



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RUDVAL SOUZA DA SILVA

**O cuidar/cuidado para uma boa morte: significados
para uma equipe de enfermagem intensivista**

Salvador
2010

RUDVAL SOUZA DA SILVA

**O cuidar/cuidado para uma boa morte: significados
para uma equipe de enfermagem intensivista**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Pereira

Salvador
2010

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem, SIBI - UFBA

A586 Silva, Rudval Souza da

O cuidar/cuidado para uma boa morte: significado para uma equipe de enfermagem intensivista/ Rudval Souza da Silva. – Salvador, 2010.
104 f.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Pereira

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

1. Morte. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Assistência Terminal. 4. Unidade de Terapia Intensiva. I. Silva, Rudval Souza. II. Pereira, Álvaro. III. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-053.2-083

RUDVAL SOUZA DA SILVA

**O cuidar/cuidado para uma boa morte: significados
para uma equipe de enfermagem intensivista**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 12 de novembro de 2010.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Álvaro Pereira
Doutor em Enfermagem e Professor da UFBA

Prof^a. Dr^a. Maria Júlia Paes da Silva
Doutora em Enfermagem e Professora da USP

Prof^a. Dr^a. Dora Sadigursky
Doutora em Enfermagem e Professora da UFBA

Prof^a. Dr^a. Climene Laura de Camargo
Doutora em Enfermagem e Professora da UFBA

Dedico este trabalho ao Pai Criador - **Deus**
pelo dom da vida e toda a força a mim concedida
para alcançar esse momento na minha vida.

À minha mãe, Edinalva e meu pai Eulálio,
na dimensão onde ele se encontre,
estes que me deram a vida e me incentivaram a lutar por ela.

À minha irmã Rivânia e minha linda sobrinha
Maria Clara a quem eu tanto amo.

À minha vó Enerina,
a quem penso ter tido uma boa morte,
a saudade permanece, contudo sentimos
a tranquilidade de saber que ela partiu em paz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que na sua infinita sabedoria, consegue entender, acolher e ajudar cada um de nós no dom da vida e da morte.

À minha família, que com seu amor incondicional soube sempre me incentivar e apoiar em cada passo da minha vida.

Ao Prof. Dr. Álvaro Pereira, meu orientador, que confiou no meu trabalho e muito tem me ajudado a caminhar nos trilhos da pesquisa, o meu muito obrigado.

À Prof. Dra. Dora Sadigursky, em nome de quem agradeço a todos os membros do Grupo de Pesquisa e Estudos sobre o Cuidar em Enfermagem – GECEN. Espaço no qual tenho crescido como pesquisador.

À Prof. Dra. Maria Julia Paes da Silva, que através das suas obras – livros, sempre tem me inspirado a repensar a minha maneira de cuidar do outro como pessoa – ser humano.

Às Professoras Dra. Climene Laura de Camargo e Dra. Fernanda Carneiro Mussi, por suas valiosas contribuições à minha dissertação.

Aos amigos da Maternidade Climério de Oliveira e Hospital Geral Roberto Santos, pelo apoio, compreensão e torcida.

A todos os amigos do Conselho Regional de Enfermagem da Bahia, pela torcida e incentivo na realização desse sonho.

À Enf^a Stela Dantas, diretora de Ensino e Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, em nome de quem agradeço a toda equipe de Enfermagem da UTI do HAM.

Aos colegas da Pós-graduação da EEUFBA, em especial as colegas Espírito Santo, Gisele e Valdicle, pela amizade, apoio e bons momentos de estudos juntos.

A todo corpo docente da Pós-graduação da EEUFBA pela oportunidade de reflexão acerca dos diversos temas discutidos nas aulas do mestrado.

A todos os funcionários da Pós-graduação.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse sonho, que num momento tão rápido da minha vida fui despertado a realizar e graças a Deus, se tornou realidade.

“Houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno, e de fato ela se apresentava elegantemente. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como a inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque.

... Dizem as escrituras sagradas: ‘Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer’. A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A “reverência pela vida” exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir. Cheguei a sugerir uma nova especialidade médica, simétrica à obstetrícia: a ‘morienterapia’, o cuidado com os que estão morrendo. A missão da morienterapia seria cuidar da vida que se prepara para partir. Cuidar para que ela seja mansa, sem dores e cercada de amigos, longe de UTIs. Já encontrei a padroeira para essa nova especialidade: a ‘Pietà’ de Michelangelo, com o Cristo morto nos seus braços.

Nos braços daquela mãe o morrer deixa de causar medo.

Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornaremos na arte de viver. A morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver. Quem não pensa e não reflete sobre a morte, acaba por esquecer da vida. Morre antes, sem perceber.”

O médico - Rubem Alves
(ALVES, 2008)

SILVA, Rudval Souza da. O cuidar/cuidado para uma boa morte: significados para uma equipe de enfermagem intensivista. 2010, 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Tendo como objetivo compreender o significado simbólico do cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva da equipe de enfermagem de uma UTI. O estudo foi realizado em uma UTI de um hospital especializado em oncologia da cidade de Salvador-Ba, no período de abril a julho de 2010, com dez profissionais de enfermagem que concordaram em participar do estudo. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas, que depois de transcritas foram analisadas tomando por base o referencial metodológico de Análise de Conteúdo proposto por Bardin e o referencial teórico do Interacionismo Simbólico, onde se buscou compreender os significados do cuidar/cuidado para uma boa morte. Os resultados possibilitaram evidenciar quatro categorias: uma boa morte: ausência de dor e sofrimento; o conforto como alívio da dor/sofrimento e como medida de manutenção da integridade corporal; a proximidade da família e sua participação no processo de morte e morrer; preparo profissional da equipe no cuidar/cuidado para uma boa morte. Pode-se depreender que o cuidado prestado ao Paciente Fora de Possibilidade de Cura na Unidade de Terapia Intensiva está direcionado ao cuidado com o corpo, havendo ausência do cuidado com vista à integralidade do ser. Desse modo, a definição adotada, no estudo, para uma boa morte, não foi evidenciada nas falas dos entrevistados na sua plenitude. Todavia, a equipe tem uma preocupação em cuidar da família e tê-la como participante do processo de morte do seu ente querido, além de perceber a necessidade de integração da equipe, bem como o preparo desta, para melhor cuidar do paciente em processo de morte e morrer na UTI. O que se pode recomendar é que há uma necessidade de ampliar os horizontes desse cuidado, buscando um cuidar/cuidado direcionado às dimensões biopsicossocioespirituais do paciente e sua família.

Descritores: Morte, Cuidados de Enfermagem, Assistência Terminal, Unidade de Terapia Intensiva.

SILVA, Rudval Souza da. The care/caring for a good death: the meaning for an intensive care nursing staff. 2010, 104 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Nursing School, The Federal University of Bahia, Salvador (Bahia, Brazil), 2010.

ABSTRACT

This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach. Aiming to understand the symbolic meaning of care / caring for a good death from the perspective of the nursing staff of an ICU. The study was conducted in an ICU from a hospital specialized in oncology in Salvador, Bahia, Brazil from April to July 2010, with ten nurses who agreed to participate. It was used as a tool for data collection semi-structured interviews, which were analyzed after transcribed building on the methodological analysis of the content as proposed by Bardin and the light of theoretical framework of Symbolic Interactionism sought to understand the meanings of care/caring for a good death. The results were categorized into four categories: a good death: no pain and suffering; the comfort and relief of pain/suffering and as a means of maintaining bodily integrity; the proximity of family and its involvement in the process of death and dying; preparation of the professional staff in care/caring for a good death. It can be inferred from the interviewees' that the care provided to ICU patients with no chance of cure is very directed to the care of the body, with a lack of care with the aim of completeness of being, hence the definition adopted in the study for a good death, was not evident in all the interviewees' statements. However, the staff is concerned with take care of families and to have their as a participant in the death of their loved one, and realize the need for an integration of team and its preparation thereof, to deliver better care to patients undergoing Death in the ICU. It can be recommended that there is a need to broaden the horizons of this care, seeking a care/caring directed to dimension physical, psychological, social and spiritual of the patient and their family.

Descriptors: Death, Nursing Care, Terminal Care, Intensive Care Units.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - O cuidar/cuidado com vistas à integralidade do ser	26
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	18
3 O CUIDAR/CUIDADO E O CUIDADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	19
4 UMA BOA MORTE	25
5 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	34
6 METODOLOGIA	39
6.1 TIPO DE ESTUDO	39
6.2 LOCAL DO ESTUDO	40
6.2.1 O contexto da unidade de terapia intensiva	41
6.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	41
6.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	42
6.4.1 A coleta de dados.....	42
6.4.2 Aspectos éticos	43
6.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
6.5.1 Referencial metodológico – Análise de Conteúdo.....	43
6.5.2 Referencial teórico – Interacionismo Simbólico.....	45
6.6 DA CONSTITUIÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	49
7 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	50
7.2 AS CATEGORIAS	51
7.2.1 Uma boa morte: ausência de dor e sofrimento.....	51
7.2.2 O conforto como alívio da dor/sofrimento e como medida de manutenção da integridade corporal.....	56
7.2.3 A proximidade da família e sua participação no processo de morte e morrer ..	59
7.2.4 Preparo profissional da equipe no cuidar/cuidado para uma boa morte	64
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	79
APÊNDICE A	80
APÊNDICE B	81
APÊNDICE C	84
ANEXO	104

1 INTRODUÇÃO

***“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível e, de repente,
você estará fazendo o impossível”.***

São Francisco de Assis

A questão da morte tem estimulado estudantes e pesquisadores a se debruçar sobre suas várias facetas, o que tem trazido um grande desenvolvimento na área da Tanatologia no Brasil. Contudo, o tema ainda continua a ser um tabu, causando inclusive, estranheza quando se pretende estudar a seu respeito. David Sudnow (1967, apud MENEZES, 2004) faz referência ao estigma que recai sobre os indivíduos que buscam investigar essa temática.

Desse modo, precisa-se vencer tal estigma e compreender que a morte é parte da própria vida e, se permitir olhar para ela com uma tranquilidade pelo menos relativa.

O ser humano durante sua vivência e no processo de interação social pôde construir diferentes simbolismos sobre a morte. Sabe-se que o processo da morte e do morrer sofre variação segundo o momento histórico e o contexto sócio-cultural, pois é um processo construído a partir de uma interação social, entre os grupos e culturas, assim como, às demais dimensões do universo. No campo das ciências sociais, os estudos acerca da morte ganharam maior dimensão a partir dos anos 1960, quando os pesquisadores passaram a perceber mudanças nas práticas e representações relacionadas à morte e ao morrer (MENEZES, 2004).

O simbolismo da morte sofre, com isso, variações históricas sociais e culturais. E, tomando por base o contexto histórico no qual o ser humano se encontra, pode-se perceber que a ideia de uma boa morte tem se modificado com o passar dos tempos.

Na cultura ocidental, num período anterior ao surgimento da ciência moderna e da medicina, os simbolismos da boa morte estavam fortemente relacionados ao

componente religioso, considerando-se que morrer bem era morrer em paz com Deus, próximo da família e das pessoas, no convívio social. Nesse contexto, os cuidados médicos eram considerados secundários, levando-se em conta que a dor física, muitas vezes, era valorizada, e tolerá-la era um sacrifício louvável (WALTERS, 2004).

Na segunda metade do século XVIII, com o fortalecimento das ciências médicas, pôde-se observar uma transformação na maneira de como a morte era vista pelas sociedades pré-modernas. Esse fato deve-se, principalmente, às possibilidades de serem evitadas as causas mais comuns de morte. Logo, nas sociedades modernas, a morte torna-se algo a ser prevenido e, sua ocorrência, eventualmente, passou a ser considerada um fracasso. Neste período, o ideal de boa morte estava relacionado a três fases que foram definidas por Walters como:

A morte que não acontece ainda, é projetada em um futuro inimaginável; a morte que não se vê acontecer, é progressivamente removida das casas e da comunidade para as instituições de saúde; a morte que acontece sem que ninguém perceba, espera-se morrer de forma súbita e imperceptível, tranquilamente em um sono (WALTERS, 2004, p. 405).

Percebe-se, com isso, que a exclusão da morte e daquele que está morrendo são tidas como características fundamentais da modernidade. Nesse sentido, falar espontaneamente com o paciente que está morrendo, que é uma necessidade preeminente deste, torna-se difícil. A morte passa, cada vez menos, a ser enfrentada como um problema humano e social. Isso fomenta o sentimento de que a morte é contagiosa e ameaçadora, motivo pelo qual os vivos afastam-se, involuntariamente, daqueles que estão morrendo, causando o que se pode caracterizar como uma morte social (ELIAS, 2001).

A expressão “morte social” adotada por Sudnow, é definida como precedente à morte biológica, e expressa o momento em que a equipe de saúde passa a perceber e tratar o paciente – ainda vivo – como se já estivesse morto, transformando-o em um objeto manipulável, estigmatizando-o (MENEZES, 2004).

Certamente, as atitudes da modernidade ainda existem na realidade contemporânea, até mesmo por que é difícil perceber, no início do século XXI, que alguma coisa tenha sido radicalmente mudada. Contudo, diante das manipulações e modificações do comportamento humano, o simbolismo de uma boa morte, derivado de um processo de interação social, onde os homens estabelecem relações

comportamentais, uns com os outros, surge com um novo significado na pós-modernidade – o controle do processo da morte e morrer (WALTERS, 2004).

Na transição para a pós-modernidade desponta a ideia do controle do morrer, devido à influência dos cuidados paliativos no campo das ciências da saúde. O simbolismo da morte toma uma nova conotação, a morte mais uma vez, torna-se um assunto que pode ser abertamente falado. Entretanto, a modernidade não pode ser ignorada, somente transcendida. A diferença chave no simbolismo da boa morte entre a era pré-moderna e a pós-moderna tem relação com o elemento controle, que aparece na área da saúde, identificando o modo pelo qual a pessoa vivencia o processo de morte; espera-se que, nessa condição, a pessoa tenha uma participação ativa na tomada de decisões no final de sua vida (WALTERS, 2004).

É, nesse contexto, que surge a filosofia dos cuidados paliativos, a qual, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), consiste numa abordagem que busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, em face aos problemas associados às doenças, com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2010).

Esses cuidados nasceram, primordialmente, para atender aos pacientes oncológicos em estágio avançado da doença, contudo, hoje se estende a todos os pacientes que tenham alguma patologia que cause dor intensa, bem como outros sintomas físicos, emocionais e/ou espirituais, tornando a vida extremamente intolerável. São cuidados direcionados ao paciente onde não mais exista a possibilidade da cura, mas há a possibilidade do cuidar/cuidado objetivando, portanto, propiciar qualidade ao processo da morte e do morrer (SILVA; SADIGURSKY, 2008).

Assim, o Paciente Fora de Possibilidade de Cura (PFPC) ¹ é aquele considerado como uma pessoa que possui determinada patologia, a qual lhes traz como consequência a dor nas suas várias dimensões, não havendo para tal, a possibilidade da cura. Desse modo, essa pessoa, necessita de um cuidar direcionado ao controle da dor e ao processo de terminalidade.

¹ Devido ao impacto negativo causado pela referência “terminal”, e concordando com Fonseca (2004), de que existem algumas expressões contraditórias ou inadequadas sendo utilizadas para os pacientes “terminais”, optei, por usar a terminologia mais recente na literatura: “fora de possibilidades de cura”. Ao longo do estudo será utilizada a sigla PFPC como referência a esta terminologia.

É com a determinação de que é possível prestar cuidados a estes pacientes, mesmo sem possibilidades de cura, proporcionando-lhes qualidade ao seu processo de morte e do morrer que tem-se guiado este estudo.

Não é recente meu interesse pelos estudos sobre o tema da morte. Minha opção por trabalhar com paciente em processo de morte aconteceu, ainda, durante a graduação. Sentia-me instigado a investigar como se dava o cuidado ao paciente que se encontra em processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, por me inquietar com as condições de sofrimento destas pessoas, no ambiente da terapia intensiva, onde atuava. Este é um ambiente no qual o paciente encontra-se longe de seus familiares, num espaço totalmente adverso ao seu, e sendo cuidado por estranhos. O estudo de Silva, Campos e Pereira (2011) concluiu que há grande dificuldade dos enfermeiros em lidar com o paciente no processo de morte. A prática diária da assistência é pautada, quase que exclusivamente, nos cuidados técnicos e, há uma preocupação incipiente em relação aos cuidados emocionais e espirituais, apesar de toda uma discussão em torno do cuidado integral e individualizado.

Quando iniciei as aulas no curso de mestrado, vivenciei a experiência da morte de perto, com a perda de um ente querido, a minha avó, quando, clinicamente, se suspeitou de um câncer de intestino que a levou ao óbito, em menos de três meses, sem um diagnóstico conclusivo. Particularmente fomos contra seu internamento, o que se tornou consenso da maioria dos seus filhos, que respeitaram o seu desejo de não ir para o hospital. Já que moro em outra cidade, procurei orientar os familiares a dar todos os cuidados em domicílio. Por alguns dias fui cuidar dela, quando já se anunciava o seu final de vida, e, na maior parte desse período, ela recebeu os meus cuidados e o de suas duas filhas até seu último momento. No dia em que ela faleceu, quando cheguei, a encontrei respirando. Ainda consegui num último diálogo, falar com ela, momento em que saiu lágrimas de seus olhos. Pude ainda cuidar dela por alguns minutos, troquei sua fralda e algum tempo depois ela fez sua viagem. O que se pode apreender diante dessa experiência é que apesar da perda, da falta que ela faz, o sentimento expresso pela família foi o de que proporcionamos a ela um cuidado de qualidade, que identifiquei como de boa morte. Uma atenção digna, em seus últimos dias, com sua participação ativa respeitando todas as suas vontades, inclusive a de não ir para o hospital.

E refletindo sobre a minha prática do cuidado profissional de enfermagem, há aproximadamente quatorze anos, atuando na assistência geral, e por três anos, na

terapia intensiva, cuidando de pacientes enfermos e gravemente enfermos, percebo que o fenômeno da morte está sempre presente e vem intrigando-me, fascinando-me e, ao mesmo tempo, amedrontando-me, permitindo-me vislumbrar possibilidades para a melhoria dos cuidados ao paciente no final da vida, e da sua família. Porém, alguns questionamentos sobre a morte, nesse contexto, permanecem sem resposta; questões tais como: Quais simbolismos de uma boa morte são identificados pelos profissionais de enfermagem que atuam nas unidades de terapia intensiva? É possível cuidar do Paciente Fora de Possibilidade de Cura no ambiente da terapia intensiva proporcionando-lhe uma boa morte?

Esses questionamentos fizeram-me investir nessa pesquisa que tem como objeto de estudo o significado do cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva da equipe de enfermagem de uma UTI.

A referência à boa morte destacada nesta dissertação, foi norteada pelos estudos de Smith (2000) e Garros (2003) que a definem como um processo de morte e morrer em que haja um controle dos sintomas do paciente; uma preparação adequada para a morte, respeitando os princípios religiosos do paciente; estreitamento dos laços fraternos; oportunidade para revisar sua própria vida e lembrar momentos importantes; oportunidade para resolver negócios ainda não terminados; evitando os processos distanásicos.

Apesar do caráter subliminar religioso e da banalização médica e social dessa expressão, optou-se por esta noção que aqui terá caráter teórico essencial para explicar os fundamentos do processo do cuidar/cuidado na perspectiva humana da morte contemporânea.

Partiu-se do pressuposto de que, apesar das possibilidades de implementar um cuidado a um PFPC respeitando os preceitos da boa morte, esta não tem sido uma realidade efetiva na prática dos profissionais de saúde, em particular da Enfermagem, que atua na terapia intensiva e que continua atribuindo à morte um simbolismo negativo, relacionado ao fracasso nas suas intervenções.

Essa convicção me motivou a aprofundar meus conhecimentos sobre o referido tema e, minha expectativa é que este estudo possa contribuir para o debate sobre o cuidar/cuidado e o cuidado profissional de enfermagem para uma boa morte ao PFPC na UTI, a partir da interação simbólica envolvendo interpretações e definições, identificadas nas falas dos entrevistados, o que poderá se constituir numa experiência inovadora que influenciará na proposição de mudanças na prática

cotidiana da equipe de enfermagem, integrando os simbolismos do cuidado individualizado e complexo, respeitando as particularidades de cada paciente, para que este possa ter expectativas de uma boa morte.

2 OBJETIVO

***“Não há riqueza maior que a saúde do corpo,
nem contentamento maior que a alegria do coração.
É melhor a morte do que uma vida amarga e o descanso eterno,
mais que uma doença prolongada”.***

Eclesiástico 30, 16-17

- ✓ Compreender o significado simbólico do cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva da equipe de enfermagem de uma UTI.

3 O CUIDAR/CUIDADO E O CUIDADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

“Cuidar situa-se na encruzilhada do que permite viver e do que está a morrer...”

Cuidar:

- é permitir nascer ... e renascer para vida, viver a morte.

- é reencontrar a dimensão simbólica dos cuidados

o sentido do sagrado:

o que dá sentido à vida na sua inserção social.

- é permitir passar ... ultrapassar ... trespassar ...”.

