

A Equipe de Enfermagem Frente a Pacientes sem Perspectiva Terapêutica¹

Jaqueline Sangiogo Haas²
Marinês Tambara Leite³

Resumo

Esta investigação buscou compreender como é para a equipe de enfermagem cuidar de paciente sem perspectiva terapêutica, abrangendo os sentimentos envolvidos neste processo, bem como as relações estabelecidas. Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva. O estudo foi realizado em hospitais localizados na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, com integrantes da equipe de enfermagem. A coleta das informações ocorreu através de entrevista aberta, gravada, transcrita com a seguinte questão norteadora: *Como é para você cuidar de pacientes sem perspectiva terapêutica?* Análise de conteúdo foi utilizada para analisar o estudo. As manifestações foram agrupadas em duas categorias de análise. A primeira aborda a dificuldade

¹ Artigo produzido a partir do trabalho monográfico de conclusão do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí.

² Acadêmica concluinte do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí, autora do trabalho.

³ Orientadora do trabalho, professora do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí.

de que a equipe possui em falar sobre a morte e as questões que a cercam. Os entrevistados não se sentem à vontade em dialogar sobre a morte pois isto os faz refletir acerca do tema. A segunda categoria faz uma análise sobre a preocupação da equipe de enfermagem em prestar os cuidados físicos aos pacientes em detrimento dos cuidados emocionais e psicológicos.

Palavras-chave: paciente sem perspectiva terapêutica, morte, cuidado de enfermagem.

The Nursing Team Face the Patients With no Therapeutic Perspective

Abstract: This investigation searched to understand how it is for the nursing team to take care of a patient with no therapeutic perspective, covering the feelings involved in this process as well as the relationships established. This is a qualitative exploratory and descriptive research. The study was conducted in hospitals located in the northwestern region of the Rio Grande do Sul state, with members of the nursing team. The data collection happened with the use of an open, recorded interview, which was transcribed with the following guiding question: "How is it to take care of patients with no therapeutic perspective?" The analysis of content was used for this study. The manifestations were grouped in two categories of analysis. The first one approached the difficulty the team has in talking about death and the questions surrounded it. The interviewed people did not feel comfortable in talking about death because this made them think about the topic. The second category made an analysis about the preoccupations of the nursing team in giving the physical cares to the patients to the detriment of the psychological and emotional cares.

Keywords: patients with no therapeutic perspective, death, nursing care.

Introdução

Para a sociedade, a morte é vista como um acontecimento misterioso, uma incógnita, um enigma. Nesse contexto, o profissional de enfermagem busca, sempre, afastar a possibilidade da morte, através do cuidado e tratamento, buscando a reabilitação do paciente e promovendo saúde e, conseqüentemente, vida. A vivência desta dualidade – morte e vida – despertou o interesse em aprofundar conhecimentos sobre o processo de morrer, por entender que o tema deva ser amplamente discutido entre os profissionais de saúde.

A morte tem influência no processo de trabalho, no comportamento e nas atitudes dos elementos que compõem a equipe de enfermagem, uma vez que estes se deparam, cotidianamente, com pacientes enfrentando risco de morte eminente. Todo o ser humano tem o direito de vivenciar o processo de morrer e de morte com dignidade, respeito e recebendo cuidados humanizados. Para tanto os profissionais de enfermagem devem ser/estar preparados para enfrentar as situações que se apresentam em seu cotidiano laboral. A conduta da equipe deve ser a de prestar todos os cuidados possíveis, entendendo que cuidar é dar atenção, ficar junto, tocar, olhar, conversar, ouvir e providenciar medidas de conforto, objetivando proporcionar a melhor qualidade de vida possível, no curto espaço de tempo que ainda resta ao paciente.

Para Kübler-Ross (1996, p. 118), “negar a morte enquanto um acontecimento significativo, cheio de significações, é o mesmo que dizer que o homem não é um ser social e reduzi-lo a um ser biológico”.

