UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Luciene Jacinto de Souza

Tomada de decisão e pensamento mágico na atividade profissional em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros.

São Paulo
2022

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Luciene Jacinto de Souza

Tomada de decisão e pensamento mágico na atividade profissional em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros.

Versão Corrigida

Texto apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor(a).

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Thereza Costa Coelho de Souza.

São Paulo

2022

AUTORIZO A DIVULGAÇÃO E REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO, CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Jacinto de Souza, Luciene
Tomada de decisão e pensamento mágico na atividade profissional em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. / Luciene Jacinto de Souza; orientador Prof.ª Dr.ª Maria Thereza Costa Coelho de Souza. -- São Paulo, 2022.
96 f.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Tomada de decisão. 2. Pensamento mágico. 3. Cuidados paliativos. 4. Medo da morte. 5. Valores e crenças. I. Costa Coelho de Souza, Prof.ª Dr.ª Maria Thereza , orient. II. Título.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Instituto de Psicologia

Nome: SOUZA, Luciene Jacinto de

Título - Tomada de decisão e pensamento mágico na atividade profissional em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutora em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.(ª) Dr. (ª) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.(ª) Dr. (ª) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.(ª) Dr. (ª) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.(ª) Dr. (ª) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.(ª) Dr. (ª) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Dedico o presente trabalho aos trabalhadores da área de saúde, que mesmo em tempos tão difíceis, conseguiram ser resilientes e executar seu trabalho com maestria.

AGRADECIMENTOS

A Deus e seu amor incondicional, que eternamente nos revigora e faz crer que o amor tudo pode, tudo vê e tudo salva.

Às equipes de saúde que bravamente se dispuseram a enfrentar a maior dificuldade da história humana, chamada Pandemia de Covid-19. Aqui rendo homenagem à essa gama de profissionais, principalmente aos colegas enfermeiros e toda a equipe de enfermagem, que juntos e muitas vezes: exauridos, longe da família e de tudo que lhes é mais sagrado, combateram bravamente essa doença que foi mundialmente avassaladora, ceifando milhões de vidas e deixando lacunas que nunca poderão ser novamente preenchidas...

À minha família, em especial minha mãe que em sua grandiosidade e generosidade, diariamente disponibiliza de seu tempo para me acolher, fazer um café, contar sobre seu dia e suas histórias de vida que tanto me inspiraram e inspiram até hoje! Meus irmãos que tanto se sacrificaram para que eu pudesse chegar aonde cheguei e ter a possibilidade de devolver à sociedade um pouco do que ela generosamente me doou...

Aos amigos que se mantém firmes no propósito de manter proximidade, trazendo paz ao coração, alegria e a possibilidade de criar memórias lindas através dos bons momentos junto a eles vividos...

À minha querida professora e orientadora, Dra. Maria Thereza Costa Coelho de Souza, que desde o início tão gentilmente me acolheu com imenso carinho, me guiou, incentivou e fez real a possibilidade de chegar até aqui e escrever algo que realmente acredito ser uma porta para os espaços de discussão sobre um assunto que considero tão premente e necessário. Mais uma vez, muito obrigada por tudo sempre professora!

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

CICELY SAUNDERS

“Solenemente, na presença de Deus e desta assembleia, juro:
Dedicar minha vida profissional a serviço da humanidade, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, exercendo a enfermagem com consciência e fidelidade;
Guardar os segredos que forem confiados;
Respeitar o ser humano desde a concepção até depois da morte;
Não praticar atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano;
Atuar junto à equipe de saúde para o alcance da melhoria do nível de vida da população;
Manter elevados os ideais de minha profissão, obedecendo os preceitos da ética, da legalidade e da moral, honrando seu prestígio e suas tradições”.

Juramento da enfermagem

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

CHICO XAVIER

RESUMO

SOUZA, L. J. **Tomada de decisão e pensamento mágico na atividade profissional em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros**. 2022. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

O presente trabalho se propôs a verificar o que faz parte do processo de tomada de decisão do profissional enfermeiro que trabalha em Cuidados Paliativos (CP), em relação à conduta a ser seguida por ele quando presta cuidado à pacientes que apresentam doença sem possibilidade de cura. Partimos do pressuposto de que o *medo da morte* e o "*pensamento mágico*" são alguns dos elementos presentes nesse processo de tomada de decisão. De maneira geral, a literatura indica que a humanidade sempre teve medo daquilo que desconhecia e talvez este seja o motivo de temer tanto a morte. Já o *pensamento mágico* é uma expressão utilizada para descrever a crença segundo a qual certos pensamentos levariam não apenas à realização de desejos, mas também à prevenção de eventos problemáticos ou desagradáveis. Em relação aos CP, podemos afirmar que no Brasil, a inserção da filosofia dos CP nos meios acadêmicos brasileiros é reduzida. Percebe-se que por vezes os profissionais enfermeiros não apresentam absoluta certeza de que o cuidado por eles prestado é realmente o mais adequado. Isso nos fez pensar que talvez esse profissional realize seu trabalho e tome decisões profissionais, pautando-se em regras e protocolos, mas também em crenças e valores próprios, fazendo uso do *pensamento mágico* descrito por Piaget. Este autor afirma que seria possível que no adulto normal e civilizado, restem vestígios das atitudes mágicas, verificadas em crianças. De acordo com seus achados, essas atitudes seriam igualmente resultado das confusões entre o eu e o mundo exterior, que por vezes reaparecem momentaneamente nos fenômenos de imitação ou de emoção. Foi realizada pesquisa exploratória de campo na cidade de São Paulo/SP. Para tratamento dos dados qualitativos utilizamos a análise de conteúdo de Bardin e para os dados quantitativos o tratamento foi feito através de estatística descritiva. Participaram do estudo, 11 enfermeiros que prestam serviços em instituições e/ou serviços especializados em CP, seja atendimento ambulatorial e/ou domiciliar. Os dados coletados não apontaram o aparecimento do pensamento mágico, conforme hipótese levantada, porém indicaram que a maior parte dos participantes não tem formação em Cuidados Paliativos e faz uso predominante de normas e protocolos técnicos, provavelmente por não se sentirem seguros em relação aos princípios dos CP. A utilização das normas e protocolos de forma quase que exclusiva pareceu inviabilizar que o profissional reflita de maneira mais profunda e acesse o *pensamento mágico* como um fator subsidiador de sua tomada de decisão profissional.

Palavras-chave: Tomada de decisão. Pensamento mágico. Cuidados paliativos. Medo da morte. Valores e crenças.

ABSTRACT

SOUZA, L. J. **Decision making and magical thinking in professional activity in palliative care: a study with nurses**. 2022. Thesis (Doctorate in School Psychology and Human Development – Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2022.

The present study aimed to verify what is part of the decision-making process of the professional nurse who works in Palliative Care (PC), in relation to the conduct to be followed by him when providing care to patients who have a disease with no possibility of cure. . We start from the assumption that fear of death and “magical thinking” are some of the elements present in this decision-making process. In general, the literature indicates that humanity has always been afraid of what it did not know and perhaps this is the reason for fearing death so much. Magical thinking, on the other hand, is an expression used to describe the belief that certain thoughts would lead not only to the fulfillment of desires, but also to the prevention of problematic or unpleasant events. Regarding PC, we can say that in Brazil, the insertion of PC philosophy in Brazilian academic circles is reduced. It is noticed that sometimes professional nurses are not absolutely sure that the care they provide is really the most appropriate. This made us think that maybe this professional performs his work and makes professional decisions, based on rules and protocols, but also on his own beliefs and values, making use of the magical thinking described by Piaget. This author states that it would be possible that in the normal and civilized adult, traces of magical attitudes, verified in children, remain. According to his findings, these attitudes would also be the result of confusions between the self and the external world, which sometimes reappear momentarily in the phenomena of imitation or emotion. Exploratory field research was carried out in the city of São Paulo/SP. For the treatment of qualitative data, we used Bardin's content analysis and for the quantitative data, the treatment was done through descriptive statistics. Participated in the study, 11 nurses who provide services in institutions and/or services specialized in PC, whether outpatient and/or home care. The data collected did not indicate the emergence of magical thinking, according to the hypothesis raised, however, they indicated that most of the participants do not have training in Palliative Care and make predominant use of technical standards and protocols, probably because they do not feel safe in relation to the principles of care. CP The almost exclusive use of norms and protocols seemed to make it impossible for professionals to reflect more deeply and access magical thinking as a supporting factor in their professional decision-making.

Keywords: Decision making. Magic thinking. Palliative care. Fear of death. Values and beliefs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - A queda dos gigantes. Óleo de Francisco Bayeu, 1764. Museu do Prado.....25
Ilustração 2 - Hipócrates recusando os dons de Artaxerxes – Obra de Anne-Louis Girodet de Roussy-Trioson (Óleo sobre tela, 1792) 29
Ilustração 3 - Hypnos e Thanatos, deuses do sono e da morte.....33
Ilustração 4 - Desenvolvimento de uma análise. Bardin, 2016, p.137.....61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Local de Nascimento.....63
Gráfico 2 – Gênero.....63
Gráfico 3 – Informação sobrereligião.....64
Gráfico 4 – Religião professada.....65
Gráfico 5 – Ano de conclusão do curso de enfermagem.....65
Gráfico 6 – Tempo de atuação em Cuidados Paliativos.....66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tema 1: Opção pela área de atuação profissional.....68
Quadro 2 – Tema 2: Formação acadêmica.....70
Quadro 3 – Tema 3: Prolongamento da vida de pacientes diagnosticados sem possibilidade de cura.....73
Quadro 4 – Tema 4: Tomada de decisão profissional.....74
Quadro 5 – Tema 5: Influência de crenças pessoais na tomada de decisão profissional.....77
Quadro 6 – Análise respondentes A e B.....79

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....15
1. INTRODUÇÃO.....21
1.1 O medo da morte.....24
1.1.2 Processos de morte.....30
2. REVISÃO DE LITERATURA.....35
2.1 Cuidados Paliativos.....35
2.2 Pensamento Mágico.....38
2.3 Crenças e Valores......49
3. OBJETIVO.....52
4. CASUÍSTICA E MÉTODO.....53
4.1 Tipo de pesquisa.....53
4.2 Local da pesquisa e definição da amostra.....53
4.3 Caracterização da população do estudo......53
4.4 Procedimentos para coleta de dados.....54
4.5 Procedimentos para análise dos dados.....57
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO......63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....83
7. REFERÊNCIAS.....87
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....92
APÊNDICE B - Questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....94
APÊNDICE C - Questionário para elucidação da pergunta de pesquisa.....95

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema investigado (Cuidados Paliativos e motivação para tomada de decisão em relação ao cuidado em saúde, por parte de enfermeiros que cuidam de pacientes que apresentam doença sem possibilidade de cura), surgiu durante o curso de Graduação em Enfermagem, ao vivenciar junto aos colegas, processos de morte e morrer de pacientes sob nossos cuidados. Esse fato instigou-me a refletir sobre como a experiência de assistir a um paciente com doença sem possibilidade de cura e/ou em final de vida, poderia influenciar a formação de graduandos de Enfermagem e sua atuação profissional futura.

Ainda no segundo ano da graduação (2007), tive contato com os conceitos e fatores que caracterizam as etapas do processo de morte e morrer, assim como, com o processo de cuidados prestados a pacientes diagnosticados com doenças incompatíveis com a continuidade de vida na disciplina de Bioética que, dentre vários temas, abordava a terminalidade. Na sequência, trabalhei na organização de um curso sobre Tanatologia (teoria ou estudo científico sobre a morte, suas causas e fenômenos a ela relacionados), e fui presenteada pelo médico idealizador do curso com o livro “A morte íntima”, de Marie de Hennezel, cuja leitura muito me instigou. Nesse livro podemos acompanhar processos de tomada de decisão relativas à condução de casos clínicos de pacientes em fase final de vida e sem possibilidade de cura.

Em 2007 ainda, ingressei como membro do grupo de pesquisa em Comunicação em Cuidados Paliativos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e no grupo de estudos da Liga de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). A participação nestes grupos abriu novos horizontes e me proporcionou aprofundamento sobre conceitos relativos aos Cuidados Paliativos, cuidados em saúde e processos de tomada de decisão.

O interesse pelo tema permaneceu vivo durante toda minha trajetória acadêmica e culminou na execução do trabalho de conclusão do curso de graduação, em que o principal objetivo foi avaliar e classificar o medo da morte

manifestado por estudantes de enfermagem do primeiro e quarto anos. Os resultados demonstraram que 54,2% dos entrevistados apresentavam algum tipo de medo da morte. Dentre os participantes, 68,7% haviam frequentado algum curso relacionado à temática e já tinha acompanhado um indivíduo e familiares no processo de morte e morrer. Questionados sobre como falariam sobre a morte com a família, 42,7% relataram não possuir formação acerca dos cuidados no final de vida. Ao associar as variáveis: *medo de morrer* e *medo de perder pessoas significativas,* observei que quanto maior o medo de morrer, maior era o medo de perder pessoas significativas.

Posteriormente dei continuidade ao estudo, agora em nível do Mestrado, abordando os Cuidados Paliativos e a atividade profissional de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB). O objetivo do estudo, foi desvelar as concepções sobre Cuidados Paliativos de enfermeiros da ESF, conhecer os significados atribuídos por esse grupo de profissionais aos Cuidados Paliativos, suas percepções sobre a necessidade de implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Básica e a formação que consideravam necessária para a prestação de Cuidados Paliativos nesse nível de atenção à saúde.

Ressalto aqui o conceito de Cuidados Paliativos: segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais.”

Os Cuidados Paliativos são uma filosofia de cuidado para as pessoas que enfrentam sofrimentos com o avançar de suas doenças crônicas e proximidade com a morte, comumente abandonadas no modelo assistencial preponderante em nosso país (BRASIL, 2013, p.83).

Assim, falamos sobre Cuidados Paliativos como cuidado prestado a pessoas com doenças crônicas e sem possibilidade de cura e/ou de pessoas em

fase final de vida. Quando falamos do cuidado prestado à essas pessoas, falamos sobre tomada de decisão e sobre os fatores que a subsidiam e/ou a influenciam.

Minha experiência profissional me mostrou que, quando o profissional enfermeiro realiza suas atividades, o faz acreditando realizar o melhor possível para seus pacientes, normalmente levando em consideração o grau de complexidade do caso clínico. Os profissionais enfermeiros com os quais tive oportunidade de conviver profissionalmente, realizavam suas ações através de procedimentos que visassem o bem-estar e o cuidado efetivo ao seu paciente.

Porém, minha trajetória como enfermeira, seja na docência ou na assistência, também me fez perceber que alguns profissionais as vezes demonstram dúvidas em relação às condutas indicadas por médicos, por protocolos institucionais e/ou seus supervisores. Essa percepção aguçou ainda mais meu olhar para a prática e para a formação desse profissional. Não apenas por ser enfermeira também, mas principalmente, por perceber que profissionais que trabalham com cuidados a pacientes com características tão específicas, em vários momentos não encontravam respaldo para ações diferentes das prescritas a acabavam por realizar processos e procedimentos com que não concordam totalmente.

Por isso, o estudo realizado em nível de mestrado, somado à minha prática profissional, me permitiram constatar a necessidade da abertura de espaço para discussão sobre a segurança na tomada de decisão do enfermeiro, assim como, sobre sua formação. Evidenciou-se então a inquietação em relação à liberdade na tomada de decisão desse profissional. Verificar que estes profissionais muitas vezes cumprem protocolos e realizam procedimentos indicados ao cuidado de pacientes sem possibilidade de cura sem apontar absoluta certeza de que aquele cuidado ou procedimento é realmente o mais adequado, me fez pensar que talvez sua autonomia possa ser influenciada por outros fatores além de conhecimento técnico.

Por exemplo, o estudo que realizei com enfermeiros que trabalhavam na Atenção Básica deixou claro que o enfermeiro ainda não tem clareza sobre as

possibilidades de sua atuação junto à pacientes sem possibilidade de cura. Essa constatação indicou uma lacuna entre o processo de decisão e o acesso a informações sobre a rede de atendimento existente no Sistema Único de Saúde (SUS) para os casos identificados com necessidade de implantação de Cuidados Paliativos. Outra evidência apontada foi a falta de aprofundamento sobre os conceitos e características desse tipo de cuidado, assim como a dificuldade de indicar alternativas de tratamento para pacientes próximos a terminalidade.

Com o passar dos anos acompanhando pacientes e profissionais de saúde em unidades de atendimento exclusivo de Cuidados Paliativos, somado ao conhecimento obtido através dos estudos anteriormente descritos, constatei a necessidade de uma abordagem sobre a tomada de decisão do enfermeiro e a influência de seus valores em sua atuação, até mesmo por perceber que algumas instituições e setores que afirmam ter como fazer específico o atendimento de pacientes em Cuidados Paliativos, muitas vezes não realizam esse tipo de cuidado específico e em alguns casos, o profissional se vê inserido em um dilema: fica em dúvida se deve seguir a conduta indicada por superiores hierarquicamente definidos, ou defender o que julga mais apropriado para o paciente naquele momento.

O objetivo desse estudo foi investigar quais caminhos o enfermeiro percorre durante o processo de tomada de decisão em relação ao cuidado a ser prestado a pacientes em Cuidados Paliativos. Entender assim se seus valores aparecem no processo de tomada de decisão desse profissional e se esse profissional percebe essa influência em suas ações e decisões profissionais. Nossa intenção foi verificar se esse profissional atua baseando-se apenas em um código de conduta pautado em seu conhecimento científico, prático e condizente com protocolos pré-estabelecidos por seus superiores, ou se além disso, também sofre a interferência de aspectos afetivos, sociais e culturais, tais como crenças e valores.

Quando trabalhamos em instituições de saúde ou com grupos que prestam serviços em saúde no domicílio, é possível ouvir destes profissionais afirmações como por exemplo*: “pode existir possibilidade de cura através da fé, do exemplo*

*cristão, da adesão à prática de bons pensamentos e atitudes ou ainda na crença de que para Deus tudo é possíve*l”!

Sabemos que em um ambiente profissional ou até mesmo se esse profissional for questionado por membros de equipe hierarquicamente superiores, provavelmente não manifestará seu pensamento abertamente como em uma conversa ao lado da máquina de café. Sabemos também que alguns profissionais além de manifestarem as afirmações anteriores, muitas vezes destacam a possibilidade de cura através de estudos clínicos em andamento e do surgimento de novas tecnologias, justificando assim a necessidade de “dar mais tempo” ao paciente para que este chegue a ter acesso a essas “novidades”, porém, essas manifestações aparecem comumente em momentos de conversas descontraídas e somente com aqueles de quem se sentem mais próximos.

Normalmente essas afirmações surgem quando se questiona o porquê esse profissional realiza procedimentos que são apontados como inadequados, uma vez que o quadro clínico deste ou daquele paciente aponta que ele está fora da possibilidade de cura.