Collièr, 2003, p. 195

A filologia da palavra cuidado deriva-se do latim *cura*, em sua forma mais antiga. Já a palavra *cura* escreve-se como *coera*, que constitui um sinônimo erudito de cuidado. Outra origem para a palavra cuidado deriva-se de *cogitare-cogitatus*, que também tem o mesmo sentido de cura. Desse modo, pode-se relacionar a natureza da palavra cuidado com o sentido de cogitar, pensar, dar atenção, mostrar interesse, preocupação, solicitude, desvelo. O cuidado surge quando a existência de alguém tem importância para aquele que presta o cuidado. O termo cuidar se apresenta com um simbolismo linguístico complexo e polissêmico. Portanto, cuidar é um valor fundamental e um ideal moral comum a todos os seres humanos – o ser humano é cuidado, sem cuidado deixaríamos de ser humanos (BOFF, 2009).

Destarte podemos perceber que o cuidar envolve atos humanos no processo de assistir ao indivíduo, a família ou à comunidade, de tal forma, que exige, igualmente, o relacionamento interpessoal com base em valores humanísticos e em conhecimento científico. O cuidar do outro é um processo mais complexo do que a cura e não é prerrogativa de uma única profissão, entretanto, apesar de a enfermagem não ser a única profissão que cuida, inegavelmente ela é a que tem mais oportunidade de cuidar, e assim, incorpora esta função como objeto essencial

da sua prática, haja vista serem os profissionais de enfermagem, aqueles que passam as 24 horas do dia junto ao paciente.

Pacheco (2004) destaca que os profissionais de enfermagem compreendem os elementos da equipe de saúde que mantém uma relação mais íntima com o doente, não apenas por permanecer no ambiente de cuidado à saúde durante um período de tempo mais longo, mas também, por serem os profissionais que prestam maior parte dos cuidados diretos ao paciente. O que a autora considera como uma posição privilegiada, na medida em que a equipe de enfermagem tem a possibilidade de conhecer melhor o paciente com vista à integralidade do ser.

Diante da tamanha relevância que o cuidado tem para a Enfermagem, pode-se afirmar ser este o seu objeto de trabalho, fazendo-se necessário discorrer sobre a distinção entre os termos cuidar, cuidado e cuidado profissional de enfermagem.

Leininger (1991) faz essa distinção ao tratar da Teoria do Cuidado Transcultural como um dos conceitos centrais, no qual o cuidar é um verbo que se refere às ações, processos e decisões diretas ou indiretas de assistir, ajudar, facilitar o outro – pessoa, família e coletividade, com necessidades evidentes ou que podem ser antecipadas, levando à melhoria ou aperfeiçoamento da condição humana ou modo de vida. O cuidar está relacionado aos atos facilitadores de melhoria da condição humana.

Já o cuidado é tratado, pela referida autora, como um substantivo que descreve às atividades empregadas na assistência, ajuda ou facilitação da pessoa, família e coletividade, com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte.

Por fim, Leininger (1991) define o cuidado profissional de enfermagem como aquele desenvolvido por profissionais com conhecimento científicos, na área da saúde, dotados de competências interpessoais, compreendidas como comportamentos cognitivos e culturalmente apreendidos, técnicas e processos que visam auxiliar a pessoa, família e coletividade a recuperar, melhorar ou manter sua saúde nos processos do viver e do morrer.

É nessa perspectiva que se distingue o cuidar, o cuidado e o cuidado profissional de enfermagem, pelo seu caráter pessoal, ético e profissional desde quando imprime maior determinação no julgamento crítico, na utilização de conhecimentos e competências para intervir com qualidade, de forma segura,

autônoma, humanizada; para que a eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem possam ser alcançadas na interação/relação com o paciente.

Convém ressaltar que o cuidado profissional de Enfermagem, além do conhecimento e habilidades, tende na direção do paradigma humanístico e necessita de uma abordagem relacionada aos aspectos éticos essenciais à sua compreensão. O processo do cuidar do ser humano passa pela certeza da autonomia e compromisso com a pessoa, família e coletividade, independente do seu estado de saúde, da sua condição socioeconômica, crença, religião ou raça. Nesse sentido, entende-se que o cuidado profissional de enfermagem busca a maximização da autonomia do ser, no sentido de viabilizar aquilo que ele acredita não ser capaz de idealizar ou fazer sozinho, fomentando a sua determinação para o auto cuidado.

Nessa direção o cuidar/cuidado e o cuidado profissional, na sua essência, demandam ações e competências de cunho teórico, técnico, relacional, cotejados pelas dimensões pessoais, éticas e profissionais dos sujeitos, que interagem no processo de cuidar. Portanto, se faz necessário que haja mudanças de paradigma na formação e atuação dos profissionais de enfermagem, considerando que se tem observado, certo distanciamento do enfermeiro, no contexto do cuidar/cuidado ao PFPC, como se ao saber do diagnóstico não houvesse nada mais a ser feito, e estivesse dando um ponto final na sua participação como cuidador.

No entanto, é justamente neste momento que o PFPC mais necessita de atenção e de cuidados. Desse modo, precisamos compreender e assumir, na prática diária do cuidado profissional de enfermagem, que o cuidado vai além da cura, e apostar na possibilidade de ampliar o olhar desse cuidado, qualificando a participação dos profissionais de enfermagem, no trabalho multidisciplinar e intersetorial, valorizando a subjetividade e a integralidade do ser humano, que recebe os cuidados dos profissionais de enfermagem (COLLIÈRE, 2003).

E, quando falamos em PFPC, no processo da morte e do morrer, precisamos compreender e internalizar, que a morte é parte do ciclo vital e, mesmo não havendo a possibilidade da cura, o cuidado sempre existirá, ele extrapola o fim da vida, apóia a família e prepara o corpo para os rituais fúnebres de despedida. Assim sendo, a prioridade humanística deve ser sempre do cuidado sobre a cura, Collière (2003, p. 180) em sua obra *Cuidar... a primeira arte da vida*, afirma que: “podemos viver sem tratamento, mas não sem cuidados”. Assim sendo, a morte não deve ser vista como

uma inimiga do homem, e sim como algo a ser enfrentado com a consciência de que ela faz parte da vida.

Collière (1999) aborda a variedade da natureza do cuidar, que na dependência da sua finalidade pode ser identificada em dois tipos de cuidados: aqueles que têm por fim manter a vida quotidiana – cuidados de manutenção, e aqueles cuidados direcionados para a doença – cuidados de reparação.

Os cuidados de manutenção, quotidianos e habituais, estão ligados às funções de manter, dar continuidade a vida pela manutenção das suas energias essenciais. Vêm contribuir para permitir suportar melhor, os momentos de grande sofrimento, condição que têm um lugar preponderante no processo de cuidar do PFPC.

Já os cuidados de reparação ou para tratamento de doenças tem por finalidade “limitar a doença, lutar contra ela e limitar as suas causas” (COLLIÈRE, 1999, p. 237-8). Desse modo, quando há uma prevalência da cura sobre o cuidar, segundo a autora, há uma aniquilação de todas as forças vitais da pessoa. “Tudo o que resta de capacidade de vida pede e exige ser constantemente mobilizado – e isto até o limiar da morte [...] Assim, em vez de conhecer a morte do que lhe restava de vida, pôde viver a sua morte.” (*ibidem*, p. 239).

Assim sendo, pensa-se que os profissionais de enfermagem necessitam romper com o modelo hegemônico, no sentido de avançar, para além do modelo da prática clínica vigente – modelo biomédico.

O paradigma biomédico, resultado da emergência do modelo mecanicista, ainda hoje predominante no nosso meio, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e, de toda a revolução artístico-cultural que ocorreu naquela época, cuja consecução demandou o surgimento dos avanços tecnológicos. Paralelamente a esses avanços e às sofisticações na prática clínica de assistência à saúde, tem sido detectada sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas relacionados à intersubjetividade do ser. De fato, o paradigma biomédico estimula a adesão a um comportamento extremamente cartesiano, da separação entre corpo e mente. A força do reducionismo cartesiano evidenciada pela intensificação da divisão do indivíduo, em partes, contribui sobremaneira para dificultar a valorização do todo (CAPRA, 2006).

Portanto, pode se perceber na trajetória dos tempos hodiernos, que as ações de saúde têm sido sempre marcadas pelo "paradigma da cura", tendendo em

direção aos cuidados críticos, por uma medicina de alta tecnologia (PESSINI, 2001, p. 217). A existência sempre mais numerosa de Unidades de Terapia Intensiva nos hospitais, somada à constante falta de leitos nestas unidades, pode exemplificar essa realidade.

É mister que a tecnologia é uma condição necessária na medicina moderna, contudo, à medida que a prestação do serviço de saúde torna-se mais dependente da tecnologia, são deixadas de lado as práticas humanistas mais simples, tais como a manifestação de apreço, preocupação e presença solidária com os doentes. O cuidar neste mundo dos avanços tecnológicos na saúde, na atualidade, vem como uma necessidade de resgatar a humanização da assistência, quando o conhecimento e as habilidades técnicas não alcançam o êxito (PESSINI, 2001).

E, para responder a esse resgate do cuidar humano, como uma característica única e essencial da prática da enfermagem, é necessário adotar como pressuposto básico do cuidado profissional de enfermagem o princípio da integralidade do ser humano – também identificado como paradigma holístico. Emerge deste, a noção de viver em equilíbrio, numa perspectiva de integração cultural, ética e ecológica (WALDOW, 1995).



FIGURA 01 – O cuidar/cuidado com vistas à integralidade do ser.

Waldow (1995) define o paradigma holístico como um equilíbrio do ser humano, sociedade e natureza. Metaforicamente, representado como uma relação

simbiótica, na qual, a ecologia interior está representada pelo equilíbrio entre corpo, coração e espírito; a ecologia social, a arte de viver em paz com os outros – em sociedade, e a ecologia planetária, a arte de viver com a natureza, idealizado na ilustração (figura 01) com a finalidade de comportar os simbolismos do cuidar/cuidado com vistas à integralidade do ser.

Desse modo, busca-se romper com a fragmentação corpo/mente, própria do paradigma biomédico, que valoriza essencialmente a esfera física, a estenderem-se às mais altas manifestações do espírito humano, que transcende além do corpo físico.

Somente pautando-se numa visão do ser humano para além do físico, poderá se perceber que o cuidado é imprescindível em todas as situações de enfermidades, incapacidades e durante o processo de morte e do morrer, considerando que a finalidade do cuidar na enfermagem é, prioritariamente, aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e propiciar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer (WALDOW, 1999).

Depreende-se desses conceitos que cuidar não é somente lutar contra a morte, é preciso aceitá-la para que o processo de morrer se dê da melhor forma e, assim, possa permitir que a pessoa alcance a paz no momento que talvez seja considerado o mais sagrado, o momento da partida, dos esclarecimentos dos fatos, de reconhecimento dos erros - momento de reflexão.

Assim, o cuidar/cuidado para uma boa morte deve ser um cuidado baseado nos princípios éticos da veracidade, visando propiciar a autonomia, a proporcionalidade terapêutica e o duplo-efeito (relação custo/benefício da medida terapêutica), na prevenção dos problemas potenciais e no não-abandono. Orientado para o alívio do sofrimento, focalizando-se na pessoa doente e não na doença da pessoa, resgatando e revalorizando as relações interpessoais no processo de morrer, utilizando como princípios essenciais a compaixão, a empatia, a humildade e a honestidade (ARAÚJO e SILVA, 2006).

4 UMA BOA MORTE

**“O sofrimento somente é intolerável
quando ninguém cuida”.**

Dame Cicely Saunders

O historiador francês Philippe Ariès realizou um estudo sobre a história do homem perante a morte, observando a sua relação com ela, que provoca e recebe tantas interpretações e significados simbólicos a depender do contexto histórico, social e cultural no qual o ser humano se encontra. O seu estudo se refere à história ocidental e foi realizado nos anos de 1960, por um período de mais de uma década, na França, o que originou duas obras: *O homem diante da morte* (ARIÈS, 2000) e *História da morte no Ocidente* (ARIÈS, 2003).

Segundo Ariès (2003), na Alta Idade Média, o homem percebia a morte como o simbolismo de um ritual comunitário e a enfrentava com dignidade e resignação. Era um fenômeno do cotidiano, visto com simplicidade. Nesse período, a partir da interação do homem com a sociedade daquela época, o autor denomina a morte como “domada”, referindo-se a ideia básica de que para o homem daquela época, a morte fazia parte da sua vida, este sabia quando ela estava próxima e vivia em função deste conhecimento coletivo – público.

Os avisos da morte eram dados por signos naturais, havia uma premonição sobrenatural, e era sabido quando o seu fim estava próximo. “Era de costume estender-se de modo que a cabeça estivesse voltada para o oriente, em direção a Jerusalém” (ARIÈS, 2003, p. 31).

Durante a segunda fase da Idade Média, séculos XI – XII, de acordo com seu estudo, ocorreram modificações sutis que deram um sentido dramático e pessoal à familiaridade do homem com a morte. Ou seja, um ato simbólico de aceitação da ordem da natureza – “aceitação ao mesmo tempo ingênua na vida cotidiana e sábia nas especulações astrológicas”, o que Ariès denomina “a morte de si mesmo” (*ibidem*, p. 46).

A partir do século XVIII, o simbolismo da “morte domada” (*ibidem*, p. 25), como a certeza de que todos nós morremos e “a morte de si mesmo” (*ibidem*, p. 46), como a consciência da sua existência, passa por transformações diante do dinamismo da sociedade e a interação do comportamento humano, tendo a morte um novo sentido, o homem passa a exaltá-la e dramatizá-la. Contudo, não mais se preocupando com a própria morte, mas sim com “a morte do outro” (*ibidem*, p. 64), que toma um simbolismo da morte romântica. Surgem com isso o novo culto aos túmulos e cemitérios. Do século XVI ao XVIII, imagens da literatura e arte, fazem alusão da morte associada ao amor, tendo como objetos sociais daquela época, os símbolos dos deuses da mitologia grega - Tanatos e Eros.

Da Alta Idade Média até meados do século XIX, as atitudes do homem diante da morte mudaram. “A morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição” (ARIÈS, 2003, p. 84).

Ariès ainda se refere a uma inversão nas características da morte, o que adjetiva como “morte invertida” (*ibidem*, p. 227). Ninguém quer falar sobre o que está acontecendo com o doente, nem ele próprio, que geme, sofre, mas nada diz. Os familiares sofrem juntos, mas fingem que está tudo bem, agindo como uma pseudo proteção ao doente, ou porque não dizer a eles mesmos. A morte do outro se torna dramática e insuportável, e se inicia um processo de afastamento social dela, momento em que o paciente passa a ser estigmatizado.

A era moderna inicia-se com o ocultamento do processo da morte para aquele que está morrendo. A família não tem mais a abertura para dizer ao seu ente, que a morte está chegando, como era vista em tempos passados. Justificando tal atitude, o desejo de poupar o enfermo e iniciando com isso, o processo de escamoteamento da morte.

A exclusão da morte e de quem está morrendo são estigmas fundamentais criados na modernidade. A morte teria detonado o sexo como tabu, incorporando-o ao discurso, ao passo que a morte lenta e anunciada, em consequência de doença crônica degenerativa, torna-se objeto de tabu, um estigma (PESSINI, 1990; ARIÈS, 2003; MENEZES, 2004).

Com o desenvolvimento da indústria e da tecnologia médica, observa-se uma grande mudança na representação da morte domada, onde está se torna selvagem. No momento da morte não se dá a devida importância aos simbolismos, a esta

situação não se percebe mais os avisos. Neste período surgem as bases do que viria a ser a civilização moderna, onde o sentimento mais pessoal e mais interiorizado da morte, da própria morte, traduz o apego às coisas da vida. As origens do individualismo estariam situadas nesse período (ARIÈS, 2003).

Não seria, então, o grande acontecimento a substituição da família pelo médico, a tomada do poder pelo médico, e não por qualquer tipo de médico, mas pelo médico do hospital? O antigo médico da família, o de Balzac, era, junto com o padre a família, o assistente do moribundo. Seu sucessor, o clínico geral, afastou-se do moribundo: a morte deslocou-se do quarto do doente – no qual o clínico geral não é mais chamado – para o hospital, onde se amontoaram, a partir de então, todos os doentes graves em perigo de morte. E, no hospital o médico é ao mesmo tempo um homem de ciência e um homem de poder, poder esse que exerce sozinho. (ARIÈS, 2003, p. 288-9)

No modelo da morte moderna, o doente que está morrendo é silenciado, não participa das decisões referentes à sua vida, doença e morte. Não há escuta para a expressão dos seus sentimentos (MENEZES, 2004).

No século XX, a morte passou a ser vista como um tabu deixando de ser um momento no espaço/tempo da vida, passando a um processo – num ambiente em que a tecnologia passa a ser essencializada, a morte esperada no leito é hoje algo que acontece no hospital, o paciente, frequentemente já está inconsciente, por indução médica, numa unidade de terapia intensiva, não tendo mais o direito de decidir por sua morte, proíbe-se até o seu último direito, o de saber quando o seu fim se aproxima.

Antes domada, agora na condição de invertida, a morte assume um novo referencial. Segundo as definições do historiador francês Ariès e é ele quem, novamente, nos relata sobre esse início da medicalização da morte:

O quarto do moribundo passou da casa para o hospital. Devido às causas técnicas médicas, esta transferência foi aceita pelas famílias, estendida e facilitada pela sua cumplicidade. O hospital é a partir de então o único lugar onde a morte pode escapar seguramente à publicidade – ou àquilo que resta – a partir de então considerada como uma inconveniência mórbida. É por isso que se torna o lugar da morte solitária. (ARIÈS, 2000, p. 322)

Diante da situação que se chegou com a “medicalização da morte”, o homem aprendeu a procurar a cada dia driblar a morte, prolongando o tempo de vida, falseando um vitalismo e criando com isso um processo distanásico. O adiamento da morte passa a fazer parte do inconsciente coletivo, no qual não se aceita mais que

não se aplique todos os equipamentos para manter a pessoa nessa condição, sem o suporte dos recursos mais avançados (*ibidem*, p. 313).

Nesse sentido, se faz necessário repensar medidas que possam ajudar o paciente e sua família a enfrentar essa condição e mesmo diante de toda tecnologia disponível aceitar a morte como parte do ciclo vital.

Sabe-se que a morte é inevitável a todos, é parte da vida, e tratá-la como se fosse um acidente biológico evitável é um equívoco. Contudo, é outro erro acreditar que nada mais pode ser feito pelo PFPC; pois, enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de enfermagem. Precisa-se compreender que a morte é parte da vida e, mesmo não havendo a possibilidade da cura, o cuidado não deixa de existir - a prioridade na condição humana deve prevalecer o cuidado sobre a cura (COLLIÈRE, 1999).

Assim, é dever do enfermeiro e de sua equipe prestar uma assistência ao paciente durante todo o seu tratamento, especialmente quando não é mais possível a cura. Nessa situação o doente precisa ser submetido a cuidados paliativos (PESSINI, 2001; ARAÚJO; SILVA, 2006).

E, para tal, surgem os movimentos pelos direitos do PFPC. Na década de 1960, Elizabeth Kübler-Ross e Cicely Saunders estabeleceram as bases filosóficas e éticas da dignidade no cuidado ao PFPC.

Lançando mão do método empírico mais antigo do homem, o da comunicação pessoa-pessoa, Kübler-Ross ao escutar os pacientes, aprendeu com eles a conhecer a psicologia e espiritualidade do processo do morrer. Com isso, ela propôs um modelo, que foi originalmente descrito em cinco estágios, pelos quais a pessoa passa ao lidar com a experiência da morte nas suas várias dimensões. Segundo seu modelo o pacientes passa por cinco estágios conhecidos como os cinco estágios da morte: negação/isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação. Entretanto, a autora ressalta que estes estágios nem sempre ocorrem nesta ordem, como também não são experienciados por todos os pacientes, mas afirma que uma pessoa sempre apresentará pelo menos dois deles (KÜBLER-ROSS, 2000).

A partir dos seus estudos Kübler-Ross fundou a Tanatologia - palavra de origem grega: Tanathos - o deus da morte e logia – ciência, estudo, o que segundo Houaiss e Villar (2001) representa o estudo da morte e do morrer, uma ciência que segundo Kübler-Ross, todos deveríamos exercitar, pois diz respeito a nós - seres humanos (KÜBLER-ROSS, 2000).

Já Dame Cicely Saunders, como ficou conhecida, foi uma mulher que teve sua formação como enfermeira, assistente social e médica, e ao desenvolver as habilidades de escutar os pacientes, aprendeu a avaliar o sofrimento físico. Saunders fundou o sistema de *Hospice* moderno e iniciou, na Inglaterra, um movimento mundial para fornecer o cuidado compassivo para a morte, o que se identifica como Cuidados Paliativos. Ela ao fundar o *St. Christopher Hospice*, em Londres, estabeleceu os novos métodos de controle da dor e uma multifacetada abordagem holística para o cuidar/cuidado (BOULAY, 2007a).

Cicely Saunders, em seus estudos, percebeu que a dor não é apenas uma condição física, mas que há várias maneiras de sentir dor. Com isso ela definiu a dor em quatro dimensões que atendem a integralidade do ser, a saber: dor física, dor emocional, dor social e dor espiritual, o que ela passou a chamar de “dor total” (BOULAY, 2007b).