Concordando com Klafke (1991), parece que a morte no ambiente hospitalar é identificada com o fracasso da instituição e do profissional. Por ser o hospital um ambiente que é responsável pela cura, como é visto pela sociedade, quando a morte torna-se inevitável é apresentada como uma derrota da função social do hospital. Talvez pelo mesmo motivo – sentimento de fracasso – os profissionais que acompa-

nam o processo de morte e morrer em seu cotidiano procuram afastar-se dos pacientes que se encontram neste estágio, mantendo o mínimo contato possível, como forma de proteção de seus próprios sentimentos e como negação de que os conhecimentos científicos e tecnológicos possuem um limite. A morte ocorre quando nada disso pode intervir.

Logeay e Gadbois (apud Mendes; Linhares, 1996) afirmam que os enfermeiros expõem-se a dois tipos de angústia em relação à morte. A primeira é a fantasia da própria morte e a morte de pessoas afetivamente importantes. A segunda angústia relaciona-se com sentimentos de culpa e impotência, levando um afastamento do profissional com o paciente, evitando conversas e se refugiando em outras atividades, em especial, num perfeccionismo técnico.

Cabe ao enfermeiro e sua equipe, contudo, realizar todos os cuidados para manutenção das funções vitais, medidas de conforto e controle da dor para que essa pessoa, que está enfrentando o processo de morrer e de morte, possa vivê-la de maneira mais humanizada. Nas situações em que a cura é inviável a dimensão dos cuidados de enfermagem torna-se maior, pois àquele paciente, além dos cuidados referidos, deve-se proporcionar atenção psicoemocional e apoio para sua família, auxiliando-a a enfrentar a morte de seu ente querido, além da prestação de cuidados humanizados ao paciente em seus momentos finais.

Diante disso, torna-se importante pesquisar sobre morte nas unidades de internação, focalizando os pacientes sem perspectiva terapêutica. Esta pesquisa buscou enfocar os sentimentos e as percepções dos integrantes da equipe de enfermagem frente ao paciente com ordem médica de não-ressuscitação, tendo como pressuposto que a prestação de cuidados a pacientes sem perspectivas terapêuticas desencadeia angústia, medo e reflexão, gerando desconforto e ansiedade, levando, muitas vezes, a realizar o cuidado de forma mecânica, sem considerar o paciente como um ser que está necessitando de atenção. Considerando os aspectos até aqui apontados, este estudo tem como questão: *Como os elementos da equipe de enfermagem enfrentam a situação de cuidar de pacientes sem possibilidades terapêuticas?*

Tem-se como objetivo conhecer como a equipe de enfermagem enfrenta o processo de morte e morrer do paciente sem perspectiva terapêutica. Acredita-se que este trabalho poderá contribuir para a reflexão dos integrantes da equipe de enfermagem sobre o tema proposto, possibilitando melhorar as condições psicológicas no ambiente de trabalho destes profissionais que acompanham os pacientes em seus últimos momentos.

Metodologia

Esta pesquisa caracteriza-se por ser de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A opção por esta metodologia deu-se por ser a que melhor se adapta à proposta de investigar os sentimentos da equipe de enfermagem frente aos pacientes sem perspectiva terapêutica.

Bogdan e Biklen (apud Lüdke; André, 1986, p. 13) dizem que a pesquisa qualitativa “envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes”. De acordo com as considerações desses autores, a pesquisa qualitativa adequa-se à proposta deste trabalho, que pretendeu conhecer o dia-a-dia da equipe de enfermagem que cuida de pacientes sem perspectiva terapêutica, enfocando os sentimentos vivenciados pelos integrantes da equipe em relação à situação de finitude do paciente.

Este estudo foi realizado em hospitais de médio e grande porte da região de abrangência da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Foram selecionados, aleatoriamente, três hospitais com mais de 150 leitos, pertencentes à região definida para a pesquisa. Como critérios de eleição desses hospitais foi levado em conta seu reconhecimento social, o que implica na confiabilidade e experiência na prestação

de uma assistência qualificada. A proximidade da cidade de Ijuí também foi um fator de escolha, o que viabilizou o acesso e o conhecimento das realidades apresentadas. Ainda como critério de eleição destes hospitais, a aceitação em fazer parte deste estudo foi determinante.

A clientela investigada faz parte do quadro funcional dos referidos hospitais, atuantes em unidades de internação, e foi composta, aleatoriamente, por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem dos diferentes turnos de trabalho.