Muitas vezes, cheguei a questionar alguns colegas sobre por que não optar por destinar a algum paciente cuidados específicos como os Cuidados Paliativos. Várias vezes, recebi como resposta o desconhecimento a respeito de tais cuidados ou ainda a afirmação de que esse tipo de cuidado específico poderia dar a impressão de que não se fazia todo o possível pelo paciente. Além disso, prestar cuidados que permitissem o curso natural da doença poderia diminuir o tempo de vida do paciente e tirar-lhe a oportunidade de estar vivo quando algum pesquisador conseguisse encontrar a cura para a doença que acometeu aquele paciente. Alguns colegas chegaram ainda a dizer que “deixar que a doença siga seu curso natural, pode tirar tempo de vida de pacientes ainda em condições de realizar o encontro consigo mesmo e com mecanismos naturais de cura”.

Refletindo sobre afirmações como as mencionadas, comecei a pensar em quais fatores faziam parte destes discursos, quais variáveis apontariam a existência de crenças e/ou valores arraigados no fazer desse profissional. Afinal,

afirmar que “dar mais tempo” de vida para um paciente sem possibilidade de cura, poderia significar que este profissional realmente acreditava que mais tempo de vida pode aumentar a possibilidade do aparecimento quase que “mágico” de uma solução ou da cura para esse paciente.

Ao pensar nessas questões, me deparei com a possibilidade de que este profissional poderia em sua prática, fazer uso de crenças e valores, afinal é praticamente impossível, acredito eu, dissociar nosso discurso de nossas ações, crenças e valores que fazem de nós quem somos. Crenças e valores que estão implícitos o tempo todo em nossas condutas e pensamentos, assim como em nosso desenvolvimento como seres humanos, fatores que estão presentes em nossas decisões diárias, seja no âmbito profissional ou pessoal.

Essa observação despertou em mim certa inquietação e necessidade de verificar a hipótese de que talvez, o que faz de nós quem somos, como por exemplo nossas crenças e valores, poderiam também fazer parte do processo de tomada de decisão.

Estudar, aprofundar conhecimento, dar aulas, supervisionar estágios e vivenciar o dia a dia desses profissionais no momento da tomada de decisão, me fizeram perceber indícios de que o medo da morte e o “pensamento mágico” poderiam ser elementos presentes nesse processo.

1. INTRODUÇÃO

O legado duradouro do século XX é a longevidade. Como resultado da rápida redução da mortalidade em todos os países, inclusive naqueles com renda baixa e média, combinada à alta taxa de natalidade. Já há 810 milhões de pessoas acima dos 60 anos (OMS, 2015).

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o Censo IBGE de 2010, a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do País. A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. O aumento da expectativa de vida representa importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2014), o envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo País, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar

A mudança do perfil epidemiológico no Brasil e a ampliação das possibilidades de assistência em saúde existentes hoje, permitem que os cuidados à pacientes crônicos ganhem importância na organização dos serviços de saúde disponíveis no país. Tanto as mudanças no perfil epidemiológico, como as mudanças no perfil profissional e psicológico da população brasileira, passam a requerer outro tipo de abordagem profissional em saúde, abordagem esta que permita realizar cuidados efetivos e de qualidade para atender as reais necessidades em saúde apresentadas pelos usuários dos serviços, principalmente daqueles sem prognóstico de cura.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. (Brasil, 2011). A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis a doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude; correspondem a 72% das causas de mortes e atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis (BRASIL, 2011).

Ainda falando sobre perfil epidemiológico, faremos aqui um recorte para falar de uma doença altamente transmissível, que surgiu no final de 2019 e se espalhou pelo mundo no início de 2020, trazendo um quadro de incertezas, medo e de trabalho intenso na tentativa de contenção, cuidado e cura. Falaremos aqui brevemente sobre a Covid-19, doença que mudou a atuação profissional das equipes multiprofissionais em todo o mundo.

Declarada uma doença de caráter pandêmico, a infecção tornou-se uma emergência de Saúde Pública, atingindo o número de 35.179.573 casos e 1.037.340 mortes, dados esses divulgados até cinco de outubro de 2020 (PAULA,2020).

No Brasil, os primeiros casos suspeitos começaram a ser investigados no início de fevereiro de 2020, mas ainda sem registros de confirmação. Em março de 2020, com o avanço da doença, a OMS decretou estado de pandemia, após a marca de 118.319 casos e 4.292 mortes ao redor do mundo. Até o final de agosto deste mesmo ano, dentre os 25 milhões de casos confirmados e 852.758 mortes no mundo, somente no Brasil, já haviam sido registrados quase 4 milhões de casos confirmados e 121.381 mortes (GAMA, 2020).

A condição de pandemia determinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020 repercutiu de forma intensa na área da saúde, expondo

limitações importantes em termos de insumos e profissionais da saúde capacitados para lidarem com a doença pelo coronavírus 2019 (FLORÊNCIO, 2020). Dentre as profissões que atuam no enfrentamento à pandemias, destaca-se a enfermagem, com ações de cuidado integral às pessoas infectadas, medidas de prevenção e práticas de educação em saúde que envolvem aspectos técnico-científicos e de humanização (GRANDRA,2020).

Segundo Paula (2020), a prática da enfermagem traz importantes contribuições na perspectiva da saúde do indivíduo, no sentido de reconhecer o ser humano como um ser complexo composto por diversas dimensões que vão do orgânico ao espiritual, do tangível ao intangível, incluindo o aspecto social e histórico, que o define como um ser de inter-relações permanentes consigo mesmo e com o mundo.

Apesar do expressivo quantitativo de profissionais da área de enfermagem existentes no Brasil, cerca de 1,7 milhão entre enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, este número não foi suficiente diante das necessidades de assistência à população nesse momento. A pandemia ressaltou que “enfermeiros são a espinha dorsal de qualquer sistema de saúde”, conforme afirmado pelo diretor geral da OMS (GRANDRA,2020).

De acordo com Gandra (2020)

> Anteriormente à pandemia, o ano de 2020 foi declarado como o “Ano da Enfermagem”, com o lançamento pela OMS da campanha de valorização da categoria profissional denominada “Nursing Now”. Neste mesmo ano, a enfermagem mundial coloca-se à prova no combate à pandemia, não apenas em razão de sua capacidade técnica, mas também por se tratar da maior categoria profissional de saúde, que está 24 horas gerenciando e prestando assistência continuada às pessoas que apresentam desde sintomas leves até quadros graves decorrentes da doença, atuando em todos os níveis de complexidade da assistência.

De acordo com Paula (2020)

> Todo esse contexto de enfretamento da infecção viral pelo SARS-COV-2 demandou alterações nas atividades de vida diárias do ser humano, afetando, assim, as dimensões da sua existência. Diante dessas alterações, destacam-se as repercussões significativas no processo saúde-doença que afetam o cuidado em saúde, em especial, àquelas relacionadas à prática da enfermagem pelo fato de suas habilidades e competências estarem relacionadas ao

> desenvolvimento de cuidados que vão desde a promoção da saúde e prevenção de agravos até a assistência de pacientes críticos de alta complexidade.

Ao considerarmos o direito à saúde como condição extensiva a todos os cidadãos, resulta em impotência e angústia a necessidade da tomada de decisão em circunstâncias tão adversas. Sob tal cenário, os fundamentos que norteiam os cuidados paliativos podem ser utilizados como imperativo ético na otimização de recursos (FLORÊNCIO, 2020). A autora afirma ainda que a relevância dessa prática levou a OMS a atualizar o documento Clinical management of COVID-19 e incluir um capítulo acerca dos cuidados paliativos, recomendando um plano de cuidados para COVID-19 e respeito às preferências dos pacientes e de seus familiares.

Este estudo levanta questões ligadas justamente à prática de enfermagem, no contexto da prestação de cuidados para com pacientes elegíveis aos Cuidados Paliativos. Acreditamos ser importante mencionar o fato de que o cuidado prestado a esses pacientes durante a pandemia de *SARS-COV-2* (Covid – 19) também foi impactado devido às incertezas que a pandemia trouxe ao mundo. A rotina do profissional enfermeiro sofreu grandes mudanças, assim como a rotina profissional de todas as categorias. Mas ressaltamos que situações de pandemia, como a atual, demandam grande sobrecarga aos serviços de saúde, que poderiam se beneficiar a oferta de cuidados paliativos. Segundo Florêncio (2020), em contextos emergenciais e de crise humanitária, medidas para aliviar o sofrimento podem ser negligenciadas, em razão da necessidade imediata de salvar vidas.

1.1 O medo da morte

Segundo Kovács (2003), a humanidade, desde o início dos tempos, pelo menos daqueles dos quais temos registro, se preocupou com o fim da existência.

De acordo com Boss apud Kovács (1985), a essência da angústia humana é a extinção, a possibilidade de um dia não “estar mais”; ela inclui o medo da

morte e da destruição do eu, do próprio corpo. Na morte a existência se abandona e surge a possibilidade de não-ser.

Ilustração 1 - A queda dos gigantes. Óleo de Francisco Bayeu, 1764

Fonte: Museu do Prado.

De maneira geral, podemos inferir que a humanidade sempre teve medo daquilo que desconhecia e talvez este seja o motivo de temer tanto a morte. Não se sabe ao certo qual será o processo que nos levará ao fim. Comumente ouvimos dizer que se tem medo do processo de morte e não da morte em si, porém, o processo faz parte e pode ser comparado ao meio de transporte que nos levará a um destino.

Quando Kovács (1985), diz que o medo da morte é universal e pode ser detectado em pessoas de várias idades, nos dois sexos, nas várias crenças e em todas as culturas e é composto de múltiplos aspectos, podemos perceber como o tema é “denso” e se não for tratado com seriedade e sensibilidade, pode se transformar em tabu, assim como afirma Goldberg (2003), ao lembrar que *“Abordar o tema tabu da morte é um esforço que demanda uma atitude de compreensão íntima e de observação externa”.* Kovács (1985), afirma ainda que o homem convive com ela (a morte), desde o seu nascimento até o fim de sua vida,

podendo tornar-se a culminância de sua existência em termos de um “saber morrer”.

Para muitos, a morte significa ausência, abandono, separação e isso pode explicar por que o homem a teme tanto e porque se fascina tanto por ela. O medo, segundo Kastenbaum (1983), é o estado psicológico mais comumente citado quando médicos ou pesquisadores discutem respostas ou atitudes para com a morte. Para os autores, o medo é possivelmente a mais típica ou mais importante resposta psicológica à morte. Eles reconhecem que essa afirmativa está longe de ser simples e que a definição geral que podemos extrair sobre a morte é que ela é “aquilo que é temido” e pode ser classificada como estímulo aversivo ou pernicioso.

A morte é um tema em destaque neste século e talvez por este motivo, vimos surgir inúmeros movimentos ligados ao ensino da tanatologia (educação para a morte) e suas teorias. Possivelmente porque para o homem, após o esforço de criar tecnologias que pudessem ser úteis para o prolongamento da vida, se deparar com a verdade de que o processo de morte é inevitável e inerente à vida faz surgir o sentimento de frustração e impotência diante de algo que julgava conseguir *ludibriar*. Desse modo, nem mesmo todo esse movimento fez calar no homem sua inquietude em relação aos *mistérios da morte*.

Ao ler, em Áries (2003) sobre a descrição da história da morte no ocidente, podemos perceber que com o passar do tempo, a morte que, em princípio, era algo natural, parte da vida passa a ser considerada algo extraordinário e dissociado do ciclo vital. Isso se dá em parte pela “evolução” da humanidade, mas principalmente pelas mudanças cotidianas presentes no processo de “evolução”, nas mudanças biopsicossociais sofridas pelo homem e porque não dizer, pela alteração de sua visão de mundo que retira do centro da vida Deus e coloca o próprio homem. Essa leitura nos mostra claramente que a princípio, quando a morte era vista como natural e inerente à vida, acreditava-se que aquele que estava prestes a falecer tinha conhecimento do fato, “sentia” que sua vida estava terminando, que o aviso do fim lhe era dado através de signos naturais, ou ainda,

que o “moribundo” tivesse convicção íntima e que essa convicção surgisse devido à premonição sobrenatural.

Em meados do século XII, a morte era esperada no leito residencial, onde ocorria paralelamente uma cerimônia pública e organizada. Dela participavam parentes, vizinhos, amigos e crianças. A cerimônia era simples e sem caráter dramático, não permitindo gestos de emoção excessivos. O importante mesmo era manter o corpo próximo a lugares sagrados. Os vivos eram tão familiarizados com os mortos quanto com sua própria morte. Essas características constituíram a fase da morte domada (ÁRIES, 2003).

Ainda segundo Áries (2003), agregando aos costumes citados algumas modificações sutis, que posteriormente dariam ao processo um ar dramático, a morte é ainda encarada com familiaridade, com aceitação, caracterizando a morte de si mesmo (ÁRIES, 2003).

Já a partir do século XIII, de acordo com a evolução da humanidade, a ideia de morte também evolui e são agregadas a ela novas características, como o fato de o homem se preocupar menos com a própria morte. Desta maneira, “surge em cena” morte como ruptura, a morte retórica, definida por Áries como: A Morte do Outro. A partir desse momento a morte passa a ser associado à transgressão, ao erotismo, motivo este talvez que tenha trazido a ela a conotação de algo ruim, uma vez que neste século existia uma ligação muito forte com o catolicismo e seus dogmas. Por isso, tudo o que transparecesse algum tipo de prazer seria considerado erro, pecado. É por esta razão que nesse período morte, erotismo e prazer estão tão intimamente ligados.

Durante o período que vai da Alta Idade Média até a metade do século XIX, a atitude diante da morte mudou. Porém esse processo foi tão lento que os contemporâneos a esta época não se deram conta. A morte deixa de ser familiar para se tornar vergonhosa e objeto de interdição, a denominada morte interdita, quando a verdade passa a ser problemática e aqueles que cercam o enfermo não mais lhe dizem sua real condição no intuito de “poupá-lo” da verdade que julgam muito pesada e que poderia agravar ainda mais seu estado (ÁRIES, 2003).

No Brasil, o tema morte em suas linhas e concepções mais atualizadas, está praticamente inexplorado; pelo menos dentro de um tratamento da demografia e das atitudes, comportamentos e representações das sociedades do passado. Nossos historiadores pouco se voltam para o assunto. São, sobretudo, os demais cientistas sociais que tomam a frente: os antropólogos primeiro, seguidos dos sociólogos e psicólogos que vão desbravando as primeiras veredas (MARTINS, 1983).

Aprofundar o estudo sobre o medo da morte poderia auxiliar-nos com o entendimento de nossas ações, principalmente no que concerne às tomadas de decisão dentro de nosso fazer profissional.

Ao estudar o comportamento humano, podemos perceber que o homem, anseia se distanciar da ausência, do abandono e da separação trazidos pelo fenômeno morte, no sentido de interditar a morte a fim de preservar a felicidade. Ariès (2003), afirma que esse comportamento nasceu nos Estados Unidos da América, por volta do século XX.

A evolução da humanidade, e consequentemente das características do processo de morte e morrer, pode nos ajudar a entender por que se tem tanto medo da finitude e como a psique humana encara e destrincha esse assunto.

Percebemos que ainda hoje a morte é assunto indigesto para muitos e chega a ser até "*proibido*" para outros tantos. É possível entender por que tratamos a morte dessa maneira, afinal, não é nada fácil se afastar daqueles que amamos e pior ainda para o ser humano é a ideia de finitude, do não existir mais.

Acreditamos que ainda caiba aqui, conceituar morte da forma didática que conhecemos e abordar alguns conceitos sobre processos de morte e morrer, diariamente vivenciados pelo profissional de saúde. Abordaremos apenas os mais citados na área, sendo eles: a ortotanásia, a distanásia, a mistanásia e a eutanásia.

Ilustração 2 - Título: Hipócrates recusando os dons de Artaxerxes – Obra de Anne-Louis Girodet de Roussy-Trioson (Óleo sobre tela, 1792)

Fonte:https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2809%2960596-1

Pessini & Barchifontaine (2005), afirmam que a definição clássica do instante da morte foi formulada por Hipócrates cerca de 500 anos antes do nascimento de Cristo. Achava-se no *De morbis*, 2° livro, parte 5: "*Testa enrugada e árida, olhos cavos, nariz saliente, cercado de coloração escura. Têmporas deprimidas, cavas e enrugadas, queixo franzido e endurecido, epiderme seca, lívida e plúmbea, pelos das narinas e dos cílios cobertos por uma espécie de poeira, de um branco fosco, fisionomia nitidamente conturbada e irreconhecível*".

Mas, temos que em épocas recentes, mais especificamente nos dias 10, 19 e 21 de outubro de 1985, a Pontifícia Academia das Ciências (organismo do Vaticano que reúne mais de oitenta cientistas do mundo inteiro, dos quais vinte e sete são prêmios Nobel), se reuniu para estudar o "prolongamento artificial da vida e a determinação exata da morte.

De acordo com Pessini & Barchifontaine (2005).

- ✓ Definição de morte: uma pessoa está morta quando sofreu uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e de coordenar as funções físicas e mentais do corpo;
- ✓ A morte ocorre quando as funções espontâneas cardíacas e respiratórias cessaram definitivamente, ou verificou-se uma cessação irreversível de toda a função cerebral.

Ainda segundo os autores, do debate emergiu a definição de que a morte cerebral é o verdadeiro critério de morte, dado que a parada definitiva das funções cardiorrespiratórias conduz rapidamente à morte cerebral.

A Pontifícia Academia das Ciências, analisou em seguida os diversos métodos clínicos e instrumentais que permitem constatar essa parada irreversível das funções cerebrais. Para estar certo, mediante eletroencefalograma, que o cérebro se tornou chato, isto é, que não apresenta mais atividade elétrica, é necessário que o exame seja efetuado ao menos duas vezes no espaço de seis horas (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2005).

Ao consultar um dicionário, encontramos como significado da palavra ortotanásia: "*substantivo feminino; morte natural, normal. Sentido figurado (figuradamente): boa morte, supositivamente sem sofrimento*". Se perguntarmos aos conhecidos como gostariam de morrer, após dizer-nos que não gostariam de chegar perto da morte, provavelmente nos diriam que gostariam de uma boa morte. Possivelmente ouviríamos algo bem parecido com a descrição acima.

Porém, vale lembrar que de maneira geral quando se fala em morte natural, a imaginação chega e *"buscar"* a cena da morte durante o sono, sem dor e ainda com um certo ar de felicidade, de dever cumprido, de finalização de uma etapa da vida com sucesso.

1.1.2. Processos de Morte

Passamos agora a conceituar alguns dos processos de morte e morrer:

Ortotanásia – no dicionário, descrita como *substantivo feminino*; morte natural, normal. Sentido figurado (figuradamente): boa morte, supostamente sem sofrimento.

A ortotanásia, procura respeitar o bem-estar global da pessoa, abre pistas para as pessoas de boa vontade garantir para todos dignidade em seu viver e seu morrer (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2004). Ainda segundo os autores, a ortotanásia permite ao doente que já entrou em fase final e aqueles que o cercam, enfrentar a morte com certa tranquilidade, porque nessa perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida.

Distanásia - no dicionário, descrita como *substantivo feminino*; medicina: morte lenta, com grande sofrimento.

A distanásia se dedica a prolongar o máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo...; a distanásia vem acompanhada de fortes dores, sofrimento psíquico e espiritual. Até um momento relativamente recente da história da humanidade, a chamada morte natural por velhice ou doença (ortotanásia), simplesmente fazia parte da vida. (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2004).