A dor física é a mais óbvia por ser percebida a partir do conhecimento que se tem da patologia e dos sinais e sintomas que o paciente apresenta; a dor emocional surge no enfrentamento da inevitabilidade da morte, com a perda da esperança, sendo muito evidente nas mudanças do humor e na expressão dos sentimentos; a dor social é visível a partir do isolamento, com a dificuldade que o paciente tem em se expressar diante do processo do morrer, criando com isso uma atitude de solidão; e a dor espiritual surge da perda do sentido da vida e, da esperança na sua recuperação. O paciente sente-se não atendido nas suas preces ao ser superior. Todos necessitam de um horizonte de sentido, necessitam de uma razão para viver (CLARK, 1999; BOULAY, 2007a; BOULAY, 2007b).

Com os trabalhos de Kübler-Ross e Cicely Saunders dão-se início aos primeiros passos para a disseminação da filosofia dos cuidados paliativos. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, definiu os cuidados paliativos como o cuidado ativo e total ao paciente, cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo prioritário o controle da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual, tendo como objetivo proporcionar a melhor qualidade de vida para pacientes e família (PESSINI, 2001).

Esta definição foi reestruturada, considerando que o uso do termo “curativo” como empregado não ficou claro, uma vez que muitas condições crônicas não podem ser curadas, mas ao contrário podem ser compatíveis com uma expectativa de vida por várias décadas. Com isso, em 2002, a OMS redefiniu o conceito de

Cuidados Paliativos, dando ênfase a prevenção do sofrimento. O novo conceito destaca que:

Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WHO, 2010).

A OMS ainda define os princípios filosóficos dos cuidados paliativos, que são: proporcionar o alívio da dor e outros sintomas angustiantes; afirmar a vida e encara a morte como um processo natural; não apressar ou adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais do cuidado ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem tão ativamente quanto possível até a morte; usar uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado; melhorar a qualidade de vida, o que se espera que possa influenciar positivamente o curso da doença; ser aplicado no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que visam prolongar a vida, como a quimioterapia ou radioterapia; incluir as investigações necessárias para melhor compreender e gerir angustiantes complicações clínicas, (WHO, 2010).

Portanto, pode se inferir que nesse momento da morte, o que nunca deve ser dito é: infelizmente não há nada mais que possamos fazer por seu ente querido. Pelo contrário, existe muita coisa a se fazer! A pergunta mais apropriada que o profissional deve fazer nessa hora é: o que mais eu posso fazer para ajudar vocês (paciente/família) durante esse momento difícil?

Nesse contexto, o profissional de enfermagem desempenha papel relevante no cuidar/cuidado ao paciente e sua família. Um dos princípios fundamentais do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) regulamenta que “o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões” e, ainda, determina em seu Artigo 19 como responsabilidade e dever do profissional, “respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte”. Desta forma, o CEPE nos traz algumas diretrizes voltadas para ações práticas da Enfermagem que podem contribuir na assistência ao PFPC em cuidados paliativos numa UTI (BRASIL, 2007, p. 3).

Desse modo, a Enfermagem pode atuar direcionando os cuidados profissionais de enfermagem, que tem por base os princípios filosóficos dos cuidados paliativos, para uma boa morte. Mas, o que seria uma boa morte, uma morte com qualidade, digna ou aceitável para um ser humano? A literatura médica recente tem abordado esse tema com relativa frequência, em razão do reconhecimento de que os cuidados médicos no final da vida envolvem o uso excessivo e inapropriado da tecnologia, e que a medicina paliativa está encontrando lugar de destaque dentro da literatura pertinente ao intensivismo (SMITH, 2000).

Com o pensamento direcionado pelos princípios filosóficos dos cuidados paliativos, e baseando-se nos conceitos de Smith (2000) e Garros (2003), adota-se nesse estudo como definição para Boa Morte, um processo de morte e morrer em que haja o controle dos sintomas do paciente; uma preparação adequada para a morte, respeitando os princípios religiosos do paciente; estreitamento dos laços fraternos; oportunidade para revisar sua própria vida e lembrar momentos importantes; oportunidade para resolver negócios ainda não terminados; evitar os processos distanásicos.

Um cuidar/cuidado pautado nessa perspectiva pode proporcionar uma boa morte, uma terminalidade sem sofrimento, dizer não a distanásia², prestando o cuidado à pessoa e ao seu corpo, oferecendo condições fisiológicas que permitam que a vida estabeleça seu limite.

Assim, pode-se proporcionar ao PFPC uma associação entre os conceitos de uma boa morte - “a arte de bem morrer” – ortotanásia, que por sua vez, significa “morrer no tempo certo”, garantindo a dignidade no viver e no morrer. Uma espécie de morte sem prolongamento desnecessário da vida, com alívio das dores, permitindo à pessoa que já entrou na fase final da vida, e aos que o cercam enfrentar a morte com certa tranquilidade (PESSINI, 2001, p. 227).

A ortotanásia permite ao doente que já entrou na fase final e aos que o cercam enfrentarem a morte com certa tranquilidade, porque, nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. Uma vez aceito esse fato que a cultura ocidental moderna tende a esconder e negar, abre-se a possibilidade de trabalhar com as pessoas a distinção entre curar e cuidar, entre manter a vida quando este é o

² O termo distanásia segundo Pessini (2009) significa ação, intervenção ou procedimento médico que não tem por objetivo trazer benefícios a pessoa em fase terminal, e que posterga inútil e sofridamente o processo do morrer, procurando distanciar a morte. Os europeus chamam de obstinação terapêutica e os norte-americanos, de medicina ou tratamento fútil e inútil.

procedimento correto e permitir que a pessoa morra que sua hora chegou. (PESSINI, 2001, p. 228)

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem ao PFPC faz parte de um processo que envolve desde a tomada de decisão, manutenção, até a interrupção do tratamento, nos quais estão contemplados os “cuidados de ordem espiritual, social, emocional e físico, num contexto assistencial interdisciplinar” (DANIEL; ARAÚJO; PAULA, 2006, p. 78).

Menezes (2004) revela que é na cultura do individualismo, aquela que valoriza a vida única e singularmente vivida, que emerge o conceito de “boa morte”, como àquele escolhido e produzido por quem está morrendo. O ideário da boa morte é auxiliar e pacificar os medos e ansiedades dos que estão morrendo e daqueles que cuidam destes. Nessa dimensão, a boa morte passa a ser amplamente divulgada e debatida, desde o início do movimento pelos cuidados paliativos. Enquanto na morte moderna, o médico é o protagonista na tomada de decisões, no ideário da boa morte, a autoridade e o poder de decisão são próprios do paciente.

Nessa orientação, os profissionais de saúde, dentre os quais os de Enfermagem estão incluídos, são aqueles que têm a incumbência específica de zelar por uma assistência de qualidade no cuidar/cuidado ao PFPC, de modo a lhes proporcionar uma boa morte, oferecendo-lhe momento de atenção, aceitando falar sobre sua doença, sua real situação, exercendo um papel confortador, fortalecedor, e de esperança. Significa falar sem eufemismo, tendo consciência de que o paciente sabe de sua situação. Assim, faz-se necessário ir direto ao ponto, com linguagem clara e simples, enfim, falar sobre questões que o paciente quer e tem o desejo de conversar (KÜBLER-ROSS, 2000).

Vendo o paciente crítico por essa perspectiva questiona-se: será possível existir uma boa morte no ambiente de uma UTI? É difícil para o profissional intensivista aceitar isso, mas em última análise, facilitar uma boa morte deveria ser considerado motivo de satisfação, a expressão de prazer pelo dever cumprido. Algo semelhante aos sentimentos, expressos pelos profissionais no ato de salvar uma vida, citando como exemplo, uma reanimação cardiorrespiratória exitosa. Precisa-se tomar consciência de que a morte é uma antiga companheira do cotidiano, e se faz necessário aprender a conviver com ela (GARROS, 2003). E, nas situações de morte e morrer, proporcionar ao paciente, cuidados cercados de compaixão, humanismo, dignidade e livre de sofrimento psicossocioespiritual.

Nesse sentido, reafirma-se que os significados simbólicos, negativos, relacionados à morte, que foram construídos ao longo da história da humanidade, podem ser modificados a partir do momento que se toma consciência de que a morte é parte do ciclo vital, e que é preciso ver esse ser que está morrendo, com o “coração misericordioso”, pleno de esperança, que seus anseios sejam atendidos, apoiando-o, ouvindo suas queixas, sofrimentos, valorizando e fortalecendo esse momento com energias positivas que auxiliem a sua condição psicológica, social e espiritual num momento em que o cuidado corporal deixa de ter sentido primordial.

Na prática, os dois estarão participando de um ritual de passagem, o paciente em caminho a “outra dimensão” e o profissional de enfermagem a caminho do crescimento pessoal, ético e espiritual, compreendendo a sensibilidade como fundamento ou razão do cuidado humano essencial.

5 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

"O sucesso da UTI não pode ser medido apenas pelas estatísticas de sobrevivência, como se cada morte fosse uma falha da equipe de saúde. É para ser medido pela qualidade de vida preservada ou recuperada, pela morte digna daqueles que estão morrendo e a qualidade das relações humanas envolvidas em cada atendimento".

Dunstan G. R. Hard

O aparecimento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é fruto da necessidade de proporcionar apoio, de modo intensivo, ao indivíduo em condições críticas, o que inicialmente era caracterizado, apenas, por uma aproximação da unidade do paciente aos recursos de cuidados. Portanto, segundo Lino e Silva (2001) a UTI nasceu de uma necessidade logística:

Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, selecionava os pacientes mais graves, colocando-os numa situação que favorecesse o cuidado imediato e a observação constante. Assim, ao longo do tempo, várias tentativas de organização do cuidado médico e de enfermagem a doentes com alto grau de complexidade foram desenvolvendo-se, como a colocação do paciente próximo ao posto de enfermagem, a elaboração de quartos especializados de acordo com as patologias, até serem criadas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) como são hoje conhecidas (LINO; SILVA, 2001, P. 25).

Reportando-se brevemente à história da UTI, verifica-se que ela se confunde com a evolução dos avanços tecnológicos alcançados pela medicina moderna. Desde a civilização antiga já se falava em observação contínua, embora a intervenção efetiva dos cuidados tenha se dado a partir do momento em que se imprimiram os cuidados profissionais de enfermagem, por Florence Nightingale, nos idos de 1800, durante a Guerra da Criméia.

A Unidade de Terapia Intensiva - UTI surgiu em 1946, nos Estados Unidos, a partir da epidemia de poliomielite e do início do uso dos ventiladores artificiais, buscando-se a manutenção da vida dos doentes. Várias tentativas foram feitas para a organização das UTIs, mas somente com o desenvolvimento de certos equipamentos e terapêuticas tornou-se possível a concretização e execução das

unidades de tratamento intensivo. Entre 1947 a 1952, após a epidemia de poliomielite, foram criadas na Dinamarca, Suíça e França as primeiras unidades de assistência intensiva (LINO; SILVA, 2001; MENEZES, 2006).

Segundo Menezes (2006) a UTI foi criada e mantém-se com o objetivo de concentrar três componentes críticos: os doentes mais graves, o equipamento técnico mais caro e sofisticado e a equipe com conhecimento e experiência para cuidar desses pacientes e lidar com essa aparelhagem específica. O que é corroborado por Carvalho e Arantes (2008), quando define a UTI como o setor do hospital ao qual são encaminhados os pacientes com doença grave ou complicações crônicas que demandam um cuidado especializado devido ao risco de gravidade ou mortalidade, além da necessidade de monitorização contínua dos sinais vitais e necessidades biológicas.

No Brasil, esse tipo de serviço surgiu na década de 1960, em hospitais de grande porte no Sul e Sudeste do país. Encontram-se relatos na literatura, de que as primeiras UTIs no Brasil foram fundadas no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro em 1960 e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1961. Entretanto, de modo geral, as UTIs desenvolveram-se, no país, a partir da década de 1970. Esse era o período do milagre econômico, no qual a política caracterizava-se, essencialmente, pela busca da modernização, pelo desenvolvimento de tecnologias de ponta e do desenvolvimento de métodos de diagnóstico e terapêutica (SIMÃO et al., 1976).

Para permitir uma maior vigilância do corpo doente, foi necessário também mudar a disposição do doente e da equipe. A planta de uma UTI assume uma disposição na qual a equipe, do centro do semicírculo, deveria ser capaz de ter a melhor visão dos pacientes, uma espécie de miniatura do *Panóptico* de Bentham (FOUCAULT, 1997). Uma estrutura espacial que permite uma visibilidade máxima do ponto central, possibilitando controle e vigilância permanentes, funções exercidas principalmente pela equipe de enfermagem.

Em um estudo etnográfico realizado em uma UTI, Menezes (2006) identificou que o paciente para ser aceito na UTI, é avaliado a partir de critérios estabelecidos pela equipe médica, e o primeiro critério é sua viabilidade, e é selecionado a partir da seguinte questão: qual caso poderá beneficiar-se com a internação nesse setor, valendo ressaltar que os valores e critérios subjetivos, não são levados em consideração. A expectativa de vida é um dos principais parâmetros considerados,

além do estigma da doença, quanto mais jovem o doente, maior o interesse dos intensivistas. O doente considerado viável, é aquele que responde bem ao tratamento, passa a ser nomeado de responsivo. Trata-se do paciente que mais gratifica a equipe, certamente por reiterar seu saber técnico e reificar sua competência.

Outro fato relevante, observado pela mesma autora é que, para a equipe, o ideal é o paciente anônimo, aquele que não possui inserção social de destaque, nem conhecimentos na instituição, que o coloquem em situação especial. O paciente anônimo geralmente não questiona as decisões profissionais, não possui laços sociais – institucionais ou não – com poder de interferência junto à equipe.

Há outra classificação do internado, observada pela autora. É aquela que se origina da lógica institucional, que trata do enfermo cooperativo; aquele que se conduz de acordo com o idealizado pela equipe intensivista, submetendo-se sem queixas às manipulações e procedimentos invasivos em seu corpo. Quando o doente não se comporta conforme o esperado, pela equipe, é qualificado como “o paciente difícil”, é o rebelde, o oposto do cooperativo: não aceita tubos e fios em seu corpo, tenta retirá-los, não se sujeita às manipulações ou à utilização da aparelhagem (MENEZES, 2006, p. 73).

Desse modo, pode se perceber que o esperado na UTI, pela equipe, é apenas tratar o paciente na expectativa da cura, relegando a existência da morte como parte da vida, e não valorizando o cuidado, como uma possibilidade terapêutica par além da cura. Não se dando conta de que quando o momento da morte é chegado, não se deve lutar contra ela, mas ajudar, facilitar para que o paciente possa vivenciar esses últimos momentos de maneira digna, para ele e sua família, estabelecendo o cuidado para além da cura.

Nesse sentido, evidencia-se que apesar da morte ser uma presença contínua no ambiente da terapia intensiva, ela ainda é tida pela equipe, antes de tudo, como um fracasso profissional. Exatamente por isso se torna conveniente que a morte perca sua importância, considerando essa luta da equipe para não aceitar a presença da morte no seu ambiente, lutando contra. O paciente em condição de terminalidade acaba por ser segregado pela equipe, a qual por muitas vezes, fala e age próximo ao seu leito como se ele já não estivesse mais vivo, referindo-se ao doente no tempo verbal passado (BOEMER, 1998; MENEZES, 2006).

Assim, pode se perceber que o desenvolvimento de ações distanásicas nas quais é visível o sofrimento físico, mental e espiritual tanto do paciente como de seus familiares, integram o cotidiano das unidades de terapia intensiva. Reforçam, com isso, o ocultamento social da morte, considerado por Norbert Elias como parte do impulso civilizador, iniciado na Europa há cerca de quinhentos anos. Para esse autor, somente as rotinas institucionalizadas dos hospitais configuram, socialmente, o final da vida, criando formas de extrema pobreza emocional e contribuindo para que o moribundo seja relegado à solidão. A morte é encarada pela equipe como uma inimiga a ser vencida (ELIAS, 2001).

Mas, no ambiente da terapia intensiva é possível proporcionar uma boa morte? Instituir a filosofia dos cuidados paliativos?

Segundo autores como Araujo e Silva (2006); Carvalho e Arantes (2008); Costa Filho et al. (2008) é possível o desenvolvimento dessa condição a partir da aplicação da filosofia dos cuidados paliativos no âmbito da terapia intensiva. Não no sentido de excluir a terapêutica destinada à cura, mas na busca de uma complementaridade do cuidado, na qual seja possível realizar o cuidado com vista à cura quando isso for possível, e os cuidados paliativos como uma possibilidade de humanização do processo de morrer, proporcionando, com isso, um cuidado individualizado e dinâmico, em prol de uma melhor qualidade de vida, seja para um retorno ao convívio social, seja para que a morte aconteça com dignidade.

Os cuidados paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos indivíduos e familiares na presença de situações terminais. Pode ser oferecido em âmbito institucional ou domiciliar e tem como diretrizes orientadoras o controle do sofrimento físico, emocional, espiritual e social do PFPC desde seu diagnóstico até o momento da morte, e aos familiares, no curso da doença e em condições de enlutamento (SILVA; HORTALE, 2006).

“Quando a doença é grave, exige tratamento intensivo. Do mesmo modo, quando o sofrimento é intenso, os Cuidados Paliativos proporcionam o tratamento intensivo” (CARVALHO; ARANTES, 2008, p188).

E, para que isso seja possível, os mesmo autores defendem que haja um preparo da equipe, especialmente na mudança de paradigma, de um paradigma de manutenção ininterrupta da vida para o paradigma da filosofia dos cuidados paliativos, no qual a equipe compreenda a morte como parte do ciclo vital e sinta-se preparada para saber quando o seu limite como profissional se estabelece e, poder

agir com dignidade no cuidado ao PFPC. Para isso se faz necessário, implementar estratégias visando identificar os problemas e anseios dos pacientes, no processo de internação e baixa expectativa de sobrevida na UTI.

Com isso é possível proporcionar um cuidado até os últimos momentos de vida do paciente, evitando sofrimentos desnecessários, considerando que a dor e o sofrimento são situações piores do que a própria morte.

Em nenhum momento um tratamento pode substituir os cuidados. [...] Podemos viver sem tratamento, mas não sem cuidados, *a fortiori* quando há tratamento. Além disso, a abundância dos tratamentos mascara a maioria das vezes uma carência de cuidados. A utilização inconsiderada de indutores do sono é um exemplo entre outros (COLLIÈRE, 2003, p. 180).

Nos Estados Unidos, instituições que discutem os cuidados paliativos têm desenvolvido diretrizes, através de um Projeto Nacional de Consenso para a qualidade dos Cuidados Paliativos na prática clínica, nas quais descrevem, os preceitos fundamentais e estruturais dos programas de cuidados paliativos na prática clínica. Desse modo, os organismos que compõem o Projeto Nacional de Consenso, definem os objetivos dos cuidados paliativos como: medidas para prevenir e aliviar o sofrimento; apoiar a melhor qualidade de vida possível ao paciente e seus familiares, independentemente do estágio da doença ou a necessidade de outras terapias. Assim sendo, corrobora a definição da OMS de que os cuidados paliativos são uma filosofia de cuidado e um sistema altamente organizado e estruturado para prestar cuidados ao PFPC em busca de melhoria da qualidade de vida para o paciente e família (NCP, 2009).

Os cuidados paliativos são operacionalizados através de uma gestão eficaz da dor e outros sintomas angustiantes, incorporando, ao mesmo tempo, a atenção psicossocial e espiritual em consideração às necessidades do paciente/família, suas preferências, valores, crenças e cultura. A avaliação e tratamento devem ser abrangentes e centrados no paciente, com um foco sobre o papel central da unidade familiar, no processo decisório.

6 METODOLOGIA

“É preciso qualidade de vida na fase final para se ter qualidade de morte, ou uma boa morte. Assim, o cuidado humano especializado, que suporta e conforta, ajuda a proporcionar a vivência de uma morte digna e tranquila”.

ARAÚJO e SILVA, (2006)

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico, para análise das entrevistas, a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2004) e, como referencial teórico o Interacionismo Simbólico (BLUMEN, 1980), que objetivou compreender o significado simbólico do cuidar/cuidado para uma boa morte, na perspectiva da equipe de enfermagem que cuida dos pacientes que se encontram em processo de morte e morrer no ambiente da UTI.

A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados e atitudes que corresponde a um espaço mais profundo de relações e dos processos (MINAYO, 1994). Ainda sobre o método qualitativo a autora enfatiza que:

Os autores que seguem tal corrente não se preocupam em quantificar, mas, sim, compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a continuidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultado da ação humana objetiva. Ou seja, desse ponto de vista, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis (MINAYO, 1994, p. 24).

Entende-se que a busca por compreender o significado do cuidar/cuidado para uma boa morte, entre profissionais de enfermagem na UTI, permitiu que práticas pouco refletidas no cotidiano das UTIs fossem questionadas, a fim de

buscar um novo entendimento de que esse cuidado, precisa levar em consideração o paciente como um ser que vivencia uma etapa única de sua vida, e que deve ter o direito de participar das decisões sobre si, sobre seu corpo, seu cuidado e tratamento. O que justifica o uso da pesquisa qualitativa, a qual:

[...] se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21).

