



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CÍCERA ROLIM PEREIRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A
MORTE E O MORRER NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

CAJAZEIRAS - PB

2009

CÍCERA ROLIM PEREIRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A
MORTE E O MORRER NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Ciências da Vida do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profª Esp. Romércia Batista dos Santos

CAJAZEIRAS – PB

2009



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

P436p PEREIRA, Cícera Rolim
Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a
morte e o morrer na emergência hospitalar./Cícera Rolim
Pereira. Cajazeiras, 2009.
50f.

Orientadora: Romércia Batista dos Santos.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. Equipe de enfermagem - percepção da morte.
2. Morte – visão da equipe de enfermagem.
3. Emergência hospitalar - morte. I. Título.

UFCCG/CFP/BS

CDU – 616-083

15/03/2010 14:45:00
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CAMPUS I - CAJAZEIRAS - PB



CÍCERA ROLIM PEREIRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A
MORTE E O MORRER NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem defendido por Cícera Rolim Pereira e aprovada pela Banca Examinadora.

Data da defesa: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Esp. Romércia Batista dos Santos – Orientadora

Prof. Ms. José Rômulo Nogueira Feitosa – Membro

Profª. Esp. Maria Berenice Gomes do N. Pinheiro

**“Aquele que ensinasse os homens a morrer,
os ensinaria a viver”.**

(Montaigne)

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, Helânio, através do qual eu me remeto a toda minha família.

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à força maior que rege minha vida, que dá sentido a ela, que faz de mim a pessoa que eu sou, mesmo com todos os defeitos e pecados, **DEUS.**

À meu filho, segunda maior razão da minha existência, pela compreensão devido as ausências e pelo amor verdadeiro que eu sei que sentes por mim.

À minha mãe, exemplo de força e coragem pra encarar e vencer todos os obstáculos da vida, sem lamentações.

À minha avó, Josefa Rolim, que me ensinou verdadeiramente o que é cuidar e amar a quem é cuidado, sem medir esforços, sem cobranças.

À duas tias maravilhosas que contribuíram com a minha educação e formação da minha personalidade: Domelice e Mirian.

À minha família, pois acredito ser um bem que não tem preço, dada a importância em minha vida.

À instituição de ensino, a UFCG, onde tive a oportunidade de cursar a Graduação em Enfermagem, a qual esperei por um bom tempo, tendo em vista que não podia me deslocar para outros centros.

Aos professores, instrutores de um saber primordial à atuação de quem deseja ser um profissional habilitado e comprometido com a profissão.

Aos colegas de sala, onde passamos por momentos ótimos, bons e ruins, mas que serviram de amadurecimento e crescimento pessoal pra mim.

Aos amigos que torceram e incentivaram meu progresso frente a muitas dificuldades que surgiram no decorrer do curso.

Aos pacientes, tão sofridos e amáveis, que nos deram a oportunidade de praticar o conhecimento que tínhamos apenas teórico, mas que servirão pra toda nossa vida profissional.

Aos colegas de trabalho, que compreenderam minhas faltas, que me ajudaram nos momentos mais difíceis torcendo para o meu êxito na universidade.

Aos locais que serviram de campo de estágio tais como: o Hospital Regional de Cajazeiras, os PSF's, CAPS, Clínica Santa Helena e Hospital Universitário de Campina Grande.

Enfim, a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu chegasse ao término deste curso.

Agradeço humildemente.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	28
--	----

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – “O que significa a morte e o morrer para você?”29
- Quadro 2** – “Quais as dificuldades e dilemas éticos vivenciados por você na assistência a pacientes em iminente risco de morte?”31
- Quadro 3** – “Que tipo de estratégia você utiliza no enfrentamento de uma situação de morte e de morrer na emergência?”34
- Quadro 4** – “É possível um cuidar humanizado na sala de emergência em situações da morte?”36

RESUMO

PEREIRA, Cícera Rolim. **Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a morte e o morrer na enfermagem hospitalar.** Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Cajazeiras – PB, 2009.

O presente estudo teve por objetivo apresentar a percepção do profissional de enfermagem sobre a morte e o morrer na sala de emergência, como um meio de subsidiar o entendimento e a compreensão sobre este fenômeno, que é parte essencial e integrante do ser. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, onde os dados foram obtidos através de um roteiro de entrevista semi-estruturada com seis enfermeiros e cinco técnicos em enfermagem que atuam na emergência hospitalar. Foi utilizada a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo para análise dos dados qualitativos. Os resultados evidenciam que os profissionais de enfermagem têm uma percepção da morte como sendo um processo natural da vida, porém não tão fácil de ser aceitado e nem trabalhado na emergência, tendo em vista as dificuldades que eles encontram para lidar com esta situação. Diante destas, algumas estratégias são utilizadas na tentativa de minimizar e sensibilizar a prática profissional, mediante enfrentamento de morte, com o intuito de oferecer ao paciente, a família e a equipe uma assistência humanizada e focalizada na necessidade de compreender o fenômeno da vida e da morte, sem medo e sem distorção.

Palavras-chave: Morte, enfermagem, emergência.

ABSTRACT

PEREIRA, Cícera Rolim. **Perception of nursing professionals about death and dying in hospital emergency.** Conclusion's Work of Bachelor's Course of Nursing. Federal University of Campina Grande. Center for Teacher Education, Academic Unit of Life Sciences, Cajazeiras - PB, 2009.

This study aimed to present the perception of nursing professionals about death and dying in the emergency room as a means of subsidizing the understanding and the understanding of this phenomenon, which is integral and essential part of being. This is a quantitative and qualitative study where data were obtained through a structured semi-structured interviews with six nurses and five nursing technicians working in hospital emergency. We used the methodology of the Collective Subject Discourse to analyze the qualitative data. The results show that nursing professionals have a perception of death as a natural process of life, but not so easy to be accepted and not worked in the emergency, in view of the difficulties they encounter in dealing with this situation. Before these, some strategies are used in an attempt to minimize the awareness and practice by confronting death, in order to offer the patient, family and staff a humanized and focused on the need to understand the phenomenon of life and death without fear and without distortion.

Key-words: Death, nursing, emergency.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – O CONCEITO DE MORTE E O PREPARO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE MORTE	
1.1. Representação histórica da morte.....	16
1.2. A morte domiciliar e no hospital.....	17
1.3. A comunicação e o despreparo profissional da enfermagem em situações de morte.....	18
1.4. Dificuldades e dilemas éticos vivenciados em situações de morte.....	20
1.5. A assistência humanizada na sala de emergência.....	23
CAPÍTULO II - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	
2.1. Tipo de estudo.....	25
2.2. Local, população e amostra.....	25
2.3. Posicionamento ético da Pesquisadora.....	25
2.4. Processo da pesquisa.....	25
CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÊNDICES	44
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice B - Instrumento de coleta de dados	

INTRODUÇÃO

De todos os fenômenos que permeiam a existência humana, a morte é e continua sendo um mistério que atravessa milênios, muito longe de ser compreendido e temido por todos, por ser parte integrante e imprevisível do ser. Segundo Carvalho et al. (2006,p.551) a morte é uma das poucas coisas de que temos certeza e a sua imprevisibilidade obriga o seu humano a conviver com a sua presença durante a vida.

Definir morte é algo que transcende o pensamento do homem, por isso é mais fácil falar da morte no outro, não em si. “A morte dos outros eu posso pensar, crer, imaginar [...], no que concerne a mim mesmo há alguma coisa que não a considera necessária, nem possível” (MONDIN, 2003, p.307). A possibilidade de morrer é algo que perturba, atormenta o imaginário humano. A negação da morte pode ser explicada mediante a necessidade humana de acreditar na imortalidade, de vir a conhecer no futuro, fórmulas e/ou receitas que garantam a perenidade da vida.

Muitas disciplinas dentre elas a filosofia, a sociologia, a antropologia, a psicologia e a teologia, têm reservado um espaço, ainda considerado insuficiente, para discorrer sobre a morte e o morrer na tentativa de explicar e entender a origem e o fim do homem, bem como ajudar o profissional de saúde a encarar esse evento nas vivências hospitalares.