Como técnica para a coleta das informações foi utilizada a observação direta, com anotações em diário de campo e entrevista aberta, gravada em áudio-tape e, posteriormente, transcrita na íntegra. A entrevista teve a seguinte questão inicial: *Fale para mim como você enfrenta, em seu cotidiano, o processo de cuidar de pacientes em fase final?*

Foram entrevistados nove elementos da equipe de enfermagem, sendo sete auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras. Dos colaboradores da pesquisa apenas um é do sexo masculino. Todos casados, com idade entre 28 e 40 anos, e a média fica em torno de 34 anos. O tempo que exercem a profissão vai de dois anos até 16 anos, sendo este, também, o tempo de formação profissional.

As entrevistas foram realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2002, nos locais de trabalho dos entrevistados, em horário pré-estabelecido. Visando o anonimato, cada entrevista foi codificada, atribuindo a cada participante o nome de uma pedra preciosa.

Atendendo aos aspectos éticos da Resolução 196/96 (Brasil, 1996), o primeiro contato foi realizado por meio de ligação telefônica com as chefias do serviço de enfermagem de cada instituição, solicitando autorização para realizar a coleta das informações. Posteriormente foi encaminhado ofício formalizando o pedido. Todas as instituições contatadas aceitaram fazer parte do estudo. Além disso, cada um dos participantes do estudo foi convidado a assinar o termo de consentimento livre e informado após ter sido esclarecido o objetivo do estudo, a finalidade das informações, e o fato de ter garantido o anonimato e a possibilidade de desistência a qualquer tempo.

Na análise buscou-se resposta para a questão inicialmente formulada, tendo-se optado pela análise de conteúdo, visando apreender nas falas dos entrevistados o seu significado. Para a sistematização das informações seguiu-se a orientação metodológica preconizada Minayo (1999), que determina os seguintes passos: a) *ordenação dos dados* – etapa na qual se realiza a ordenação dos dados obtidos durante a fase de coleta, compreendendo as entrevistas transcritas, registros no diário de campo, resultado da observação; b) *classificação dos dados* – com base na fundamentação teórica constrói-se um questionamento sobre os dados ordenados. Realiza-se aqui a leitura exaustiva do material, ocorrendo a classificação em categorias; c) *análise final* – nesta etapa procura-se realizar uma relação entre a teoria e os dados obtidos.

Análise e Discussão dos Resultados

Ao buscar apreender como os trabalhadores da equipe de enfermagem enfrentam as situações de cuidar de pacientes sem perspectiva terapêutica, foram realizadas sucessivas leituras das informações coletadas, sendo então agrupadas, por convergências de idéias, em duas categorias de análise, quais sejam: a primeira aborda a dificuldade da equipe em falar sobre a morte, enfatizando aspectos referentes aos sentimentos que a equipe vivencia ao cuidar de pacientes sem perspectiva terapêutica; a segunda categoria mostra a preocupação da equipe de enfermagem em prestar os cuidados físicos, banalizando os sentimentos do paciente, refletindo, mais uma vez, a dificuldade de enfrentar e participar do processo de morrer e morte do paciente.

Categoria 1: Dificuldade em falar sobre a morte

Alguns entrevistados reconhecem que têm dificuldade em falar no tema e que este é um assunto que não costumam comentar ou mesmo pensar. A resistência dos profissionais em pensar sobre a mor-

te, mesmo se deparando diariamente com a ocorrência da mesma, é algo intrigante e mostra que falar na morte ou em morrer é difícil. Isto se evidencia nas seguintes manifestações:

“... falar dos pacientes sem perspectiva terapêutica é uma coisa assim difícil, né, às vezes a gente não sabe o que pensar sobre isso, né...” (Topázio).

Dentre os elementos que compõem a equipe de enfermagem há os que julgam correto não falar na morte com o paciente, pois se apoiam na justificativa de que ninguém quer ouvir falar. Atribui-se esta reação ao fato de que, para a maioria das pessoas, falar em morte é complicado. A reação de julgar que os outros não querem ouvir retrata a negação desta pessoa ao fato de que a morte existe e vem para todos. Verifica-se este comportamento nas manifestações:

“Eles não querem escutar, esse paciente estava negando a morte, ele não queria nem ouvir falar. A gente muitas vezes não conversa com o paciente sobre a morte porque eles não querem ouvir, tem pavor, pânico” (Esmeralda).