Na pesquisa qualitativa, o material utilizado nas análises é a palavra, que expressa a fala cotidiana, nos discursos intelectuais, burocráticos, políticos e nas relações afetivas ou técnicas. Neste método, procura-se interpretar o conteúdo das falas, ultrapassando a mensagem e conhecendo os significados latentes (MINAYO, 2000).

Nesse sentido, foi possível perceber que esta é a abordagem que se adéqua perfeitamente ao estudo porque fornece ao pesquisador dados relacionados à experiência das pessoas, suas crenças, valores, práticas, processos, culturas e problemas considerados de difícil compreensão e diversificados, os quais não seriam contemplados com estudo quantitativo.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Aristides Maltez, localizado na cidade de Salvador – Bahia. Trata-se de uma instituição hospitalar, mantida pela Liga Bahiana Contra o Câncer (LBCC), fundada em 13 de dezembro de 1936, filiada a Union Internationale Contre la Câncer – UICC, a Associação Brasileira de Instituições Filantrópica de Combate ao Câncer – ABIFCC e a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos - ABCP (LBCC, 2009a).

O Hospital Aristides Maltez foi inaugurado em 02 de fevereiro de 1952, começou a funcionar com 15 leitos e hoje possui 218 leitos, dentre estes, 10 são de terapia intensiva. Oferece atendimento ambulatorial, diagnóstico e terapêutico à pacientes de quase todos os municípios do Estado da Bahia, além de pacientes vindo de Estados vizinhos como Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Pará, Maranhão, Espírito Santo e Minas Gerais. Realiza um atendimento diário em seus ambulatórios, de aproximadamente 3.000 pacientes, sendo na sua totalidade,

pacientes conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS; uma média de 1.700.000 procedimentos/ano. Em 2009 ocorreram 115 óbitos na UTI (LBCC, 2009b). No primeiro semestre de 2010 a média geral de óbitos na UTI foi de 07 por mês³.

6.2.1 O contexto da unidade de terapia intensiva

A UTI do Hospital onde o estudo foi realizado é organizada em quartos individualizados, num total de dez. O ambiente é bem arejado, possui iluminação natural, janelas de vidro possibilitando ao paciente ter orientação em relação ao tempo. As paredes são em tom creme e, os quartos individualizados estão dispostos em um semicírculo, o que permite a visibilidade por todos da equipe, a partir do posto de enfermagem. Os quartos possuem portas sanfonada, as quais são fechadas em momentos de privacidade, como no momento do banho. Há aparelho de TV em todos os quartos.

Possui um posto de enfermagem, copa, banheiro para a equipe, conforto médico e de enfermagem, e uma ante sala onde a secretária atende aos familiares antes de terem acesso aos quartos dos pacientes.

O perfil dos pacientes é de oncologia em pós-operatório cirúrgico, contudo há muitos pacientes vindos das enfermarias, quando há agravamento do quadro clínico.

6.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A equipe de enfermagem da UTI é composta⁴ por 13 enfermeiras e 15 técnicos de enfermagem. Destes, foram entrevistados 10 profissionais, sendo quatro enfermeiras e seis técnicos de enfermagem, que compuseram os sujeitos desse estudo.

Para efeito desse estudo, considerou-se como critérios para a escolha dos sujeitos, todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem, independente de gênero e idade, que tivessem no mínimo, dois anos de exercício da função nesta UTI. Independentemente de ser especialista ou não, na área. O interesse pelos profissionais que trabalham nessa UTI se deu pelo fato de ser este um hospital especializado em oncologia e pela estreita convivência com o PFPC e por ser um

³ Dado fornecido pela diretoria de enfermagem da instituição.

⁴ Dados fornecidos pela diretoria de enfermagem da instituição.

hospital filiado a ABCP, o que se espera encontrar em desenvolvimento, os princípios filosóficos dos cuidados paliativos.

O ponto de corte das entrevistas com os sujeitos foi determinado por saturação, ou seja, as entrevistas foram realizadas até o momento em que se observou uma repetição em seus conteúdos. Conforme enfatiza Lobiondo-Wood e Haber (2001), a saturação ocorre quando as informações que estão sendo compartilhadas com os pesquisadores se tornam repetitivas.

6.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição (ANEXO 1), o pesquisador foi apresentado à gerente de enfermagem do hospital, e através desta, a enfermeira coordenadora da UTI. Tendo sido realizado, a cada ida ao hospital, um contato prévio com a coordenadora de enfermagem da UTI, momento em que eram agendadas as entrevistas.

A coordenadora de enfermagem da UTI apresentou a unidade, explicou sobre a rotina de trabalho, o fluxo de pacientes e o quantitativo da equipe de enfermagem.

Observou-se certa dificuldade/resistência dos enfermeiros em aceitar participar da pesquisa. Em relação aos técnicos de enfermagem, não foi possível um maior número de entrevistados, devido ao critério de inclusão de no mínimo dois anos de atuação em terapia intensiva.

6.4.1 A coleta de dados

Os dados foram coletados entre os meses de abril e julho de 2010, por meio de entrevistas semi estruturadas (APÊNDICE A), gravadas em gravador digital, após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) devidamente assinado pelo entrevistado.

Minayo, referindo-se à entrevista semi-estruturada, considera que:

Suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível às questões onde o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação (MINAYO, 2000, p. 121).

Sendo assim, em busca de realizar as entrevistas, deu-se um contato prévio com a coordenadora de enfermagem da UTI, momento em que eram agendadas as visitas. Ao chegar ao hospital, o primeiro contato era com a coordenadora, a qual conversava com os membros da equipe, explicando sobre a pesquisa e, quando estes, aceitavam participar, vinham até o pesquisador, que em uma sala reservada, esclarecia os objetivos da pesquisa, os pré-requisitos de participação e os princípios estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, somente após o aceite da sua participação, era assinado o TCLE e iniciava-se a gravação das entrevistas.

O Consentimento Livre e Esclarecido é definido pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde como:

A anuência do sujeito que será pesquisado, ou de seu representante legal, livre de qualquer dependência, pressão, intimidação e após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos; benefícios; potenciais riscos, bem como o que essa possa realizar. (BRASIL, 1996)

6.4.2 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado sem restrição pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital, locus do estudo, recebendo o parecer CEP/HAM nº 264/2010 (ANEXO 1).

Aos entrevistados, foi dada a garantia de que os dados serão utilizados apenas para fins científicos, preservando a privacidade e a confidencialidade. A identificação dos mesmos foi realizada por meio de legenda, como por exemplo: Entrevistado 1 (E-1) e assim sucessivamente, garantindo com isso o anonimato.

Nessa perspectiva, diante dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, garantiu-se os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

6.5.1 Referencial metodológico – Análise de Conteúdo

Os dados foram analisados segundo a metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Esta foi escolhida por ser uma técnica que consiste num conjunto de procedimentos de ordenação e organização, de dados, provenientes das respostas dos entrevistados. Segundo Henry e Moscovici (apud BARDIN, 2004, p. 28) “Tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo”.

Para a mesma autora (*ibidem*, p. 33) a Análise de Conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Seu método é composto de três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase que objetiva ordenar os dados e tem início através da leitura flutuante de todo material, visando conhecer o texto. De início, é uma leitura que pode deixar-se invadir por impressões do pesquisador, contudo pouco a pouco ela deve tornar-se mais precisa em função dos objetivos da pesquisa. Segue-se então, a escolha dos documentos a serem analisados – o corpus, utilizando-se como critérios a exaustibilidade, a representatividade, a homogeneidade e pertinência. Feita esta escolha, segue-se com os recortes iniciais do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de codificação para o registro dos dados. A fase de pré-análise encerra-se com a preparação do material a ser explorado (BARDIN, 2004).

A fase de exploração do material consiste na realização das codificações, onde os dados brutos são sistematicamente transformados e agregados em unidades que permitem a descrição das características do conteúdo (BARDIN, 2004).

Na terceira e última fase, os dados codificados e categorizados devem ser tratados de maneira a serem significativos e válidos, para que as inferências possam ser alcançadas e o conjunto interpretado, utilizando-se os resultados da análise com fins teóricos (BARDIN, 2004).

No desenvolvimento do estudo, a pré-análise foi iniciada a partir da transcrição de cada entrevista. À medida que ia sendo realizada a transcrição, o que

veio a compor o corpus da pesquisa, era realizada a leitura flutuante de todo material.

Desse material foram realizadas várias leituras. Em seguida passou-se a fase de exploração do material, onde num quadro sinóptico, após várias leituras foram retiradas as ideias contidas nas falas, sistematizadas, e em seguida, observado a sua repetição dentre as entrevistas, dando origem às unidades.

Por último, tomando por base o referencial teórico do Interacionismo Simbólico, através dos seus conceitos básicos, foi feita a sistematização das repetições de ideias, nas falas dos entrevistados, buscando os seus significados e, atendendo ao objetivo do estudo, deu-se origem as categorias de análise.

6.5.2 Referencial teórico – Interacionismo Simbólico

A Enfermagem como disciplina da área da saúde se expressa com uma abordagem puramente tecnicista e acrítica, no qual o cuidado é mais direcionado as dimensões biológicas do homem, deixando grandes lacunas diante das dimensões emocionais, sociais e culturais. O modelo biomédico tem a concepção da dicotomia mente e corpo, limitando-se a compreender os mecanismos biológicos, negligenciando uma abordagem holística na saúde (SANTOS, 2008).

Entretanto, pode-se perceber que atualmente a enfermagem tem buscado, nas demais ciências, fundamentos que propiciem um cuidar humanizado, contextualizando com o mundo, a vida das pessoas. Pode-se perceber, a Enfermagem buscando na Sociologia, Psicologia, Educação, Antropologia, dentre outras ciências, fundamentação para o processo de cuidado, ancorando o cuidar numa perspectiva de integralidade. Daí poder situar o Interacionismo Simbólico como teoria que tem aproximação com a Enfermagem, dada a sua perspectiva de compreensão, dos aspectos subjetivos das pessoas, uma vez que a Enfermagem está em contínuo relacionamento humano, necessitando de maior entendimento sobre o processo interativo para o seu exercício pleno, enquanto arte e ciência (LOPES; JORGE, 2005).

O Interacionismo Simbólico mostra respeito pela natureza da vida e das condutas do grupo humano, estando na vida grupal a condição essencial para a consciência, mundo de objetos e construção de atitudes. O princípio é que o

comportamento humano é autodirigido e observável, no sentido simbólico e interacional, permitindo ao ser humano, planejar e dirigir suas ações em relação aos outros e conferir significado aos objetos que ele utiliza para realizar seus planos (SANTOS, 2008).

Segundo Laperrière (2008), o Interacionismo Simbólico é uma metodologia empírica que usa procedimentos tais como: estudos de caso, entrevistas, observação participante, história de vida, conversações, análise de documentos, cartas e diários, entre outros, traduzindo-se pelo reconhecimento do papel central da intencionalidade e dos valores, tanto do lado dos sujeitos pesquisados quanto do lado do pesquisador.

Etimologicamente o termo Interacionismo vem da palavra interagir, que significa “agir mutuamente”, e simbólico vem do grego symbolikós, e do latim symbolicu, significando “aquilo que tem caráter de símbolo”. O Interacionismo Simbólico é, pois, uma das formas de se interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que eles dão às coisas e como estes relatos se relacionam com as experiências vivenciadas (SANTOS, 2008, p. 3).

A Escola do Interacionismo Simbólico origina-se dos trabalhos de renomados acadêmicos norte-americanos como Charles Horton Cooley (1864 – 1929), W. I. Thomas (1863 – 1947), George Herbert Mead (1863 – 1931), sendo este último o que mais contribuiu para a conceitualização da perspectiva interacionista, tendo como princípio a compreensão da conduta humana sob um olhar social. Mead foi um professor de filosofia da Universidade de Chicago, no período de 1893 a 1931, sua visão foi influenciada pela escola pragmática americana, pela teoria da evolução de Darwin, e pelo behaviorismo social. A denominação da teoria como Interacionismo Simbólico ocorreu somente em 1937 por Herbert Blumer, sociólogo, ex-aluno e discípulo de Mead, fato que fez emergir o aspecto interpretativo dos fenômenos. Outros herdeiros de Mead foram Kuhn, da Escola de Iowa, e Goffman (HAGUETTE, 2005).

De acordo com Blumer, o Interacionismo Simbólico tem seus fundamentos em três premissas:

O ser humano que age em relação às coisas com base nos sentidos que estas têm para ele; o sentido das coisas é derivado, ou se origina da interação social que o indivíduo estabelece com os outros; estes sentidos são manipulados e modificados através de um

processo interpretativo, usado pela pessoa ao lidar com as coisas e situações que ela encontra (BLUMER, 1980, p.120).

O símbolo é a palavra-chave do Interacionismo Simbólico e, na sua ausência, a interação entre os seres humanos fica impossibilitada. Os símbolos são considerados como objetos sociais, usados pelo ator, para representação e comunicação (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; LOPES; JORGE, 2005; CARVALHO et al., 2007). Os símbolos usados devem possuir um significado compartilhado pelos indivíduos na sociedade. Na teoria meadiana, um gesto com significado compartilhado é um símbolo significante, sendo assim, ele considera que a sociedade nasce dos símbolos significantes do grupo (LITTLEJOHN, 1988).

No contexto da tanatologia podemos identificar algumas simbologias como a cor negra, que representa um espetáculo à parte dentro dos símbolos ligados à morte. Tradicionalmente, em muitas culturas européias, ela representa a retidão moral e o luto. Nas culturas asiáticas, é o branco que representa este papel e no Apocalipse cristão, branco é a cor da montaria de um dos Quatro Cavaleiros. O preto, no entanto, acabou ficando definitivamente associado ao luto, muito por conta da rigidez vitoriana com relação às viúvas. O crânio também se liga à morte, sozinho, serve para lembrar o quanto é vã a vida humana; com ossos cruzados, simboliza o perigo. Em oposição aos símbolos negativos da morte, o cristianismo oferece seus símbolos de redenção e esperança: crucifixos, anjos, pombas, imagens de santos e velas (CARVALHO, 2008).

Outra simbologia da morte é representada por um esqueleto portando sua grande foice, para ceifar as almas dos desavisados, especialmente dos que não estejam com as suas confissões em dia, entretanto vale ressaltar o que afirma Menezes (2004):

A figuração tradicional da morte, o esqueleto com uma foice nas mãos, foi substituído a partir da Segunda Guerra pela de um indivíduo internado em UTI, local exemplar do modelo de morte moderna (MENEZES, 2004, p. 33).

O uso de determinada palavra nos diálogos e outros símbolos, como gestos, comportamentos, ações têm significados sociais, que são construídos nas interações e que apenas passam a ser símbolo quando adquirem sentido para quem os utiliza. Desse modo, os símbolos se apresentam nas interpretações dos sujeitos, nos significados, e no sentido que estes atribuem ao cuidar/cuidado, dispensados ao

PFPC na UTI, desvelando suas vivências e interações, no cotidiano da prática do cuidar em Enfermagem. Especialmente, na terapia intensiva, é preciso conhecer o ser cujas ações, falas, atitudes e comportamentos têm peculiaridades, e refletem sua fase de desenvolvimento, história e vivência do cuidar/cuidado ao PFPC.

Além das premissas básicas do Interacionismo Simbólico, e do conceito de símbolo, outros são imprescindíveis para o entendimento da Teoria: sociedade, *self* e mente (LITTLEJOHN, 1988; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; HAGUETTE, 2005; LOPES; JORGE, 2005; CARVALHO et. al., 2007; SANTOS, 2008).

A sociedade consiste na interação social constituída pelo agrupamento de comportamentos cooperativos, por parte dos membros dessa sociedade, que se desenvolvem a partir de um ato social, o qual é representado por uma relação triádica que consiste “num gesto inicial de um indivíduo, uma resposta a esse gesto por outro indivíduo e uma resultante do ato” (LITTLEJOHN, 1988, p. 69).

O *self* significa que a pessoa pode ser objeto de sua própria ação, ou seja, objeto de si própria. Para Mead, o *self* apresenta duas fases: O *eu* e o *mim*, onde o eu refere-se ao indivíduo como sujeito, evidenciando as características, as tendências espontâneas não socializadas e o mim reconhece o indivíduo como objeto social, que se origina na interação (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; HAGUETTE, 2005; LOPES; JORGE, 2005; CARVALHO et al., 2007; SANTOS, 2008).

O eu representa a força impulsora da ação, ao passo que o mim fornece a direção e orientação para o eu. Todo ato inicia no eu e passa a ser controlado pelo mim (LITTLEJOHN, 1988).

A mente, que constitui a terceira parte da teoria de Mead, é tida como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio, usando símbolos significantes. A ação humana diz respeito a um processo constante e ativo de tomada de decisão, pelos indivíduos, diante da interação com o *self* e com os outros. A linguagem nesse estudo foi usada como um símbolo para descrever e detalhar o que se observa, pensa ou imagina para referir-se ou apresentar a realidade social (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; HAGUETTE, 2005; LOPES; JORGE, 2005; CARVALHO et al., 2007; SANTOS, 2008).

A mente pode ser definida como o processo de interação da pessoa com o seu próprio eu, portanto, podemos depreender que o *self* e a mente são partes importantes de todo e qualquer ato (LITTLEJOHN, 1988).

O Interacionismo Simbólico, nesse estudo, serviu de base teórica para orientar a compreensão, a partir das falas dos entrevistados, do significado do cuidar/cuidado para uma boa morte. O cruzamento dos conceitos do Interacionismo Simbólico e das categorias emanadas, das falas dos entrevistados, aconteceu após exaustivas leituras das entrevistas e o aprofundamento do referencial teórico.

Assim, o Interacionismo Simbólico configurou-se como perspectiva teórica deste trabalho, cujas ideias centrais basearam-se no processo de interação, no qual os indivíduos são ativos e aprendem a dar significado às coisas, valorizando o sentido atribuído às suas experiências. Desse modo, os significados das coisas resultam ou emergem da interação social que esses seres humanos, estabeleceram uns com os outros.

6.6 DA CONSTITUIÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Das falas dos profissionais da equipe de enfermagem entrevistados (APÊNDICE C), emergiram quatro categorias que evidenciam a preocupação dessa equipe, no cuidar/cuidado do paciente em processo de morte, para lhes proporcionar uma boa morte, através de medidas de conforto implementadas por pessoas preparada para lidar com a morte, contando com a participação da família no desenvolvimento dos cuidados para uma boa morte ao PFPC no ambiente da terapia intensiva.

Um cuidar/cuidado buscando evitar que o paciente sinta dor, sofrimento e sempre conte com a presença da família junto a ele, como medidas que simbolize um cuidar/cuidado para uma boa morte. No capítulo a seguir passo a descrever a análise, discussão e resultados dessas quatro categorias identificadas como:

- I. Uma boa morte como ausência de dor e sofrimento;**
- II. O conforto como alívio da dor/sofrimento e como medida de manutenção da integridade corporal;**
- III. A proximidade da família e sua participação no processo de morte e morrer;**
- IV. Preparo profissional da equipe no cuidar/cuidado para uma boa morte.**

7 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“É impossível conhecer o homem sem lhe estudar a morte, porque, talvez mais do que na vida, é na morte que o homem se revela. É nas suas atitudes e crenças perante a morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental”.

Edgar Morin

Neste capítulo encontra-se a análise dos dados coletados por meio de entrevistas com dez profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), os quais foram discutidos à luz do Interacionismo Simbólico buscando compreender o significado simbólico do cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva destes profissionais que atuam na UTI onde o estudo foi realizado.

A seguir encontra-se a caracterização dos entrevistados.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Do contingente de profissionais selecionados e entrevistados - dez (10), sete (7) eram do sexo feminino e três (3) do sexo masculino. Dentre os sujeitos, a idade variou entre 25 e 39 anos.

Com relação à crença religiosa dos sujeitos, sete declarou-se como católicos, sendo cinco praticantes e dois não praticantes. Dos demais participantes um denominou-se espírita praticante e dois atribuíram sua crença em Deus como sua religião.

Os entrevistados, em sua maioria, tinham uma especialização, sendo quatro com especialização em terapia intensiva⁵; um em oncologia e um em enfermagem do trabalho. O tempo de formação variou entre 3 e 10 anos, e o tempo de atuação

⁵ Em relação à Especialização em Terapia Intensiva, além de alguns enfermeiros terem especialização *lato sensu*, alguns técnicos de enfermagem têm especialização de nível médio.

em terapia intensiva esteve entre 2 e 7 anos, o que atendeu perfeitamente aos critérios de inclusão propostos na metodologia.

7.2 AS CATEGORIAS

A análise e discussão dos dados permitiram compreender que o cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva da equipe de enfermagem que atua na UTI de um hospital especializado em oncologia, no qual o estudo foi realizado, significa proporcionar medidas de cuidados que possibilitem minimizar a dor física e psicossocial do paciente, empreendendo cuidados que alivie o sofrimento deste.