Analisando historicamente as representações de morte, percebe-se que houve uma importante alteração na sua trajetória (SHIMIZU,2007). A morte passou do ambiente domiciliar para o hospitalar, devido o advento das novas tecnologias cada vez mais avançadas que prometem prolongar a vida, nem sempre o viver, mas que despertam a esperança nos pacientes, familiares e profissionais, principalmente quando o perigo de morte ameaça os seus entes.

Na análise de Lima e Buys (2008,p.52) , “o hospital tornou-se o local do desfecho do evento da morte e do morrer, e os profissionais da área de saúde, apesar de lidarem direta e frequentemente com a morte, encontram-se despreparados para essa situação”.

No que concerne aos profissionais de Enfermagem, estes remetem este despreparo à ausência de informação e preparação para lidar com situações de morte e de morrer, tendo em vista o modelo assistencial biológico, baseado na cura e/ou reabilitação do homem. Com a morte advém o fracasso, as limitações, o medo

e a necessidade de enfrentamento da situação de finitude do ser, o que gera nos enfermeiros, alguns dilemas éticos que interferem na qualidade da assistência humanizada e na tomada de decisão.

Uma assistência de enfermagem humanizada visa estabelecer vínculos profissional-cliente-família, dar suporte emocional para quem está necessitando, deixando de lado crenças religiosas e preconceitos sobre a morte (BERNIERI & HIRDES,2007).

Vários setores hospitalares lidam com mais freqüência com a morte, como é o caso das UTI's, da oncologia, da cardiologia, da hemodiálise e do setor das emergências, este último, por prestar cuidados especializados e imediatos para evitar a morte ou minimizar complicações decorrentes de algum agravo (ARGENTA, 2008).

Os profissionais de enfermagem que atuam nas emergências necessitam de um preparo especializado e contínuo que aprimore habilidades e técnicas, mas que também ofereça suporte emocional para lidar com situações iminentes de risco de morte que norteia toda a assistência neste setor.

A necessidade que existe de ser abordado a temática, surge em decorrência da dificuldade que muitos profissionais de enfermagem encontram em lidar com esta situação, já que as instituições de ensino não preparam os acadêmicos para o enfrentamento da morte e do morrer nos hospitais. Com isso, a assistência pode tornar-se deficiente ou inadequada, os profissionais podem sentir-se inaptos, temerosos ou ansiosos diante de uma situação conflituosa que a morte e o morrer possam emanar no ambiente hospitalar.

Faz-se necessário compreender a real situação em que se encontram os profissionais de enfermagem, as vivências e o enfrentamento diante de uma situação de morte e de morrer, bem como as implicações deste evento, no cotidiano da sala de emergência.

Com base nesses pressupostos, este trabalho orientou-se na perspectiva de conhecer a percepção do profissional de enfermagem sobre a morte e o morrer no contexto hospitalar, buscando identificar os métodos de enfrentamento destes profissionais neste processo, além de as dificuldades e os dilemas éticos vivenciados pela enfermagem neste evento no setor da emergência.

CAPÍTULO I

O CONCEITO DE MORTE E O PREPARO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE MORTE

A morte é um fenômeno comum a todos os seres vivos, mas apenas o homem tem consciência da sua existência incontestável e angustiante. Apesar de natural, a morte configura-se um grande mistério, algo que necessita de justificação. Para Mondin (2003) o estudo da morte é particularmente difícil porque faz parte do problema da vida, que é já em si mesmo um problema muito árduo.

É considerado um problema dada a dificuldade que as pessoas encontram em aceitar a morte, mesmo sabendo da sua inexorável certeza. Para Carvalho et al (2006,p.551), “a morte é considerada como parte constitutiva da existência humana. É sem dúvida, uma das poucas coisas de que temos certeza, e sua imprevisibilidade obriga o ser humano a conviver com sua presença”.

Por ter consciência desta realidade intrigante, o homem encontra-se submerso num acontecimento causador de sofrimento e de especulações. O processo da morte torna-se motivo de aflição e angústia para quem estar vivo, além da constatação da fragilidade em que se encontra o homem perante um acontecimento verdadeiramente real e inesperado.

Diante desta conjectura, faz-se necessário entender o fenômeno da morte não apenas sob o ponto de vista orgânico, mas estendidos aos aspectos filosóficos, psicológicos e sociais (LIMA, 2007), sobretudo para tentar minimizar os sofrimentos e para buscar compreender a morte como parte integrante da vida humana.

A morte clínica e biológica entendida como a cessação dos batimentos cardíacos, da função respiratória e da morte celular, pode desaparecer com os processos de reanimação, por este motivo não é mais indicada como fator decisivo e determinante da morte. A morte passou a ser considerada como fato real a partir da inoperância do sistema nervoso, é o que designamos de morte encefálica.

Um conceito filosófico de Heidegger (2001) apud Lima (2007) relata que quando o homem contempla sua limitação é que se conscientiza que é finito, que está num horizonte de tempo, e esse tempo inicia-se com o nascimento e termina com a morte. Segundo o pensamento deste autor, na sua filosofia da morte é que o homem é um ser-para-a-morte e que de todas as possibilidades que o homem possui, há uma que representa a impossibilidade, e que quando esta acontece todas

as demais são excluídas. Com a morte o homem deixa de ser, eliminando todas as possibilidades contingentes que possuía antes do seu fim.

Psicologicamente falando, pode-se dizer que a morte é algo que causa conflitos emocionais, destrói sonhos, causa dor e sofrimento, principalmente o medo do desconhecido e do inevitável. Estes sentimentos são difíceis tanto por quem vivencia como por quem observa, porque segundo Carvalho et al,(2006,p.551) “ a morte provoca rupturas profundas entre quem morreu e o outro que continua vivendo. Isso requer ajustamentos no modo de entender, de perceber e de viver no mundo”.

O conceito de morte é relativo ao desenvolvimento social, cultural e histórico, excessivamente complexo, mutável, influenciado pelo contexto situacional e repercute no comportamento individual e grupal (CARVALHO et al,2006). A morte em nossa cultura pode ser encarada como uma punição, um castigo, como algo ruim, mediante as ações e o modo de vida escolhidos pela pessoa. Em outras ocasiões a morte pode representar o fim de um sofrimento, a redenção, o descanso para o paciente e para a família, de acordo com a dimensão da fé que cada um tem.

1.1. Representação histórica da morte

As representações de morte durante a história da humanidade é algo que merece destaque, devido às constantes mudanças ocorridas ao longo dos tempos. Nas sociedades primitivas o homem tinha consciência da sua finitude, a morte era significativa conforme significativa fosse a vida do indivíduo.

Para Teixeira (2006,p.552) o homem tinha consciência do seu fim, ninguém morria sem ser advertido previamente por outrem ou mesmo por sua consciência através dos signos naturais e por convicção íntima [...]. A morte era um rito de passagem, era aguardada no leito domiciliar, um ritual compartilhado por toda a família e a sociedade, de forma menos dolorosa e com todos os cuidados que a situação requeria.

Após o século XIII, a morte passou ao domínio da igreja, o corpo pertencia ao padre, assim como a inclusão dos rituais de morte e de luto, aflorando nesta época os excessos emocionais e dramáticos que perduram até hoje. O dilema da finitude humana sempre fez parte do âmbito religioso, o que modificou à visão de morte que

os antepassados tinham, da sua vivência cotidiana e familiar com um evento tão natural como o nascer.

A morte do século XVIII foi requisito para descoberta das primeiras regras de higiene hospitalar, tendo em vista o excesso de acompanhantes dentro das enfermarias que culminavam com o surgimento e propagação de doenças.

Com o século XIX a morte passou a ser considerada sob o prisma dramático e romântico, o que segundo Carvalho(2006,p.53), evocou como um novo culto aos cemitérios. Estes eram localizados fora da cidade e sob os cuidados da igreja, de modo a evitar que os mortos viessem perturbar os vivos, surgindo então uma ruptura entre os vivos e os mortos.

A partir do final do século XIX e começo do século XX o lugar de morrer deslocou-se do domicílio para o hospital, que passou a ser uma instituição terapêutica que objetivava a cura das enfermidades através do surgimento das novas práticas tecnológicas.