Diferentes atitudes são adotadas e relatadas pelos entrevistados quando se trata da morte, como mudam de assunto, atribuem a responsabilidade pela informação sobre o paciente para outro profissional, fornecem apoio por meio da espiritualidade, entre outros. Tudo para não ter uma conversa franca acerca do processo de morrer e da morte com o paciente. É possível perceber estas atitudes nos seguintes posicionamentos:

Não sei... porque, talvez a gente não fale muito de morte, né, de falar da palavra morte, a gente não fala, né. A equipe em si não fala, não se fala muito, não se fala nada com o paciente sobre morte em si, a menos que ele nos diga uma coisa e ainda a gente acata com silêncio, tenta amenizar. Não sei porque a gente sempre tem o intuito de amenizar assim, se ele falar alguma coisa que ele vai morrer” (Topázio).

É necessário trabalhar os sentimentos dessas pessoas, pois cada ser humano defende-se da maneira que julga mais fácil, evitando situações de sofrimento. Por outro lado, percebe-se que os serviços de

saúde e mesmo as instituições educadoras não conseguem atingir um grau de preparo suficiente para que os profissionais estejam aptos a enfrentar o processo de morrer e morte, favorecendo a interação entre equipe e paciente de forma mais adequada e tranqüila (Klafke, 1991).

Os entrevistados deste estudo referem ter diversos sentimentos em relação ao paciente sem perspectiva terapêutica. Alguns são similares, outros antagônicos. Parte dos profissionais afirma que nessas situações o desejo maior é de que o paciente e a família descansem, e que eles, como seres humanos, não sofram quando o paciente vir a falecer, referem que os profissionais da enfermagem “têm que ser meio frios”.

“Têm muitos pacientes que a gente acompanha um determinado tempo, até trinta dias aqui no hospital e que vão vir a falecer. Daí a gente, às vezes, tem aquele desejo de que ele descanse, nota todo o sofrimento do paciente e da família que estão cuidando” (Rubi).

Há, contudo, aqueles profissionais que manifestam apego quando o paciente em fase final passa por um longo período de internação. Neste período a equipe estabelece com o paciente e sua família um elo, um vínculo, e quando este vínculo se quebra, com a morte, há o sentimento de perda. Muitos deles ensaiam um movimento de fuga, em que procuram não conhecer e não se envolver com o paciente e sua família, somente realizam suas atividades de rotina. Atitude essa tomada em função de se manter afastado e, por conseguinte, não sofrer quando ocorrer a morte do paciente.

“A gente tem um sentimento assim, sei lá, falar em sentimentos é um pouco complicado, mas assim, a gente acaba se apegando no paciente, quando chega o dia de que ele foi, a gente, puxa, parece que a gente fica... a gente entristece também, sentimento de perda também, né” (Topázio).

Outro sentimento, o de impotência, está muito presente no cotidiano dos profissionais da equipe de enfermagem, em especial imediatamente após a morte. Neste momento, ocorre reflexão, as pessoas ficam mais apreensivas, ansiosas e referem sentir-se pequenas. Pensar sobre a morte é pensar sobre a própria finitude, e essa situação desencadeia nos profissionais angústia, conflito e medo.

“Daí a gente vê como a gente é pequena. Pequeno diante da vida. A gente se sente impotente, se sente muito pequeno, mas fazer o quê? (...) a gente se torna impotente na hora da morte, mas enquanto o paciente está vivo a gente não pensa nisso” (Rubi).

Esta situação referenciada está em consonância com o que afirma Kóvacs (1991, p. 82), pois os profissionais da saúde “são submetidos diariamente a situações de tensão diante dos pacientes hospitalizados. Muitos deles relatam sua impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajetória da morte. É como se nesses momentos estivessem diante da fragilidade de sua existência, recordando-se da sua própria terminalidade e da possibilidade de viver a mesma situação de seus pacientes”.