Porém, podemos verificar que a prática da distanásia vem sendo discutida, uma vez que como pudemos perceber, essa prática traz dúvidas e certo desconforto para aqueles que participam de alguma forma do processo.

Pessini & Barchifontaine (2004), afirmam que muitos dos receios que surgem na discussão sobre distanásia refletem a consciência que se tem de tanta violência e, no contexto da medicalização da morte, são resultado do crescente poder moderno sobre os processos ligados com a chamada morte natural (ortotanásia) e o espectro da mão curadora do médico se transformar em mão assassina.

Mistanásia – no dicionário não encontramos o significado da palavra. Mas podemos entender o porquê se verificarmos que se trata de um termo novo, utilizado no meio acadêmico e científico. Termo que dá nome à um “tipo” de morte desprezível de certa forma. Mistanásia é o termo utilizado para denominar a morte miserável, fora e antes do seu tempo.

Pessini & Barchifontaine (2004) introduzem o termo quando da discussão sobre eutanásia. Os autores afirmam substituir o termo *eutanásia social* pelo

termo mistanásia, por considerar o uso do termo eutanásia social totalmente inapropriado, uma vez que em sua origem etimológica a palavra eutanásia é “boa morte” e tem por intenção ser um ato de misericórdia; de propiciar ao doente que está sofrendo, uma morte boa, suave e indolor. Afirma ainda que as situações a que se referem os termos eutanásia social e mistanásia, nada tem de bom, suave e indolor.

Pessini & Barchifontaine, apontam na grande categoria de mistanásia, três situações: primeiro a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos, não chega a ser paciente, que não consegue ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; segundo, os doentes que conseguem ser pacientes para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico; e terceiro, os pacientes que acabam sendo vítimas da má prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos.

Eutanásia - *substantivo feminino. Medicina:* ato de proporcionar morte sem sofrimento a um doente atingido por afecção incurável que produz dores intoleráveis. Jurídico: direito de matar ou morrer por tal razão.

A eutanásia já existia na Grécia e em Roma. Platão e Aristóteles admitiam a prática da eutanásia ou o abandono à própria sorte dos recém-nascidos com anomalias ou más-formações, sancionando a prática existente em Esparta de jogar tais crianças nas rochas. Em muitas culturas, a prática da eutanásia tem uma forte vigência (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2004).

Vale lembrar que tanto aqueles que defendem a eutanásia, quanto aqueles que a condenam, empregam o conceito de dignidade humana para defender seu ponto de vista.

Ilustração 3 – Título: Hypnos e Thanatos, deuses do sono e da morte

Fonte: Arte digital / Desenhos e quadros / Fantasia © 2016-2019 awanqi

Após as leituras realizadas e reflexões sobre o assunto, foi possível perceber a necessidade de trazer por meio deste estudo uma proposta de debate sobre os processos de morte e morrer, sobre a participação do enfermeiro nesses processos. Minha prática profissional e minha convivência com alunos e profissionais da área de saúde me fizeram perceber que o avanço dos tempos, em conjunto com o desenvolvimento tecnológico, nos presenteou com uma nova maneira de cuidar daquele sem “esperança” de cura; que ao invés de postergar o fim de uma vida que muitas vezes julga-se indigna, podemos utilizar hoje em dia de uma linha de cuidados chamada Cuidados Paliativos. Essa linha de cuidado se caracteriza por acolher doentes sem prognóstico positivo e suas famílias. Aprofundaremos sobre ela um pouco mais no decorrer dos apontamentos e descobertas citadas neste estudo.

Sendo assim, por que não a utilizar como caminho de ação para a melhoria da qualidade de atendimento à pacientes sem prognóstico de cura o espaço de

conversa e de descobertas sobre si mesmo, seus sentimentos, seus medos e a influências deles em sua prática profissional?

Essa é uma das propostas deste estudo: fazer perceber a existência (ou não) do medo da morte e, sua influência na prática profissional. Para isso será levada em consideração a proposição da execução dos CP como mecanismo de cuidado efetivo e ponte entre o cuidado individualizado e específico para as necessidades em saúde desses pacientes e família; a possibilidade de verificação ou não da existência do vínculo entre profissional e paciente e se esse vínculo pode ser benéfico ou não no que diz respeito à execução do cuidado prestado. A ideia é fazer com que o profissional enfermeiro se perceba como ator no processo de morte do paciente que está sob seus cuidados e que como tal, possa pensar na escolha de sua forma de atuação para com esse paciente de maneira um pouco mais consciente.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cuidados Paliativos

A palavra paliativo deriva do latim pallium, que designava o manto que cobria os peregrinos cristãos que cruzavam a Europa na Idade Média em busca de indulgências (INCONTRI & SANTOS, 2007). O CP também está associado historicamente ao termo Hospice, usado para designar as hospedarias destinadas a receber e cuidar de peregrinos e viajantes (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP, 2012).

As primeiras casas para acolhimento de pobres e doentes foram fundadas no mundo bizantino, sob o reinado de Constantino, por influência de sua mãe, Santa Elena. Na Europa, as instituições de caridade surgiram no século XVII como abrigos para órfãos, pobres e doentes, uma prática que se propagou por organizações católicas e protestantes em vários pontos do continente europeu. (INCONTRI & SANTOS, 2007)

No século XIX, os hospices começaram a ter características de hospitais e foi em um Hospice de Londres, o St. Lukes' Home, que a enfermeira e assistente social inglesa Cicely Saunders foi trabalhar em meados do século XX. Inconformada com o sofrimento humano, estudou medicina, formou-se aos 40 anos de idade e dedicou-se ao estudo do alívio da dor em doentes terminais (CREMESP, 2008). Em 1947, conheceu David Tasma, um judeu polonês com cerca de 40 anos, que morria de câncer no hospital, sem família e com poucos recursos. Trabalhando juntos, acabaram por se enamorar. O sonho de ambos foi criar um local onde enfermos pudessem estar como em suas casas, acompanhados pela família e cuidados por pessoas de múltiplas profissões, com atenção à dor e aos demais sintomas da fase terminal da vida (INCONTRI E SANTOS, 2007). Em 1967, Cecily Saunders fundou em Londres o St. Christopher Hospice e deu início ao que hoje se denomina Movimento Hospice Moderno.

A estrutura do St. Christopher permitiu não apenas a assistência aos doentes, mas possibilitou o desenvolvimento do ensino e da pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (PESSINI, 2005). No início da década de 1970, o

encontro de Cicely Saunders com a psiquiatra norte-americana Elizabeth Klüber-Ross, nos Estados Unidos, lá fez crescer o movimento hospice (CREMESP, 2008).

A cada ano, passam pelo Centro de Educação do St. Christopher mais de três mil profissionais de saúde e assistentes sociais, em seus vários cursos anuais de formação em cuidados paliativos. Em 2006, cerca de 400 estudantes estrangeiros vindo de 44 países fizeram algum curso na instituição, que certifica também, por meio de instituições universitárias britânicas, uma série de cursos de formação em cuidados hospice e CP, inclusive um curso sobre luto infantil, único no gênero (FLORIANI, 2010).

No Brasil, os CP ainda são relativamente recentes. Segundo os registros disponíveis, o Asilo da Penha pode ser considerado o primeiro hospice brasileiro. Surgiu em 1944 e teve importante papel na assistência aos pobres que morriam de câncer. Outras unidades de CP foram criadas na década de 1980 no Brasil nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, a maior parte vinculada ao tratamento de pacientes com câncer ou a centros de tratamento de dor crônica (FLORIANI, 2010).

Em 2000, o Hospital do Servidor Estadual de São Paulo criou seu Programa de CP que a princípio tratava apenas pacientes com câncer metastático. Em 2003, o Hospital abriu uma enfermaria de CP (Hermes, 2013). Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, por meio da Portaria GM/MS n°19 de 03 de janeiro. Em 2005 foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, com objetivos semelhantes aos da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), voltada a divulgação, ensino e pesquisa em CP. Alcançar esse objetivo não é tarefa fácil, devido à penetração reduzida da filosofia dos CP nos meios acadêmicos brasileiros (FLORIANI, 2010). Segundo dados da ABCP (2014), há no Brasil 66 serviços de CP, 67% dos quais concentrados na região Sudeste, 14% no Nordeste, 13% no Sul, 3% no Norte e 3% no Centro-oeste. No entanto, não há nenhuma equivalência entre eles e alguns podem ser questionados quanto à sua atividade ou atuação.

Atualmente no Brasil os CP continuam ligados predominantemente à área de oncologia. Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia preveem a existência de equipes de CP, inclusive com suporte domiciliário, e a instituição do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Entretanto, outras moléstias tão incapacitantes ou devastadoras quanto o câncer, não recebem a mesma atenção (FLORIANI & SCHRAMM, 2007).

Os CP são uma filosofia de cuidado para as pessoas que enfrentam sofrimentos com o avançar de doenças crônicas e a proximidade da morte, comumente negligenciadas no modelo assistencial preponderante no país (BRASIL, 2013). Em 2002 a World Health Organization (WHO estabeleceu os princípios gerais que embasam os CP:

- ✓ Promover o alívio da dor e outros sintomas estressantes;
- ✓ Reafirmar a vida e ver morte como um processo natural;
- ✓ Não pretender antecipar e nem postergar a morte;
- ✓ Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
- ✓ Oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte;
- ✓ Auxiliar a família e os entes queridos a se sentir amparados durante todo o processo da doença;
- ✓ Devem ser iniciados o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento devida como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento antirretroviral, drogas modificadoras do percurso da doença etc., e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (WHO, 2002).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos recomenda que a expressão doença terminal seja substituído por doença que ameaça a vida. Recomenda ainda que se evite falar em impossibilidade de cura, preferindo utilizar a possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando desta forma a ideia de que “não há nada a fazer” e afirma ainda que CP é o exercício da arte do cuidar que, aliada ao conhecimento científico, proporciona o alívio do sofrimento relacionado à doença (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP, 2012).

De acordo com Potter (2013), o cuidado é um fenômeno universal que influencia as formas pelas quais as pessoas pensam, sentem e comportam-se em

relação umas às outras. As teorias na área da enfermagem, são projetadas para explicar um fenômeno como o cuidado e o autocuidado.

A teoria de cuidado transpessoal de Jean Watson define o resultado da atividade de enfermagem em relação aos aspectos humanísticos da vida. O objetivo da ação de enfermagem é compreender a interrelação entre saúde, doença e comportamento humano (SOUZA (2), 2016).

Segundo Potter (2013), desde Florence Nightingale, as enfermeiras têm estudado como cuidar de um cliente em uma variedade de perspectivas filosóficas e éticas. Uma série de estudiosos de enfermagem tem desenvolvido teorias sobre o cuidado, devido à sua importância para a prática de enfermagem.

A restauração da saúde engloba atividades que fomentam um retorno à saúde naqueles já doentes. Porém, nem todas as atividades de enfermagem podem ser dirigidas à promoção ou restauração da saúde e à prevenção de doenças (WILKINSON, 2010).

O enfermeiro conforta e oferece compaixão e empatia para os pacientes e suas famílias. Para isso, precisa conhecer as necessidades individuais do paciente, os pontos fortes e as limitações do paciente e da família e aqueles do próprio enfermeiro. Cuidar reúne todos os recursos que o enfermeiro usa para prestar cuidados ao paciente (POTTER, 2013).

É necessário que o profissional enfermeiro adquira conhecimento técnico-científico que o habilite a prestar cuidados de maneira efetiva e digna a pacientes que enfrentam o processo de morte, mediante o levantamento de suas necessidades de saúde, com um planejamento que leve em conta as necessidades do paciente, a realidade em que se encontra e a progressão da doença (SOUZA (2), 2016).

2.2 Pensamento Mágico

O pressuposto considerado por esse estudo é o de que o medo da morte e o pensamento mágico estão presentes durante o processo de decisão do

enfermeiro que atende pacientes que apresentam doença sem possibilidade de cura.

Minha experiência profissional me permitiu perceber que em alguns casos, além acreditar que “dar mais tempo” de vida para um paciente sem possibilidade de cura, significa aumentar a possibilidade do aparecimento quase que “mágico” de uma solução ou da cura para a doença, o enfermeiro ainda vê a doença como castigo divino, ou como possibilidade de “melhoramento” do ser humano em tal situação.

A observação destes fatores me levou a cogitar a possibilidade de que em suas ações profissionais cotidianas, o enfermeiro utiliza crenças e valores que fazem parte de sua composição como ser. Esse raciocínio me permitiu inferir que o pensamento mágico descrito por Jean Piaget em sua teoria, pode fazer parte do dia a dia do enfermeiro, assim como o medo da morte também estar presente no processo de tomada de decisão desse profissional, mesmo que ele não tenha “consciência” desta interferência.

Por isso, iniciamos aqui a jornada para conhecermos um pouco sobre as características do pensamento mágico, assim como verificamos algumas características do medo da morte e sobre os processos de morte nos itens 1.1 e 1.1.2 deste estudo

O pensamento mágico é uma expressão utilizada para descrever a crença segundo a qual certos pensamentos levariam não apenas à realização de desejos, mas também à prevenção de eventos problemáticos ou desagradáveis (LINDENMEYER & CECCARELLI, 2012).

Podemos citar como exemplos de eventos problemáticos ou desagradáveis o medo da morte, o receio de não realizar um cuidado adequado e de qualidade, a angústia de realizar uma ação profissional que não dê chance ao paciente de experimentar a cura para seus males (mesmo para aqueles pacientes com prognóstico fechado, determinado como sem possibilidade de cura), a sensação de “deixar morrer” aquele que por “milagre” ou através de nova descoberta científica, poderia se curar. Esses exemplos podem fazer parte do processo que

abre espaço para que alguns enfermeiros participem de processos que visem “dar mais tempo de vida” à pacientes sem possibilidade de cura, “acessando” o pensamento mágico, na esperança de que aquele paciente tenha ainda chance de sobreviver à doença que ameaça a continuidade de sua vida. Em nosso estudo, levamos em consideração a hipótese de que o pensamento mágico pode ser utilizado pelo adulto (neste caso, o enfermeiro), como tentativa de se distanciar da finitude humana.

Jean Piaget, em sua obra A representação do mundo na criança (2005), descreve sua tentativa de verificar se, no adulto normal e civilizado, restam vestígios das atitudes mágicas, verificadas em crianças. De acordo com seus achados, essas atitudes seriam igualmente resultado das confusões entre o ego e o mundo exterior, que por vezes reaparecem momentaneamente nos fenômenos de imitação ou de emoção.

De acordo com Piaget (2005, p.137)

> Deparamo-nos com três casos em que o limite entre o ego e o mundo exterior torna-se momentaneamente fluido no adulto, sem mencionar, naturalmente, a paixão ou o sonho, nos quais seria demasiado fácil identificar inúmeros sentimentos de participação. Trata-se da imitação involuntária, da inquietação e do estado de desejo monomaníaco (ideia fixa).

Segundo Piaget, não é difícil encontrar numerosos casos em que a simpatia imitativa se acompanha de uma atitude complementar, que consiste em procurar agir sobre o exterior mediante uma ação exercida sobre o corpo próprio.

O autor cita como exemplos desse tipo de atitude: falar mais alto com uma pessoa que está sem voz, com o intuito de “dar a voz” para aquela pessoa, inclinar o corpo como fonte de sensação de tensão muscular com a intenção de controlar a trajetória de uma bola de bilhar durante uma partida desse jogo ou ainda, recuar quando vemos duas pessoas que estão prestes a se chocar.

De acordo com Delacroix (1922, p.41, apud Piaget, 2005, p.138).

> Parece, portanto, claro que as confusões por imitação prologuem-se em atitudes mágicas, imediatamente contidas por nossos hábitos de pensamentos, mas que, em espíritos menos conscientes de seu ego, espontaneamente se desenvolveriam. Não há dúvida de que só descobrimos casos bem distantes da

> magia propriamente dita. Mas eles ao menos constituem, e era isso o que nos interessa conseguir, um caso claro de transição entre o realismo decorrente da confusão entre o ego e o mundo exterior e a magia ou a participação.

Para Piaget (2005), assim como na criança, o adulto pode manifestar o desejo de observância de todos os hábitos mais insignificantes a fim de evitar que o equilíbrio das coisas sofra perturbações.

De acordo com Piaget (2005, p.138)

> ... antes de fazer uma conferência, faz-se a caminhada habitual etc. Ora, ocorre de, em estados de particular ansiedade, reaparecer a confusão infantil entre a ação destinada a tranquilizar o próprio sujeito e a ação destinada a manter o real em equilíbrio. Em outras palavras, ressurge a atitude mágica.

Segundo o mesmo autor, no adulto, permanece algo de realismo na imitação, no temor ou no desejo. Ora esse realismo, ainda que infinitamente menos amplo do que o da criança, é suficiente para desencadear algumas atitudes de nítida participação e mesmo de magia

Acreditamos ser importante ressaltar as características do *pensamento mágico,* para que ao conhecê-las, consigamos reconhecer nas ações do enfermeiro, fatores que indiquem ou refutem a possibilidade de que este profissional faça uso do *pensamento mágico* para justificar em sua prática profissional, a realização de processos e procedimentos que visam o prolongamento da vida.

A ideia de que o paciente deve receber o melhor cuidado existente para que se *cure*, é algo que além de inerente à profissão, faz parte do currículo acadêmico em várias disciplinas ministradas durante os cursos de enfermagem, assim como em outros cursos na área da saúde. Normalmente somos ensinados a curar, a mitigar ou acabar de vez com a doença e pouco ouvimos sobre respeitar seu curso natural amenizando sinais e sintomas decorrentes desse processo.

Agir para curar é uma informação reforçada diariamente tanto durante o período de estudos acadêmicos, como quando da realização da prática profissional. O tempo todo somos orientados a curar e quando conhecemos um tipo de cuidado diferenciado como os Cuidados Paliativos, que respeitam o curso

natural da doença por meio do manuseio de sinais e sintomas, diminuindo dor, desconforto e sofrimento, nossa interpretação desse processo de cuidado tão específico, pode ser colocada em xeque pela racionalidade que já está acostumada a seguir por outros rumos.

Na tentativa de conhecermos um pouco mais sobre *pensamento mágico*, verificamos que ele aparece na infância, durante o período pré-operatório, de acordo com os apontamentos de Jean Piaget, estudioso da inteligência infantil, nascido no ano de 1896. Percebemos também a necessidade de tentar aprofundar o conhecimento sobre o conceito de animismo, que aparece algumas vezes na caracterização do *pensamento mágico* de Piaget.

Sendo assim, iniciamos aqui nossa jornada na tentativa de compreender um pouco melhor o conceito de animismo, também utilizado por Sigmund Freud para explicar como os povos primitivos "vivificaram" os fenômenos naturais.

Esse conceito nos auxiliará a entender a relação entre *pensamento mágico* e mito o que, consequentemente contribuirá para o aprofundamento do conceito de *pensamento mágico*.

Piaget (2005, p.142), denomina animismo o fenômeno que acontece quando a criança não distingue o mundo psíquico do mundo físico e não observa limites precisos entre o ego e o mundo exterior.

