1989. 271 p.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1990, 189p.

SANTANA, M. T. M.; Nascimento, M. F. C.; ALMEIDA, C. F. Núcleo de Renascimento Elizabeth Kübler-Ross- Nurekr: assistência de saúde no modelo "Hospice". **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 291-294, abr./jun. 2000

SCHAVELZON, J. El concepto de Distancia Critica el la relacion médico-paciente com câncer. In: Schavelzo, J. e col. **Câncer. Enfoque Psicológico**. Buenos Aires, Galerna, p. 69-74, 1978.

SPÍNDOLA, T; MACEDO, M. C. S. A morte e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n.2, p. 108-117, abr./jun. 1994.

TORRES, W. C.; GUEDES, W. C.; TORRES, R. C.; EBERT, T. Algumas contribuições à pesquisa sobre a morte. In:_____ Cassorla, R. M. S (Coord). **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1991. p. 131-144.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2. ed., 2003 p. 685.

ZORZO, J. C. C. **O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem**. Ribeirão Preto, 2004. 126p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ANEXOS

ANEXO A

Entrevista

A- Dados de identificação

Nome:

Estado Civil:

Idade:

Profissão:

Religião:

Filhos: sim não

Tempo de trabalho no local:

Ano de formatura:

Data da Entrevista: / /

B- Dados da entrevista semidirigida

1. Conte-me como é trabalhar aqui.
2. Conte-me como se sente quando acontece uma morte aqui com o paciente que você está cuidando ou cuidou?
3. Após cuidar de um paciente e ele morrer, como têm sido os dias seguintes?
4. Sente-se preparado para enfrentar essa situação?
5. Algo poderia ajudá-lo a lidar com tais situações?
6. Há alguma situação, referente à morte de pacientes que você gostaria de contar?

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de São Paulo/ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Título do Projeto: Perda e Luto na Equipe de Enfermagem de Centro Cirúrgico de Urgências e Emergência

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre o luto de enfermeiros e auxiliares de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

O objetivo deste estudo é investigar o luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência. Ampliar nossa compreensão sobre como vocês vivenciam esses lutos poderá ser um dos fatores de contribuição para planejamento da formação de profissionais de enfermagem.

A sua participação será através de uma entrevista (conversa), gravada em fita cassete e você participará se estiver de acordo. Não haverá gastos de qualquer natureza.

A entrevista será agendada com você e acontecerá em seu dia e horário de trabalho. Poderá solicitar esclarecimentos se sentir necessidade e, se quiser interromper sua participação não terá nenhum prejuízo. Se você sentir necessidade a Profa. Dra. Renata Curi Labate, enfermeira psiquiátrica, e orientadora desta pesquisa se coloca à sua disposição para lhe oferecer atendimento emocional, em horário a combinar, reservado especialmente para essa finalidade, através do telefone 36023404. Suas informações serão respeitosamente utilizadas em publicações científicas, mas seu nome e dados pessoais não serão conhecidos por ninguém além da pesquisadora responsável.

Se estiver de acordo, assine esta autorização. Muito obrigada por sua contribuição.

Adriana Gonçalves Bosco

Enfermeira COREn 94681

Rua Lafaiete, 1976 apto 13, vila Seixas

Telefone Residencial: 39311980

Assinatura do entrevistado

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br




Ribeirão Preto, 10 de janeiro de 2007

Ofício nº 79/2007
CEP/SPC

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“PERDA E LUTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE CENTRO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA”**, foi analisado e **APROVADO “AD REFERENDUM”**, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o Processo HCRP nº 12663/2006.

Atenciosamente.


PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ADRIANA GONÇALVES BOSCO
RENATA CURI LABATE (Orientador)
Bloco Centro Cirúrgico – Unidade de Emergência