1.2. A morte domiciliar e no hospital

O hospital constitui o cenário de desfecho da morte, escondida nos leitos e corredores e da prática incessante de manter a vida a qualquer custo. Para Lima (2007,p.20), o hospital passa a ser um cenário norteador de questões bioéticas, nem sempre direcionadas a autonomia do paciente e a melhora da qualidade de vida, mas a uma incessante fuga do acontecimento da morte, tanto pelos profissionais como pelo próprio paciente e família.

A tecnologia permitiu um afastamento da morte e um prolongamento da vida. Assim, "a institucionalização da morte a tornou triste demais sob vários aspectos, sobretudo muito solitária, muito mecânica e muito desumana" (KOVÁCS,1992 apud LIMA & BUYS,2008, p.52). Além de afastar o doente da sua família, o hospital oferecia os cuidados mínimos, como também privava o paciente e a família de saber sobre seu estado de saúde.

A distanásia, a eutanásia, o suicídio assistido, entre outros dilemas éticos apresentam-se constantemente nas relações profissionais, sendo o hospital o local de desfecho de polêmicas e estresse emocional, e o paciente a cobaia deste assistencialismo baseado apenas na manutenção dos órgãos, em detrimento a uma qualidade de vida suportável.

A morte natural deu lugar à morte monitorada, ficando para trás os princípios de autonomia e dignidade humanas. Para Siqueira (2005,p.37),

a rotina imposta aos médicos é a de reconhecer e perseguir múltiplos objetivos que podem ser complementares ou excludentes. [...] é o justo equilíbrio nas tomadas de decisões, evitando a obstinação terapêutica em circunstância de terminalidade da vida, reconhecendo a finitude humana e as limitações das ciências médicas.

A morte passa a ser medicalizada e institucionalizada em hospitais com alta tecnologia e aparelhagem de ponta, com profissionais eficientemente capacitados para manuseá-los com o intuito de prolongar a vida do paciente, porém sem nenhum preparo para satisfazer as reais necessidades daqueles que estão em iminente riscos de morte.

Assim sendo, a tecnologia prolonga a vida dos doentes, mas não os ajuda no processo de morrer, sendo o doente terminal marginalizado socialmente porque deixou de ter um papel funcional (COSTA & LIMA, 2005).

Por outro lado, na sociedade na qual se vive, induzida por uma vida de correria constante, em que se verifica uma forte tendência para libertar o homem do fardo de cuidar dos seus familiares, o hospital tornou-se o local ideal para o abandono destes. Assim sendo, "quando um familiar se torna mais dependente ou quando a sua morte é eminente, o mais comum é ser entregue a instituições sociais ou aos hospitais" (TEIXEIRA, 2006, p. 92), livrando-os das suas obrigações para com seus familiares.

1.3. A comunicação e o despreparo profissional da enfermagem em situações de morte

A comunicação desempenha um importante papel nas trocas e interações cotidianas. Para Teixeira (2006,p.34) cada indivíduo não vive isolado e não é independente no mundo, coexiste uma inter-subjectividade, um espaço comum no qual se relaciona e no qual se torna possível um espaço compartilhado de representação possível.

A comunicação é imprescindível, fator primordial nos discursos e nos atos no processo de cuidar. Esta deve ser efetiva, clara e permanente, porém não é o que

se observa diariamente nas instituições hospitalares. Os profissionais não querem falar sobre a morte, sobre as reais condições de saúde com os pacientes e a família.

Ao dividir com a família o processo de morte, a equipe de enfermagem se esforça no sentido de ajudar a diminuir o desconforto e o sofrimento causados pela morte. Isso torna a atuação da enfermagem eficiente e humana, conferindo um significado e promovendo a transformação na maneira de cuidar.

A comunicação se manifesta na relação paciente-equipe, de diferentes maneiras. A enfermagem deve saber relacionar-se e trabalhar com todo tipo de comunicação, em que as palavras são, muitas das vezes, substituídas pelo comportamento e atitudes que revelam a vivência dos pacientes.

Quint (1967) apud Lima e Buys (2008) afirma que relativa irrelevância é conferida à conversação como elemento valioso na prática de enfermagem profissional. A comunicação cria vínculos, otimiza a assistência e é um subsídio do qual todo ser humano é dotado, seja ela verbalmente ou não.

Atualmente tem-se falado muito em humanização da assistência, e o cuidado passa a ser valorizado nas relações interpessoais com a equipe de saúde. A comunicação na equipe de enfermagem torna-se elemento essencial para tornar este cuidado uma experiência gratificante, respeitosa e presente em qualquer atendimento. Para Chaves e Massarolo (2009) cuidar configura uma atitude que possibilita a sensibilidade para com a experiência humana, reconhecendo o outro como pessoa e sujeito.

Nos hospitais, o profissional de enfermagem é aquele que participa de forma mais efetiva e permanente do processo da morte, do morrer e do cuidar dos pacientes em risco de morte diariamente. Isto não quer dizer que o enfermeiro é um verdadeiro sabedor do que o evento da morte representa. Pelo contrário, a grande maioria deles relata muitas dificuldades em lidar com esta situação.

Corroborando com isso, Teixeira (2006,p.94) evidencia isso quando relata que, a morte não é uma utopia, mas uma realidade intrínseca à vida do enfermeiro que diariamente cuida de pessoas próximas ao fim da vida.

O despreparo dos profissionais de saúde está relacionado à formação acadêmica deficiente, presente em todas as instituições de educação em saúde. Segundo Lima e Buys (2008) os profissionais da área de saúde encontram-se pouco preparados para essa situação, em virtude de certa distorção curricular, que nitidamente privilegia os aspectos biológicos do homem.

Na trajetória acadêmica, a abordagem da temática da morte e do morrer é apresentada superficialmente, tendo em vista que o propósito dos cursos de saúde é preparar o profissional para executar planos e ações na preservação da vida e restauração da saúde do paciente. Portanto, havendo recuperação, a equipe e a instituição hospitalar vivem momentos de heroísmo e controle da situação (PINHO & BARBOSA,2008).

No entanto, a discussão de como os profissionais de enfermagem devam ser preparados para lidar com o enfrentamento da morte deve ser iniciado na graduação, de forma mais constante e aprofundada, na tentativa de preparar o profissional para este tipo de atendimento.

1.4. Dificuldades e dilemas éticos vivenciados em situações de morte

É a enfermagem que permanece por mais tempo com os pacientes, portanto é ela que assiste a todo o processo de saúde-doença e morte, de forma mais próxima e permanente. Neste sentido, "o enfermeiro é o primeiro profissional a lidar com a morte, a sentir a morte, uma vez que presta desde os mais simples aos mais complexos cuidados, principalmente quando o paciente se encontra em estágio final" (LIMA,2007).

Os profissionais de saúde participam do morrer dos pacientes questionando sua atuação. Algumas vezes sentem-se culpados, acreditando que falharam na prestação da assistência [...]. O morrer, nesta conjuntura, emerge como fracasso, ou seja, falharam tecnicamente (OLIVEIRA; BRÉTAS; YAMAGUTI,2006).

Com o passar do tempo, observa-se outros tipos de sentimentos que emergem e que são comuns entre os profissionais: medo, indiferença, tristeza, frieza, usados como mecanismo de defesa e como fuga de um assunto indesejado e temido por todos.

Corroborando com isso, Machado e Leite (2004) relatam que o medo da morte é ameaçador, criando dificuldades para os estudantes em enfrentá-la. Os estudantes, assim como os docentes passam a vivenciar situações estressantes e difíceis que culminam numa ineficiência da assistência ao paciente e a família.

Quando ocorre o oposto, ou seja, quando acontece a morte do cliente, vários sentimentos como o fracasso, a frustração, a impotência afloram nos profissionais

de enfermagem, dificultando a qualidade da assistência, a tomada de decisão e a preparação psicológica para lidar com essas situações.

O medo também é predominante nas vivências de enfermeiros e técnicos no processo de morte e de morrer. Medo de perder um paciente aos seus cuidados, medo de expressar sentimentos, medo de falar de morte e, principalmente medo de morrer.

O medo de expressar sentimentos é resultado da construção do mito que o enfermeiro deva ser impassível diante da situação de morte. Nesta situação, é recomendável que procure não se envolver emocionalmente a ponto de prejudicar o paciente (OLIVEIRA; BRÊTAS; YAMAGUTI,2006).