Afirma o autor (Piaget, 2005, p.114)

> "...o animismo deriva da participação e não o contrário... é no momento em que sentimentos de participação atualizam-se sob a influência da diferenciação entre ego e o mundo exterior que o ego atribui a si mesmo poderes mágicos e que, em contrapartida, os seres são dotados de consciência e de vida.

Para Piaget (2005), o limite entre o eu e o mundo exterior é muito mais leve na criança que em nós (adultos). Por outro lado, o realismo prolonga-se em "participações" e em atitudes mágicas espontâneas.

Ainda segundo Piaget (2005), a criança começa sempre tomando seu próprio ponto de vista por absoluto e na medida em que ignora a subjetividade de seu ponto de vista, começa a acreditar ser o centro do mundo.

Já Freud (2019), afirma: no sentido estrito da palavra, o animismo é a teoria das representações da alma; no sentido mais amplo, a dos seres espirituais em geral.

O que motivou a adoção desse termo foi o conhecimento da singularíssima concepção de natureza e de mundo dos povos primitivos que conhecemos, tanto os históricos quanto aqueles que ainda vivem agora (FREUD, 2019).

De acordo com Freud (2019. p.127)

> Estes (os povos primitivos), povoaram o mundo com um sem-número de seres espirituais que lhes são benevolentes ou mal-intencionados; eles atribuem a esses espíritos e demônios a causação dos processos naturais e consideram que não só os animais e as plantas, mas também as coisas inanimadas do mundo são animadas por eles.
>
> Os primitivos acreditam numa “animação” semelhante também no caso dos indivíduos humanos. As pessoas contêm almas que podem abandonar suas habitações e imigrar para outros seres humanos; essas almas são as portadoras das atividades espirituais e, até certo grau, são independentes dos corpos.

Originalmente, as almas foram imaginada como sendo muito semelhantes aos indivíduos, e apenas no decorrer de uma longa evolução se despiram das características do material até alcançar um elevado grau de “espiritualização” (WUNDT, 1906).

A maioria dos autores se inclina a supor que essas ideias de alma são o núcleo original do sistema animista (FREUD,2019).

Para Freud (2019), o homem primitivo observou os fenômenos do sono e da morte e chegou à peculiares intuições fundamentais dualistas sobre as quais se apoia o sistema animista.

De acordo com Freud (2019, p.127/128)

> Acredita-se que pela observação dos fenômenos do sono (junto com o sonho) e da morte, este tão semelhante ao primeiro, e pelo esforço de explicar esses estados que dizem respeito tão de perto a cada indivíduo. Sobretudo o problema da morte deve ter se tornado o ponto de partida da formação da teoria.
>
> Se o primitivo reage aos fenômenos que estimulam sua reflexão formando ideias de alma que então transfere aos objetos do

> mundo exterior, seu comportamento é julgado inteiramente natural e desprovido de quaisquer outros enigmas.

Freud (2019) classifica o animismo como um sistema filosófico, utilizado pela humanidade primitiva para conceber o universo e afirma que que a humanidade produziu três desses sistemas de pensamento, três grandes visões de mundo no decorrer das épocas: a animista (mitológica), a religiosa e a científica. Para o autor, o animismo é um sistema de pensamento. Ele não fornece simplesmente uma explicação de um fenômeno específico, mas permite apreender todo o universo como uma unidade isolada de um ponto de vista único.

Para Freud (2019), não podemos supor que os seres humanos se resolveram a criar seu primeiro sistema do mundo por pura curiosidade especulativa. A necessidade prática de se apossar do mundo deve ter sua parte nesse esforço.

Sendo assim, voltando o olhar para este estudo, ressaltamos aqui o que afirmou Freud (2019, p. 128), sobre o pensamento primitivo relativo à morte:

> Para os primitivos, a continuação da vida – a imortalidade – seria algo evidente. A ideia da morte é algo acolhido tardiamente e apenas com hesitação; mesmo para nós ela ainda é impensável e desprovida de conteúdo.

Podemos inferir então, que desde os primórdios a ideia da morte é algo "*indigesto*" e provavelmente, por este motivo, a humanidade permanece na tentativa de se distanciar da morte ou não permitir que ela se faça presente dentro dos processos naturais da vida.

A história humana nos mostra a dificuldade em lidar com tal fenômeno (conforme citamos anteriormente), principalmente depois de institucionalizarmos a morte, de tentar fazer com que ela fique circunscrita aos hospitais, clínicas e instituições de saúde. Tentativa clara essa de nos afastar o mais que pudermos de algo natural e que temos certeza de que acometerá a todos em algum momento da linha da vida. Digo natural, por acreditar ser a morte realmente um processo intrínseco a vida do ser humano.

Lindenmeyer & Ceccarelli (2012), afirmam que o *pensamento mágico* não se limita às palavras: ele participa ativamente na atribuição de qualidades que damos, por exemplo, a objetos com poderes supostamente capazes de concentrar a energia, e que produzem efeitos de cura específicos.

A crença de que é possível dominar um ser, um evento ou situação através do pensamento, da crença e da fé, pode dar a sensação de que postergar o fim da vida através de investimentos considerados clinicamente "fúteis" para munir de tempo suficiente um paciente para que ele tenha a possibilidade de aguardar o surgimento de cura para doenças fatais, pode interferir na conduta e no processo de tomada de decisão do profissional.

A crença no poder da fé ou nos "saltos" tecnológicos, provavelmente é o início da tentativa de utilização do *pensamento mágico* para sustentar ações profissionais que não condizem com indicações clínicas para certos casos. Se essa hipótese se confirmar, poderemos então inferir que ao "acessar" do *pensamento mágico*, o enfermeiro o faz como tentativa de "dominar" a morte, assim como os povos primitivos se esforçavam para atribuir vida aos fenômenos naturais através do animismo.

Freud (2019) nos diz que a necessidade prática de controlar o mundo que os rodeava (falamos aqui dos povos primitivos), deve ter desempenhado seu papel. Assim, não ficamos surpresos ao descobrir que, de mãos dadas com o sistema animista, existia um conjunto de instruções a respeito de como obter domínio sobre os homens, os animais e as coisas – ou melhor, sobre seus espíritos. Estas instruções são conhecidas com o nome de "feitiçaria" e "magia".

De acordo com Freud (2019, p.130)

> A magia tem de servir aos propósitos mais variados: submeter os processos naturais à vontade do homem, proteger o indivíduo contra inimigos e perigos, e lhe dar o poder de prejudicar seus inimigos. Porém, o princípio sobre cujo pressuposto repousa o agir mágico- ou antes, o princípio da magia – é tão chamativo que teve de ser reconhecido por outros autores.

Aproximando este estudo da caracterização de Freud sobre animismo ao nosso estudo, podemos traçar um paralelo no que diz respeito à utilização de

mitos, magia e pensamentos como tentativa de nos distanciar do que nos aproxima de sensações desagradáveis, como por exemplo, não ter controle total sobre o processo de morte e morrer.

Uma demonstração disso é negar a morte, ou tentar prolongar a vida através de procedimentos não indicados, culpar o outro pelos males que assolam nosso corpo e assim por diante. De maneira geral, a crença de que se tivéssemos mais tempo de vida para realizarmos algo que julgamos necessariamente importante, faríamos diferente e poderíamos realizar tudo aquilo que não fizemos até o momento da apresentação de prognóstico fechado e sem possibilidade de cura, em alguns casos podem motivar o processo de “barganha”.

Lindenmeyer & Ceccarelli (2012), afirmam que o *pensamento mágico* é uma tentativa de escapar aos desprazeres tanto do mundo externo quanto do interno. Como se o ato de pensar pudesse controlar, explicar e até mesmo modificar a realidade, além de oferecer a impressão de estabelecer uma relação causal entre dois eventos isolados. As autoras dizem ainda que, quando expresso por adultos, o *pensamento mágico* (típico da infância, como pudemos verificar através dos escritos de Piaget), pode sugerir como um sintoma de imaturidade, ou desequilíbrio psicológico.

Grande parte das pessoas ao pensarem na morte, atribuem-na características desagradáveis, transformando-a em um evento desagradável. Podemos verificar isso através de estudos que demonstram que a maior parte das pessoas apresentam medo da morte ligado ao medo de perder pessoas queridas (SOUZA (2), 2016).

Alguns autores ao falarem sobre o processo de morte e morrer, o apontam como um evento carregado de desprazer para quem participa dele. Essa visão aparece impregnada pela crença de que doença e morte estão ligadas à castigos divinos, impureza, pecado etc. Essa interpretação do processo de morte se dá principalmente quando olhamos para a morte após sua institucionalização, pois, esse fato distanciou o ser que se aproxima da finitude, daqueles que o cercaram durante toda uma vida em alguns casos.

Porém, hoje em dia com a possibilidade de acompanhamento de pacientes por equipes especializadas em Cuidados Paliativos, vemos surgir novo cenário, onde o ser humano pode se aproximar da finitude rodeado por seus afetos, familiares, pelo que simboliza sua crença, seus valores e ritos de passagem.

Vale lembrar aqui que finitude nem sempre afasta ou minimiza a importância das crenças e valores "*carregados*" pelo ser humano. Muitas vezes ela até os intensifica.

Se tentarmos "puxar" pela memória, facilmente poderemos nos deparar com a lembrança de objetos que consideramos como amuletos durante algum período da vida, ou ainda conseguiremos lembrar pessoas que carregam consigo objetos que acreditam "carregar poder" capaz de livrar-lhes de problemas ou "azar", lembraremos também de pessoas que desenvolvem rituais antes de sair de casa, ao se dirigir para realização de uma prova, que estejam à procura de emprego e até mesmo aqueles que acreditam estar "às portas" da morte e tentam conseguir mais tempo de vida através de promessas, ou deixando na beira do leito a camisa da sorte, o pé de coelho, a moeda benzida, o chaveiro com olho grego e tantos outros.

Inúmeras vezes pude observar em instituições de saúde, pacientes e familiares que carregam consigo objetos que simbolizam sua fé na possibilidade de cura por um ser divino, mesmo aqueles que já foram diagnosticados sem possibilidade de cura.

Segundo Lindenmeyer & Ceccarelli (2012), essa crença tão antiga quanto o homem, de poder mudar o mundo através do pensamento ou da fala, não é uma atitude única das crianças, sendo também encontrada em certas crenças religiosas.

Piaget (2005), afirmou que as formas mais primitivas de causalidade na criança parecem na verdade, provocadas por uma confusão entre realidade e o pensamento, ou mais precisamente, por uma assimilação constante dos processos externos aos esquemas fornecidos pela experiência interna.

Para melhor entendimento, utilizaremos a conceituação de participação e magia, descritas por Piaget em sua obra *A representação do mundo na Criança (2005)*. Nessa obra, Piaget chama de "*participação*" (e identifica essa definição como dada por M. Lévy-Bruhl), a relação que o pensamento primitivo acredita perceber entre dois seres ou dois fenômenos que considera seja como parcialmente idênticos, seja como tendo uma influência estreita um sobre o outro, ainda que não haja entre eles nem contato espacial, nem conexão causal inteligível; chama de "*magia*" o uso que o indivíduo crê poder fazer das relações de participação para modificar a realidade. Toda magia supõe uma participação, mas a recíproca não é verdadeira.

Piaget (2005) distingue ainda a participação e a magia, do animismo infantil, isto é, da tendência que a criança tem de dar vida e consciência aos seres inanimados. Os dois grupos de fenômenos se tocam. É assim quando as crianças acreditam que o sol as segue. Quando enfatizam essa espontaneidade do sol que as segue, pode se afirmar aí o animismo. O autor ainda classifica as participações e pr áticas da criança colocando seja o ponto de vista do conteúdo, do interesse dominante, seja o ponto de vista da estrutura da relação causal; do ponto de vista do conteúdo, encontram-se relações mágicas ligadas ao medo, ao remorso, ao desejo propriamente dito e, em quarto lugar, ao sentimento da ordem reinante na natureza.

Ainda de acordo com Piaget (2005, p.115)

> A criança faz um gesto ou executa mentalmente uma operação (contar etc.) e admite que estes gestos ou essas operações exercem por participação uma influência sobre um dado evento desejado ou temido.
> ... há magia por participação entre o pensamento e as coisas: a criança tem a impressão de que um pensamento, uma palavra, um olhar etc., vai modificar a realidade. Ou então esse pensamento etc., materializa uma qualidade, por exemplo, a preguiça etc., como se um ser preguiçoso emanasse uma substância ou uma força que agiriam por si mesmas. Mais uma vez a participação entre o pensamento e as coisas dá ensejo a atos que tendem a se tornarem simbólicos.
> Há por fim a magia por participação entre intensões. Nesse caso, julgam-se os corpos dotados de vida e de intenções. Há animismo. A participação consiste em acreditar que a vontade de um corpo

> age sem mais sobre a vontade dos outros, consistindo a magia no uso dessa participação.

2.3 Crenças e Valores

Valores podem ser considerados objetivos gerais que transcendem situações específicas, possuem importância relativa e variável, e servem como princípios orientadores da ação (SCHWARTZ, 1992).

Segundo Rokeach (1973, p. 5), eles refletem “crenças duradouras de que um modo específico de conduta ou um estado final de existência é pessoal e socialmente preferível a um modo de conduta ou estado final de existência oposto”.

Iwai (2016), afirma que valores representariam preferências gerais, relativamente estáveis, a respeito de fins desejáveis (valores terminais) ou modos de conduta desejáveis (valores instrumentais), que guiariam a avaliação e seleção de ações, pessoas e eventos, dependendo da maneira como esses fatos facilitam ou prejudicam o alcance dos valores relativamente mais importantes para o indivíduo.

Quando se valora algo, há uma manifestação da priorização de algo em relação ao seu oposto. Com isso, eles (os valores), serviriam como critérios orientadores, fornecendo justificativa social para escolhas e comportamentos, a partir do julgamento do que é considerado bom ou mau, justificado ou ilegítimo (IWAI,2016).

De acordo com Piaget (1954/2005, p.67).

> O sistema de valores se soma ao sistema de ajuste de forças, constituído pelos sentimentos-regulações. Podemos caracterizá-lo como um enriquecimento da própria ação. Um objeto, uma pessoa, tem valor quando enriquece sua própria ação.
> Esse enriquecimento pode ser uma questão de força, mas é principalmente um enriquecimento funcional: um objeto ou pessoa valorizada pode ser a fonte de novas atividades. Posteriormente, poderemos ver o sistema de valores especificar-se, estabilizar-se, perdurar para além dos comportamentos que envolvem o próprio sujeito, tornando-se também normas de ação.

Para Souza (3) (2011), Piaget aponta algumas definições de valor: 1) valor é a expansão da atividade do eu na conquista do universo; 2) valor é o intercâmbio afetivo com o exterior (objeto ou pessoa); e 3) valor é o aspecto

qualitativo do interesse. E mais: os valores atribuídos às pessoas são o ponto de partida para os sentimentos.

A autora afirma ainda que Piaget concorda com Claparède e sintetiza sua tese: toda conduta é ditada por um interesse, que se relaciona a uma meta para a ação. Estes interesses se revelam sob a forma de valores e são constituídos em essência pela afetividade (SOUZA (3),2011).

Para Piaget (1954/2005, p.53) valor é uma dimensão da afetividade geral e não um sentimento particular e privilegiado. Difícil, porém é identificar quando a valorização intervém e por quê.

Em síntese, a vida afetiva como a vida intelectual é adaptação contínua e as duas adaptações não são somente paralelas, mas interdependentes, visto que os sentimentos exprimem os interesses e os valores das ações, das quais a inteligência constitui a estrutura (PIAGET, 1964/2020).

Sobre crença, Piaget (2005) afirma que para explicar a crença na eficácia, Freud propôs a seguinte teoria em relação: a crença é o produto do desejo.

Segundo este autor (Piaget, 2005, p. 129)

> Há no fundo de toda a magia uma afetividade especial. Trata-se daquilo que encontramos entre os obsedados: o obsedado acredita que basta pensar numa coisa para que esta venha a acontecer ou a não acontecer.
> Como disse um doente a Freud, há em tal atitude a crença na onipotência do pensamento. Ora qual pode ser a atitude afetiva que leva a essa crença? Por meio da análise de seus doentes, Freud foi levado a considerar a magia resultado do narcisismo.

Para o autor, o universo moral é composto de tradições e hábitos impostos por gerações passadas, mas por meio do desenvolvimento da razão, é possível contrabalançar essas tradições e hábitos, submetê-los à crítica, transformá-los e até mesmo aperfeiçoá-los (PIAGET,1994).

De acordo com Piaget (1994, p.75)

> *Há, na criança, atitudes e crenças que o desenvolvimento intelectual eliminará, na medida do possível, há outras, que assumirão sempre maior importância; e, das primeiras às segundas, não há filiação simples, mas antagonismo parcial. Os dois grupos de fenômenos se encontram na criança e no adulto, mas os primeiros predominam nela, os outros, no adulto: é uma*

questão de dosagem, esclarecendo-se que toda diferença de dosagem é, ao mesmo tempo, uma diferença de qualidade global, visto que o espírito é um só.

3. OBJETIVO

O presente estudo teve por objetivo verificar o que faz parte do processo de tomada de decisão do profissional enfermeiro em relação à conduta a ser seguida por ele quando do cuidado prestado à pacientes que apresentam doenças sem possibilidade de cura e que ameaçam a continuidade de vida, e o que o faz optar por uma ou outra conduta como prestador de cuidados.

Partimos do pressuposto de que o *medo da morte* e o "*pensamento mágico*" são alguns dos elementos presentes nesse processo de tomada de decisão.

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de campo com abordagem qualitativa e tratamento quantitativo de dados por meio de estatística descritiva.

Pesquisa exploratória, segundo Andrade (2003), é o primeiro passo de todo o trabalho científico. São finalidades de uma pesquisa exploratória, sobretudo quando bibliográfica, proporcionar mais informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho; definir os objetivos ou formular as hipóteses de uma pesquisa ou descobrir novo tipo de enfoque para trabalho que se tem em mente. Através das pesquisas exploratórias avalia-se a possibilidade de desenvolver uma boa pesquisa sobre determinado assunto. Visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Busca o aprimoramento de ideias sobre o tema ou a descoberta de intuições (insights). Seu planejamento é, portanto, bastante flexíveis, de modo a possibilitar a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2007).

Assim como a pesquisa descritiva, a investigação exploratória começa com um fenômeno de interesse. No entanto, em vez de simplesmente observar e descrever esse fenômeno, os pesquisadores investigam sua natureza, o modo como se manifesta e as condições a ele relacionadas (POLIT, 2011).

4.2 Local da Pesquisa e definição da amostra

A pesquisa foi realizada na cidade de São Paulo, capital. Foram convidados a participar do estudo, enfermeiros que trabalham em serviços que prestam atendimentos em Cuidados Paliativos.