O sentimento de impotência é desencadeado, também, frente a uma situação em que a cura é inviável, o paciente está morrendo e a equipe avalia que não pode fazer mais nada. Acredita-se que não se pode fazer nada para evitar a morte, mas pode-se contribuir para que esta ocorra da maneira menos traumática possível para a família e o paciente.

A impotência é o reflexo da visão ocidental da instituição hospitalar e dos profissionais de saúde, sendo que a morte é percebida como o resultado de um fracasso. Reflete também a onipotência sentida pelos elementos da equipe de saúde que se sentem “donos do poder de curar e reabilitar” e que, por isso, no decorrer do processo de morrer e morte, a impotência é o sentimento mais desconfortável, pois é nessa situação que o profissional de saúde percebe o quanto é vulnerável e não possui controle sobre a vida.

Categoria 2: Preocupação com os cuidados físicos x banalização dos sentimentos do paciente

Ao analisar as informações percebe-se que há, na equipe, uma maior preocupação com os cuidados físicos prestados ao paciente sem perspectiva terapêutica, pois ao serem questionados “*como é para você*

cuidar do paciente terminal?”, os colaboradores do estudo, primeiramente, responderam como eram realizados os cuidados físicos, sendo a dor, no paciente terminal, a principal manifestação orgânica referida pelos trabalhadores de enfermagem, que requer atenção e cuidados imediatos. Para alguns entrevistados a forma de cuidar desta queixa do paciente se dá através da administração de medicamentos que estão na prescrição médica.

“... ela gritava de dor, de hora em hora parecia que a gente tinha que ir lá fazer a medicação e não podia... ela gritava, gritava de dor. A única coisa que a gente podia fazer para ajudar era a medicação pra dor. Mas... sabe que o que a gente tem que fazer é a medicação e se for a óbito, comunicar o médico, porque não tem mais, né” (Esmeralda).

Além da dor, alguns colaboradores afirmam que se deve proporcionar conforto ao paciente que está morrendo, e entendem conforto como cuidados físicos. Muitos deles sentem-se desconfortáveis e procuram utilizar-se de todas as possibilidades existentes para que a dor física diminua e o paciente se sinta melhor.

“... porque você tem que dar ao paciente, dar conforto ao paciente, aliviar a dor, sempre” (Opala).

O desconforto da equipe em presenciar a dor física e o sofrimento do paciente pode ser traduzido pela incapacidade de aceitação da morte, como algo que nem sempre é sereno e calmo. O medo da morte e de morrer manifestado por alguns entrevistados pode estar relacionado com a visão de morte que eles conhecem, que é a morte com sofrimento, abandono e solidão.

A dor emocional e o sofrimento psíquico não são evidenciados tão intensamente quando relacionados à dor física. Parece que a dor emocional não é valorizada porque é menos visível. A equipe julga realizar sua função, corretamente, se o paciente não sente dor, realizando algumas medidas de conforto. A dor da alma é esquecida pela equipe. Beland e Passos (1979) afirmam que a maioria da literatura se dedica aos cuidados e necessidades biopsicossociais do indivíduo. As necessidades espirituais do enfermo são negligenciadas ou deixadas

para os capelães. Normalmente a enfermagem limita-se a prestar os cuidados físicos e, em algumas situações, contemple o atendimento emocional.

“Na prática é bem diferente... a gente medica e tudo, que primeiro tu tenta tirar a dor, a dor é o mais importante, a dor em primeiro lugar, depois tem os cuidados com o corpo dele, que é o banho dele (...) Geralmente, tem os que têm muita dor, então eles referem 24 horas dor (...) é um paciente assim, bem difícil de cuidar” (Ágata).

Quando associada ao sofrimento, a concepção de morte digna classifica-se como aquela morte sem dor, tendo a família ao lado. No entanto uma morte digna é, sem dúvida, uma morte sem sofrimento, mas sofrimento de qualquer natureza, orgânico e psíquico. Deve-se levar em consideração, portanto, os sentimentos e desejos do próprio paciente, pois cada paciente é único e necessita de cuidados diferenciados. Lunardi Filho (2001) defende a idéia de que se deve passar a ver o paciente, que está vivenciando o processo de morrer e morte como pessoa e sujeito de sua própria vontade, proporcionando-lhe o direito a uma morte digna, dessa maneira realizando uma assistência de enfermagem humanizada.