Falar de morte é um assunto temido por todo ser humano. Evita-se falar na morte, sendo esta mais fácil de suportar se não falarmos dela (TEXEIRA,2006). Esta dificuldade de enfrentar o assunto acompanha o ser humano por todo tempo, é a negação da finitude do homem, sempre temida e esquecida.

Toda essa leva de sentimentos faz-se com que a equipe de saúde mantenha uma postura de distanciamento, de pouco ou nenhum envolvimento com o paciente e a família. A morte passa a ser banalizada, silenciada e ocultada entre os leitos dos hospitais.

Enfim, Lima (2007) relata que o enfrentamento da morte e do processo de morrer pelos profissionais da saúde diante de toda uma formação centralizada na cura, só pode gerar sentimentos contraditórios. Esta contradição pode prejudicar a assistência ao moribundo e a família, tornando-se superficial e ineficiente, fugindo da filosofia do curso de enfermagem que é o cuidar.

Outros dilemas também surgem neste evento tornando-o mais difícil e estressante, como a falta de recursos materiais e humanos, a superlotação nos hospitais, o atendimento superficial e desumano.

Para Silva e Ruiz (2003,p.18), trabalhar sob condições insalubres, desgastantes, em que o atendimento preconizado não é realizado, é uma contingência de grave relevância para a contextualização do psiquismo do profissional e a operacionalização de seus cuidados.

Dilemas éticos, como bem explicitou Sulzbacher et al.(2009), trazem questões referentes ao poder exercido pelo médico no contexto hospitalar, incluindo condutas relacionadas à utilização ou não de técnicas de ressuscitação cardiopulmonar,

deixando a enfermagem de mãos atadas e a mercê de suas decisões, que podem estar corretas ou não em relação à vida ou morte do paciente.

O anúncio da morte ou o diagnóstico e tratamento das enfermidades,, também se configura em momentos de dificuldades vivenciados pela equipe de enfermagem. Rosa et al.(2006) relata que os profissionais parecem acreditar que, possivelmente, seja um ato de crueldade falar sobre a morte ou “anunciar” a morte futura para aqueles que ainda não estão preparados para aceitá-la ou encontram-se na vivência de um processo de negação.

Os valores e crenças geram conflitos que surgem numa determinada situação, pois, para os enfermeiros, a sua responsabilidade profissional também traz um sentido dilemático relacionado a assistência direta ao paciente terminal, contrariando os seus valores. A sua atividade profissional lhe causa dilemas, pois realiza ações contrárias a sua opinião, mas que são inerentes a sua profissão (CHAVES & MASSAROLLO,2009).

A empatia tem grande importância nas relações entre profissionais e pacientes criando vínculos que podem proporcionar uma assistência de melhor qualidade. No entanto, a relação de empatia pode transformar-se em uma relação patológica, para a qual o enfermeiro utiliza a barreira psicológica, para evitar o seu próprio desgaste emocional (PINHO & SANTOS,2008).

Algumas condutas inapropriadas permeiam a assistência na situação de morte, dentre elas podemos citar o desrespeito a autonomia do paciente. Para Chaves e Massarollo (2009) quanto mais se respeitar a autonomia do paciente e a participação dos familiares na discussão da evolução do quadro clínico e condutas prognósticas, maior será o sucesso da humanização do atendimento a este doente.

Contudo, nem sempre é isso que se observa dentro das enfermarias hospitalares. Alguns profissionais tratam o paciente como objeto, introduzindo tubos nos seus orifícios, invadindo o corpo e a intimidade do ser, tratando muitas das vezes com brincadeiras, e fazem disso uma situação que eles acabam por se acostumar, naturalizar.

Silva e Ruiz (2003) expõem esta situação quando diz que, parece ser tendência lógica adaptar-se à situação como rotina, agir mediante uma postura mais isenta de “sentimentalismo” e envolver-se apenas “profissionalmente”, após o passar dos anos de prática.

Outro dilema verificado é o cuidado com o corpo após a morte. Não é tarefa fácil. Muitos sentimentos afloram neste momento, muitos profissionais fogem deste procedimento, por não estarem preparados para tal fim, como também para não encararem a morte de frente, tão imprevisível, tão inexoravelmente certa. Neste sentido,

deparar-se com o corpo morto é negar a vida, há pouca perda, assim como a do próprio profissional lato sensu envolvido com o procedimento. Parece não ser salutar, agradável aos olhos, aos sentidos manipular um cadáver, enxugar e limpar seu corpo úmido de secreções, tamponar com algodão seus orifícios antes intactos. É um confronto com a morte, é a negação da vida, é a perda de um paciente, é a negação da profissão, das ações antes empregadas, dos cuidados prestados, é o "desafio perdido" (SILVA & RUIZ, 2003 p. 21).

Todo este enfoque só reforça a idéia central desta abordagem que pode-se considerar como sendo a dificuldade que os profissionais da saúde, em especial os profissionais de enfermagem, sujeitos desta pesquisa, deparam-se nas instituições hospitalares em lidar com a morte e com o morrer.

Na emergência hospitalar o risco iminente de morte dos pacientes é considerado uma constante, podendo desencadear diversos sentimentos em todas as pessoas envolvidas nesse contexto (ARGENTA et al,2008). Além disso, a equipe profissional deve ser habilitada e qualificada para tal atendimento, tendo em vista a complexidade da assistência, requerendo dos assistentes rapidez na tomada de decisão e nas condutas terapêuticas valiosas na manutenção da vida dos pacientes.

Salomé (2008) relata que os profissionais de enfermagem, mesmo trabalhando há algum tempo na emergência, não se habituem à situação de morte. Isto pode ser observado nas literaturas, nos artigos, nas revistas especializadas e nas vivências de estudantes e profissionais que fogem do tema, muita das vezes justificado como mecanismo de defesa, estrategicamente utilizado no enfrentamento da morte e do morrer, para poder oferecer uma assistência considerada holística, porém desumana para si e para o paciente.

1.5. Assistência humanizada na sala de emergência

A abordagem constante da humanização da assistência surge como uma necessidade de reorganizar os atendimentos de saúde de forma integral e com dignidade, levando em consideração os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais da pessoa, em qualquer situação.

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão da morte como experiência humana e, para quem a presencia, uma mudança no "que fazer" diante do sofrimento do outro humano.

Segundo Gallo e Mello (2009) é importante que o profissional de enfermagem esteja técnica e humanamente treinados para atender a seu cliente e família na unidade emergencial.

No entanto, para a sistematização da assistência holística e humanizada na sala de emergência é fundamental que os sistemas interpessoais e sociais também sejam integradas à prática profissional (MONTEZELI et al., 2009). É necessário humanizar as práticas em saúde diante do acelerado desenvolvimento tecnológico nesta área, onde a singularidade do paciente, suas emoções, crenças e valores ficam em segundo plano, e a assistência se desumanizou, principalmente no atendimento, dificultando as relações humanas, tornando-as frias e individualistas.

O hospital e os profissionais necessitam de adequação ao novo modelo assistencial, de uma melhor conjectura que facilite sua atuação, abrindo caminhos para um entendimento e a compreensão dos limites entre a vida e a morte, sendo ele o mediador da situação que é em si profunda e imensurável, mas que depende da sua maneira de encarar a morte no cotidiano da emergência hospitalar.

CAPÍTULO II

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de campo numa abordagem quanti-qualitativa. Será utilizada a metodologia da estatística descritiva para análise dos dados quantitativos e a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) na abordagem dos dados qualitativos, pois esta oferece à pesquisa qualitativa, uma performance substancial, refletida na capacidade do pesquisando em abordar subjetivamente qualquer temática a ele conferida.

Segundo Lefrêve, Lefrêve e Texeira este tipo de pesquisa nos permite através de um discurso “[...] o acesso a dados da realidade, de caráter subjetivo, isto é, idéias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de atuar; conduta ou comportamento presente ou futuro[...]”(2000, p?).

2.2 Local, população e amostra

Este estudo foi desenvolvido no setor da emergência do Hospital Regional de Cajazeiras-PB. Este hospital foi escolhido devido ser o único que atendimento emergencial nesta cidade. Participaram da pesquisa 11 profissionais de enfermagem, sendo 06 enfermeiras e 05 técnicos em enfermagem que atuam neste setor hospitalar.