4.3 Caracterização da população do estudo

Participaram do estudo 11 enfermeiros que prestam serviços na cidade de São Paulo/SP, em instituições e/ou serviços especializados em Cuidados Paliativos (atendimento ambulatorial e/ou domiciliar), e que aceitaram participar do

estudo e manifestaram ACEITE no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

4.4 Procedimentos para a coleta de dados

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Parecer n° 4.463.251), a pesquisa foi iniciada. A pesquisadora entrou em contato com os enfermeiros das instituições e/ou serviços para explanar sobre a pesquisa, foi feito o convite a esses enfermeiros e se buscou agendar dia e horário para o encontro onde seria apresentado o TCLE solicitando-lhes assinatura. A ideia inicial era aplicar um questionário de caracterização de população, realizar uma entrevista semiestruturada, solicitar que o enfermeiro confeccionasse um memorial para que pudéssemos investigar as representações de si que esse profissional possivelmente elencaria e por fim, solicitar que o enfermeiro relatasse dilemas morais por ele vivido em seu dia a dia profissional para que pudéssemos utilizar como exemplos de tomada de decisão e conduta clínica

Porém, a Pandemia de Covid – 19 fez com que o planejamento da pesquisa fosse consideravelmente alterado, pois, a realidade mundial em relação aos profissionais de saúde, vivenciando diariamente a rotina de cuidados a pacientes infectados e/ou com sintomas de Covid – 19, tornou praticamente impossível a realização das entrevistas de forma presencial.

Sendo assim, se fez necessário novo contato com aqueles que aceitaram participar do estudo. Nesse contato foi acordado o modo como seria feita a coleta de dados. Foi possível realizar contato presencial com apenas 36% da população participante do estudo. Com a maior parte da amostra (64%), foi necessário realizar a coleta através do envio de formulário digital por e-mail.

Ressalto que foram utilizados os mesmos questionários de caracterização de população e de elucidação da pergunta de pesquisa para os participantes que contribuíram de forma presencial, assim como para aqueles que contribuíram através de formulário digital.

Estava previsto que o estudo contaria com a participação de 20 enfermeiros que trabalhassem especificamente com pacientes em Cuidados Paliativos. Porém, com a exaustão causada por muitas horas de trabalho sem descanso nas unidades de Cuidados Paliativos, assim como pela necessidade de que esses profissionais integrassem também a linha de frente de atendimento à pacientes com Covid-19, a coleta presencial ficou inviável.

Com a necessidade de isolamento social e a impossibilidade de circulação e/ou permanência em ambiente hospitalar para coleta de dados, não foi possível entrar nas instituições de saúde devido aos protocolos de combate à Covid-19.

A Pandemia alterou assim a composição da amostra pretendida. Como já mencionado, o intuito era entrevistar 20 enfermeiros que trabalhassem exclusivamente com atendimentos de pacientes em Cuidados Paliativos, fosse em instituições especializadas, ou através do atendimento domiciliar realizado por empresas de home care. Porém, devido a exaustão dos profissionais de saúde e ao número de enfermeiros integrados nas equipes de linha de frente de combate à Covid-19, o número de participantes ficou reduzido à 11 enfermeiros; sendo que a maior parte da amostra (64%), participou através do preenchimento de formulários digitais (Apêndices A, B e C), do tipo google Forms, enviados por e-mail.

Vale lembrar que alguns enfermeiros que haviam manifestado interesse em participar, acabaram se infectando com a Covid - 19 e ficaram afastados do ambiente de trabalho por longo período. Alguns seguiram em quarentena e tratamento para recuperação em suas casas; outros seguiram hospitalizados por longo período, inviabilizando assim sua participação. A estes “guerreiros” rendo aqui minha singela homenagem e respeito: “muito obrigada pelo empenho e dedicação para com aqueles que mais precisavam de sua atenção e profissionalismo”.

Outros tantos profissionais encontravam-se exauridos, esgotados e acabaram declinando da participação na pesquisa. A estes também segue meu profundo agradecimento: “muito obrigada, pois, sem a dedicação de vocês, muitas famílias estariam hoje dentro das estatísticas de perda de entes queridos”.

Voltando ao detalhamento dos procedimentos de coleta de dados, ressaltamos aqui que a aplicação do questionário de caracterização da população, teve por objetivo caracterizá-la quanto a sua origem (local de nascimento), faixa etária, gênero, tempo de formação, religião professada e tempo de dedicação profissional aos Cuidados Paliativos.

Já em relação ao questionário elaborado para a pesquisa, a ideia foi obter informações que permitissem saber se o profissional enfermeiro que atua em Cuidados Paliativos, realiza sua atividade profissional pautando-se apenas nas premissas e protocolos técnicos, ou se nessa tomada de decisão para direção de conduta, estariam implícitos valores que fazem parte de sua formação como indivíduo e/ou se esse profissional faz ainda uso do pensamento mágico, tal como caracterizado e exemplificado nos escritos de Jean Piaget.

Vale mencionar ainda uma alteração metodológica realizada devido a impossibilidade de realização de entrevista presencial com a maior parcela dos participantes. Inicialmente, o questionário foi pensado como uma entrevista semiestruturada, que daria a possibilidade de deixar que o entrevistado se sentisse à vontade para dizer o que pensava sobre o assunto durante as gravações.

Porém, diante das dificuldades em se realizar uma entrevista de forma presencial e gravar as respostas para realizar posteriormente a análise do conteúdo, percebemos que diante deste obstáculo chamado Pandemia de Covid-19, a única opção seria realizar a aplicação de um questionário com perguntas objetivas e perguntas abertas em formato remoto.

Acreditamos que as entrevistas semiestruturadas poderiam ter trazido uma gama maior de informações sobre o assunto pesquisado, pois, acreditávamos que com mais tempo para pensar e elaborar sua resposta e em um ambiente mais adequado para a realização das entrevistas, o participante poderia aprofundar e elaborar com mais tranquilidade suas respostas.

Já sabíamos de antemão que não teríamos respostas prontas e diretas sobre o assunto, pois, não é muito comum que o profissional enfermeiro realize

escolhas profissionais totalmente desvinculadas de protocolos e normas de conduta. Porém, acreditávamos que em um ambiente tranquilo, sem a pressão do tempo e das chefias indicadas pela hierarquia pautada pela profissão, o profissional poderia ter mais tempo para olhar para si, olhar para o seu fazer profissional. Observar e contemplar sua conduta.

Mas de acordo com a necessidade, fizemos algumas pequenas mudanças nas questões e confeccionamos um questionário com questões objetivas e questões abertas, acreditando que dessa forma, as respostas ao questionário seriam capazes de indicar se o profissional enfermeiro, que trabalha com Cuidados paliativos específicos, apresenta valores implícitos que fazem parte de sua formação como indivíduo e quem sabe até, faça uso do pensamento mágico para justificar suas escolhas em relação à sua conduta diária de cuidados para com seu paciente.

4.5. Procedimentos para a análise de dados

Para os dados quantitativos, foi realizado o tratamento por meio de estatística descritiva.

Optamos pela estatística descritiva, para que pudéssemos descrever os conjuntos de dados de nossos achados, fazendo uso de técnicas com o intuito de apresentar nossos dados da maneira mais clara possível.

Nos mais diferentes campos, o emprego de técnicas estatísticas baseia-se no tratamento de dados que podem ser obtidos de dois diferentes conjuntos de elementos: população ou amostra (MORAIS,2007).

De acordo com Morais (2007, p.16)

> ... define-se população como o conjunto composto por todos os elementos, adequadamente definidos em função de tempo e espaço, que possuem com uma ou mais características comuns.
> Independentemente de se pretender estudar características de populações finitas ou infinitas, geralmente as pesquisas possuem vários elementos que limitam, ou mesmo, impedem que seja estudada toda a população. Limitações relacionadas ao tempo, recursos econômicos e humanos, entre outras, fazem com que os pesquisadores estudem apenas uma parte da população. Esta parcela da população que é estudada recebe o nome de amostra.

> Conceitualmente, uma amostra é um subconjunto composto por um número limitado e conhecido de elementos extraídos da população (o tamanho da amostra, isto é, o número de elementos ou observações que a compõe, é representado por n – minúsculo). Na grande maioria das vezes, tal subconjunto é estudado com o objetivo de tirar conclusões que possam ser generalizadas para toda a população que o originou.

Já para a análise qualitativa, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. Para esta autora, a análise de conteúdo permite lidar com comunicações para além dos seus significados imediatos (BARDIN,2016).

A autora define ainda que, análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações (BARDIN,2016).

De acordo com Bardin (2016, p.37)

> *...não só um instrumento, mas um "leque de apetrechos; ou, com maior rigor, um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.*

Segundo esta autora, há 50 anos, em meados dos anos 1970, assistiu-se a um período extremamente fértil de desenvolvimento das ciências sociais e humanas. A autora afirma ainda que a liberdade de expressão, a efervescência do pensamento e a explosão da comunicação obrigavam a estar à escuta.

A este respeito, entretanto, elenca uma série de questionamentos:

- Como estar à escuta, cientificamente e com rigor de palavras, de imagens, de textos escritos e discursos pronunciados?

- Como passar do uno ao múltiplo?

- Como compreender, analisar, sintetizar e descrever inquéritos, artigos de jornais, programas de rádio ou de televisão, cartazes publicitários, documentos históricos e reuniões de trabalho?

Essa inquietude apresentada por Bardin aparece porque, naquele momento, o método de análise dessas comunicações ainda não existia.

Era notória a necessidade de um método que pudesse analisar a gama de comunicaões que "explodiram" naquele momento, pois, o interesse por compreender tamanha gama de informações era latente.

O que seria então a análise de conteúdo? Como realizá-la?

Para Bardin (2016), a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeicoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes), extremamemte diversificados; e o fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência.

Para a autora, enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade.

Em relação à inferência, citada pela autora, ao procurar no minidicionário escolar de língua portuguesa sua definição, encontramos:

- In.fe.rên.cia *s.f.* 1. Ato ou efeito de inferir. 2.Consequência, conclusão.

- In.fe.rir v.t. Deduzir pelo raciocínio, concluir.

É possivel perguntar então, se a inferência é tão subjetiva quanto pareceu ser ao olhar de Bardin.

Antes de analisar as comunicações segundo as técnicas modernas do século XX, tornadas operacionais pelas ciências humanas, os textos já eram abordados de diversas formas. Por detrás do discurso aparente geralmente simbólico e polissêmico esconde-se um sentido que convém desvendar (BARDIN,2016).

As diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin,2016, p.125).

Ainda de acordo com Bardin (2016. P. 125)

> A pré-análise é a fase de organização prorpiamente dita. Corrsponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento da operações sucessivas, num plano de análise. Recorrendo ou não ao computador, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível (quer dizer, que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise), deve, no entanto, ser preciso.

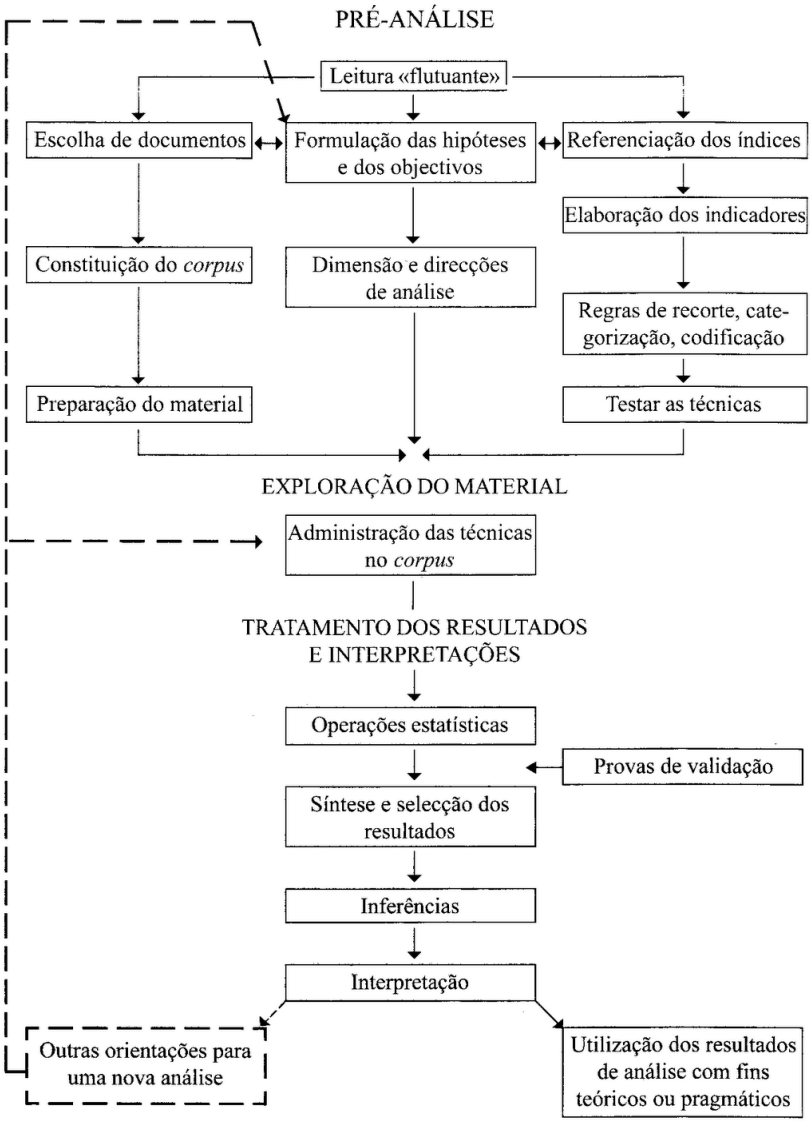
Para a autora, geralmente essa primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2016).

Em relação à exploração do material e o tratamento dos resultados (2º polo cronológico), de acordo com Bardin (2016, p.131)

> Se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas.
> Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos. Operações estatístivas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas e modelos, os quais condenseam e põesm em relevo as informações fornecidas pela análise.

Ilustração 4 – Desenvolvimento de uma análise

Desenvolvimento de uma análise



Fonte: Bardin,2016, p.132

Considerando esta apresentação do método de análise é importante ressaltar que na presente pesquisa foi realizada análise de respostas a questões abertas. Optamos por esse tidpo de análise, porque nos permitiria realizar uma análise temática dividindo as respostas em temas principais para dar sequência à denominação das características associadas ao tema central investigado.

Para a análise temática, podemos dividir o texto em alguns temas principais que poderão ser aperfeiçoados, eventualmente, em subtemas se o desejarmos (BARDIN, 2016).

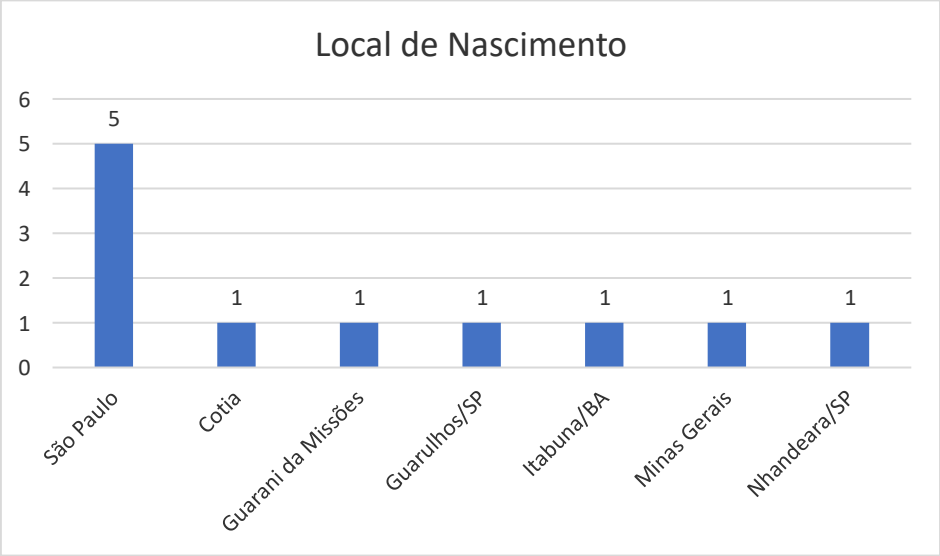
Segundo Bardin (2016), a análise de respostas a questões abertas, trata de examinar as respostas a um inquérito que explora as relações psicológicas que o indivíduo mantém com o tema abordado.

Sendo assim, fizemos a análise do conteúdo das respostas dadas pelos participantes às questões do questionário, por meio da separação por temas, conforme a indicação de Bardin. As considerações mais detalhadas sobre esta separação serão apresentadas na seção de Resultados e Discussão.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

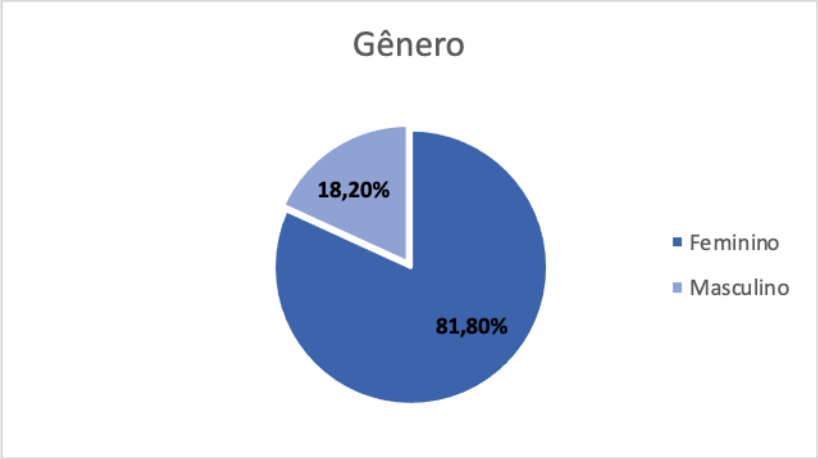
Em relação ao local de nascimento, temos em nossa amostra 80% dos participantes naturais da região sudeste, 10% as Região Sul e 10% da região Nordeste, sendo 45% de nossa amostra, natural de São Paulo, Capital.

Gráfico 1



Este estudo evidenciou que 54,54% da população participante tem mais 40 anos de idade, sendo que destes, 18,18% têm 55 anos ou mais, sendo 81,8% dos participantes do gênero feminino, 18,20% do gênero masculino conforme aponta nosso gráfico abaixo. Lembramos que existe predominância do gênero feminino na categoria de profissionais de enfermagem.

Gráfico 2

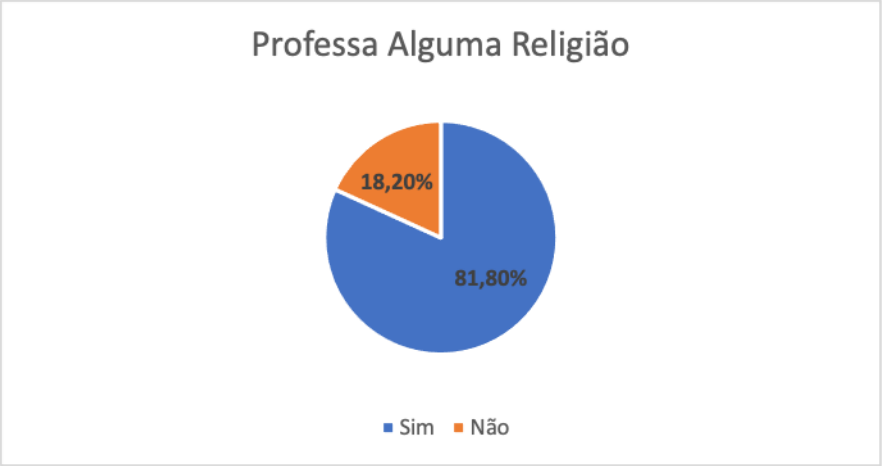


Perguntamos para os participantes se professavam alguma religião e se positivo, qual seria.