Proporcionar uma morte digna ao paciente é, também, valorizar a vida. A morte deve ajudar a “repensar a vida, a nossa e a de nossos semelhantes, para torná-la uma vida mais digna de ser vivida. E então a morte também será digna, pois ela faz parte da vida” (Cassorla, 1991, p. 23). Esta concepção também aparece na voz dos sujeitos deste estudo:

“É fazer tudo pelo paciente, se ele está com dor, o médico sempre deixa, é fazer a medicação para dor, se ele vai morrer, que morra sem dor. Está com falta de ar, instalar um oxigênio, não deixar... Fazer o máximo possível para que, fisicamente, se sinta mais confortável. Geralmente o médico deixa, o paciente em fase terminal tem remédio para dor, tem oxigênio...” (Brilhante).

Uma maneira de agir, por parte da equipe de enfermagem, é entregando a responsabilidade da evolução do quadro nas mãos de Deus. Isso possibilita ficar de consciência mais tranqüila em relação

aos cuidados prestados ao doente e à família. Os entrevistados referem buscar a espiritualidade como forma de fugir de falar claramente sobre a morte, e usam-na como consolo para si próprios e para os pacientes, como forma de aceitar e de confortar. Esta situação evidencia-se na manifestação a seguir:

“Nós aqui, a gente sempre procura conversar com o paciente, com a família (...) falar de Deus também para eles, é aquele momento da barganha com Deus, eles acham que se oferecem algo para Deus” (Brilhante).

Alguns entrevistados demonstraram preocupação com a pessoa que está sob sua responsabilidade, para além dos cuidados físicos, evidenciando que estão conscientes de que o paciente necessita de assistência com mais carinho, atenção e solidariedade – assistência humanizada. Ver a família e o paciente sofrendo mexe com os sentimentos da equipe, que procura fazer o que está ao seu alcance. A equipe pensa que, demonstrando sensibilidade à dor do outro, auxilia a amenizar o sofrimento. Muitas vezes, esta mudança de atitude é decorrente da vivência pessoal de cada trabalhador, não sendo uma característica da equipe de enfermagem, mas do profissional individualmente.

“Eu comecei a dar mais carinho, mais atenção, mais amor, a fazer não só o lado profissional pelos pacientes, como dar mais atenção ao lado afetivo da família, desde o momento que eu descobri que na minha família tem uma pessoa soropositivo. Eu senti na minha pele, de fazer o possível e o impossível, fazer aquele trabalho, assim, aquele algo mais, que vai trazer aquele conforto (...) Deve ser horrível, tu ver que teu familiar tá indo, e vê que, para a enfermagem, é apenas mais um (Brilhante).

Horta (1999) faz uma breve reflexão referindo que, juntamente com o progresso científico e tecnológico, da medicina, a arte de cuidar/curar tornou-se, atualmente, um processo frio, distante, impes-

soal e menos humano. Estas são características semelhantes às observadas nos profissionais que prestam assistência nos locais deste estudo. Isto é, estão preparados tecnicamente para lidar com os aspectos biológicos da vida e cada vez menos habilitados para a prestação do cuidado humanizado, em que o contato humano e o relacionamento interpessoal sejam valorizados. O mesmo autor refere, ainda, que o importante é “estar simplesmente com o paciente à morte, nos seus momentos finais, confortando-o, amparando-o, ouvindo-o, aceitando-o, amando-o, enfim como seu semelhante” (p. 28).

Beland e Passos (1979) ao discutirem as questões referentes à assistência de enfermagem afirmam que se deve incluir a avaliação das necessidades espirituais, ao lado da avaliação das necessidades biológicas e psicológicas, tornando assim, as enfermeiras estarão mais capacitadas para atender o indivíduo como um todo.

A equipe de enfermagem, ao priorizar os cuidados físicos, pode estar, inconscientemente, banalizando o atendimento das necessidades emocionais do paciente. Isso talvez ocorra pela dificuldade em aceitar as situações que envolvem a terminalidade da vida e, sobretudo, a morte.