2.3 Posicionamento ético da pesquisadora

Durante o curso de investigação, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Em consideração a inter-relação pesquisadora/participantes do estudo, foram observados os aspectos éticos contidos no artigo IV da citada Resolução, a qual aborda o respeito e a autonomia do participante da pesquisa,

sendo-lhe garantida, entre outros direitos, seu termo de consentimento livre e esclarecido TCLE, o sigilo das informações e a privacidade (BRASIL, 1996)

Para a viabilização do seguinte estudo o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade Santa Maria, submetido à averiguação conforme rege a resolução em questão e aprovado pelo órgão supracitado.

2.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento para coleta de dados compreendeu um roteiro de entrevista semi-estruturado, abrangendo questionamentos inerentes ao objetivo do estudo, com 4 perguntas subjetivas, nas quais os participantes tiveram a oportunidade de discorrer sobre a temática proposta, bem como um questionário sócio-demográfico para conhecer os sujeitos da pesquisa.

2.5 Processo da pesquisa

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2009, com a entrega do questionário aos participantes conforme a disponibilidade dos mesmos.

As informações foram coletadas e orientadas por um questionário dividido em duas partes. Na primeira parte, buscou-se uma descrição simples do perfil da equipe de enfermagem que atua na emergência, com a finalidade de caracterizar a população através das seguintes perguntas: sexo, idade e profissão. A segunda parte foi composta por questões abertas com o intuito de identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a morte e o morrer, as dificuldades e dilemas vivenciados por estes, as estratégias de enfrentamento na situação de morte e de morrer, assim como saber da possibilidade de um cuidado humanizado na sala de emergência.

Para análise dos dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva. Em relação aos dados qualitativos foi utilizada a técnica do discurso do sujeito coletivo, desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre que consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos provenientes dos depoimentos dos participantes do estudo. Estes procedimentos envolveram os seguintes passos: seleção das expressões-chave de cada discurso; identificação da idéia central de cada uma das expressões-chave; identificação das idéias centrais semelhantes ou

complementares e reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso síntese que é o discurso do sujeito coletivo.

De acordo com Texeira e Lefèvre (2001), o discurso do sujeito coletivo representa um recurso metodológico destinado a clarificar as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social (neste caso, os profissionais de enfermagem da emergência hospitalar), possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns compartilhados entre seus membros. Esses autores afirmam ainda que, com o sujeito coletivo os discursos são reconstituídos em discurso único para expressar um dado pensar ou uma representação sobre um fenômeno.

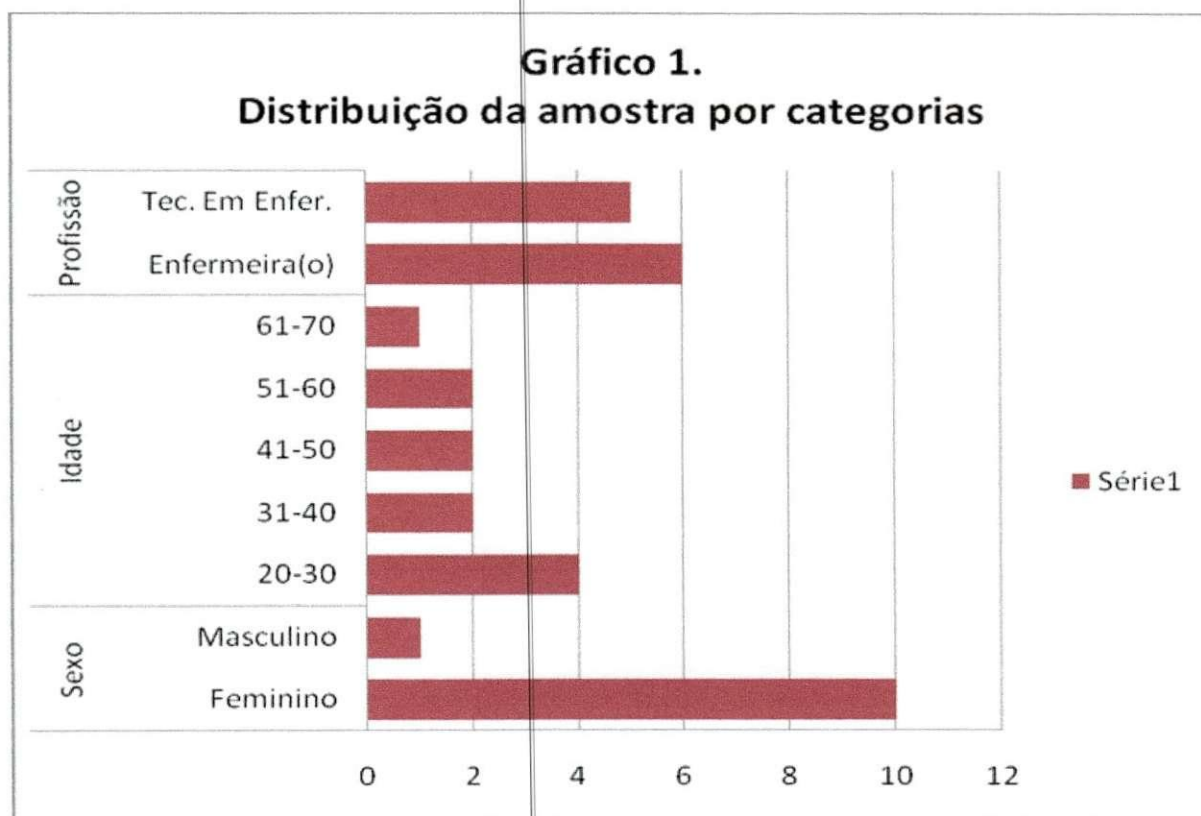
CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra em estudo

As principais características sócio-demográficas da amostra estão apresentadas tabela 1. Pode-se constatar que dentre os profissionais de enfermagem seis são enfermeiros e cinco são técnicos em enfermagem. As idades estão compreendidas entre o mínimo de 26 e o máximo de 68 anos, sendo que a faixa etária predominante foi a de 26 a 39 anos. Verifica-se uma predominância do sexo feminino, pois dos 11 profissionais entrevistados apenas um é do sexo masculino.

Tabela 1 – dados sócio-demográficos



A predominância do sexo feminino na profissão é justificada devido a enfermagem a priori, ter surgido como um serviço organizado pela instituição religiosa e pelo fato de estar associado à figura da mulher-mãe, cuidadora e

detentora de um saber informal transmitido de mulher para mulher ao longo da história.

Neste sentido, avançando nas reflexões, a enfermagem e as enfermeiras não são mulheres na sua maioria por acaso. Tanto quanto a situação feminina, em sentido amplo, a enfermagem, as enfermeiras e os enfermeiros são produtos de uma construção complexa e dinâmica da definição de “ser” da enfermagem e das relações entre os sexos. Os valores simbólicos e vocacionais são um exemplo de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área (LOPES & LEAL, 2005).

3.2 Dados subjetivos da pesquisa

Foram aplicados quatro questionamentos aos participantes do estudo e a análise das respostas nos permitiu identificar as idéias centrais e os discursos coletivos, sobre os quais iremos focalizar a abordagem que se segue.

Quadro 1 – Idéia central e discurso do sujeito coletivo de enfermeiras e técnicos em enfermagem da emergência do Hospital Regional de Cajazeiras, em resposta à pergunta: “O que significa a morte e o morrer para você?”