Essa questão foi inserida no questionário com o intuito de verificar se haveria diferença na prática profissional daqueles que professavam alguma religião e, se a religião praticada poderia influenciar na tomada de decisão profissional, pois, acreditávamos que se essa hipótese fosse verdadeira, verificaríamos nos discursos algum apontamento a respeito.

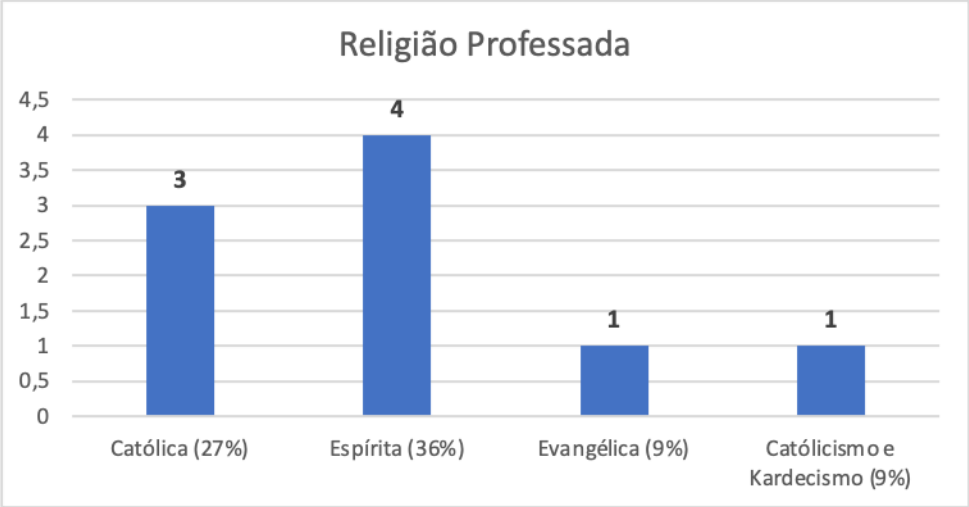
Nosso resultado mostrou que 81,8% dos participantes professam religião e apenas 18,2% afirmam não professar religião.

Gráfico 3



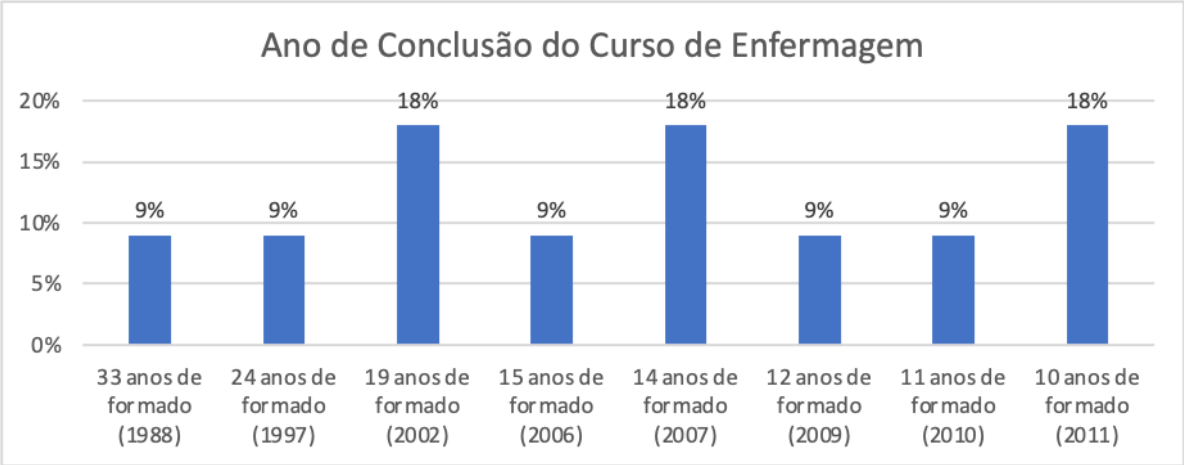
Do total de participantes que professam alguma religião, temos 36% dos participantes manifestando professar a religião Espírita, 27% manifestaram professar a religião Católica, 9% a religião Evangélica e 9% indicaram professar o Catolicismo e Kardecismo ao mesmo tempo. Vale ressaltar aqui que o Kardecismo é também considerado Espiritismo, porém apresenta uma forma diferenciada das religiões de matrizes africanas que também são consideradas Espiritismo.

Gráfico 4



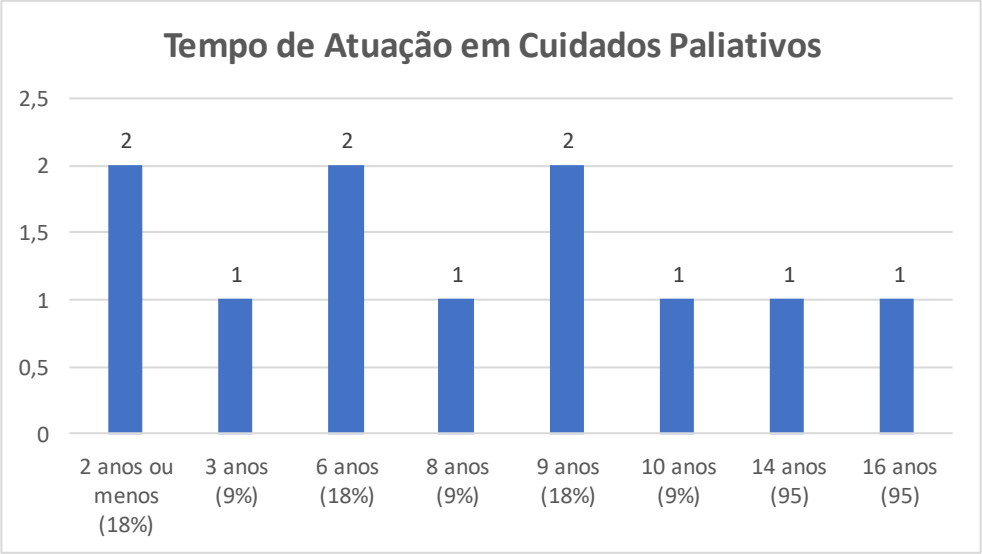
Fizemos o levantamento do tempo de formação de nossa amostra e verificamos que 82% tem mais de 10 anos de formação, sendo que destes, 45% se formou há 15 anos ou mais. O intuito deste levantamento foi verificar se existe relação entre o tempo de formação e a escolha por trabalhar em Cuidados Paliativos. Através de nossos achados podemos inferir que o número de profissionais que se direcionam ao trabalho com pacientes em Cuidados Paliativos apresentam maior tempo de formação. Vale lembrar que 100% dos participantes tem experiência em outras áreas de assistência dentro da enfermagem, sendo 36,3% com experiência na área de atenção primária à saúde.

Gráfico 5



Perguntamos também aos profissionais o que os levou a escolher os Cuidados Paliativos como área de atuação, com o intuito de realizarmos uma comparação das repostas com o achado acima.

Gráfico 6



Do total de nossa amostra, trabalham com pacientes em Cuidados Paliativos há 9 anos ou mais 45% dos participantes, sendo que apenas 9,1% tem especialização em Cuidados Paliativos; ou seja, 90,9% da população estudada que trabalha diariamente com pacientes indicados aos Cuidados Paliativos, não possui formação específica. A partir deste dado, nos perguntamos qual a preparação que estes profissionais tiveram para ingressar em área tão específica? A experiênica em outras área faculta a este profissional habilidades necessárias para prestar cuidado à pacientes tão ímpares como os indicados aso CP? Outra questão ainda é: estes profissionais conseguiriam aprofundar o questionamento a respeito de como elaboram sua tomada de decisão profissional sem pautar apenas a utilização de protocolos e regras, uma vez que como não tem especialização na área, porvavelmente não tem também embasamento teórico em relação aos fatores que interferem diretamente na conduta profissional específica utilizada em CP?

Cabe aqui ressaltar que 81.8% da amostra realizou curso sobre processo de morte e morrer, porém apenas 36,4% realizou curso de comunicação de notícias difíceis, fato este que levanta uma questão a respeito dos cursos sobre morte e morrer: é possível construir um curso sobre processo de morte e morrer sem que seja inserido espaço para discussões sobre maneiras de comunicar noticias difíceis? Eis aqui uma questão interessante, mas que fica para uma próxima abordagem de estudo. Porém, levando em consideração a prática profissional da autora desta pesquisa (tanto na assistênica como na docência), podemos afirmar que não é possivel excluir a teoria e a experiência em dar noticias dificeis num curso de morte e morrer. Como já mencionamos, a morte e o morrer apesar de inerentes à vida, são ainda um tabu. Temos ainda muita dificuldade de elaborar o luto, uma vez que de maneira geral não nos sentimos preparados para esse tipo de perda.

Apresentamos a seguir a análise por temática e algumas observações, pois, conforme indica Bardin (2016, p. 68), a partir de uma primeira leitura flutuante podem surgir intuições sobre as quais convêm formular hipóteses.

Quadro 1 - Tema **Opção pela área de atuação profissional**. Montado a partir das respostas à questão: O que te levou a trabalhar com pacientes indicados aos Cuidados Paliativos?

Sequências	Enunciação
Entrevistado 1 - "Resposta a melhor condição à qualidade de vida e processo de finitude"	*"melhor condição", "qualidade de vida"*
Entrevistado 2 - "Oportunidade de trabalho e após, **amor pela área**"	*"oportunidade de trabalho", "afinidade"*
Entrevistado 3 - "O mercado de trabalho, por não ter profissionais apenas para cuidados paliativos"	*"mercado de trabalho", "oportunidade de trabalho"*
Entrevistado 4 - "Humanização, Cuidado adequado"	*"humanização"*
Entrevistado 5 - "Não é uma escolha, foi necessidade das empresas"	*"necessidade"*
Entrevistado 6 - "Já na minha primeira experiência profissional em uma Unidade de Saúde da Família trabalho com pacientes em cuidados paliativos seja por demência, câncer, entre outras doenças"	*"experiência profissional"*
Entrevistado 7 - "Era a vaga disponível no hospital"	*"disponibilidade da vaga"*
Entrevistado 8 - "Profissão, vivência profissional em assistência"	*"vivência profissional"*
Entrevistado 9 - "Disponibilidade de horário"	*"disponibilidade de horário"*
Entrevistado 10 - "Afinidade por atender pacientes com demandas a serem sanadas do ponto de vista física, psíquica e espiritual, e ser um agente direto ou intermediário para minimizar estes desconfortos"	*"afinidade", "minimizar desconforto"*
Entrevistado 11 - "Necessidade da empresa"	"mercado de trabalho", "oportunidade de trabalho"

Fonte: A autora

Vale a pena ressaltar aqui que apenas 9,10% da amostra tem especialização em Cuidados paliativos e ao observar as respostas, verificamos que a maioria dos respondentes aponta que sua escolha foi feita devido à disponibilidade de vaga ou horário de trabalho, ou apenas por ser oportunidade de trabalho.

É importante apontar também que somente 9,10% dos participantes, ao falarem de sua experiência profissional, declaram experiência em Cuidados Paliativos mesmo tendo como resultado que, 45% da amostra trabalha em Cuidados Paliativos há 9 anos ou mais. Ou seja, apesar de trabalharem em Cuidados Paliativos há anos, 90,9% dos participantes aponta experiência profissional em várias outras áreas como: pediatria oncológica, neonatologia, estomaterapia, hematologia, radioterapia, cardiologia, geriatria, UTI, urgência e emergência, clínica médica cirúrgica, atenção primária a saúde, assistência domiciliar, assistência hospitalar, unidade básica de saúde, consultoria de enfermagem, auditoria de contas médicas, saúde coletiva, gestão em saúde populacional, docência, hemodiálise, obstetrícia, atividade ambulatorial para consulta, procedimentos cirúrgicos; mas não indica tempo de experiência em Cuidados Paliativos que é sua área atual de trabalho.

Podemos refletir aqui sobre isto perguntando se o fato de não possuírem especialização na área pode ter interferido nas respostas referentes à sua experiência profissional? Para que possamos fazer essa constatação, precisaremos em outro momento entrevistar estes participantes por meio de uma entrevista semiestruturada, para tentar verificar se essa possível explicação é realmente válida

Cabe ainda fazer uma observação: analisando as respostas dadas pelos participantes ao questionário, verificamos que talvez o formato da questão ou mesmo a ordem em que as questões foram colocadas, podem não ter deixado clara a intenção da pergunta e, ter deixado a impressão de que as respostas precisariam ser mais curtas e objetivas e não abertas e longas. Talvez não tenhamos dado a abertura que gostaríamos para que o respondente tivesse tempo de refletir e elaborar respostas de maneira a aprofundar o assunto em questão. Acreditamos que talvez uma entrevista, em ambiente calmo, sem a pressa e a pressão do ambiente de trabalho pudessem dar margem a respostas com maior nível de aprofundamento.

Quadro 2 - **Formação acadêmica**. Montado a partir das respostas à questão: Como vê a influência de sua formação no trabalho com pacientes indicados aos Cuidados Paliativos?

Sequências	**Enunciação**
Entrevistado 1 - "A real indicação técnica sob a clínica inserida, com proposta de cuidados e plano terapêuticos individualizados ao paciente e a família"	*"melhor condição técnica", "mais capacidade de orientar"*
Entrevistado 2 - "Totalmente pertinente. Cuidados paliativos é ainda algo que vem crescendo, vem tomando importância no setor de saúde e auxiliando no processo da quebra dos paradigmas. A minha formação compartilha muito com esse processo e pode auxiliar cada vez mais na conquista dessa evolução do atendimento com humanização, sem sofrimento, conforto e acolhimento ao paciente e seus familiares, que estão no processo de cuidados paliativos"	*"pertinente", "crescimento", "quebra de paradigmas", "formação importante", "processo de humanização", "acolhimento", "qualidade"*
Entrevistado 3 - "Acredito que devido a formação do enfermeiro ser biopsicossocial, ajuda muito na atuação de cuidados paliativos"	*"formação biopsicossocial"*
Entrevistado 4 - "Sim., faz com que o atendimento seja mais acolhedor e humano, com segurança e qualidade respeitando cada indivíduo"	*"acolhimento", "segurança", "qualidade no atendimento", "atendimento respeitoso"*
Entrevistado 5 - "Vejo confiança e segurança dos beneficiários em enfermeiros que possuem o conhecimento de paliatividade"	*"confiança", "segurança"*
Entrevistado 6 - "Embora não tenha feito nenhum curso em específico, desde a minha formação sempre tive professores que apoiavam duas premissas básicas: aprimoramento técnico científico contínuo e escuta ativa aliada ao acolhimento e ao respeito ao outro, à história e aos desejos de cada pessoa. Esse olhar para a individualidade e o respeito foram fundamentais e continuam sendo em cada ser humano que cuidamos direta ou indiretamente, ainda mais essencial em se tratando de cuidados paliativos"	*"aprimoramento técnico", "conhecimento científico". "escuta ativa", "acolhimento", "respeito", "olhar para a individualidade"*
Entrevistado 7 - "Vejo que minhas experiências profissionais me deram a possibilidade de vivenciar todo o processo do adoecer dos pacientes e como é importante estarmos presentes nesses momentos de fragilidade dos mesmos, ainda assim é preciso mais treinamentos e vivencias para que possamos atuar com segurança e assertividade nos casos que se tornam paliativos"	*"treinamento (técnico)", "segurança", "assertividade"*

Entrevistado 8 - "Humana"	*"humanização"*
Entrevistado 9 - "O cuidado paliativo faz parte da minha vida profissional há 03 anos, atuei como enfermeira obstetra por 08 anos e por necessidade pessoal precisei mudar de setor, sendo transferida para a hospedaria cuidados paliativos - HSPM. Hoje desempenho meu papel como paliativista, aprendi e estou aprendendo muito com essa nova filosofia de vida, digo que não escolhi, fui escolhida por estar neste universo do cuidar do outro com qualidade de vida"	*"aprendizado com a experiencia profissional vivida", "escolha"*
Entrevistado 10 - "A influência foi espontânea, pelos desafios que foram surgindo durante a profissão, as oportunidades e os convites para esta realidade e filosofia paliativista"	*"desafios", "oportunidade"*
Entrevistado 11 - "Por conhecer alguns profissionais que atuam especificamente com os Cuidados Paliativos, é possível identificar novos perfis para esta assistência e acesso para discussão direcionando para os cuidados mais específico, conforme a necessidade do paciente".	"novo perfil profissional de acordo com a necessidade do paciente"

Fonte: A autora

Podemos inferir que de maneira geral, os profissionais participantes percebem a influência de sua formação no que diz respeito à humanização do cuidado, principalmente do cuidado prestado a pacientes indicados aos Cuidados Paliativos, assim como, percebem também que trabalhar na área de Cuidados Paliativos leva-os a ter oportunidade de apresentar condutas pautadas na assistência de qualidade, com segurança e assertividade, com um olhar voltado para a individualidade do paciente, mas sem deixar de lado a importância do aprimoramento técnico científico contínuo e da escuta ativa, que humaniza o ato de cuidar.

Gostaríamos aqui de traçar um paralelo entre as falas dos participantes e o que diz Piaget em relação à conduta.

Para Piaget, toda conduta é ditada por interesses, que se relacionam a uma meta para a ação e estes interesses se revelam sob a forma de valores e são constituídos em essência pela afetividade.

Quando perguntamos aos participantes como eles veem a influência de sua formação no trabalho com pacientes indicados aos Cuidados Paliativos, obtivemos como respostas expressões como: *“humanização, acolhimento, respeito, desejos, estar presente, respeito ao outro e sua história, individualidade, respeito ao indivíduo, necessidade de treinamento e vivências em Cuidados Paliativos, não ter escolhido os Cuidados Paliativos como área de atuação, desafios e oportunidade”*.

Poderíamos então inferir que os participantes manifestam em sua fala *interesses, que se relacionam a uma meta para a ação e estes interesses se revelam sob a forma de valores* (acolhimento, humanização, respeito, desejo)*, e seriam estes, constituídos em essência pela afetividade.* Podemos inferir que quando citam o cuidado humanizado como resultado de sua formação, ou ainda, quando alegam que estar presente, respeitar o indivíduo e sua história, acolher paciente e sua família, fazem alusão ao valor como intercâmbio afetivo com o exterior (objeto ou pessoa).

Para Piaget (1945/2020), os valores atribuídos às pessoas são o ponto de partida para os sentimentos.

> Em síntese, a vida afetiva como a vida intelectual é adaptação contínua e as duas adaptações não são somente paralelas, mas interdependentes, visto que os sentimentos exprimem os interesses e os valores das ações, das quais a inteligência constitui a estrutura (PIAGET, 1945/2020).

Para o autor, o universo moral é composto de tradições e hábitos impostos por gerações passadas, mas por meio do desenvolvimento da razão, é possível contrabalançar essas tradições e hábitos, submetê-los à crítica, transformá-los e até mesmo aperfeiçoá-los (PIAGET,1994).