Contudo, esse cuidado não se limita apenas ao cuidar/cuidado do paciente que está morrendo, mas também a sua família, caracterizada pela preocupação que a equipe de enfermagem tem em dar significado relevante à presença da família junto ao paciente, além de mencionar a necessidade dela compreender o processo de morte e morrer do seu ente querido. Desse modo, das respostas, emergiram os significados, dos quais foi possível evidenciar quatro categorias.

7.2.1 Uma boa morte como ausência de dor e sofrimento

A busca por um cuidado digno, no fim da vida do PFPC, e o que significa esse cuidado, tem sido descrito e discutido na literatura através de uma variedade de terminologias. Há autores (SMITH, 2000; TERNESTEDT et. al., 2002; GARROS, 2003; MENEZES, 2004) que denominam esse cuidado como “boa morte”. Outros denominam “qualidade de vida” (PACHECO, 2004); “ortotanásia” (PESSINI, 2001); “qualidade de morte” (DANIEL; ARAÚJO; PAULA, 2006). Contudo, independente do termo usado, as definições incluem como princípios do cuidado digno ao PFPC no fim da vida, o controle dos sintomas fisiológicos, em especial a dor, e as relações psicossocioespirituais do paciente e sua família. Havendo, também, uma ênfase na importância relacionada à autonomia do paciente.

Assim sendo, o essencial não é simplesmente apoiar o paciente para que este morra em paz, mas proporcionar meios para que ele, juntamente com sua família, seja capaz de viver da melhor forma possível todo o tempo que lhe resta, até que a morte ocorra.

Portanto, na perspectiva dos entrevistados, como pode ser observado nas falas a seguir, uma boa morte significa essencialmente estabelecer medidas de cuidados que possam minimizar a dor e o sofrimento do paciente, o que coaduna com o conceito de boa morte, adotado no estudo, apesar de não contemplá-lo na sua totalidade, considerando que aspectos relacionados, por exemplo, à autonomia do paciente, na tomada de decisão, não foi apreendido nas falas dos entrevistados.

Uma morte sem dor, pra mim uma morte sem dor. [...] Tranquila, que seja em paz [...] que ele não vá com nenhuma queixa. E – 2

Sem sofrimento, sem sofrimento. E - 3

Dar uma boa morte, tranquila, é evitar que o paciente fique ali sofrendo dor, agonizando, tem paciente que a gente vê que tá agonizando né, com falta de ar né, e aí se puder fornecer oxigênio pra ele, oferecer uma medicação que possa aliviar um pouco a dor né. Não deixar ele tá sentindo dor sem necessidade, ou tá sentindo falta de oxigênio, desde quando a gente, [...] possa oferecer uma melhora pra ele, tem que oferecer. E – 9

Morte digna eu acho que é no momento que a gente sabe que não tem mais condições, [...] os pacientes em cuidados terapêuticos e lúcidos. Eu acho que é você manter o paciente sem dor. E acho que em oncologia, eu acho que dor é essencial né. Eu acho que o paciente morrer sem dor, sem desconforto respiratório né. Com seu ente querido do lado. Eu acho que isso é importante. [...] Uma boa morte eu acho que é o paciente morrer sem dor, sem desconforto respiratório né. Com seu ente querido do lado. Eu acho que isso é importante. [...] a prioridade é exatamente o trabalho da enfermagem em relação ao conforto. E – 10

Pode-se perceber que o alívio da dor, do sofrimento e do desconforto, são cuidados primordiais, que traduzem o simbolismo de uma boa morte, na visão daqueles que participaram do estudo. Para eles, ter condições de minimizar a dor, seja ela física ou psicossocioespiritual, significa estar proporcionando ao PFPC uma melhora do seu sofrimento.

Carvalho e Arantes (2008) referem que a doença e o sofrimento andam sempre juntos. A doença é que causa ao corpo a dor física e esta pode levar ao sofrimento e implicar no desencadeamento de outras dimensões da dor, aumentando ainda mais o sofrimento. Nesse momento, o cuidado, em especial os cuidados paliativos, tem uma importância preponderante, como dizem os mesmo autores: “quando a doença é grave existe tratamento intensivo. Do mesmo modo, quando o sofrimento é intenso, os Cuidados Paliativos proporcionam o tratamento intensivo” (p. 183).

Entretanto, nas falas dos entrevistados, o significado do controle da dor ficou muito limitado à dimensão da dor física, não sendo possível evidenciar falas que estejam relacionadas às demais dimensões da dor, conforme estabelecido por Cicely Saunders – a dor total (CLARK, 1999; BOULAY, 2007b)

Uma entrevistada trouxe um ponto relevante no cuidado para uma boa morte, qual seja: romper com as regras do serviço para atender a individualidade de cada paciente, evidenciando uma atitude pro ativa para o alívio do sofrimento, tanto da família quanto do paciente, quando a entrevistada agiu proporcionando a visita dos familiares, mesmo em horário fora dos padrões de rotina da instituição. Uma atitude que pode não significar nada para quem a realiza, mas para a família, ou porque não dizer para o paciente, ficará marcado para sempre, como é enfatizado pela própria entrevistada.

Essa é uma atitude, que apesar de mencionada por apenas um entrevistado, amplia a preocupação do controle da dor, não apenas física, mas também emocional.

Uma boa morte eu acho que é [... uma paciente] que tinha pra mais de doze irmãos [... e] estavam desesperados, [...] eu falei não, sobe quantas pessoas quiser, você quiser, [...] pra mim pode não fazer diferença, mas pra ela vai ficar pro resto da vida dela marcado, que naquele dia teve uma enfermeira no plantão, as pessoas que vieram do interior, há não sei quantos quilômetros de Salvador, que vieram só ver a pessoa, fica marcado, que liberou, que foi humana de certa forma, eu acho que tem que ser assim, a gente tem muito isso aqui. Eu sentei, conversei com a plantonista, o que [é] que há, ela disse não, vamos liberar, a gente se mobiliza, de uma certa forma pra que suba, pra que seja liberado isso, então a pessoa que tá acompanhando ali, tá proporcionando a família esse momento né, proporcionando o conforto, proporcionando que o paciente não sinta dor, ter uma boa passagem, que todos nós vamos ter. E – 1

Beckstrand, Callister e Kirchhoff (2006) asseveram que estar presente (ou ausente) no momento da morte de um ente querido representa uma memória significativa para os sobreviventes. Em estudos realizados nos Estados Unidos e Austrália, quase todos os membros da família que participaram das pesquisas e vivenciaram o processo de morte de um ente querido, queriam estar junto ao paciente no momento da morte. Daqueles que não estiveram presentes, no momento da morte, relataram que não tinham planejado estar à beira do leito, e assim, descreveram sentimentos de culpa relacionados à sua ausência não planejada.

Essa preocupação de cuidar tanto do paciente quanto da sua família está presente na definição de cuidados paliativos proposta pela OMS, bem como no conceito definido por Smith (2000) e Garros (2003) para uma boa morte, na qual deve haver um controle dos sintomas (dor e sofrimento) e estabelecer meios pelos quais seja possível o estreitamento dos laços fraternos.

Uma entrevistada evidenciou em sua fala que o significado de uma boa morte está relacionado com a aceitação da morte por parte do paciente.

Uma boa morte é o paciente que já chegou até o final de sua etapa e ele [...] já tá conformado, sabendo que tava com sua doença já, a família já está preparada, fazendo a nossa parte e dar aquela assistência ao paciente que tá indo a óbito, dar todo conforto e atenção. E – 4

Isso significa uma minimização do sofrimento, tanto do paciente quanto da família, considerando que a partir do momento em que se aceita a morte como parte do ciclo da vida, o paciente e sua família passam a se preparar para a despedida, sendo possível, inclusive, serem estabelecidas as condições de uma preparação para o luto, e com isso, possibilitar minimizar o sofrimento emocional e social.

Foi possível, também, encontrar nas falas dos entrevistados o significado de uma boa morte, aquela que aconteceu mesmo sendo empreendidas todas as medidas terapêuticas possíveis, expressão de uma negação da morte e supervalorização do aparato tecnológico para vencer a morte, o que vai de encontro aos princípios filosóficos dos cuidados paliativos e ao conceito adotado no estudo, para uma boa morte.

Acho que é aquela morte que teve todos os cuidados, aquela morte que teve os cuidados necessários [...] lutar, lutar, lutar, até pra ver se sobrevive. E – 4

Morte com dignidade, na UTI, achando todos os cuidados [...] investindo, fazendo de tudo. E – 5

Apesar de mencionarem a palavra cuidados, os entrevistados E – 5 e E – 4 dão margens ao entendimento de que se referem aos cuidados de alta complexidade, relacionados ao aparato tecnológico peculiar ao ambiente da terapia intensiva.

Essas falas simbolizam uma negação da morte e uma reafirmação de que, com o uso da tecnologia, o homem consegue prolongar a vida. O que tem sido influenciado pela formação dos profissionais de saúde, principalmente daqueles que

atuam nas UTI, com uma educação direcionada para uma cultura do hipertecnicismo, na qual o paciente tem que receber todo tipo de tratamento agressivo e, só então, depois que esse aparato não consegue reverter o processo de morte, se aceita que ele morra, que a equipe “perdeu a batalha”, foi derrotada, vencida. E essa postura, só vem dificultar a aceitação da morte, como parte da vida, pela equipe de saúde.

Carvalho e Arantes (2008) destacam que se faz necessário operacionalizar os cuidados paliativos no ambiente da UTI com uma participação da equipe multidisciplinar na prescrição de cada PFPC; atuação da enfermagem com prescrição de cuidados individualizados; atuação sistemática de fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e espirituais junto ao médico na condução de cada caso; criar uma estrutura física que permita privacidade e um fluxo de visitação mesmo dentro da UTI; estabelecer um vínculo de confiança entre paciente, família e equipe; trabalhar o luto antecipatório e criar programa de cuidados do cuidador.

Assim, a partir do momento em que essas medidas sejam estabelecidas, espera-se que a equipe atue, além da sua competência intensivista, com a competência de uma equipe paliativista. Compreendendo que não sendo possível a cura, é possível aliviar a dor e o sofrimento, nas suas várias dimensões.

Vale ressaltar que não foi identificada, nas falas dos entrevistados, a preocupação com a dimensão espiritual, na qual pudesse ser evidenciado o respeito pela crença religiosa de cada paciente, e o desenvolvimento de ações de cuidados permitindo, por exemplo, a visita de um líder religioso.

Nesse aspecto, outro estudo (BECKSTRAND; CALLISTER; KIRCHHOFF, 2006) realizado com enfermeiros nos Estados Unidos, corrobora essa ausência de preocupação com a dimensão espiritual no cuidar/cuidado ao ser humano, em especial no processo de morte e morrer. A pesquisa evidenciou várias medidas de cuidados para proporcionar uma boa morte: realizar alterações no ambiente para promover uma morrer com dignidade; controle da dor e desconforto; conhecer e atender os desejos dos pacientes; promover o abandono do tratamento ou não iniciar tratamento agressivo e a comunicação efetiva da equipe de saúde. Todavia, também não foi identificado o cuidado relacionado à dimensão espiritual.

7.2.2 O conforto como alívio da dor/sofrimento e como medida de manutenção da integridade corporal

O conforto está presente em todas as falas dos entrevistados, o que possibilitou identificá-lo como um importante simbolismo de cuidar/cuidado para uma boa morte. Uma perspectiva daqueles que, no seu cotidiano vivenciam o cuidado ao PFPC, no ambiente da terapia intensiva, e, nessa relação de subjetividade, deixa claro que para cuidar do outro, no momento da morte, o que mais se faz necessário, é proporcionar medidas de alívio do sofrimento, o que está explícito, nas falas, como medidas de conforto.

Mussi (2005, p. 81) assevera que “o conforto/desconforto devem ser tratados como estados subjetivos” e, para tal, o foco da discussão deve ser direcionado à interação da equipe de enfermagem com o paciente ao qual presta os cuidados, nesse contexto, o PFPC. Essa interação implica no resgate do humano e ir, além da concepção de indivíduo, mas, perceber a pessoa – ser humano, com extensão à sua completude – indivíduo, família e comunidade.

Para Neves-Arruda e Marcelino (1997) confortar é um objetivo implícito e explícito da Enfermagem, e faz parte do processo de cuidar como componente essencial do cuidado profissional de enfermagem e, complementar à assistência médica. Desse modo, o conforto “vem sendo considerado um conceito importante, fundamental e relacionado à prática de enfermagem” (MUSSI, 1996, p. 254).

Nas falas dos entrevistados foi possível identificar o significado simbólico relacionado ao conforto: pautado no alívio da dor e, nas medidas de manutenção da integridade corporal, uma preocupação em manter o corpo limpo, sem odores e secreções, talvez para não chocar a família ou mesmo para não chocá-los.

O conforto significando alívio da dor pode ser percebido nas falas a seguir:

Minimizar a dor do paciente, facilitar que ele tenha uma morte digna. Ao máximo possível, tentar minimizar [...] para que ela venha, venha de uma forma menos dolorosa possível. E – 2

O cuidado [...] com a sedação adequada, de acordo com a solicitação do médico assistente lógico, mas sempre tranquilo. [...] aparentemente não tá sentindo desconforto respiratório, dá menos angústia [...]. Procurar fazer naquele momento, que o paciente não sofra, sofra o mínimo possível. E – 3

O alívio da dor, do sofrimento [pausa] da dor, do sofrimento do seu dia a dia. [...] Deixá-lo sem dor, com a sedação adequada. [...] Administrar a medicação pra aliviar a dor. E – 7

Das falas é possível inferir o significado de um cuidado direcionado a evitar o desconforto do paciente – a dor e, conseqüentemente, minimizar seu sofrimento. Mais uma vez, o direcionamento do cuidado se restringe a dor física, descuidando das demais dimensões da dor total como é definida por Cicely Saunders (CLARK, 1999; BOULAY, 2007b).

Vale chamar a atenção, aqui, que apesar de não ter sido mencionado, nas falas, nenhuma medida estabelecida para mensurar o nível da dor nos PFPC, Neves-Arruda e Marcelino (1997) chamam a atenção de que a dor é um sintoma subjetivo e deve ser mensurada, e para que isso aconteça, a equipe deve lançar mão de escalas visuais para medir sua intensidade, uma medida de cuidado considerada como ponto de partida para o controle desse sintoma.

Embora, não tenha sido mencionado pelos entrevistados, em suas falas, vale ressaltar que o cuidado de mensuração da dor, é relevante e faz-se necessário a sua implementação, devendo os profissionais tomar a iniciativa e passar a se preocupar com o controle e alívio da dor do paciente.

Como o conforto não se limita ao alívio da dor física, já que a natureza do conforto é multidimensional, deve ser compreendido na perspectiva de uma visão holística do ser, pois, o conforto, conforme Mussi (1996), deve ter um sentido mais amplo, significando calma, alívio e transcendência. E, nas falas dos entrevistados a seguir, é possível depreender o simbolismo do conforto com o significado do cuidado sensível, para minimizar a dor e o sofrimento do PFPC.

Tentando tranquilizar esse paciente sempre que possível, tentando dar apoio, dar ânimo a esse paciente mesmo sabendo que não tem mais jeito, brincando, tentando descontrair esse paciente, várias formas, brincando, usando televisão, tentando fazer ao máximo, o máximo para tirar ele dessa situação. E – 2

Dar todo conforto, carinho, atenção até o final do tempo, da morte. [...] Uma boa morte é [...] dar aquela assistência ao paciente que tá indo a óbito, dar todo conforto e atenção. E – 4

São medidas de conforto que significam cuidados para tranquilizar o paciente, animá-lo e ser sensível ao seu sofrimento e aliviar sua dor, uma preocupação que está presente na fala de uma minoria, dentre os entrevistados, haja vista que para um número maior, destes, percebe-se uma preocupação direcionada ao conforto físico.

Nas falas a seguir, a preocupação está em cuidar, principalmente, das partes visíveis do corpo, uma situação na qual Oliveira, Garcia e Sá (2003) evidenciaram em um estudo com profissionais de enfermagem, que em relação à higiene corporal do paciente, a equipe tende a seguir uma perspectiva de moralidade, decência e boa aparência relacionada ao corpo, enfatizando uma preocupação centrada no que é palpável e concreto, negligenciando de certa forma à subjetividade do ser.

Eu enquanto enfermeira procuro [...] proporcionar um banho, o aquecimento né, porque a UTI é um lugar frio [...] manter sempre o paciente limpo, com a pele íntegra né, porque a gente pensa assim, com aquela escara imensa, porque tudo isso é é pra família, é bom a família vê o paciente bem cuidado [...] Uma boa morte eu acho que é [...] estar proporcionando o conforto, proporcionando que o paciente não sinta dor, ter uma boa passagem, que todos nós vamos ter. E -1

[Evitar o] mau cheiro, tirando essa secreção de vários lugares do paciente. E - 2

O cuidado de higiene, de higienizar o paciente. E - 3

O paciente morrer limpo, morrer e ter o corpo após a morte, limpo [pausa] manter o corpo pós-morte, limpo. E - 4

Dar um bom cuidado, manter ele sempre limpo, saudável. E - 7

Não deixar o paciente morrer com escaras, cheio de ferimento, mudar sempre o paciente de posição. E - 8

O cuidado de enfermagem deve ser o cuidado o melhor possível para que o paciente morra em conforto. [...] Os cuidados de banho, os cuidados de conforto [...] Um paciente terminal, não tem indicação de instalar um colchão caixa de ovo né, mas se a gente não instala um colchão caixa de ovo, a gente abre outras, várias lesões em outros lugares, que são lesões que vão ficar. É pior para o paciente, a gente não pode dizer, por que ele já é um paciente que às vezes já ta com sedação contínua, já não sente dor, já ta em uso de dimorf né, mas o aspecto visual de quem ta olhando o paciente, o paciente cheio de lesões, o paciente todo lesionado, cheio de curativo, não é bom né. Então, a gente deve fazer as medidas, medidas higiênicas, manter o controle higiênico, a gente tem que manter né, [...] Eu acho que a gente tem que respeitar, que respeitar o momento de partida, de preferência com conforto hemodinâmico, sem dor né, e com conforto, eu acho que com aspectos estéticos é importante. E - 10

Diante dessas falas, pode se depreender que o significado do cuidado que é dado, refere-se ao concreto, ao palpável, visível àquele que cuida, despertando uma maior atenção, o que leva ao esquecimento das questões de ordem subjetiva, como as demandas psicossociais e, com maior intensidade, as demandas espirituais. Uma

tendência ligada ao modelo hegemônico – modelo biomédico, no qual deixa claro essa dicotomia mente – corpo.

Não se pode deixar de mencionar, que quando se fala em cuidados paliativos, a tônica relacionada aos cuidados de higiene, passa a ter uma dimensão cada vez maior em consequência da perda de autonomia do paciente, o que também pode justificar essa preocupação da equipe. Mas, não pode ser esquecido, que o paciente é mente e corpo, e o cuidado deve ser desenvolvido com vistas a integralidade do ser e respeitando a sua autonomia e individualidade.

O que muda nesta modalidade de atendimento é que os padrões higiênicos preconizados em saúde pública devem ser adaptados ao conjunto de valores socioculturais do paciente. Com a adequação dos conceitos de higiene – do científico e contemporâneo com o individual e cultural, surge o conforto do paciente (PEREIRA; SERA; CAROMANO, 2008, p. 196).

Destarte, o que a equipe de enfermagem deve buscar são os meios para proporcionar esse conforto de acordo com a realidade individual de cada paciente, mesmo não sendo possível obter essa informação a partir dele, nas situações em que esteja sob sedação, que seja interrogada à família, sobre os seus hábitos e costumes. Um paciente nunca é igual ao outro, ainda que as manifestações da doença sejam as mesmas. Enxergar a singularidade de cada um é o que nos guia para o cuidar/cuidado com vistas ao conforto do paciente.

Outro ponto que chamou atenção, é que o desconforto do paciente vem contribuir para a angústia daquele que cuida, como pode ser observado na fala a seguir:

Deixá-lo sem dor [...] dá menos angústia. E – 4

Segundo Neves-Arruda e Marcelino (1997) confortar o outro traz conforto para aquele que cuida. O profissional de enfermagem que possui conhecimento, habilidade e vontade de proporcionar bem estar à pessoa de quem cuida, com certeza, contribui para o alcance de um alto nível de conforto, sentindo-se ao mesmo tempo confortado e realizado.

7.2.3 A proximidade da família e sua participação no processo de morte e morrer

Pode-se perceber na fala dos entrevistados, uma preocupação marcante com a família do PFPC internado na UTI. Desse modo, pode-se inferir que há um

significado simbólico presente para a equipe de enfermagem, em relação à família, como protagonista desse cuidar ao paciente em processo de morte, no ambiente da terapia intensiva. O quanto é importante contar com a presença e o apoio desse familiar para que possa se proporcionar cuidados para uma boa morte ao PFPC.

Oliveira e Angelo (2000) compreendem a família, segundo a perspectiva do Interacionismo Simbólico, como “um grupo de indivíduos (atores), chegando às situações com outros significantes ou grupos de referências, com símbolos, perspectivas, self, mente e habilidade para assumir papéis” (p. 203).