<p>Idéia central (1)</p> <p>O fim da vida indesejado</p>	<p>Discurso do sujeito coletivo (1)</p> <p>A morte é o final da etapa da vida. É o fim da linha, de uma carreira, de tudo, é um estágio final da vida, um futuro certo, porém não desejado e o morrer é a determinação do fim.</p>
<p>Idéia central (2)</p> <p>Uma passagem e uma missão cumprida</p>	<p>Discurso do sujeito coletivo (2)</p> <p>A morte é uma passagem desta vida para outra, a qual não sabemos aonde fica. É missão cumprida aqui na terra. Cumprir o destino que Deus preparou.</p>
<p>Idéia central (3)</p>	<p>Discurso do sujeito coletivo (3)</p>

<p>O colapso do organismo</p>	<p>O morrer é o colapso total dos órgãos. Simplesmente o esgotamento físico do organismo, não tendo mais força, energia para movimentar a máquina humana.</p>
--------------------------------------	---

Conforme observamos na tabela 1, ao indagarmos os profissionais de enfermagem sobre a sua percepção de morte e do morrer na sala de emergência, obtivemos um discurso centrado em três idéias: **o fim da vida, uma passagem, uma missão cumprida e o colapso do organismo.**

Na primeira idéia central **fim da vida** os profissionais compreendem a morte como sendo um processo final e natural da vida, próprio do ser humano de acordo com as etapas do seu desenvolvimento. Para Oliveira (2006) a morte é vista como evento que ocorre com todos, num futuro, portanto supostamente desconhecido.

Outros discursos, ao contrário, relatam que por mais que a morte seja parte integrante da vida, muito mais do que temida, ela é indesejada porque representa a extinção do ser que morre. Isto acontece, principalmente se a morte acomete crianças e pessoas jovens, considerando que ela interrompe uma etapa da vida, podendo-se pensar que a morte apareceu na hora errada e que estas pessoas foram vítimas da fatalidade.

Para França (2005) a palavra morte traz consigo alguns atributos como dor, ruptura, interrupção e tristeza. Designa o fim absoluto do ser humano e de todo ser vivo, fim de um vínculo, de uma época ou até mesmo de uma idéia.

A morte entendida com **uma passagem** denota um sentido espiritual ao fenômeno, uma espécie de transição do mundo material para o espiritual que acompanha o ser humano por todas as civilizações, dando a vida um novo sentido, sendo comemorada ao invés de lamentada. Corroborando com isso Silva & Ruiz (2003), diz que a crença na continuidade da existência por meio de uma passagem para um plano metafísico ou o término da temporalidade terrena advém de uma cultura arraigada às civilizações antigas.

Para quem acredita na continuidade da vida, a morte é a passagem desta existência para outra melhor. De qualquer forma, a dor estaria na vida e não na morte. Como bem mencionou o filósofo Sócrates, ao qual foi condenado a beber o

veneno letal que daria um fim a sua vida, a morte é precisamente uma mudança de existência e uma migração para a alma, deste lugar para outro.

A morte segundo Kovacs (2002) apud Oliveira (2006) pode também ser encarada com indiferença, fatalidade, após ter-se cumprido uma missão; poderá ser chamada de morte na hora certa. Esta idéia apesar de arraigada em algumas culturas, não é fácil de aceitar, principalmente se o episódio de morte envolver crianças e jovens adultos causando grande sofrimento e sentimentos de tristeza.

Por outro lado, a sensação de missão cumprida em episódios de morte é corriqueira, principalmente entre pessoas religiosas, que buscam na fé o conforto e o entendimento de que cada ser humano tem uma missão a cumprir, e quando este dia chega, não há escapatória, é o destino ao qual todos irão passar na vida.

A terminalidade da vida explicada como o **colapso do organismo**, remete ao modelo biológico de encarar a morte, a cessação dos batimentos cardíacos, a morte encefálica, a parada respiratória.

Ao colapso de um organismo chamamos de morte, no entanto, a morte nunca poderá ser medida pelo monitoramento de apenas um certo órgão, mas através da interrupção das interações do corpo todo, de um ser humano em um amplo sentido.

Para Palú et al(2004) citado por Carvalho et al (2006), a morte não é tão somente o aniquilamento de um estado biológico, mas é também a finitude de um ser em interação com um outro.

Quadro 2 - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de enfermeiras e técnicos em enfermagem da emergência do Hospital Regional de Cajazeiras, em resposta à pergunta: **“Quais as dificuldades e dilemas éticos vivenciados por você na assistência a pacientes em iminente risco de morte?”**

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Ausência do médico no setor	A grande dificuldade é a ausência do médico no setor, a dificuldade em localizá-los o que ocasiona demora no atendimento. Eles não ficam no setor, temos que sair correndo a procura deles ou pedir às telefonistas para encontrá-

		los.
Idéia central (2)		Discurso do sujeito coletivo (2)
Falta de recursos e descaso médico		A maior dificuldade é não ter material indispensável na hora de assistir ao paciente, a precariedade da assistência e de um corpo de médicos comprometidos, ou melhor, humanizados com a vida do outro. O descaso de alguns médicos no atendimento emergencial faz com que a enfermagem realize condutas que não são da sua competência, mas que, são realizadas na busca de proporcionar atendimento de qualidade.
Idéia central (3)		Discurso do sujeito coletivo (3)
A notícia da morte para a família		Além da ausência do médico, a maior dificuldade na qual nos deparamos é expor a verdade sobre a situação do paciente a família, sendo mais difícil ainda noticiar a morte do mesmo. Não é função da enfermagem, mas acaba sobrando pra gente, já que o médico nem sempre está presente no setor. A gente nunca sabe a noção que a família tem sobre a morte e o que ela representa naquele momento, naquelas circunstâncias. Às vezes a família não quer entender, mesmo sabendo que a morte faz parte da vida.

Na tabela 2 encontramos as dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem quando da iminência de um paciente com risco de morte ou quando este já chega morto na sala de emergência.

Para Silva e Ruiz (2003), na sala de emergência o médico não trabalha com escala fixa no local, e tal fato repercute na assistência ao paciente grave, que muitas vezes, morre sem ser atendido ou avaliado por um médico. Neste sentido, sobra para a equipe de enfermagem as situações estressantes e angustiantes que passam perante o paciente e a família, assumindo responsabilidades que não lhes compete, mas que se vêem obrigadas a realizar.

Portanto, a grande maioria dos profissionais relata que a **ausência de médicos** no setor é a maior dificuldade que eles encontram na emergência e que os dilemas éticos vivenciados neste setor permeiam a atuação deficiente dos mesmos, levando-os a se sujeitar, às vezes, à punições e sanções dos órgãos fiscalizadores da profissão.

A **falta de recursos** materiais e pessoais também foi abordada no discurso de alguns profissionais no setor da emergência. A falta desses recursos, segundo Calderero et al (2008) , pode levar os profissionais a exercerem diversas funções ao mesmo tempo, em breve espaço de tempo, tendo que algumas vezes “improvisar” seu trabalho por falta de recursos.

Essas condições insalubres acabam por desgastar os trabalhadores, fazendo com que a operacionalização do atendimento preconizado não seja realizada, levando os profissionais ao “improviso”, inconcebível num setor tão importante e vital à manutenção da vida humana.

O descaso de alguns médicos é mais um dilema considerado grave, visto que parte das condutas a serem realizadas dependem, primordialmente, da decisão médica o que gera muitas vezes, conflitos e estresse vivenciados por aqueles que atuam naquele setor.

No discurso dos participantes do estudo, também se observa uma preocupação de grande relevância que é **informar à família** sobre a morte do paciente. Alguns profissionais não se encontram preparados para esta situação, apesar de ser o médico o maior responsável em informar as condições de risco de morte ou a morte em si do paciente aos seus cuidados.

Com isso é importante o cuidado com as famílias no setor da emergência, indicando a necessidade de que estas sejam informadas sobre a condição de seu familiar no intuito de aliviar a angústia vivenciada (ARGENTA et al., 2008).

Quadro 3 - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de enfermeiras e técnicos em enfermagem da emergência do Hospital Regional de Cajazeiras, em resposta à pergunta: “Que tipo de estratégia você utiliza no enfrentamento de uma situação de morte e de morrer na emergência?”