Quadro 3 - **Prolongamento da vida de pacientes diagnosticados sem possibilidade de cura.** Montado a partir das respostas às questões: Alguma vez já realizou procedimentos e/ou processos que visem o prolongamento da vida de pacientes diagnosticados sem possibilidade de cura? Se sim, poderia dizer o que o motivou a fazê-lo?

Sequências	**Enunciação**
Entrevistado 1 - Não realizou	*Não realizou*
Entrevistado 2 - Por solicitação e consenso entre familiar e equipe médica.	*"consenso equipe e família"*
Entrevistado 3 - Prescrição médica e não consentimento da família para cuidados paliativos.	*"consenso equipe e família"*
Entrevistado 4 -Protocolo da empresa	*"protocolo da empresa"*
Entrevistado 5 - Não realizou	*Não realizou*
Entrevistado 6 -Desejo da família.	*"desejo da família"*
Entrevistado 7 -Por exigência da família, por prescrição médica, por solicitação do paciente.	*"desejo da família", "consenso da equipe", "solicitação do paciente"*
Entrevistado 8 - Prescrição médica, solicitação da família	*"consenso equipe e família"*
Entrevistado 9 - Não realizou	*Não realizou*
Entrevistado 10 - O procedimento que visa minimizar sintomas e dar dignidade se for um evento agudo, o profissional da saúde pode fazê-lo, porém ele deve saber que isso não trará ou reverterá o quadro geral do paciente. Já fiz para sanar um evento agudo e não para reverter o quadro geral.	*"sanar evento agudo" (qualidade de vida)*
Entrevistado 11 - Cuidava de uma senhora no domicílio. No momento da morte, que a paciente estava partindo realizei PCR para tentar reverter o momento.	"escolha”? "protocolo"?

Fonte: A autora

De acordo com os dados coletados por meio do questionário de caracterização e do questionário para elucidação da pergunta de pesquisa, podemos afirmar que da amostra estudada, 72% dos respondentes já realizaram procedimentos e/ou processos que visem o prolongamento da vida de pacientes diagnosticados sem possibilidade de cura, sendo que 60% deles afirmaram que participaram devido a pedido da família ou por determinação da equipe multiprofissional.

Vale lembrar aqui que todos os participantes, afirmaram ser correto que haja discussão dos casos com toda a equipe clínica, assim como foi unanimidade o discurso de que sempre haverá discordância.

Mas acreditamos que o ponto forte das respostas à essas questões é o fato de que podemos inferir que o que prevalece é: o protocolo, as regras e o conhecimento científico na tomada de decisão, pois, apesar de discordarem da realização de tal tipo de procedimento ou processo, temos 72% de respondentes que já participou desse tipo de procedimentos e/ou processo. Sendo assim, inferir também que em sua maioria, as respostas pareceram “politicamente corretas”; talvez por terem respondido em um formulário e não em uma entrevista. Neste momento não temos como confirmar essa hipótese, mas fica aqui mais uma questão que pretendemos averiguar em continuidade a este estudo.

Quadro 4 – **Tomada de decisão profissional**. Montado a partir das respostas às questões: O que você leva em consideração para tomar decisões no processo de cuidado implantado para os pacientes que você atende? Por quê?

Sequências	**Enunciação**
Entrevistado 1 - Clínica, diagnóstico, história pregressa, últimas internações e histórico social, porque são fatores importantes para a decisão do plano de cuidados. - Questões sociais além de todas as outras já mencionadas	*"quadro clínico"*
Entrevistado 2 - Contexto social, quadro clínico, possibilidade de evolução, antecedentes, custo-benefício. - Respeito ao paciente e sua opinião, familiares envolvidos, evolução e conhecimento técnico.	*"contexto social", "quadro clínico", "custo-benefício"*
Entrevistado 3 - Decisão junto com a equipe multidisciplinar e família - A discussão em equipe para a tomada de decisões.	*"decisão da equipe”, “decisão da família"*
Entrevistado 4 -A Necessidade do paciente e a segurança - As escalas e as necessidades de cada paciente	*necessidade do paciente, "segurança do paciente"*
Entrevistado 5 - Centralizo no olhar técnico, em funções que apenas podem ser executadas por profissionais da área de saúde, descartando as funções básicas de um cuidador ou familiar. - Indicação técnica do atendimento, problemas sociais	*"olhar técnico", "descarto cuidador e família"*

importantes.	
Entrevistado 6 - Diretrizes técnicas, embasadas cientificamente, que possuem aplicabilidade mediante às normas e estratégias da empresa em que trabalho. - Técnica, atualização científica, diretrizes da instituição e desejos do paciente. Busco sempre o equilíbrio entre esses fatores.	*"diretrizes técnicas", "embasamento científico", "normas e estratégias da empresa"*
Entrevistado 7 -A história clínica, informações sobre o estado psicossocial, condições financeiras, o suporte familiar a rede de apoio e rede assistencial do paciente porque são fatores que interferem diretamente no cuidado.	*"história clínica", "estado psicossocial", "condições financeiras", "suporte familiar", "rede de apoio"*
Entrevistado 8 - Humanização, dependência, aceite - Bem-estar do paciente, humanização, conforto, tratamento proposto	*"humanização", "aceite"*
Entrevistado 9 - Introduzir no contexto e no plano de cuidados pacientes/familiares, a equipe multiprofissional. Porque o familiar e o paciente quando bem orientados/paliados, facilita nas condutas e tomadas de decisões. - Conhecimento, respeito e aceitação do paciente ao cuidado paliativo.	*"participação do paciente", "participação da família", "decisão da equipe multiprofissional"*
Entrevistado 10 - O processo do cuidado está muito ligado ao levantamento de problemas que realizamos através de uma anamnese, uma vez levantados os problemas, inicia-se o plano de cuidados. É importante inserir a família neste plano de cuidados. - Levo em consideração o conhecimento, os problemas levantados e o nosso conhecimento científico; a tomada de decisão sempre em conformidade com a opinião do que foi decidido em reunião multiprofissional	*"levantamento de problemas", "anamnese", "inserção da família no plano de cuidados"*
Entrevistado 11 - Aspectos fisiológicos, aspectos psicológicos, aspectos culturais. Acredito que o olhar do todo faz total diferença para a melhor tomada de decisão. - Conhecimento técnico, experiências vividas e desejo do paciente.	"Aspectos fisiológicos"," aspectos psicológicos"," aspectos culturais", "olhar o todo"

Fonte: A autora

Ao serem questionados sobre o que levam em consideração para tomar decisões no processo de cuidado implantado para os pacientes e o porquê; os

participantes afirmam considerar conhecimento científico, normas, regras, quadro clínico, diretrizes técnicas, protocolo da empresa e discussão de caso clínico dentro da equipe multiprofissional. Verificamos que 81,20% da amostra, apesar de afirmar como rotina, a discussão dos casos com toda a equipe, já discordaram alguma vez do posicionamento de sua equipe em relação a conduta indicada. Verificamos também que 63% da amostra aponta considerar importante determinação conjunta com a equipe multiprofissional, além de considerar um sistema de valores um tanto quanto subjetivos, tais como: opinião da família em relação à melhor conduta a ser tomada, participação do paciente em sua tomada de decisão, aspectos culturais e rede de apoio ao paciente.

Como já mencionamos anteriormente, para Piaget (1954/2005), o sistema de valores se soma ao sistema de ajuste de forças, constituído pelos sentimentos-regulações.

De acordo com Piaget (1954/2005, p. 67)

> *...uma pessoa, tem valor quando enriquece sua própria ação. Esse enriquecimento pode ser uma questão de força, mas é principalmente um enriquecimento funcional: um objeto valorizado, uma pessoa pode ser a fonte de novas atividades. Mais tarde, poderemos ver o sistema de valores se especificar, estabilizar, perdurar para além dos comportamentos que envolvem o próprio sujeito, e também tornar-se normas de ação.*

Os respondentes afirmaram categoricamente fazer uso de embasamento teórico científico, normas e regras.

É possível passar de valores assim definidos para valores que geralmente são chamados de “valores desinteressados”, que não parecem levar a um enriquecimento da ação do sujeito, mas, sim, pelo contrário, aos sacrifícios (PIAGET, 1954/2005, p.67).

Percebemos essa transição quando verificamos nas falas dos respondentes, que eles afirmam levar em consideração no processo de tomada de decisão, aspectos subjetivos, tais como: influência de questões sociais, respeito à opinião do paciente e sua família, estado psicossocial, suporte familiar, humanização, aspectos psicológicos e aspectos culturais.

Vários desses fatores subjetivos são ligados a valorizações, articulando-se aos aspectos técnicos que fazem parte do processo de tomada de decisão profissional dos enfermeiros participantes.

Quadro 5 – Influência de crenças pessoais na tomada de decisão profissional. Montado a partir das respostas às questões: Você acha correto o profissional se deixar influenciar por crenças pessoais, para tomar decisões relativas ao cuidado de seus pacientes? Comente a resposta anterior.

Sequências	Enunciação
Entrevistado 1 - Crença pessoais, não é um fator que auxilia ao plano de cuidados e sim o foco é o paciente e a família visto de forma individualizada.	*"crença pessoal não auxilia", "foco no paciente e família"*
Entrevistado 2 - Independente do que se acredita, a saúde e conhecimento técnico deve estar em primeiro lugar	*"conhecimento técnico em primeiro lugar"*
Entrevistado 3 - Não podemos levar em conta nossas crenças, elas são nossas não do paciente.	*"nossas crenças são nossas e não do paciente", "foco no paciente"*
Entrevistado 4 -Não podemos levar para o pessoal os atendimentos, precisamos ter empatias e ações técnicas	*"empatia e ações técnicas"*
Entrevistado 5 - O cuidado deve ser centrado no paciente.	*"cuidado centrado no paciente"*
Entrevistado 6 -O embasamento técnico científico deve ser aplicado respeitando os desejos de cada paciente.	*"embasamento teórico científico respeitando desejo do paciente"*
Entrevistado 7 -É preciso respeitar as decisões dos pacientes, pois nesse momento ele é o centro do cuidado.	*"respeito às decisões do paciente"*
Entrevistado 8 -Cada um tem uma cultura	*"diferentes culturas"*
Entrevistado 9 - Precisamos respeitar as crenças de cada paciente, dependendo do que ele acredita, proporciona forças para ajudá-lo no processo de cuidado e entender o nosso papel do cuidado paliativo.	*"respeito a crenças de cada paciente",*
Entrevistado 10 - Não acho correto se deixar influenciar, porém respeito a crença pessoal. Penso que é necessário validar e deixar claro a conduta clínica que está em outro contexto.	*"respeito à crença pessoal", "necessidade de validar conduta"*

Entrevistado 11 - Cada indivíduo é único, a dor, as vontades, desejos, sonhos diz respeito ao próprio ser, quando isso é respeitado toda a terapêutica é mais fácil de conduzir.	"respeito ao indivíduo facilita a terapêutica"

Fonte: A autora

Ao questionarmos sobre crenças pessoais serem fatores influenciadores na tomada de decisão profissional, 100% dos participantes afirmam que as crenças não devem ser levadas em consideração no momento de tomada de decisão clínica.

No entanto, os participantes afirmam que: respeito aos aspectos culturais da família e paciente, participação da família na tomada de decisão, consenso entre a opinião da família e equipe clínica, contexto e histórico social, suas crenças não são as crenças do paciente, existência de diferentes culturas, respeito à crença pessoal, respeitar o indivíduo facilita a terapêutica, respeito à decisão do paciente e respeito ao desejo do paciente, devem ser levados em consideração no momento de tomar uma conduta profissional em relação ao paciente por ele atendido. Sendo assim, podemos verificar implícitos em sua tomada de decisão profissional, fatores motivadores contendo aspectos da subjetividade.

O aparecimento dessa subjetividade aqui, pode indicar a demonstração de respeito a si próprio (crenças e valores que o formam como ser humano), enquanto respeita os desejos e a cultura da família e do paciente por ele cuidado, pois, ao levar em consideração fatores culturais, desejos e crenças de seus pacientes e famílias, sendo estes desejos e crenças também algo subjetivo, estaria também este profissional, levando em consideração suas próprias crenças, valores, subjetividade e afetividade.

Considerando que 100% de nossa amostra foi enfática e objetiva ao afirmar categoricamente que não acha correto o profissional se deixar influenciar por crenças pessoais para tomar decisões relativas ao cuidado de seus pacientes, mas ao comentar sua resposta, de maneira geral todos consideram a opinião da família, do paciente, assim como sua cultura, suas crenças e seus desejos. Isso nos faz questionar mais uma vez se a forma como

a pergunta foi apresentada, pode tê-los levado a escolher entre a opinião própria e o que aprenderam na faculdade, respondendo assim de forma politicamente correta novamente. Talvez o instrumento os tenha encaminhado para respostas mais “fechadas” e em formato mais adequado ao seu conhecimento científico e isso tenha deixado de fora o apontamento sobre suas crenças e valores.

Na tentativa de enfatizar a percepção sobre a influência do instrumento sobre as respostas dos participantes, faremos aqui a análise separadamente de dois respondentes. São eles os dois participantes que responderam ao questionário de forma presencial.

Optamos por apresentar a análise das respostas destes dois indivíduos separadamente para demonstrar que possivelmente, a presença do pesquisador pode ser um diferencial no conteúdo das respostas, tendo em vista que presencialmente o pesquisador pode tirar dúvidas relativas às questões, clarificar e explicitar melhor o que quer saber em relação a cada questão, mesmo sem direcionar o participante. A presença do pesquisador durante o processo, pode facilitar o entendimento e consequentemente, dar espaço a respostas mais claras, menos engessadas e com um maior aprofundamento, sendo de cunho menos polido e politicamente correto, pois, abre espaço para o diálogo e melhor comunicação.

A seguir, apresentamos um quadro com as características dos dois respondentes, que doravante identificaremos com Respondente A e Respondente B

Quadro 6 – Análise respondentes A e B

Respondente A	**Respondente B**
Feminino	Masculino
Natural de Itabuna - BA	Natural de São Paulo
Não professa religião	Religião Católica
Se formou em 2002	Se formou em 1997
Trabalha em Cuidados Paliativos há 3 anos	Trabalha em Cuidados Paliativos há 16 anos

Foi trabalhar em Cuidados Paliativos devido a disponibilidade de horário	Foi trabalhar em Cuidados Paliativos devido a afinidade por atender pacientes com demandas a serem sanadas do ponto de vista física, psíquica e espiritual, e ser um agente direto ou intermediário para minimizar estes desconfortos
Não possui especialização em Cuidados Paliativos	Possui especialização em Cuidados Paliativos
Tem experiência em enfermagem obstétrica	Tem experiência em clínica médica cirúrgica e geriatria
Fez curso sobre o processo morte e o morrer e sobre comunicação de notícias difíceis	Fez curso sobre o processo morte e o morrer e sobre comunicação de notícias difíceis
Em sua trajetória na profissão procura me atualizar para proporcionar um melhor cuidado ao paciente, familiar, responsável	Em sua trajetória na profissão vê uma trajetória de crescimento pelo fato da necessidade de continuar estudando
Vê a influência de sua formação no trabalho com pacientes indicados aos Cuidados Paliativos como parte da minha vida profissional há 03 anos, atuei como enfermeira obstetra por 08 anos e por necessidade pessoal precisei mudar de setor, sendo transferida para a hospedaria cuidados paliativos - HSPM. Hoje desempenho meu papel como paliativista, aprendi e estou aprendendo muito com essa nova filosofia de vida, digo que não escolhi, fui escolhida por estar neste universo do cuidar do outro com qualidade de vida.	Vê a influência de sua formação no trabalho com pacientes indicados aos Cuidados Paliativos como influência espontânea, pelos desafios que foram surgindo durante a profissão, as oportunidades e os convites para esta realidade e filosofia paliativista
Leva em consideração para tomar decisões no processo de cuidado implantado para os pacientes que você atende a necessidade de introduzir no contexto e no plano de cuidados pacientes/familiares, a equipe multiprofissional. Porque o familiar e o paciente quando bem orientados/paliados, facilita nas condutas e tomadas de decisões.	Leva em consideração para tomar decisões no processo de cuidado implantado para os pacientes que você atende o fato de que o processo do cuidado está muito ligado ao levantamento de problemas que realizamos através de uma anamnese, uma vez levantados os problemas, inicia-se o plano de cuidados. É importante inserir a família neste plano de cuidados.

Acha correto haver discussão dos casos com toda a equipe e já discordou do posicionamento de sua equipe em relação a conduta indicada em algum momento, pois, Procedimentos que prolonguem a vida não são corretos, mas para alívio do desconforto concordo	Acha correto haver discussão dos casos com toda a equipe e já discordou do posicionamento de sua equipe em relação a conduta indicada em algum momento. Discordei com humildade para acatar a decisão de uma maioria com argumentos bem fundamentados.
Discorda de implementar procedimentos e processos que visem o prolongamento da vida de pacientes diagnosticados sem possibilidade de cura	Discorda de implementar procedimentos e processos que visem o prolongamento da vida de pacientes diagnosticados sem possibilidade de cura

Fonte: A autora

Verificamos nas respostas dadas por estes dois enfermeiros, algo diferenciado. É possível supor que a idade, o tempo de formação, a formação específica na área de Cuidados Paliativos, o fato de trabalharem na mesma instituição e participarem da tomada de decisão em equipe, pode ter proporcionado que fizessem uma reflexão mais aprofundada quando do momento de responderem às perguntas dos questionários.

Mas não podemos deixar de acreditar também que o fato de terem a pesquisadora à sua disposição durante o processo de resposta, pode ser fator que tenha interferido também em suas respostas, pois, estes dois respondentes tiveram a oportunidade de questionar a pesquisadora sempre que tinham dúvida em relação ao teor das questões. Além disso, puderam trocar experiências durante a conversa com a pesquisadora e elucidar o motivo pelo qual ela estava realizando a pesquisa.

Acreditamos que a experiência de compartilhar e estabelecer diálogo, pode ser considerada um vínculo estabelecido na situação de pesquisa, o qual os outros participantes infelizmente não tiveram devido à necessidade de mudança no processo de coleta de dados, conforme já explicado neste texto.

Por esse motivo, e em função dos resultados obtidos na presente pesquisa, especialmente quanto à análise de conteúdo das respostas, percebemos a necessidade de dar continuidade ao estudo da temática aqui apresentada em

formato presencial, o que permitirá detalhar mais as motivações subjacentes às tomadas de decisão dos enfermeiros em suas atividades em Cuidados Paliativos. De todo modo, os dados obtidos levantam questões importantes relacionadas à formação destes profissionais, assim como à complementação de conhecimentos e oferecimento de experiências práticas neste campo de atividades.

Assim, consideramos que este trabalho cumpriu o que pretendia, ou seja, demonstrar a pertinência do tema da tomada de decisões de enfermeiros quanto aos aspectos técnicos e subjetivos (valores e crenças) no atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encerrar este trabalho, algumas considerações devem ser feitas. A meta do estudo, além de buscar atingir os objetivos estabelecidos para a pesquisa, foi também abrir espaço para que o enfermeiro possa refletir sobre o processo de tomada de decisão que culmina em sua atuação profissional. O objetivo central foi verificar o que influencia sua tomada de decisão, quais fatores e variáveis a subsidiam e sustentam; fazer pensar sobre seus objetivos como profissional e ser humano.