A família tem um significado de co partícipe no processo de cuidar do PFPC, e é importante que haja essa interação com a equipe de enfermagem.

Na visão dos entrevistados, o cuidado com a família mostrou ter um significado relevante, no qual a família representa um elemento importante no processo do cuidar/cuidado para uma boa morte. Ela é tida como um fator que contribui para o cuidar/cuidado do paciente no momento da morte na UTI. Como pode ser depreendido das falas que se seguem, assegurar a proximidade da família junto ao paciente significa amenizar o seu sofrimento, a sua dor na dimensão psicossocial, sendo considerado como um simbolismo do cuidar/cuidado para uma boa morte.

O meu modo de cuidar, tentar ser o máximo, minimizar as dores do paciente, facilitar que ele tenha uma morte digna o máximo possível tentar minimizar, como fazer isso? A família, a família o tempo todo ao lado do paciente. E – 2

A família está sempre presente [...] [a enfermagem] dando aquela atenção também a família, se dedicando, mostrando tudo que a gente pode fazer pelo paciente até a morte. E – 4

Tem que ter toda atenção, todo carinho né, dar apoio psicológico, apoio moral, se a família não tiver junto [do paciente], avisar ao paciente, né, avisar, pra pedir que a família venha, em fim, tem que dar atenção de modo geral. E – 9

Com seu ente querido ao lado, eu acho que isso é importante. E – 10

Essa presença do familiar visa proporcionar conforto ao paciente, à família e também, à equipe na medida em que o acompanhamento da família, faz com que esta tenha conhecimento de que a equipe está prestando todos os cuidados que o seu ente querido necessita.

Pacheco (2004, p. 135) refere que “os familiares e os amigos têm um papel fundamental na vida de qualquer pessoa, fato que assume uma relevância especial no processo terminal de uma morte anunciada”.

Além de assegurar a proximidade do familiar, junto ao paciente, a maior parte do tempo que isso for possível, faz-se necessário assegurar que esse familiar compreenda a condição de vulnerabilidade em que seu ente querido se encontrar. Este é outro significado do cuidar/cuidado para uma boa morte, que foi evidenciado nas falas dos entrevistados, como pode ser visto a seguir:

É importante a família tá incluída nesse processo, porque é pra família ter o entendimento do que tá acontecendo, na verdade quem morre vai embora, quem fica é que fica com a dor, é fazer com que a família esteja nesse momento, fazer com que a família compreenda que às vezes a perda é inevitável. [...] A família facilita a gente nesse processo. E – 1

A preocupação com a família, [é] dela está entendendo o que está acontecendo, que ela tenha consciência do quadro do paciente e que tudo foi feito. E – 3

Os fatores que facilitam, eu acho que quando, primeiro, primeiro, quando o familiar né, ela tem entendimento da doença né, isso é um fator que facilita, ajuda a gente a dar um atendimento mesmo que a morte seja prolongada né, o momento da morte seja prolongado, ajuda a dar um, a dar um conforto melhor né, sem assim, sem questionamentos, como se pode dizer: que são desnecessários a própria gravidade da situação. [...] A gente recebe o acompanhante, orienta [...] se o paciente está estável, se está lúcido, se o paciente está sedado. Por que quando está sedado, então muitos se assustam, quando vê o paciente intubado. E – 10

Nesse simbolismo, depreende-se que é importante a família compreender o processo de morte/morrer do seu ente querido, contudo, não ficou claro diante das falas, como a equipe atua para que a família tenha esse entendimento. O que a equipe proporciona como medida de cuidado para com a família, na expectativa de que ela entenda o processo de morte/morrer do paciente.

Em uma pesquisa realizada numa Unidade de Terapia Intensiva, com enfermeiros, Silva, Campos e Pereira (2009) também identificaram nas falas dos entrevistados o papel fundamental da família no cuidado ao paciente em processo de morte, observando que deve haver uma abrangência da família como extensão do paciente em processo de morte. Os familiares devem ser considerados parceiros da equipe, bem como devem receber apoio dos profissionais, para melhor compreender e minimizar o sofrimento do paciente e o seu, diante do processo de morte e morrer.

Essa interação entre profissionais de enfermagem e a família tem muito a contribuir para o cuidar/cuidado para uma boa morte, e revela uma atitude de cuidado e compromisso da equipe de enfermagem para com os seus pacientes. Sabe-se que os profissionais de enfermagem, como elementos da equipe multidisciplinar, são os que passam mais tempo com o paciente, tendo condições favoráveis de conhecê-lo bem e saber quais são as suas necessidades. E, por outro lado, são também aqueles que normalmente, são mais solicitados pela família (PACHECO, 2004).

No entanto, pode haver situações em que não haja essa atenção direcionada à família, como traz Esslinger (2006), quando afirma que a morte na atual sociedade ocupa um lugar de fracasso, de negação, e com isso, tende a haver uma desatenção à família diante da perda. E esse isolamento da família, por parte da equipe de saúde, pode prejudicar a elaboração do processo de luto. Contudo, nas falas dos entrevistados, pode-se perceber o contrário, não um isolamento da família, mas uma atitude de cuidados e preocupação com esta, apontando uma prática de cuidado ao PFPC direcionada para uma boa morte.

Por isso que a gente tem um acompanhamento com a psicologia no momento da visita com os familiares. [...] Os pacientes que evoluem com piora do quadro, os que tão grave no andar e que vêm [pra UTI], esses pacientes que a gente tem um acompanhamento maior com a família. E - 3

A perspectiva que a gente tem em mente é de um cuidado integral, abrangendo também a família porque a família tem que ter uma atenção maior, nesse momento, além de cuidados técnicos, a gente tem que ter uma atuação muito grande, quanto à família do paciente. [...] O paciente com câncer é necessário mais atenção do que dos demais. Tratar os iguais como iguais e os desiguais como desiguais. Atenção a família. E - 6

Alívio do sofrimento e da dor da família do paciente. E - 7

Dar uma assistência da melhor maneira que eu possa né, dar um apoio moral, apoio psicológico, ajudar também a família, que as vezes vem visitar o paciente e está tão abalada, [...] dar apoio a [essa] família né, é o que a gente pode fazer no momento. E - 9

Araújo e Silva (2006) consideram que é necessário manter os familiares informados sobre o que acontece com seu ente querido, e conhecer o que a família espera do processo de morte. E para que isso aconteça, deve ser estabelecida uma comunicação clara, honesta e frequente entre a equipe e a família do paciente.

Vale ressaltar, também, a fala de uma entrevistada que chama a atenção sobre o significado singular da família, no cuidado para uma boa morte, contudo, há situações em que a existência de problemas, de divergências familiares pode dificultar o processo de morte e morrer com dignidade.

A família, por que em relação ao óbito, família é essencial né, se a família não entende, se tem toda uma problemática em relação a família, se veio de uma causa externa, que é de processo e fica toda aquela questão, fica difícil. E – 10

Essa mesma entrevistada sinaliza um ponto importante, a rotina hospitalar, que estabelece horários para visitas dos familiares, limitando o contato da equipe com a família.

O paciente em UTI a gente tem pouco, é como eu digo assim, a gente tem pouco contato com a família, muito pouco, são as duas, uma hora de manhã, duas horas a tarde né. E – 10

Desse modo, no ambiente hospitalar, mais especificamente nas unidades de terapia intensiva, faz-se necessário romper com essas normas e protocolos, possibilitando maior interação do paciente, família e equipe, de tal modo que venha melhorar o cuidar deste paciente, que precisa muito mais de seus entes queridos ao seu lado nesse momento.

Num estudo realizado por Beckstrand, Callister e Kirchhoff (2006), uma das propostas para proporcionar uma boa morte no ambiente da UTI é realizar alterações nesse ambiente, dando oportunidade para a família acompanhar o paciente, com disponibilidade, inclusive, de uma cama para o repouso, além de alimentação e banheiro para o familiar. Outras propostas foram relacionadas como o uso de música reconfortante e um local tranquilo para meditação e oração.

Silva, Araújo e Firmino (2008) revelam que é um desafio romper com essas normas e protocolos, mas que o profissional deve ser maleável nas suas atitudes, e entender que é necessário considerar as necessidades do paciente, em detrimento de normas e protocolos de serviço.

Essa atitude de mudança será marcante para o paciente no seu processo de morte e, para a família, no desenvolvimento do luto. Uma postura que pode proporcionar conforto e serenidade à todos. Tudo que ocorre nos últimos momentos de vida de uma pessoa querida será sempre lembrado por seus familiares. A presença e participação da família no cuidado proporcionarão uma certeza de que

tudo foi feito da melhor forma possível. O luto acontecerá, e com ele a certeza de que o ente morreu sendo cuidado (ARAÚJO e SILVA, 2006).

Essa atitude proativa foi mencionada por uma das entrevistadas.

Uma jovem com cirurgia onde teve lesão de carótida e não evoluiu bem, [...] tinha pra mais de doze irmãos e tal, e ai eles estavam desesperados, [...] Eu sentei, conversei com a plantonista, [...] vamos liberar, a gente se mobiliza, de uma certa forma pra que suba, pra que seja liberado isso, então a pessoa que tá acompanhando ali, tá proporcionando a família esse momento né, proporcionando o conforto. E – 1

Assim sendo, pode-se perceber que para proporcionar o cuidar/cuidado para uma boa morte ao paciente que se encontra numa UTI, faz-se necessário haver a participação da família como elemento chave desse cuidado e a equipe deve propiciar este momento, mesmo que tenha que quebrar protocolos. Uma família que possa acompanhar o seu ente querido, dando apoio psicossocial e co participar com a equipe de enfermagem e os demais membros da equipe multidisciplinar, em todo o processo da morte/morrer e, com isso, proporcionar conforto emocional e social aos parentes e apoiar o trabalho da equipe.

Além disso, os profissionais de enfermagem devem prestar apoio e solidariedade a essa família, ajudando-a a preparar-se para a perda do seu ente querido, o que Kovács (2003) chama de luto antecipatório. Uma medida que trará benefício para todos. A família terá um melhor controle sobre a perda do seu paciente e a equipe de enfermagem se sentirá tranquila e confortável por ter exercido o seu papel com grandeza e primazia.

7.2.4 Preparo profissional da equipe no cuidar/cuidado para uma boa morte

A percepção de que é necessária uma atuação no cuidar/cuidado, direcionada pelo trabalho em equipe, se mostrou presente nos relatos dos entrevistados, significando uma medida necessária e pode vir a colaborar e reforçar o desenvolvimento do cuidar/cuidado para uma boa morte. Uma equipe que atua para e com o paciente, num contexto do cuidado com vistas à integralidade, tem a possibilidade de prestar um cuidado de qualidade e, com isso, ajudar ao PFPC vivenciar a sua morte com dignidade, apesar de que, não ficou evidenciada nas falas dos entrevistados, essa preocupação em contar com a participação do paciente no desenvolvimento do cuidado e na tomada de decisão.

A equipe de enfermagem, nesse estudo, evidenciou em suas falas, que é necessário uma maior expressão de interação entre toda equipe multiprofissional. No Interacionismo Simbólico esses agentes compõem a interação, determinando o modo de agir no processo de cuidar. É da interação entre o paciente e equipe que são determinadas a singularidade dos símbolos sobre o cuidar/cuidado para uma boa morte.

Na relação de ajuda estabelecida entre o profissional de enfermagem e o PFPC, o primeiro deve ser capaz de penetrar no mundo do paciente, adotar o seu ponto de vista, perceber o que ele sente, compreender o impacto que a morte e a sua aproximação tem para ele, mantendo contudo, sempre a diferença entre o “eu” e o “outro” (PACHECO, 2004, p. 132).

Pensando desta forma, considera-se a equipe de enfermagem como um objeto social do cuidar/cuidado para uma boa morte, devido ao papel interativo do enfermeiro e/ou técnico de enfermagem no agir cuidando do paciente em processo de morte e morrer. Um cuidado em prol de uma morte digna – uma boa morte, de modo que a equipe de enfermagem exerça um papel singular no âmbito desse cuidado, considerando a sua condição peculiar de estar junto ao paciente nas 24 horas do dia.

Numa das falas ficou muito presente essa singularidade da equipe de enfermagem no cuidar/cuidado para uma boa morte.

Essa boa morte eu acho que muitas vezes quem proporciona é a enfermagem, [...]. Eu acho que a enfermagem tem um papel singular, é no que diz respeito com o paciente, um cuidado com o corpo, higiene, um cuidado com uma posição confortável. [...] Proporcionar um conforto, isso só quem faz é a enfermagem, que é quem tá ali do lado, que conhece a singularidade do paciente, a enfermagem pode proporcionar, é quem mais proporciona uma boa morte na UTI, a enfermagem em si. E – 01

A equipe de enfermagem é quem geralmente está próxima nos momentos difíceis, é a quem o paciente e a família busca quando necessitam de esclarecimentos, ou de cuidados imediatos. Segundo Kovács (2003) a Enfermagem tem como destaque, a atenção de seus profissionais em cuidar do paciente, um cuidar que envolve o olhar, a escuta, a percepção e a disponibilidade para dar atendimento às necessidades dos pacientes sob seus cuidados.

É nessa perspectiva, da proximidade entre a equipe de enfermagem e o paciente e sua família, que os profissionais – enfermeiros e técnicos de enfermagem

são tidos como símbolo de um elo entre o paciente/família e os demais membros da equipe de saúde.

Deste modo, Pacheco (2004, p. 122) chama a atenção para o fato de que uma das funções que tem sido atribuída ao enfermeiro é a de “advogado do doente”. Uma expressão que segundo a autora é amplamente difundida nos Estados Unidos, “patient’s advocate” e expressa a relação privilegiada entre o enfermeiro e o paciente, no contexto da UTI, na prestação dos cuidados profissionais de enfermagem. O enfermeiro está preparado para advogar as demandas apreendidas tanto na objetividade como na subjetividade da relação de cuidados.

A prestação destes cuidados, para ser considerada de forma efetiva, requer do profissional de enfermagem não só o conhecimento da enfermidade em si, mas a habilidade em lidar com a subjetividade dos sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao PFPC. É preciso atentar para o não dito, perceber o imperceptível, compreender o que se oculta atrás das palavras, entender o processo da morte e do morrer para que se torne capaz de auxiliar o paciente na sua finitude, pois o conhecimento insuficiente destes aspectos, poderá levar ao distanciamento do paciente como uma forma de proteção, por não saber enfrentar tal situação, e uma falha na prestação do cuidado singular/integral tão almejado pela Enfermagem.

Ser profissional, é você ser pontual, saber lidar com a profissão, ser dedicado, ter responsabilidade, fazer todas as medicações de horário no horário certo, ser responsável, ter ética profissional, humildade com sua, na sua profissão, ser humilde. E – 4

O melhor possível, é ai que eu acho que é necessário bons profissionais, de profissionais sem cansaço, certo. Profissionais que estejam preparados né, preparados para trabalhar com gravidade, em saber diagnosticar o que é a gravidade né, e na evolução do óbito, caso haja evolução do óbito né, que seja feito, tendo previsto o melhor possível da equipe né. E - 10

Porém, para que essa equipe cuide de maneira a contribuir para uma boa morte, é necessário o seu preparo, até por que o profissional tem que lidar com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem surgir em diversas situações que envolvem esse cuidar, se deparando com o enfrentamento dos conflitos de sentimentos.

A gente tem o respeito pelo final da vida, por alguns pacientes que a gente percebe que não quer morrer, que lutam, e tem aquele paciente que não tem um bom prognóstico, que não tem o que se fazer, o que investir, a gente sente sempre mais por aquele que foi investido, que a gente passou mais tempo. E – 3

Na morte, é o paciente, é, é, é muito constrangimento pra gente que é profissional da área da saúde, tá lidando com isso, todo dia ter óbito, todo dia tem uma morte, é, a gente se dedica bastante ao paciente e o paciente vai e morre. A gente tenta fazer ao máximo, o melhor para o paciente, e o paciente vai a óbito. E – 4

E a dificuldade que entra né, quer dizer, a gente fica pensando no que ele tá sentindo, tem que cuidar dele com amor, com amor, é isso, a dificuldade é isso, que a gente fica triste né, a luta nesse processo da morte, e você tem que cuidar dele. E – 5

O que dificulta: é viver com a própria morte. E – 8

Percebe-se que é necessário a equipe possuir um preparo emocional para melhor lidar na prestação do cuidado ao PFPC. O convívio com a dor, perda e morte traz ao profissional de enfermagem, a vivência de seus próprios processos internos, de sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre encontram espaço de compartilhamento (KOVÁCS, 2003), como pode ser observado na fala dos entrevistados.

O sentimento que perpassa é o da decepção pela perda e pelo fracasso por ter investido tanto na recuperação do paciente e não ter obtido êxito. Assim, assume lugar de destaque o desejo de que se efetive a salvação, que é próprio de quem trabalha com situações limítrofes entre a vida e a morte. O compromisso ético com a vida fala mais alto e o profissional quer manter o paciente vivo a qualquer preço.

Quando estamos diante da inexorabilidade da morte, resta a sensação de fracasso mesmo diante de uma situação onde se tem pouca esperança de vida para as pessoas, nessa condição. A sensação de impotência compõe o conjunto de sentimentos relativos à natureza do trabalho, no qual parte dos profissionais se decepciona e se desiludem com o valor e o limite de sua competência e até se frustram com o seu papel, no exercício cotidiano de cuidar de pessoas no estágio da morte.

Boemer (1998), em seu estudo sobre o cotidiano da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente gravemente enfermo observou que os profissionais realizam as atividades de maneira rotineira, para não estabelecerem vínculos mais intensos com o paciente e minimizar o contato com a proximidade da morte e, conseqüentemente, com o sofrimento.

Pitta (1991) em sua pesquisa sobre o processo de adoecimento e a natureza do sofrimento dos profissionais que atuam na área hospitalar, postula na sua tese que

a insalubridade ou o caráter árduo do ofício da equipe de saúde, que atua no ambiente hospitalar, se dá em razão da permanente exposição à fatores que produzem doença ou sofrimento, decorrem da própria natureza desse trabalho. Seus determinantes estão ancorados no objeto de trabalho da equipe – a dor, o sofrimento e a morte do outro, além da forma de organização desse trabalho essencialmente diuturno.

E, para buscar uma solução para essa problemática, é necessária uma atuação interdisciplinar, como indicado na filosofia dos cuidados paliativos, que preconiza a oferta de uma abordagem multiprofissional, com foco nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no processo de morte e do morrer e, no luto, acrescido do apoio para com a equipe, no desenvolvimento de momentos de discussões entre os membros da equipe, sobre o processo de morte/morrer dos pacientes internados na UTI.

Uma atuação pautada numa abordagem multiprofissional só tem a contribuir, tanto para a qualidade do cuidado para uma boa morte, quanto para ajudar a equipe a enfrentar as suas dificuldades de ordem psicológica, no enfrentamento e convívio com a morte. A equipe multiprofissional possibilita múltiplos olhares para melhor proporcionar o cuidar/cuidado para uma boa morte. Inclusive é possível observar, a necessidade da multidisciplinaridade na composição do cuidado, sobretudo no que tange os PFPC. Isso aparece na fala dos entrevistados do seguinte modo:

A assistência de enfermagem mesmo, a assistência de enfermagem, prestar os cuidados, um paciente grave, por exemplo, o médico, enfermeira, técnico prestaram os cuidados. Lutou, lutou até que sobreviveu, não conseguiu, eu acho que é uma boa morte. E – 8

E quando a gente tem o direcionamento do próprio médico. Quando o médico assistente, ele considera que chegou a hora de terminar né, quando o médico plantonista também conversa com o médico assistente e definem que é o momento da morte, e eu acho assim, essa decisão é importante para a equipe. E – 10

Contudo, não podemos deixar de registrar as dificuldades observadas, como por exemplo, o número reduzido de profissionais, a sobrecarga de trabalho, as rotinas. Isso vem contribuindo para a prestação de um cuidado profissional de enfermagem deficiente, influenciando em toda dinâmica do processo do cuidar para uma boa morte.

A quantidade de técnicos que tem, a rotina, muita sobrecarga, número de funcionário, que não é suficiente, isso dificulta e causa um déficit bem grande do cuidado. A gente acaba não prestando o cuidado que a gente queria, deseja, por isso, pelo déficit de pessoal, quantidade de procedimento, que é muita coisa que tem durante o dia. E - 06

Aliado às dificuldades já mencionadas, é importante haver um compromisso da equipe, numa atuação no cuidado ao paciente em processo de morte e sua família, de forma ética, com profissionalismo.

A equipe fecha o diagnóstico de que não tem mais tratamento, então, que a gente não tenha, não fique prolongando drogas, que não fique prolongando procedimentos invasivos, entendeu? Eu acho que o paciente possa vir a evoluir do jeito que ele iria evoluir, que ele evolua o mais rapidamente possível, pra ele não ter sofrimento. E - 10

É possível observar, nessas falas, que apesar de toda insatisfação com a qualidade dos cuidados resultante da sobrecarga de trabalho e da relação desigual entre o quantitativo e o qualitativo de pessoa e pacientes críticos nos serviços, a enfermagem, coloca em primeiro plano o compromisso ético profissional como destaque no processo de cuidar/cuidado a esses pacientes. Isso nos faz depreender que com esse paciente, em especial, o profissionalismo e o compromisso com a integralidade dos cuidados parecem ser mais enfática até do que em outras unidades do hospital.