Reflexões Finais

Esta investigação procurou apreender como os elementos da equipe de enfermagem enfrentam as situações de cuidar do paciente sem perspectiva terapêutica. Foi possível entender a condição vivenciada pelos trabalhadores, mais especificamente os sentimentos que emergem ao prestar cuidados que envolvem o processo de morrer e morte de pacientes.

Na sociedade moderna a morte é vista como um fracasso pessoal ou profissional, principalmente para a medicina e áreas afins, pois é difícil aceitar que o ser humano não é capaz de manipulá-la. Este

comportamento reflete onipotência dos trabalhadores de saúde em geral, que, por vezes, se sentem capazes de dominar a vida e quando percebem que isto não é possível, por ocasião da morte, sofrem manifestando sentimentos de fracasso e impotência.

Os sentimentos que envolvem esse processo são inúmeros e, muitas vezes, antagônicos, em que a impotência é a condição que mais se exacerba e, em outras vezes, aparecem manifestações de alívio, nas situações em que se dá a cessação do sofrimento. Emerge, também, a tristeza, quando no transcorrer do processo ocorre a formação de vínculo com o paciente que está morrendo, bem como com a sua família.

O estudo evidenciou que não falar/pensar sobre a morte e o processo que a envolve é um dos subterfúgios utilizados pela equipe de enfermagem. Os trabalhadores reconhecem que é difícil falar acerca da morte, independente de ser a do próximo ou de si mesmo. Eles procuram se ocupar com a técnica, tornando-a mecanizada, sendo um dos artifícios utilizados para fugir de situações que podem levá-los a envolver-se com o paciente.

Nas ocasiões em que os elementos da equipe interagem com os pacientes em fase final, mantendo diálogo, este ocorre superficialmente, procurando suporte na espiritualidade como uma maneira de enfrentar a dificuldade que têm em falar sobre a morte.

Alguns entrevistados demonstram preocupação com o paciente e a família no momento da morte, evidenciando a humanização do cuidado. Outros, por sua vez, procuram afastar-se para não se defrontar com o sofrimento causado ao experienciar a morte.

Tendo como conceito de morte digna uma morte sem dor, a equipe busca proporcioná-la por meio de cuidados físicos, banalizando os aspectos referentes às outras necessidades do indivíduo, não tratando, muitas vezes, o paciente que está vivenciando o processo de morrer e morte como pessoa e sujeito de sua própria vontade, dando a ele o direito a uma morte e uma assistência de enfermagem humanizada.

Concluindo, tem-se clareza que este trabalho não esgotou todas as possibilidades de análise e discussão acerca do assunto. Outros estudos podem ser feitos, buscando ampliar o debate sobre a temática. Isto se faz necessário, pois é um tema inquietante e que necessita, constantemente, ser estudado, debatido e socializado, pois só assim poder-se-á desfazer o mito que ainda circunda o processo de morrer e morte dos pacientes sem perspectiva terapêutica.

Bibliografia

BELAND, I.; PASSOS, J. *Enfermagem clínica*. São Paulo: EPU/Edusp, 1979.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196*, de 10 de outubro de 1996, Brasília, 1996.

CAREY, Raymond G. Viver até a morte: Um programa de serviço e pesquisa para doentes terminais. In: KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Morte: estágio final da evolução*. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.

CASSORLA, Roosevelt M. S. *Como lidamos com o morrer: reflexões suscitadas no apresentar este livro*. 1.ed. Campinas: Papirus, 1991.

HORTA, Márcio Palis. Eutanásia – Problemas éticos da morte e do morrer. *Bioética*, 1999, v. 7, p. 27-33.

KLAFKE, Terezinha Eduardes. O médico lidando com a morte: Aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. *Da morte*. 1.ed. Campinas: Papirus, 1991. p. 25-50.

KÓVACS, Maria Júlia. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. *Da morte*. 1.ed. Campinas: Papirus, 1991.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Morte: estágio final da evolução*. Tradução de Ana Maria Coelho. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 1996. 220.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. 2.ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986. 99 p.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo et al. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 60-81, set./dez. 2001.

MENDES, Ana Magnólia; LINHARES, Nilvia Jacqueline Reis. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v. 49, n. 2 p. 267-280, abr./jun. 1996.

MINAYO, Maria C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.