Os Cuidados Paliativos se caracterizam pela boa prática profissional, uma vez que são desenvolvidos a partir da proporcionalidade e podem estabelecer uma relação entre o enfermeiro e a solução de problemas éticos e dilemáticos, por terem sua fundamentação e princípios no conhecimento técnico, na biografia e no desejo do ser humano que está sendo cuidado.

Os Cuidados Paliativos podem ser úteis em qualquer fase da doença, mas sua necessidade e seu valor ficam muito mais claros quando a progressão atinge níveis elevados de sofrimento físico e a medicina nada mais tem a oferecer (ARANTES, 2019).

Ainda segundo Arantes (2019), fica difícil classificar como boa ou ruim a opção de se encaminhar um paciente para os Cuidados Paliativos, mas esta opção é possível (e porque não dizer absolutamente necessária), para viabilizar uma boa qualidade de vida durante o processo de finitude humana.

Logo, estabelecemos como desejo ao realizar esse estudo, o intuito de “construir” uma ponte entre o que conhecemos como cuidado eficaz, individualizado e humanizado, o profissional, o paciente, sua família e todos os que estão envolvidos no processo; estabelecer um ponto de partida para a discussão do que realmente é decisão compartilhada que considera os envolvidos no processo.

Bem, tendo em vista o exposto acima, lembramos que o intuito desde o início da realização deste estudo era investigar quais caminhos o enfermeiro percorre durante o processo de tomada de decisão em relação ao cuidado a ser

prestado a seus pacientes atendidos Cuidados Paliativos exclusivos e verificar se nesse processo, suas crenças e valores se expressariam; e em caso positivo, se esse profissional perceberia essa influência em suas ações e decisões profissionais.

A hipótese era a de que esse profissional, além de utilizar um “código de conduta” pautado em seu conhecimento científico, prático e condizente com protocolos pré-estabelecidos por seus superiores, sofreria a interferência de aspectos afetivos, sociais e culturais, tais como crenças e valores fazendo uso do *pensamento mágico* descrito por Jean Piaget em sua obra.

Porém, como já mencionamos, enfrentamos um obstáculo chamado Pandemia de Covid-19 que nos obrigou a realizar várias mudanças metodológicas para que conseguíssemos realizar e finalizar o estudo. Vamos considerar a seguir se estas alterações foram eficazes.

Uma das mudanças necessárias foi a mudança da forma de coletar os dados, de presencial para remota, o que obrigou também a reformular os procedimentos e instrumentos.

Essa reformulação, ao que parece, acabou de certa forma comprometendo os achados, pois, ao alterar o instrumento acabamos promovendo um certo fechamento nas reflexões e respostas dos participantes, levando a respostas mais engessadas e muito mais próximas daquilo que aprenderam nas salas de aula e mais distantes do que vivenciam diariamente.

Verificamos então que grande parte das respostas ao instrumento parece ter se inserido no cenário do “politicamente correto” ou melhor dizendo, na área de conforto dos respondentes; que acabaram se utilizando de respostas práticas e objetivas, em alguns momentos oscilando apenas entre o sim e o não.

No entanto, a maior limitação do método elaborado para este estudo, foi não ter conseguido acessar, como pretendíamos, aspectos do pensamento dos participantes, seja o “pensamento mágico” conforme definido teoricamente, seja o pensamento racional no sentido de estruturas subjacentes que seriam bases para as tomadas de decisão. Pareceu assim, que os enfermeiros acessam mais os

procedimentos técnicos incorporados na prática profissional dos que seus elementos motivadores e direcionadores.

É importante considerar também que possivelmente as condições vigentes para a coleta de dados não tenham sido favoráveis, ou seja, os profissionais participantes se encontravam em condições físicas e psicológicas incomuns, devido à exaustão diária no trabalho junto à pacientes portadores de Covid-19 para o qual foram convocados.

Apesar destas constatações, os resultados obtidos foram relevantes, conforme apresentado na seção de Resultados. É importante destacar um dado surpreendente: apenas 9,1% dos participantes têm especialização em Cuidados Paliativos. É possível afirmar e concluir que a falta de formação específica pode interferir na prática profissional, fazendo com que o profissional sem essa formação não se sinta seguro para tomar decisões e por isso, faça uso apenas de conhecimento técnico básico e utilize protocolos, com pouco espaço para reflexões mais aprofundadas. Numa equipe, esta insegurança pode gerar receio de se colocar e não ser considerado.

É preciso abrir espaços de discussão, capacitação, orientação e acolhimento do profissional enfermeiro que muitas vezes, ingressa em setor tão específico como o de Cuidados Paliativos sem ter nem mesmo a noção do é o Cuidado Paliativo; quais são seus princípios, o que embasa sua filosofia. Isso é muito sério, pois, esse tipo de cuidado específico demanda um grau de conhecimento e entrega tão grandes quanto qualquer atendimento específico. Ora, se temos cursos de especialização para outras tantas áreas e esses cursos e capacitações são exigidos do enfermeiro que pleiteia uma vaga em área específica, podemos perguntar qual seria o motivo que leva uma instituição a não exigir também a especialização para área tão específica como os Cuidados Paliativos?

Constatamos que a hipótese da utilização do pensamento mágico por parte desse profissional durante o processo de tomada de decisão não foi confirmada. Buscando discutir este resultado, podemos supor que talvez a falta de formação

específica, a qual poderia acarretar insegurança e dificuldade em sair de sua “área de conforto”, por consequência levaria o profissional a se apegar aos procedimentos técnicos, não se permitindo acessar aspectos de seu pensamento (por exemplo o pensamento mágico) e afetividade (valores). Isto poderia levar à uma menor reflexão sobre suas decisões.

Por fim, consideramos que este trabalho deu sua contribuição para o campo, no sentido da relação entre a Enfermagem e a Psicologia, abrindo novas possibilidades de estudo, particularmente sobre a formação do enfermeiro em Cuidados Paliativos, quanto aos aspectos técnicos e principalmente subjetivos.

7. REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. São Paulo: Atlas, 2003. 174p.

2. ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019. 192p.

3. ARIÈS, Philippe. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003. 312p.

4. BELLATO, Roseney; CARVALHO, Emília Campos de. O jogo existencial e a ritualização da morte. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, Feb. 2005.

5. BRASIL (5). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2vl.

6. BRETAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, dez. 2006.

7. CARNEIRO, Adriana Munhoz. Estatística simples? **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 263-264, ago. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 dez. 2021.

8. CARVALHO, L.; Silva, C.; OLIVEIRA Santos, A.; OLIVEIRA, M.; PORTELA, S.; Regebe, C. Perception of the death and dying of the nursing students. A qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, 516 12 2006.

9. CARVALHO, Lucimeire Santos, OLIVEIRA, Milena Arão da Silva, PORTELA, Sandra Cabral *et al*. **A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de Enfermagem.** *Rev. enferm. UERJ*. [online]. dez. 2006, vol.14, no.4 [citado 12 abril, 2008], p.551-557.

10. CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. ***Envelhecimento ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade* / Centro Internacional de Longevidade Brasil**. 1ª edição – Rio de Janeiro, RJ, 2015.

11. CONOVER, W. U. **Pratical Nonparametric Statistics**, 1º edição, New York, Jonh Willy & Sons, 1971, 462 p.

12. DANIEL, W. W. (1995). **Bioestatistics: a foundayion for Analysis in the Health Sciences**. 6th. Ed. Georgia/USA: Jonh Wiley, 1995.

13. ENCINAS, Caroline Ferreira. **A visão da equipe de enfermagem sobre a morte na emergência**. 64p. Monografia (Especialização em Enfermagem em Emergência). São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2008.

14. FLORÊNCIO, Raquel Sampaio et al. **Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições**. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2020, v. 33 [Acessado 16 Maio 2022], eAPE20200188. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01886>. Epub 26 Out 2020. ISSN 1982-0194. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01886.

15. FREUD, Sigmund. **Totem e tabu: algumas correspondências entre a vida psíquica dos selvagens e a dos neuróticos**; tradução do alemão de Renato Zwick; revisão técnica e prefácio Paulo Endo; ensaio biobibliográfico de Paulo Endo e Edson Sousa. Porto Alegra, RS: L&PM, 2019, 256p.

16. GANDRA, Elen Cristiane et al. **Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência**. Escola Anna Nery [online]. 2021, v. 25, n. spe [Acessado 16 Maio 2022] , e20210058. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058>. Epub 27 Ago 2021. ISSN 2177-9465. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058.

17. GAMA, Bernadete Marinho Bara De Martin et al. **Pandemia de COVID-19 e os cuidados de enfermagem aos pacientes em tratamento hemodialítico**. Escola Anna Nery [online]. 2020, v. 24, n. spe [Acessado 16 Maio 2022] , e20200413. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0413>. Epub 01 Fev 2021. ISSN 2177-9465. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0413.

18. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação**. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas**, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 2012.129 p.

19. IWAI, Tatiana. **Orientação de valor social, sistema de valores e comportamento cooperativo: um estudo experimental**. RAM. Revista de Administração Mackenzie [online]. 2016, v. 17, n. 1.

20. KASTENBAUM, Robert. **Psicologia da morte**. São Paulo: Pioneira: Editora da Universidade de são Paulo, 2003. 445p.

21. KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo. Fapesp, 2003. 224p.

22. KOVÁCS, Maria Júlia. **Um estudo sobre o medo da morte em estudantes universitários das áreas de saúde, humanas e exatas**. 135f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

23. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes,2008.

24. LINDENMEYER, Cristina; CECCARELLI, Paulo Roberto. **O pensamento mágico na constituição do psiquismo**. Reverso, Belo Horizonte, v. 34, n. 63, p.45-52, jun. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952012000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mai. 2018.

25. MARTINS, J.S. (organizador). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Editora Hucitec, 1983.

26. MAROCO, João. **Análise Estatística com utilização do SPSS**. 2ª Edição, Editora Silabo, Lisboa 2003, 508 p.

27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

28. MORAIS, P. R. **Estatística para psicólogos (que não gostam de números)**. Paulo Rogério Morais. 1a ed. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2007, p.156

29. MURRAY, R. SPIEGEL. **Estatística Coleção Schaum**. 3ª Edição, Editora Afiliada, São Paulo 1993, 640 p.

30. OLIVEIRA, José Rodrigo de; BRETAS, José Roberto da Silva; YAMAGUTI, Lie. **A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem**. Rev. Esc. enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. 3, Sept. 2007.

31. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra (SWI):OMS; 2015. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

32. PAULA, Paulo Henrique Alexandre de et al. **As dimensões do ser humano e o cuidado de enfermagem no contexto pandêmico da COVID-19**. Escola Anna Nery [online]. 2020, v. 24, n. spe [Acessado 16 Maio 2022], e20200321. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0321>. Epub 29 Jan 2021. ISSN 2177-9465. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0321.

33. PIAGET, Jean. **Inteligencia y afectividad / con prólogo de: Mario Carretero** - 1a ed. 1954, 1a reimp. 2005 - Buenos Aires: Aique Grupo Editor, 1954/2005. 120 p.

34. PIAGET, Jean. **O juízo moral na criança**; tradução Elzon Lenardon. São Paulo: Summus, 1994, 302 p.

35. PIAGET, Jean. **A representação do mundo na criança: com o concurso de onze colaboradores**; tradução Adail Ubirajara Sobral (colaboração de Maria stela Gonçalvez). Aparecida, SP: Ideias & Letras,2005, 318p.

36. PIAGET, Jean. **Formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação; tradução de Álvaro Cabral e Christiano Monteiro Oiticica**. 4ª Edição, Rio de Janeiro: 1964/2020, 331p.

37. ROKEACH, M. (1973). **The nature of human values**. New York: Free Press. Sagiv, L., & Schwartz, N. (1995). Value priorities and readiness for out-group social contact. Interpersonal Relations and Group Processes, 68(3), 437-448.

38. SCHWARTZ, S. H. (1992). **Universals in the content and structure of values: theory and empirical tests in 20 countries**. In M. Zanna (Ed.). Advances in experimental social psychology (Vol. 25, pp. 1-65). New York: Academic Press.

39. SOUZA (1), Sônia Regina de Oliveira e Silva de; CHAVES, Sandra Regina Ferreira; SILVA, Cláudia Aparecida da. Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 59, n. 5, Oct. 2006

40. SOUZA (2), Luciene Jacinto de. **Cuidados Paliativos sob a ótica de enfermeiras da estratégia saúde da família**. São Paulo, 2016. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Orientadora Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira – Área de Concentração: Cuidado em Saúde.

41. SOUZA (3), Maria Thereza Costa Coelho de. **As relações entre afetividade e inteligência no desenvolvimento psicológico. Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]**. 2011, v. 27, n. 2 [Acessado 15 janeiro 2022], pp. 249-254. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000200005>. Epub 13 Jul 2011. ISSN 1806-3446. https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000200005.

42. VIEIRA, Sônia. **Bio Estatística Tópicos Avançados**. 2ª Edição, Editora Campus, Rio de Janeiro 2004, 212 p.

43. VIEIRA, Sônia. (1991). **Introdução à Bioestatística**. Rio de Janeiro: Campus.

44. WUNDT, W. **Mythus und Religion, Teil II (Völkerpsychologie, Bd.)**. Leipzig, 1906. 641p.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara (o) colega,

Meu nome é Luciene Jacinto de Souza, RG 17.944.378-1, sou enfermeira e estudante matriculada no Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), situado à Avenida Professor Mello de Morais, 1721 - Butantã, São Paulo - SP, CEP 05508-030. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: Pensamento Mágico e a tomada de decisão na atividade do profissional em Cuidados Paliativos: um estudo com enfermeiros. Lhe convido a participar desta pesquisa, que tem por objetivo: Verificar o que faz parte do processo de tomada de decisão do profissional enfermeiro em relação à conduta a ser seguida por ele diante de pacientes que apresentam doença sem possibilidade de cura e que ameaçam a continuidade de vida, e o que o faz optar uma ou outra conduta como prestador de cuidados a esses pacientes indicados aos Cuidados Paliativos. Sua participação é muito importante para o alcance dos objetivos desta pesquisa, porém, não é obrigatória. Faço aqui um convite para que participe da pesquisa de forma voluntária. Caso não queira participar, sinta-se à vontade para recusar. Não há necessidade de explicitar o motivo pelo qual não tenha desejo em participar. Mas, caso queira participar da pesquisa, será necessário responder um questionário de caracterização sociodemográfica e um questionário para elucidação da pergunta de pesquisa. Você poderá desistir de participar desta pesquisa em qualquer uma de suas etapas, sem quaisquer prejuízos. Caso haja qualquer dano físico, moral ou psicológico decorrente desta pesquisa será oferecido atendimento aos seus participantes, arcados pela pesquisadora. A pesquisadora se compromete a ressarcir aos participantes quaisquer danos decorrentes desta pesquisa. Não há benefício direto para os participantes, mas os resultados da pesquisa poderão auxiliar no trabalho de enfermeiros e outros profissionais da saúde. Não será divulgada a identificação de nenhum participante desta pesquisa. Asseguro-lhe que seus dados serão mantidos em sigilo. Os

resultados obtidos poderão ser utilizados para apresentação em eventos científicos e publicações em periódicos, mas seu anonimato será mantido. Não há despesas pessoais para o participante, nem compensação financeira relacionada à sua participação. A pesquisadora se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa, cujos resultados grupais poderão ser publicados ou apresentados em Congressos Científicos. Se desejar, você poderá ter acesso aos resultados deste estudo, entrando em contato diretamente com a pesquisadora, por meio do e-mail luciene.jacinto@usp.br ou telefone (11) 91022-5363. Em relação às questões éticas, o contato do Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos do IPUSP é: Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27. CEP: 05508-030 – Cidade Universitária – São Paulo/SP. Telefone: (11) 3091-4182. E-mail: ceph.ip@usp.br. O atendimento é de segunda a sexta-feira, das 8h45min às 14h:45min. Ou ainda, acessar diretamente a orientadora da pesquisa, Prof.ª Dr.ª Maria Thereza Costa de Souza Coelho - Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento Humano e da Personalidade – (11)2648-0196.

Caso concorde em participar deste estudo, assine e/ou assinale ACEITO PARTICIPAR ao final do documento.

==========

Tendo sido esclarecido sobre os objetivos do estudo e sobre o caráter voluntário de minha participação, consinto em participar desta investigação.

São Paulo, _____/_____ de 2021.

Nome do entrevistado (a):_____

Assinatura do entrevistado (a):_____

CPF: _____

Assinatura da pesquisadora:_____

APÊNDICE B
Questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

1. Data de Nascimento
2. Local de Nascimento
3. Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Outro_____
4. Professa alguma religião? ( ) Sim ( ) Não
5. Se sim, qual? _____
6. Em que abo se formou? _____
7. Há quanto tempo atua como enfermeiro? _____
8. Há quanto tempo lida com pacientes indicados aos Cuidados Paliativos?
   _____
9. O que te levou a trabalhar com pacientes indicados aos Cuidados Paliativos?
10. 10. Possui especialização em Cuidados Paliativos? ( ) Sim ( ) Não
11. Tem experiência em outro tipo de assistência? ( ) Sim ( ) Não
12. Fale sobre suas experiências profissionais.
13. Você fez algum curso sobre o processo morte e o morrer? ( ) Sim ( ) Não
14. Você fez algum curso sobre comunicação de notícias difíceis?
    ( ) Sim ( ) Não
15. Como você vê sua trajetória na profissão?
16. Como vê a influência de sua formação no trabalho com pacientes indicados aos Cuidados Paliativos?

APÊNDICE C

Questionário para elucidação da pergunta de pesquisa

1. O que você leva em consideração para tomar decisões no processo de cuidado implantado para os pacientes que você atende? Por quê?
2. 2. Você acha correto haver discussão dos casos com toda a equipe?
   ( ) Sim ( ) Não
3. Você acha correto implementar procedimentos e processos que visem o prolongamento da vida de pacientes diagnosticados sem possibilidade de cura? ( ) Sim ( ) Não
4. Alguma vez já realizou procedimentos e/ou processos que visem o prolongamento da vida de pacientes diagnosticados sem possibilidade de cura? ( ) Sim ( ) Não
5. Se sim, poderia dizer o que o motivou a fazê-lo?
6. Dê um exemplo de seu dia a dia de um momento em que precisou avaliar um caso e tomar uma decisão em relação aos atendimentos que deveriam ser realizados para seus pacientes? O que acha que foi o mais importante para tomar esta decisão?
7. Você acha correto usar o Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para pacientes indicados aos cuidados Paliativos?
   ( ) Sim ( ) Não
8. Comente a resposta anterior.
9. Você acha correto o profissional se deixar influenciar por crenças pessoais, para tomar decisões relativas ao cuidado de seus pacientes?
   ( ) Sim ( ) Não
10. Comente a resposta anterior.
11. O que você leva em consideração para tomar decisões no processo de cuidado implantado para os pacientes que você atende?
    ( ) Sim ( ) Não
12. É rotina a discussão dos casos com toda a equipe?

13. Já discordou alguma vez do posicionamento de sua equipe em relação a conduta indicada? ( ) Sim ( ) Não
14. Comente a resposta anterior