Merece destacar outro aspecto que foi identificado como fator que facilita o cuidar/cuidado para uma boa morte, no estudo realizado por Beckstrand, Callister e Kirchoff (2006) no que se refere ao abandono ou não início de tratamento agressivo. A entrevistada E-10 descreveu que quando o paciente é definido como de suporte básico, medidas são tomadas para não iniciar tratamento agressivo, ela não menciona os cuidados paliativos, mas enfatiza que a equipe não deve insistir na medicalização da morte por meio de tratamentos fúteis.

Vale ressaltar que foram identificados, nas falas dos entrevistados, alguns fatores tidos como barreiras ou obstáculos para proporcionar um cuidar/cuidado para uma boa morte. Do mesmo modo que, na busca dos simbolismos, aparecem aqueles diretamente relacionados com a construção de um cuidado de qualidade no processo de cuidar, que também se apresentaram como fatores que se constituíram em interferências à qualidade dos cuidados.

Pessoas que infelizmente não tem compreensão, não têm amor à profissão e nem entende que aquela ali, às vezes é uma fase em que todas as

peças passam. O que dificulta a assistência. Tem muito essa questão da equipe e que muitas vezes a gente não pode proporcionar o conforto ao paciente nesse processo de morte. E 1

Uma equipe especializada em feridas, com os curativos corretos para cada tipo de lesão. E 2

É exatamente quando a clínica fica muito difícil né, a clínica fica aquela discussão, ninguém sabe, não há um consenso entre médico assistente e médico plantonista em relação ao que fazer, se coloca como teto terapêutico, se não coloca. E - 10

Chamou a atenção, que alguns entrevistados identificaram como obstáculo para proporcionar uma boa morte na UTI, o fator experiência, em cuidados para com o paciente em processo de terminalidade, na definição de condutas por parte da equipe. Seja pela falta de preparo para lidar com o paciente em processo de morte, seja pelo quantitativo insuficiente de profissionais para implementar o cuidado ou uma comunicação ineficaz entre a equipe, principalmente a médica, na tomada de decisão e definição de condutas a serem implementadas.

No estudo realizado por Beckstrand, Callister e Kirchhoff (2006) o fator que teve destaque entre os entrevistados foi a falta de tempo para desenvolver o cuidado de qualidade com o paciente

A fala da entrevistada E-10 apresenta uma situação que merece destaque, considerando que a falta de definição de condutas, pela equipe médica, pode criar expectativas irrealistas para os familiares dos pacientes e não ser possível os demais membros da equipe de saúde, ajudar a família na aceitação do processo de morte do seu ente querido.

Costa Filho et al. (2008) revelam que nem as necessidades dos familiares, e sequer a dos pacientes internados nas UTI estão sendo atendidas, e o cerne da questão está na falta de comunicação entre médicos e familiares, considerando o despreparo da equipe médica para promover cuidados que atendam de fato aos PFPC, dentro das UTI.

Nesse sentido, os significados relacionados com a capacidade de decisão e a experiência da equipe estiveram, também, presentes nos discursos dos entrevistados e, consubstanciados pela literatura, sugerem que esses dados são indicativos da qualidade no processo de cuidar do PFPC na UTI, e podem proporcionar um cuidar/cuidado para uma boa morte a esses pacientes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Só podemos realmente viver e apreciar a vida se nos conscientizarmos de que somos finitos. Aprendi tudo isso com meus pacientes moribundos que no seu sofrimento e morte concluíram que temos apenas o agora, portanto, goze-o plenamente e descubra o que o entusiasmo, porque absolutamente ninguém pode fazê-lo por você”.

Elizabeth Kübler-Ross

Dentro dos limites desse estudo e, com a pretensão de compreender o significado simbólico do cuidar/cuidado para uma boa morte, na perspectiva da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital especializado em oncologia da cidade de Salvador, pôde-se, a partir das entrevistas realizadas com os profissionais de enfermagem que atuam nessa UTI, apreender os significados desse cuidado, os quais foram descritos em quatro categorias de análise acerca do significado do cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva desta equipe.

Foram estabelecidas como categorias: 1. Uma boa morte como ausência de dor e sofrimento; 2. O conforto como alívio da dor/sofrimento e como medida de manutenção da integridade corporal; 3. A proximidade da família e sua participação no processo de morte e morrer e 4. O preparo profissional da equipe no cuidar/cuidado para uma boa morte.

Desse modo, buscou-se compreender o significado do cuidar/cuidado para uma boa morte, à luz do Interacionismo Simbólico, a partir da interação social da equipe de enfermagem com o paciente, família e demais membros da equipe multidisciplinar que atua na UTI *locus* do estudo.

O cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva dos entrevistados, significa empreender um cuidado participativo, direcionado por um trabalho multidisciplinar, no qual toda equipe deva estar preparada para lidar com o paciente em processo de morte/morrer. Contudo, tomando por base o conceito de boa morte adotado neste estudo, ficou claro diante das falas dos entrevistados, que apenas o controle de sintomas relacionados à dor física e o alívio do sofrimento, é

empreendido pela equipe de enfermagem como cuidar/cuidado para uma boa morte. Não apresentando, portanto, o significado de uma boa morte na sua plenitude.

As demais dimensões, psicossocioespirituais, não foram evidenciadas nas falas. Pensa-se que há necessidade da equipe de enfermagem redirecionar o cuidado a ser prestado ao PFPC, ampliando-o, e buscando tratá-lo como um ser humano numa visão holística.

Apesar disso, o cuidado com a família, como preconizado pela filosofia dos cuidados paliativos, emergiu das falas, onde o cuidado deve ser extensivo à participação da família, tida como elemento símbolo do cuidar/cuidado para uma boa morte, significando um ponto de apoio/elo entre o paciente e equipe, assim como a equipe de enfermagem, o é entre paciente/família e os demais membros da equipe multidisciplinar.

Existe uma ligação efetiva entre paciente/família e a equipe de enfermagem, portanto, deve a mesma, atuar de maneira harmoniosa na prestação dos cuidados ao paciente em processo de morte e morrer, e considerar que somente através do cuidado com vista à integralidade será possível instituir o cuidar/cuidado para uma boa morte em sua plenitude.

Sobre o cuidar/cuidado para uma boa morte, a partir das falas, depreendeu-se um simbolismo de ações que devem proporcionar alívio da dor e do sofrimento, tanto do paciente quanto da família, no entanto, é necessário a implementação do cuidado que alivie a dor nas suas várias dimensões: física, psicológica, social e espiritual, valendo ressaltar que esta última, em momento algum, foi evidenciada nas falas, um ponto preocupante no que tange à prática do cuidado profissional de enfermagem, onde a equipe necessita repensar e buscar meios pelos quais ampliem a sua sensibilidade para ajudar o paciente também, na sua dor relacionada à dimensão espiritual.

Enfim, aliviar essa dor total é o objetivo da equipe de enfermagem, que atua ininterruptamente no cuidado ao paciente fora de possibilidades de cura, no âmbito da UTI, prestando cuidados com atenção, zelo, carinho, diversão, apoio espiritual, medidas de higiene, realização de procedimentos técnicos, administração de medicamentos, controles dos sinais vitais, o que finalizará na prestação do cuidar/cuidado para uma boa morte.

Desse modo, apreende-se que o significado do cuidado para uma boa morte está ancorado no tripé paciente/equipe/família, na busca pelo alívio da dor e

sofrimento, daquele ao qual a hora da morte se aproxima, cuidando e confortando para que sua partida aconteça da maneira mais digna e humana possível, e que se possa dizer que a enfermagem, de fato, cuidou do paciente e família e alcançou o seu objetivo: proporcionar uma boa morte ao PFPC na UTI.

Entendendo que existe uma necessidade de ampliar os horizontes desse cuidado, recomenda-se proporcionar, promover um cuidar/cuidado profissional de enfermagem, ao paciente em processo de morte e morrer, direcionado as dimensões biopsicossocioespirituais do paciente e sua família.

REFERÊNCIAS

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

Dame Cicely Saunders

ALVES, R. O médico. 7. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2008.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. da. Cuidados Paliativos na UTI: possibilidade de humanização do processo de morrer. Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, v. 11, São Paulo, p. 40-4. 2006.

ARIÈS, P. O homem perante a morte. 2. ed. Portugal: Publicações Europa-Americana, 2000. v. 1 e 2.

_____. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro. 2003.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Portugal: Edições 70, LDA. 2004.

BECKSTRAND, R. L.; CALLISTER, L. C.; KIRCHHOFF, K. T. Providing a “good death”: critical care nurses’ suggestions for improving end-of-life. American Journal of Critical care, v. 15, n.1, Columbia, p. 38-45. 2006.

BLUMER, H. A natureza do Interacionismo Simbólico. In: Teoria da comunicação: Textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980, p.119-137.

BOEMER, M. R. A morte e o morrer. Ribeirão Preto: Holos. 1998.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 16. ed. Rio de Janeiro: Vozes. 2009.

BOULAY, S. du. Changing the face of death: the story of Cicely Saunders. 2. ed. Great Britain: RMEP, 2007a.

_____. Cicely Saunders: the foundes of the Moderns Hospice Movement. Great Britain: SPCK, 2007b.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/printpdf/4394>. Acesso em: 23/08/2010.

_____. Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. Diário Oficial da União de 10 de Outubro de 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em: 23/08/2010.

CAPRA, F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 33. ed. São Paulo: Cultrix; 2006.

CARVALHO, L. M. et al. O interacionismo simbólico como fundamentação para pesquisas de enfermagem pediátrica. Rev. Enferm. UERJ, v.15, n.1, Rio de Janeiro, p.119-124. 2007.

CARVALHO, N. Caricaturas da morte Aids e alguns medos de hoje. Revista Eletrônica Temática. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. v.4, n.1, 2008.

CARVALHO, R. T.; ARANTES, A. C. de L. Q. UTI. In: Cuidados Paliativos. São Paulo: Cremesp, 2008. p. 178-91.

CLARK, D. "Total pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958 -1967. Social Science & Medicine. v. 49. 1999. p. 727-36.

COLLIÈRE, M. F. Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros portugueses, 1999.

_____. Cuidar... a primeira arte da vida. 2. ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2003.

COSTA FILHO, R. C. et al. Como implementar Cuidados Paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras de Terapia Intensiva. v. 20. n.1, São Paulo, p. 88-92. 2008.

DANIEL, R. C.; ARAUJO, C. M.; PAULA, M. de F. C. Cuidados Paliativos. In: KNOBEL, E. (Org.) Terapia Intensiva: Enfermagem. São Paulo: Atheneu, cap. 8, 2006, p. 77-84.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. de; COSTA, T. N. A. A importância do Interacionismo Simbólico na prática de enfermagem. Rev. Esc. Enfermagem da USP, v. 31. n.2, São Paulo, p. 219-26. 1997.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2001.

ESSLINGER, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.) Humanização e Cuidados Paliativos. 3. ed. São Pauli: Loyola, cap. 10, 2006, p. 149-163.

FONSECA, J. P. Luto antecipatório. Campinas: Livro Pleno. 2004.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes. 1997.

GARROS, D. A "good" death in pediatric ICU: is it possible?. J Pediatr (Rio J), v.79 Suppl 2, Nov, p.243-54. 2003.

- HAGUETTE, T. M. F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis-RJ: Vozes. 2005.
- HOUAISS, A. e VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C LTDA. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- KOVÁCS, M. J. Educação para a morte: desafios na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.
- KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosas e aos seus próprios pacientes. São Paulo: Martins Fontes. 2000.
- LAPERRIÈRE, A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: POUPART, J. et. al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Rio de Janeiro, cap.12, 2008, p.p. 410-435.
- LBCC. Liga Bahiana Contra o Câncer. Perfil 2009. Informativo do Hospital Aristides Maltez. Salvador: HAM, 2009a.
- LBCC. Liga Bahiana Contra o Câncer. Relatório Anual 2009. Informativo do Hospital Aristides Maltez. Salvador: HAM, 2009b.
- LEININGER, M. M. Caring an essential human need. Thorofore, New Jersey: Charles B., Slack Publishing. , 1991.
- LINO, M. M.; SILVA, S. C. da. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a História como Explicação de uma Prática. Nursing (São Paulo), v.4, n.41, p.25-9. 2001.
- LITTLEJOHN, S. W. Interacionismo Simbólico. In: Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. Cap. 3, p.p. 65-86.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Métodos de coleta de dados. In: Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap. 12, p.p. 174-185.
- LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M.S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. Rev. Esc. Enfermagem da USP, v.39, n.1, São Paulo, p.103-8. 2005.
- MENEZES, R. A. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ. 2004.
- _____. Dífceis decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

MINAYO, M. C. de S., (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes. 1994.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 2000

MUSSI, F. C. Conforto: Revisão de literatura. Rev. Esc. Enfermagem da USP, v.30, n.2, São Paulo, p.254-66. 1996.

_____. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. Acta paul. enferm. vol.18, n.1, São Paulo, p. 72-81. 2005.

NCP. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 2. ed. Pittsburgh: National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2009.

NEVES-ARRUDA, E. N.; MARCELINO, S. R.. Cuidando e confortando. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. (Org.). Dimensões da dor no câncer: reflexão sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. São Paulo: Robe, 1997, p.157-189.

OLIVEIRA, I. DE; ANGELO, M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante. Rev. Esc. Enfermagem da USP, v.34, n.2, São Paulo, p.202-8. 2000.

OLIVEIRA, E. A.; GARCIA, T. R.; SÁ, L. D. de. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene corporal pessoal e na higiene corporal do paciente. Rev Bras Enferm, v.56, n.4, Brasília, p.p. 479-83. 2003.

PACHECO, S. Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética. 2. ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2004.

PEREIRA, I.; SERA, C. T. N.; CAROMANO, F. A. Higiene e conforto. In: Cuidados Paliativos. São Paulo: Cremesp, 2008. p. 195-219.

PESSINI, L. Como lidar com o paciente em fase terminal. São Paulo: Santuário, 1990.

_____. Distanásia: Até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.

_____. Distanásia: Algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In: SANTOS, F. S. (Org.) Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009, p.p. 319-47.

PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1991.

SANTOS, S. R. Interacionismo simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde. Enfermagem Brasil, v.7, n.4, Rio de Janeiro, p.p. 232-37. 2008.

SILVA, M. J. P. da; ARAÚJO, M. T.; FIRMINO, F. Enfermagem. In: Cuidados Paliativos. São Paulo: Cremesp, 2008. p. 61-3.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, A. Death with dignity — nurse's feelings who are caring for patients who are dying in intensive care unit. Rev Enferm UFPE. v. 3, n.3, Recife, p.131-6. 2009.

_____. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Esc. Enfermagem da USP, v.45, n.1, São Paulo, (no prelo). 2011.

SILVA, R. C. F. da; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cad. Saúde Pública, v. 22, n.10, Rio de Janeiro, p. 2055-66, 2006.

SILVA, E. P.; SADIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta Paul Enferm, v. 21, n. 3, p.504-8. 2008.

SIMÃO, A. T. et al. Centro de tratamento intensivo. In: Terapia intensiva. Rio de Janeiro: Atheneu, cap. 1, 1976. p.3 - 25

SMITH, R. A good death: An important aim for health services and for us all. BMJ, v.320, n.7228, p.129-30. 2000.

TERNESTEDT, B. M. et al. A good death: development of a nursing model of care. Journal of hospice and palliative nursing. v. 4, n.3, p. 153-160. 2002.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

_____. Cuidado Humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Ed. Sagra Luzzatto. 1999

WALTERS, G. Is there such a thing as a good death? Palliative Medicine, v.18, n.5, p.404-8. 2004.

WHO, World Health Organization. Definition of Palliative Care [on line]: Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> p. 2010.

APÊNDICES

“O homem começa a morrer quando perde o entusiasmo”.

Balzac

APÊNDICE A**INSTRUMENTO DE PESQUISA****ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****I. Caracterização**

- 1) Sexo: M F
- 2) Idade: _____ anos
- 3) Religião: _____ Pratica: S N
- 4) Tempo de formação: _____
- 5) Especilização: _____
- 6) Tempo de atuação na assistência em UTI: _____ anos

II. Questões norteadoras

- A) Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo.
- B) Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar de paciente no momento da morte na UTI.
- C) Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como presta os cuidados ao paciente no momento da morte.
- D) O que significa para você uma boa morte?
- E) Para você é possível/viável uma boa morte na UTI?



APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Estudo: O cuidar/cuidado para uma boa morte: significado para a equipe de enfermagem de uma UTI.

INFORMAÇÕES AO ENTREVISTADO

INTRODUÇÃO:

Este documento fornece uma descrição do estudo do qual você está sendo convidado a participar. Também resume as informações atualmente disponíveis em relação às condutas a serem avaliadas.

OBJETIVO DO ESTUDO:

Analisar o significado do cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva da equipe de enfermagem da UTI.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:

Caso concorde em participar do estudo, você responderá algumas perguntas e seu depoimento será gravado em gravador digital e depois transcrito na íntegra, com sua identidade preservada.

PROVÁVEIS RISCOS:

Não há riscos algum caso concorde em participar do estudo. Qualquer dúvida pode ser esclarecida com o pesquisador Rudval Souza da Silva pelo telefone (71) 8601-7966 e/ou o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Aristides Maltez – Av. Dom João VI, nº 331, Brotas, Salvador – Ba. Fone (71) 3357 6997.

PROVÁVEIS BENEFÍCIOS:

O estudo será futuramente publicado em revistas da área de saúde/enfermagem e poderá contribuir para a melhoria da assistência aos pacientes fora de possibilidade de cura, na UTI.

CONFIDENCIALIDADE:

Todos os dados obtidos durante o estudo, relacionados a você, serão tratados como confidenciais. Nenhuma informação envolvendo seu nome será fornecida a qualquer pessoa. Você não será identificado pessoalmente em nenhum momento da pesquisa. Os dados serão computadorizados e, anonimamente, utilizados em um relatório final da pesquisa.

PROTEÇÃO DO ENTREVISTADO:**Comitê de Ética.**

Este protocolo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética cuja finalidade é verificar se as condições exigidas para sua proteção e o respeito aos seus direitos vêm sendo cumpridos. O Comitê aprovou o projeto antes de iniciar esta coleta. Em caso de dúvida entrar em contato com a Coordenação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Aristides Maltez – Liga Bahiana Contra o Câncer pelo telefone (71) 3357 6997.

SEUS DIREITOS:

Você tem toda a liberdade para decidir se quer ou não participar desta pesquisa. Poderá recusar e, se aceitar, poderá abandonar o estudo a qualquer momento sem ter que fornecer qualquer razão que justifique sua decisão. Se você tiver qualquer pergunta sobre este estudo, por favor, exponha-as.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: O cuidar/cuidado para uma boa morte: significado para a equipe de enfermagem de uma UTI.

Pesquisador: Enf. Rudval Souza da Silva

Tel: 71 8601 7966 E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Pereira

Tel: 71 9974 0090 E-mail: alvaro_pereira_ba@yahoo.com.br

Objetivo: Analisar o significado do cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva da equipe de enfermagem na UTI.

Considerando que fui devidamente esclarecido (a), sobre o tema e objetivo da pesquisa, pelo pesquisador, e por se tratar da coleta de dados mediante entrevista semi-estruturada gravada para fins acadêmicos e elaboração da dissertação de mestrado do pesquisador, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, eu

.....

confirmando minha aceitação em participar da pesquisa, prestando as informações solicitadas.

Declaro estar ciente de que estas serão utilizadas, somente, para fins científicos, sendo que não terei meu nome divulgado na pesquisa, nem quaisquer outros dados que possam me identificar, como também tenho plena liberdade em retirar meu consentimento para participar da referida pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo financeiro, hierárquico ou de qualquer natureza.

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino-o juntamente com o pesquisador.

Salvador, ____ de _____ 2010.