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
<p>Assistência a família e ao corpo Distanciamento</p>	<p>Quando acontece um episódio de morte buscamos acalmar a família, chamar um psicólogo se tiver, prestar assistência ao corpo. Procuramos não nos envolver com o paciente, nem saber da sua história, assim sofremos menos mediante esta perda. É uma situação complicada, que boa parte dos profissionais tem muito dificuldade em lidar.</p>
Idéia central (2)	Discurso do sujeito coletivo
<p>Integrar a equipe e proporcionar uma morte digna</p>	<p>A melhor estratégia é a integração da equipe, cada um com sua função e todos com o mesmo objetivo na busca de um resultado positivo. É fazer o impossível para preservar a vida humana aos nossos cuidados. Caso os esforços não logrem êxito para salvar a vida daquela pessoa, então nos empenhamos ao máximo para proporcionar uma morte digna àquele paciente.</p>
Idéia centram (3)	Discurso do sujeito coletivo (3)
<p>Agilidade e equilíbrio na assistência prestada</p>	<p>A estratégia é agir com experiência, com equilíbrio, com habilidade na tomada de decisão e ter tranquilidade, para não tornar a ocasião mais difícil e estressante. Em certas situações não</p>

	dar tempo para criar estratégias porque as coisas acontecem muito rápido.
--	---

Segundo Oliveira (2006), entendemos o distanciamento como um mecanismo de defesa e proteção contra o sofrimento; o processo de morrer e de morte passa a ser visto como banal, sendo o distanciamento e o endurecimento das relações frente à morte algo tornado natural e considerado comum e rotineiro.

O fim da vida pode ser um processo muito doloroso para o paciente, para a família e para o profissional de saúde. Este utiliza o **distanciamento** como um meio de diminuir este desconforto, amenizar a sensação de impotência quando da perda de um paciente. Esta atitude pode ser explicada como um meio que o profissional tem de separar o lado emocional do profissional, considerando que o envolvimento com o paciente-família pode vir a acarretar maior sofrimento, em quem não possui preparo adequado para conviver com esta situação.

A assistência a família é oferecida mediante as condições do profissional, sua habilidade e capacidade de interagir através do suporte emocional e técnico que ajude a minimizar o sofrimento e suas próprias angústias e deficiências.

A **integração da equipe** é de suma relevância em qualquer situação de trabalho coletivo. Uma assistência de qualidade pode ser impossível de ser conseguida se não for elaborado planos e ações que permitam a interseção e a interação da equipe de saúde.

Rosa et al (2006). afirma que, a atuação do enfermeiro no setor de emergência, implica em organização, seqüência lógica das ações emergenciais e delegação de funções para que cada membro da equipe atue de forma sincrônica, na busca da manutenção da vida.

O trabalho em equipe na área da saúde, principalmente em situações emergenciais é de fundamental importância para dar qualidade a assistência e resolutividade aos problemas e as possibilidades terapêuticas dos pacientes.

Por fim, a terceira idéia central nos remete a **estratégia da agilidade** e do equilíbrio como elementos essenciais num atendimento emergencial. Enfrentar a situação com prudência, presteza e experiência, mesmo que o paciente se apresente fora das possibilidades terapêuticas, é a condição necessária exigida por todo profissional de saúde, tendo em vista que o contato com a morte é algo que

não se pode evitar, principalmente num setor como o da emergência, porta de entrada de qualquer paciente sob qualquer circunstância.

Quadro 4 - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de enfermeiras e técnicos em enfermagem da emergência do Hospital Regional de Cajazeiras, em resposta à pergunta: “É possível um cuidar humanizado na sala de emergência em situações de morte?”

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
<p>Sim, é possível o cuidar humanizado na sala de emergência</p>	<p>A equipe tem que proporcionar um cuidar humanizado em qualquer situação, inclusive na morte. A humanização não só é possível, como também é um dever, é obrigação de toda a equipe preservar a dignidade daquele paciente que se foi. A equipe pode utilizar a parte psicológica e terapêutica para humanizar a situação, oferecendo suporte emocional a família do paciente.</p>
Idéia central (2)	Discurso do sujeito coletivo (2)
<p>É impossível o cuidar humanizado na sala de emergência</p>	<p>Apesar de sabermos da importância da humanização na assistência hospitalar, esta nem sempre é possível, tendo em vista que as situações de morte sempre causam muito estresse, expectativa e desespero tornando o ambiente e as condições de trabalho difíceis, quando não impossíveis de serem humanizadas.</p>

Quando se fala em humanização, pensa-se na descentralização do atendimento e remete-se à necessidade de resgate de um atendimento mais humano que seja capaz de focar a dignidade das pessoas em situações de necessidade de cuidados ou atenção (GALLO, MELLO, 2009).

O cuidar humanizado é algo prioritário que valoriza o paciente em seus aspectos bio-psico-social. A sua subjetividade, a sua autonomia e o seu poder de decisão são atenuantes no sofrimento da vítima e da família, mesmo quando a gravidade da situação não ofereça suporte emocional nem racional para tais decisões.

Assim sendo, atenuar o sofrimento da vítima e humanizar o atendimento são fundamentos para uma atuação de enfermagem de qualidade, na busca do equilíbrio entre a técnica, a ética e o aspecto subjetivo (SANTOS, 2007 apud MONTEZELI et al., 2009).

Por outro lado, a dinâmica de funcionamento de um serviço de emergência aliada à gravidade da clientela que ali aporta e à constante imprevisibilidade dos acontecimentos fazem com que o ambiente seja permeado de instabilidade (MONTEZELI et al., 2009). Isso faz com a prática do **cuidado humanizado** torne-se difícil, quando não **impossível**, se levarmos em conta o estado de ansiedade e desgaste emocional vivenciados por todos ao lidarem com a morte.

Enfim, o cuidar humanizado não se refere às práticas terapêuticas ou a mecanicidade que certas situações exigem. Humanizar o cuidado é ouvir, olhar, sentir, tocar, respeitar o outro, suas particularidades, compreender os limites entre a vida e a morte quando as possibilidades terapêuticas são insuficientes, e apesar de difícil, encarar a morte como um processo natural para quem está vivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O questionamento do processo que permeia a morte e o morrer confrontados pela equipe de enfermagem da emergência hospitalar é uma realidade efetiva e permanente no trabalho de assistência ao morto e às pessoas em iminente risco de morte.

Ao longo deste estudo podemos perceber a partir do discurso do sujeito coletivo, que a percepção do profissional de enfermagem sobre a morte e o morrer, possibilitou-nos reconhecer diversos elementos que contextualizam a temática, oferecendo subsídios relevantes em situações de contingente enfrentamento de morte.

A presente pesquisa pode demonstrar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na sala de emergência, intimamente ligados à ausência do médico no setor, à falta de recursos materiais e humanos, ao despreparo da enfermagem em notificar a família sobre a morte do paciente, bem como os sentimentos de tristeza e sofrimento atrelados à assistência emergencial.

Percebemos ainda que, frente às dificuldades encontradas, os profissionais utilizam-se de diferentes estratégias para minimizar os problemas, os sofrimentos e a atuação dos mesmos, que podem gerar alguns conflitos e interferências na assistência de qualidade ao paciente e a família. O estresse e a ansiedade estão presentes no cotidiano de emergência, sendo a enfermagem a principal atingida por ser a primeira a prestar os cuidados essenciais à manutenção da vida.

Apesar de discutida amplamente pelos serviços de saúde, a humanização do cuidar na ala emergencial caminha a passos lentos e a equipe multiprofissional necessita de treinamento e adaptação permanentes a esta nova realidade, considerada essencial para uma assistência humanamente qualificada.

Frente a esta problemática, nos subsidiamos do pensamento de Montezeli (2009) quando afirma que a enfermagem emergencial precisa refletir sua prática cotidiana para humanizar o atendimento à sua clientela.

Desta forma, a pesquisa trouxe uma complementação de idéias para que possam ser atreladas a outros pensadores e que o tema da morte possa ser abordado de maneira mais presente, necessária e indispensável na vida humana.

A abordagem da temática pode ser iniciada a priori na graduação, para que inicialmente, os estudantes, possam sair da graduação com a mente e o espírito

preparados, cognitiva e emocionalmente. Assim, quando chegar ao ambiente hospitalar, os profissionais poderão ter suas apreensões e ansiedades reduzidas, ou melhor trabalhadas, ao lidar com a vida e com a morte.

É necessário também conscientizar os gestores de saúde da importância de oferecer aos seus profissionais, melhores condições de trabalho que venham preencher suas dificuldades pessoais, profissionais e institucionais.

A enfermagem em si deve repensar sua atuação, entender que a profissão requer um processo de construção contínuo onde estão englobadas o saber, a prática e os vínculos que nascem mediante as vivências e as experiências de quem tem um compromisso com a vida e com a morte na sua profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ARGENTA, C. et al. A morte em setor de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica. **Cogitare Enferm.**RS V. 13, n. 2, jan/mar, 2008, p. 284-289. Disponível em: de.acienciacommons.org/50034481. Acesso em: 29/08/09

BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto contexto – Enfermagem**. V. 16, n. 1, Florianópolis, jan/mar. 2007. Disponível em www.scielo.br . Acesso em: 22/08/09

BRÊTAS, J. R. da S; OLIVEIRA, J. R. de; YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, São Paulo, dec. 2006. Disponível em www.scielo.br .Acesso em: 08/08/09

CALDERERO, A.R.L.; MIASSO, A.I.; CORRADI_WEBSTER, C.M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de pronto atendimento. **Rev. elet. de Enferm.** V.10. n 1. 2008. P.51-62. Disponível em WWW.fen.ufg.br . Acesso em 22/11/2009

CARVALHO, L. S. et al. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. **R. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 4, Rio de Janeiro, out/dez; 2006, p. 551-557. Disponível em: [HTTP://bases.bireme.br/](http://bases.bireme.br/) . Acesso em: 15/08/09

CHAVES, A. A. B; MASSAROLLO, M. C. K. B. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. **Rev.esc.enferm. USP**, v. 43, n. 1, São Paulo, mar. 2009. Disponível em www.scielo.br . Acesso em: 05/09/09.

COSTA, J. C. da; LIMA, R. A. G. de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, Ribeirão Preto-SP, mar/abr. 2005. Disponível em WWW.scielo.br . Acesso em: 01/08/09

FRANÇA, M. D. Reações de profissionais de saúde diante do risco de morte em crianças. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. UFSC, Florianópolis-SC, 2005. Disponível em:

http://aspro02.npd.ufsc.br/arquivos/220000/221500/18_221512.htm?codBib=

GALLO, A.M.; MELLO, H.C. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. **Revista F@pciência**, Apucarana-PR. V. 5, n.1. 2009, p.1-11. Disponível em www.fap.com.br/fapciencia. Acesso: 05/11/2009.

GUTIERREZ, B. A. O; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Rev.esc.enferm. USP**, v. 41, n. 4, São Paulo, dec. 2007. Disponível em www.scielo.br. Acesso em: 22/08/09

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 25, n. 3, Brasília. Set. 2005. Disponível em WWW.scielo.br. Acesso em: 08/08/09

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, jul./dez.2006.p.517-524. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 08/08/09

LEFRÊVE, F.; LEFRÊVE, A. M. C; TEXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LIMA, D. M. de. **Enfrentamento de situações de morte e de morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo**. UFS, Aracaju – SE, 2007. Disponível em: WWW.ee.usp.br/simposio. Acesso em: 22/08/09

LIMA, V. R; BUYS, R. **Educação para a morte na formação de profissionais de saúde**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro v. 60, n. 3, 2008. Disponível em www.psicologia.ufrj.br/abp/ Acesso em: 29/08/09

LOPES, M.J.M; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu*. n 24. Campinas-SP. Jan/Jun, 2005. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 05/11/09.

MACHADO, W. C. A.; LEITE, J. L. **Eros e Thanatos – a morte sob a óptica da enfermagem**. São Caetano do Sul-SP: Difusão editora, 2004.

MESQUITA, A. A. B; MARANHÃO, V. de P. **A equipe multiprofissional diante do processo de morrer da criança hospitalizada**. FCS, Campos Gerais – MG, 2008. Disponível em: WWW.facica.edu.br/tcc . Acesso em: 05/09/09

MONDIN, B. **O homem: quem é ele?**: elementos de antropologia filosófica. 11ª edição, São Paulo: Paulus, 2003.

MONTEZELI et al. Enfermagem em emergência: humanização do atendimento inicial ao politraumatizado à luz da teoria de Imogene King. **Cogitare Enferm PR**. V. 14 n. 2. Abr/Jun 2009. P. 384-387. Disponível em: de.scientificcommons.org/52014209. Acesso em 10/11/09.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Bioética**. V. 13, n 2, Brasília-DF, CFM, 2006. Disponível em: WWW.portalmedico.org.br/bioetica. Acesso em: 15/08/09

OLIVEIRA, J. R. de; BRÊTAS, J. R. da S; YAMAGUTI, L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Rev.Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 3, São Paulo, 2006, p. 386-394. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ . Acesso em: 08/08/09

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev.esc.enferm. USP**, v. 42, n. 1, São Paulo, mar. 2008. Disponível em www.scielo.br . Acesso em: 22/08/09

PINHO, L. M. O; BARBOSA, M. A. A morte e o morrer no cotidiano de docentes de enfermagem. **Rev.enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, abr/jun, 2008, p. 243-248. Disponível em: [HTTP://bases.bireme.br/](http://bases.bireme.br/) Acesso em: 29/08/09

ROSA, A. F. et al. **Percepções das enfermeiras frente aos sentimentos de quem vivencia o processo de morrer e morte**. Maringá, v. 5, n. 2, maio/ago. 2006, p. 204-211. Disponível em: WWW.periodicos.uem.br. Acesso em: 15/08/09

SALOMÉ, G. M; CAVALI, A; ESPÓSITO, V.H.C. **A sala de emergência: o cotidiano conviver com a morte e o morrer pelos profissionais de enfermagem.**

Conjunto hospitalar de Sorocaba - SP, 2008. Disponível em: WWW.abrasco.org.br
Acesso em: 29/08/09

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Conselho Nacional de Saúde, 1996.

Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm Acesso em: 01/08/09

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev.bras.enferm.** v. 60, n. 3, Brasília, mai/jun 2007. Disponível em www.scielo.br Acesso em: 22/08/09

SILVA, A. L. L; RUIZ, E. M.. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem.**Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 20, n. 1, jan/abr 2003, p. 15-25. Disponível em WWW.scielo.br . Acesso em: 01/08/09

SILVA, K. S. da; RIBEIRO, R. G; KRUSE, M. H. L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade. **Rev.bras.enferm.** v. 62, n. 3, Brasília, mai/jun, 2009. Disponível em www.scielo.br . Acesso em: 05/09/09

SIQUEIRA, J. E. de. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Bioética.** V. 13, n 2, Brasília-DF, CFM, 2006. . Disponível em: WWW.portalmedico.org.br/bioetica . Acesso em: 15/08/09

SULZBACHER, M. et al. O enfermeiro em unidade de tratamento intensivo vivenciado e enfrentando situações de morte e morrer. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, jan/mar. 2009, p. 11-16. Disponível em: revistaseletronicas.pucrs.br . Acesso em: 05/09/09

TEXEIRA, P. F. **Diante da morte:** representações sociais da morte em enfermagem. Universidade aberta, Lisboa, 2006. Disponível em:<http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/708>. Acesso em: 08/08/09

APÊNDICES

APÊNDICE A
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Percepção do profissional de enfermagem sobre a morte e o morrer na emergência hospitalar

Pesquisador responsável: Romércia Batista dos santos

Pesquisador participante: Cícera Rolim Pereira

Eu, _____ R.G. _____
CPF, _____ residente na _____

fui informado(a) que este projeto tem o objetivo de conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a morte e o morrer, bem como o enfrentamento deste evento no cotidiano da emergência hospitalar. Para desenvolvê-lo será necessário realizar os seguintes procedimentos: assinar este termo de consentimento e responder ao questionário de perguntas abertas.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras -PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8836-6250 / 3335-4586, ou ainda com a pesquisadora responsável Romércia Batista dos Santos pelo telefone (83) 88214738.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto.

Cajazeiras – PB, _____ de _____ de _____.

Nome do sujeito/ou do responsável:

Assinatura:



Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

Nome:

Assinatura:

Testemunha 2:

Nome:

Assinatura:

Assinatura do pesquisador responsável

APENDICE B

Instrumento para coleta de dados

Formulário de identificação da enfermagem:

Idade: -----

Sexo: M() F()

Profissão: -----

Questionário

1. O que significa a morte e o morrer para você?

2. Quais as dificuldades e dilemas éticos vivenciados por você na assistência a pacientes em iminente risco de morte?

3. Que tipo de estratégia você utiliza no enfrentamento de uma situação de morte e de morrer na emergência?

4. É possível um cuidar humanizado na sala emergência em situações de morte?