Rudval Souza da Silva
Pesquisador

Participante

APÊNDICE C

ENTREVISTAS

Entrevistado – 01 – Enfermeira

Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo. A assistência nós temos uma visão é [pausa] de uma forma digna né, a humanização, além disso, temos, é importante a família tá incluída nesse processo, porque é pra família ter o entendimento do que tá acontecendo, na verdade quem morre vai embora, quem fica é que fica com a dor, é fazer com que a família esteja nesse momento, fazer com que a família compreenda que as vezes a perda é inevitável. *Atuando em terapia intensiva, lidando com muitos pacientes que estão em processo de mortes, você em algum momento parou para estudar, pra ler alguma coisas sobre a morte?* A prática mesmo, eu acho que o que me dá bagagem para prestar uma assistência ao paciente, a experiência é muito enriquecedora aqui dentro. A prática né, eu fiz uma especialização em UTI e também tem [?] um a prática com certeza é fundamental para gente lidar com isso. *Você falou da questão da humanização da assistência?* Com certeza. **Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar do paciente no momento da morte na UTI.** Dar todo apoio, acho que a família facilita a gente nesse processo. Os recursos humanos que é toda equipe, uma equipe que traz também pra gente proporcionar uma morte digna para o paciente, é sedação né [?] pessoas humanas, se existe, muito ainda na área da saúde, em si pessoas que infelizmente não tem compreensão, não tem amor a profissão e nem entende que aquela ali as vezes é uma fase em que todas as pessoas passam, o que dificulta a assistência. Tem muito essa questão da equipe e que muitas vezes a gente não pode proporcionar o conforto ao paciente nesse processo de morte. *Você citou a família, tem alguma coisa a mais que você vê como necessário nesse cuidado, nessa humanização desse cuidado além da família?* Nós, né [pausa] não tem como sermos imparciais o tempo todo, e com a questão do paciente [?]. *Na equipe, vocês discutem esses momentos depois de um óbito de um paciente, trabalham esse sofrimento da equipe mesmo?* Discutimos, discutimos, é assim, na visita se aquele paciente não tem um determinado prognóstico, então as vezes deve ficar muito

enfático para a equipe proporcionar conforto, não abrir espaço para, espaço nenhum para sofrimento. **Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como você presta os cuidados ao paciente no momento da morte?** Bem, o momento da morte se arrasta né, por alguma vezes, você acha que ele tá ali com trinta de batimentos cardíacos e ele fica dias naquele processo, então isso pra equipe eu acho péssimo, eu acho assim, eu enquanto enfermeira procuro, eu procuro proporcionar um banho, o aquecimento né, porque a UTI é um lugar frio, então se o paciente de repente tá, interagindo na ventilação de alguma forma, comunicar ao médico habitualmente, usava a escala de HESS, que não é, as vezes não é o caso em paciente que tá em suporte, se o paciente as vezes por alguma, alguma causa tá interagindo na ventilação, manter sempre o paciente limpo, com a pele íntegra né, porque agente pensa assim, com aquela escara imensa, porque tudo isso é é é pra família, é bom a família vê o paciente bem cuidado né, agente não quer que ninguém porque [?] por que aquilo ali vai acontecer comigo, vai acontecer com você, posso não morrer na UTI, mas eu vou morrer então, acho que minha família fisicamente quer me ver bem cuidado, então eu prezo muito o cuidado com o paciente. *No suporte básico mantêm-se a nutrição, as drogas vasoativas, a reanimação?* Mantêm as drogas vasoativas, não tira mas também não aumenta as doses. A gente mantém a dose que o paciente tá ali. *Dieta?* Dieta geralmente mantêm. *Reanimação?* Só se o paciente, o paciente [?] reanimação não, suporte básico não, se o paciente para não reanima mais. *E tem alguma conversa com a família deixando ela a par da situação?* Toda tarde as dezesseis horas tem o boletim médico, e o médico sempre esclarece isso, não tem porque esconder né. **O que significa para você uma boa morte?** [pausa] Uma boa morte eu acho que é pra quem tá indo embora tá cercado de morte encefálica, uma jovem com cirurgia onde teve lesão de carótida e não evoluiu bem, a irmã dela era técnica de enfermagem, era não, é técnica de enfermagem, é isso, acho que tinha pra mais de doze irmãos e tal, e ai eles estavam desesperados [?], mas assim, foi até eu que tava de enfermeira no plantão, eu falei não, sobe quantas pessoas quiser [?], você quiser [?], era uma pessoa esclarecida, ela é técnica de enfermagem, super centrada na situação, ai mandei, ela tava sabendo, mas pra mim pode não fazer diferença, mas pra ela vai ficar pro resto da vida dela marcado, que naquele dia teve uma enfermeira no plantão, as pessoas que vieram do interior, há não sei quantos quilômetros de Salvador, que vieram só [?] a pessoa que perdeu uma pessoa, fica

marcado, que liberou, que foi humana de certa forma, eu acho que tem que ser assim, a gente tem muito isso aqui. Eu sentei, conversei com a plantonista, o que que há, ela disse não, vamos liberar, a gente se mobiliza, de uma certa forma pra que suba, pra que seja liberado isso, então a pessoa que tá acompanhando ali, tá proporcionando a família esse momento né, proporcionando o conforto, proporcionando que o paciente não sinta dor, ter uma boa passagem, que todos nós vamos ter. **Para você é possível/viável uma boa morte na UTI?** É sim, essa boa morte eu acho que muitas vezes quem proporciona é a enfermagem, juntamente lógico com o médico que prescreve a sedação, que prescreve. Eu acho que a enfermagem tem um papel singular, é no que diz respeito com o paciente, um cuidado com o corpo, higiene, um cuidado com uma posição confortável, uma vez na pós graduação, uma vez que eles tavam falando da morte, às vezes só o que o paciente precisa naquele momento é o travesseiro. E é realmente, as vezes você sabe que não vai, mas só em você proporcionar um conforto, isso só quem faz é a enfermagem, que é quem tá ali do lado, que conhece a singularidade do paciente, a enfermagem pode proporcionar, é quem mais proporciona uma boa morte na UTI, a enfermagem em si. Maravilhoso sua pesquisa, acho que tem muito a acrescentar.

Entrevistado – 02 – Técnico de Enfermagem

Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo. Eu, o meu modo de cuidar, tentar ser o máximo, minimizar as dores do paciente, facilitar que ele tenha uma morte digna o máximo possível tentar minimizar, como fazer isso? A família a família o tempo todo ao lado do paciente, ele vai o que, ele vai definhando todo o corpo, um paciente anasarcado, com muito exsudato, mau cheiro, tirar o, essa secreção de vários lugares do paciente, entende, o máximo minimizar a morte dele, minimizar para que ela venha, venha de uma forma menos dolorosa possível. **Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar do paciente no momento da morte na UTI.** O que dificulta? O próprio quadro do paciente, o próprio quadro ou o próprio funcionamento, certas horas de algumas coisas, de que não temos aqui, nós somos de um hospital filantrópico né, então é um hospital que deixa a desejar diante de outros grandes hospitais, tem coisas que agente não tem aqui para o cuidado específico daquele paciente, mas nós fazemos aqui o máximo possível para melhor. *O que, por exemplo, você diz assim, que não tem e que possa facilitar para você?* Rapaz tem muitas coisas, muitas coisas, se eu for falar um por um, vai levar muito tempo, são muitas coisas mesmo. *Como por exemplo?* Aqui é um hospital filantrópico, como eu to te falando, aqui mesmo não tem um colchão caixa de ovo, é um processo para poder aliviar as escaras de um paciente; uma equipe especializada em feridas, com os curativos corretos para cada tipo de lesão, vai até implantar, com fé em Deus vai implantar pra melhorar pelo menos a morte do paciente, o paciente que não morre, volta, sai daqui pra unidade, como to te falando, tem vários outros, se eu for te falar aqui vai acabar seu tempo ai negão. **Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como você presta os cuidados ao paciente no momento da morte?** Aquele que já ta indo ou ele, ou aquele que já ta morrendo, mas ainda tá lúcido, sabendo de tudo. Lúcido agente tenta minimizar de que forma, tentando tranquilizar esse paciente sempre que possível, tentando dar apoio, dar ânimo a esse paciente, mesmo sabendo que não tem mais jeito, brincando, tentando descontrair esse paciente, várias formas, brincando, usando a televisão, tentando fazer ao máximo, o máximo para tirar ele dessa situação. Nós sabemos que é um clima horrível pra muita gente, tem gente que já entra no hospital já pensando que vai morrer e muitas vezes não morre e vai pra casa, entende? E

tem outras não, que até pensando que vai sair hoje e fica aqui até o final da morte, a forma é essa, brincando, distraindo com o paciente, tentar ao máximo tirar ele desse ambiente hospitalar. **O que significa para você uma boa morte?** Uma morte sem dor, pra mim uma morte sem dor. **Para você é possível/viável uma boa morte na UTI?** Com certeza, eu [?], uma boa morte é o paciente que vai morrer sem dor, como acabei de falar, sedação, um grau de sedação e nem sente que morreu, desencarnar, desencarnar sem dor. *E no caso, mesmo sem ter consciência do que tá acontecendo, sedar ele, ele perder toda consciência do que ta acontecendo?* Não, sedar mesmo, tem paciente que entra em sedação profunda e não volta mais, é o caso, ao meu ver, o caso da sedação profunda que ele vai e não volta mais, sem sentir dor, sem sentir angústia, desencarnou. *Algo mais a acrescentar?* Cuidar de uma pessoa sem nem saber, como se fosse você que estivesse no local, no lugar da pessoa, você queria ser ou quer cuidado por uma pessoa, um profissional de saúde, fazer ao máximo, o máximo mesmo possível para poder melhorar o quadro do indivíduo. Tratar ele como se fosse eu, dar o melhor que eu pudesse ter se eu tivesse nesse quadro, o melhor que eu podia passar para o paciente.

Entrevistado – 03 – Enfermeira

Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo. É, o cuidar é o mesmo, né. Todos os cuidados que, todas as medicações, os curativos, tudo que é autorizado pelo plantonista a gente continua fazendo, diante dos sinais e sintomas né, que a gente tem mais ou menos [?], a gente tem o respeito pelo final da vida, por alguns paciente que a gente percebe que não quer morrer, que lutam, e tem aquele paciente que não tem um bom prognóstico, que não tem o que se fazer, o que investir, a gente sente sempre mais por aqueles que for investido, que a gente passou mais tempo. Os cuidados são os mesmo. *Você considera que o mesmo cuidado que é dado ao paciente que tem um prognóstico favorável, que espera-se melhora do quadro, inclusive a cura, deve ser o mesmo cuidado dispensado aquele paciente que não vai ter a cura?* Considero que deve ser os mesmos cuidados, pelo menos eu penso assim. **Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar do paciente no momento da morte na UTI. Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como você presta os cuidados ao paciente no momento da morte?** Penso sempre que aquele momento é o momento que o paciente tá indo, tá desencarnando, enfim, momento que eu devo está tranquila, tá pensando coisas boas, falando para que o paciente tenha os últimos momentos [?]. O cuidado de higiene, de higienizar o paciente, de deixá-lo sem dor, com a sedação adequada, de acordo com a solicitação do médico assistente lógico, mas sempre tranquilo. *E em relação à questão dos aspectos psicoespirituais, o que você faz no seu cuidado?* Não interfere muito né, eu cuido do paciente, a gente fica muito mecanicamente indefeso né, aqueles cuidados não só com esse paciente, mas com todos os cuidados, o cuidado é o mesmo, o que agente procura fazer é naquele momento que o paciente não sofra, sofra o mínimo possível. **O que significa para você uma boa morte?** Sem sofrimento, sem sofrimento. **Para você é possível/viável uma boa morte na UTI?** Sim, os enfermeiros o tempo todo ao lado, é intubado, tá sedado, teoricamente, aparentemente não tá sentindo desconforto respiratório, dá menos angústia. *E em relação à família?* A família, como a família não fica 24 h presente, é menos angustiante do que uma unidade aberta. Qualquer intercorrência que tiver com o paciente a gente pede logo a família para se retirar. A notícia, o médico junto com a psicóloga faz tudo direitinho, pelo menos aqui é assim. *A enfermagem não*

se envolve na comunicação? Na comunicação não, é o médico junto com a psicologia. Se o paciente já tem um prognóstico, não é um bom prognóstico, não está mais sendo investido, tá em teto, temos um acompanhamento com a psicologia, o tempo todo com a família. A gente até aumenta o tempo da visita, a gente conversa, a gente bota música ambiente naquele momento, a gente tem uma humanização. *O que você chama de teto?* Teto é o teto máximo, o que o paciente já está em uso, não investe mais, não há mais o que fazer. *E quando você fala em humanização, o que deve ser feito?* A preocupação com a família, dela está entendendo o que esta acontecendo, que ela tenha consciência do quadro do paciente e que tudo foi feito. Conscientização e preparo que é o mais difícil. Por isso que a gente tem um acompanhamento com a psicologia no momento da visita com os familiares. *A psicologia acompanha?* É. Na hora da visita, tem aquele paciente que está em POI, que é uma UTI de pós operatório – 80%, paciente hipertenso e tal, vêm e passam os primeiros momentos, 24 h e são liberados para a enfermaria se tiver tranquilo. Os pacientes que evoluem com piora do quadro, os que tão grave no andar e que vem, esses paciente que a gente tem um acompanhamento maior com a família. *E a enfermagem no momento dessa visita, dessa humanização?* A gente recebe o acompanhante, orienta se é para usar luvas ou não usar luvas, se o paciente está estável, se está lúcido, se o paciente tá sedado. Por que quanto tá sedado, então muitos se assustam, quando vê o paciente intubado [?]. A gente orienta porque tá daquele jeito, isso a gente faz, agora o diagnóstico a gente pede ao médico que converse com a família no boletim diário. *Alguma coisa a acrescentar, a falar?* Eu não!

Entrevistado – 04 – Técnico de Enfermagem

Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo. Para uma boa assistência ao paciente, é dar todo conforto, carinho, atenção até o final do tempo, da morte. Saber cuidar com dedicação, profissionalismo, é participar de todas as etapas até o final da morte do paciente, se dedicando, é gostar de sua profissão, saber lidar com o paciente, gostar de sua profissão e controle profissional em saber lidar com a morte. *E como você faz esse cuidado, como aplica isso em sua prática?* Dando uma boa assistência, se dedicando, mostrando ser um bom profissional, é dando todo carinho em atenção ao paciente que tá com uma doença. *O que é essa assistência que você fala?* Envolve o ser profissional, é [pausa]. *Explique o que você quer dizer com: ser profissional.* [pausa] sim. [pausa] é pergunte de novo aí. *O que você quer dizer com ser profissional?* Ser profissional, é você ser pontual, saber lidar com a profissão, ser dedicado, ter responsabilidade, fazer todas as medicações de horário no horário certo, ser responsável, ter ética profissional, humildade com sua, na sua profissão, ser humilde. **Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar do paciente no momento da morte na UTI. Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como você presta os cuidados ao paciente no momento da morte?** Na morte, é o paciente, é, é, é muito constrangimento pra gente que é profissional da área da saúde, tá lidando com isso, todo dia ter óbito, todo dia tem uma morte, é, a gente se dedica bastante ao paciente e o paciente vai e morre. A gente tenta fazer ao máximo, o melhor para o paciente, e o paciente vai a óbito, a gente dar todo conforto, atenção, carinho, o que pode fazer a gente faz, e até o final da morte. **O que significa para você uma boa morte?** Uma boa morte é o paciente que já chegou até o final de sua etapa e ele é, é, é, [pausa... aí vai, vai consertar né]. Uma boa morte né, [pera aí]. Uma boa morte é um [pausa] paciente que já tá conformado, sabendo que tava com sua doença já, a família já está preparada, fazendo a nossa parte e dar aquela assistência ao paciente que tá indo a óbito, dar todo conforto e atenção. **Para você é possível/viável uma boa morte na UTI?** Acho que todo hospital tem que tem um hospital, uma UTI, para poder dar uma boa morte a um paciente que precisa. No caso de uma doença como o câncer, o paciente tem que ter uma UTI para poder dar aquela, uma maior assistência, por que é muito difícil você ver um paciente indo a óbito sem você ter os equipamentos

adequados para você dar aquele conforto até a morte. *Uma boa morte seria ter esses equipamentos adequados? É, adequados, é, ventilação, respiradores. E a questão da família, como você ver isso? [pausa] a questão da família, como? A participação da família nesse processo? Sim, [pausa] a família tá sempre presente né, a parte da enfermagem e a gente tenta, a gente faz o melhor pra poder mostrar como trabalhamos, entendeu? Dando aquela atenção também a família, se dedicando, mostrando tudo que a gente pode fazer pelo paciente até a morte. Mais alguma coisa a falar? Não.*

Entrevistado – 05 – Técnico de Enfermagem

Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo. Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar do paciente no momento da morte na UTI. Os fatores que facilitam é que ele não tá sentindo, ele tá sedado, tá em coma, ai facilita. E a dificuldade que entra né, quer dizer, a gente fica pensando no que ele tá sentindo, tem que cuidar dele com amor, com amor, é isso, a dificuldade é isso, que a gente fica triste né, a luta nesse processo da morte, e você tem que cuidar dele né, como se ele tivesse vivo [pausa]. **Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como você presta os cuidados ao paciente no momento da morte?** Eu cuido como se ele estivesse vivo. É, quer dizer, tudo que a gente for fazer com ele, a gente tem que pedir licença, se for dar um banho como se ele estivesse vivo né. *Nesse caso, você não considera que ele esteja vivo ainda?* Considero, tem que considerar [pausa]. Ali ele não tá morto ainda. **O que significa para você uma boa morte?** Morte com dignidade, na UTI, achando todos os cuidados né. *Morrer na UTI pra você é morrer com dignidade?* É sim, por que a gente tá tudo investindo de tudo ai né, investindo, fazendo de tudo, investindo né. Se ele está na UTI é porque ele precisa, ai a gente investindo de tudo. *Mas se aquele que a gente já sabe que não tem nada a ser feito mais por esse paciente, já tá na fase terminal, você acha importante investir com tudo que se tem?* Sim. Por que a esperança é a última que morre. **Para você é possível/viável uma boa morte na UTI?** Sim. [pausa] Por que, por que o cuidado dentro da UTI é bem melhor, é bem melhor, são pessoas mais experientes, pessoas mais experientes, e melhor, mais pessoas pra poucos pacientes, eu acho melhor. *E entre estar na UTI e estar em casa com sua família, o que você considera como melhor? Nesse momento da morte?* Depende do estado dele. *No estado terminal.* [pausa] Então seria melhor com a família. *Por quê?* Por que se não tem mais o que ser feito para investir nele, é melhor com a família. Mas mesmo assim, eu ainda considero melhor, acho que na UTI, mesmo por que eu fico um pouco triste também ele tá ali. *Tem algo mais a falar?* Não.

Entrevistado – 06 – Enfermeira

Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo. A perspectiva que a gente tem em mente é de um cuidado integral, abrangendo também a família porque a família tem que ter uma atenção maior, nesse momento, além de cuidados técnicos, a gente tem que ter uma atuação muito grande, quanto a família do paciente. Embora ele esteja em um estágio final, a gente tem que ter toda atenção possível, porque ele é humano. É assim, como eu já te falei, depende muito das características individuais de como vai tratar isso [?]. Mas, a partir do momento que você entra na prática, cuidando de um paciente com câncer você tem um [...]. Colocar mais sentimentos, você tem uma atenção maior e começa a ser mais sensível, muito da doença que você tá. Você tem a ideia do cuidado, mas as vezes você acaba intensificando um pouco mais, dependendo da carência do paciente. **Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar do paciente no momento da morte na UTI.** A quantidade de técnicos que tem, a rotina, muita sobrecarga, número de funcionário, que não é suficiente, isso dificulta e causa um déficit bem grande do cuidado. A gente acaba não prestando o cuidado que a gente queria, deseja, por isso, pelo déficit de pessoal, quantidade de procedimento, que é muita coisa que tem durante o dia. E o que você ver que facilita? Equipe, a [...] contar com apoio dos colegas ajuda bastante, apoio médico, psicologia, e relação com toda equipe, isso ajuda muito, facilita muito. Algo mais que você ver que facilita ou dificulta? O treinamento de quem entra, de quem entra, de funcionários novos que entram, tem que ter um bom treinamento quando entra, pra não simplesmente, não, não chegar, e não ser tecnicista, só nas rotinas. Aqui as pessoas aqui, os familiares principalmente, e tanto os funcionários tem que ver, que é necessário um pouco mais de atenção. O paciente com câncer é necessário mais atenção do que dos demais. Tratar os iguais como iguais e os desiguais como desiguais. Essa atenção é em relação a família ou ao paciente? Atenção a família e [pausa]. As necessidades são diferentes, mas pacientes com câncer tem umas que assim, nem sempre são supridas, como os pacientes comuns. Eles tem uma maior, que é preciso muito a ajuda da psicologia, que entra em campo [barulho]. **Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como você presta os cuidados ao paciente no momento da morte?** Eu gosto do meu trabalho, durante um tempo na UTI a gente vai pegando

um preparo pra isso e vai acostumando com o tempo, você vai mudando as tuas atitudes e vai aprendendo como lidar com isso. Os pacientes que estão morrendo e já estão próximos da morte. Assim, você que já vem com suas características pessoais, o que tu aprende os teus conceitos. **O que significa para você uma boa morte?** O que significa uma boa morte? Na principal queixa deles, que seja tranquila [pausa]. Que, que seja em paz, embora seja um momento que não tenha como [?], que seja em paz, que eles não vão com nenhuma queixa. Por que se você sair com queixa de dor, falando isso até o fim, isso é muito triste, o relato deles, é o que a gente mais presa. **Para você é possível/viável uma boa morte na UTI?** Acredito que sim. Acredito que sim. A gente prioriza que vá ficar em casa com os familiares, que fique com a companhia deles, mas quando isso não é possível, tem que propiciar isso aqui, quando em casa isso não é possível. Nossa prioridade é que vá ficar com os familiares, que possam tá próximos né, que tenha a morte próximo aos seus, que pelo menos é a alegria de todos né, mas quando isso não é possível, é possível a gente fazer isso aqui. *Mas alguma coisa que queira acrescentar?* Não.

Entrevistado – 07 – Técnico de Enfermagem

Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo. O alívio da dor, do sofrimento, [pausa] da dor do sofrimento, do seu dia a dia, do cuidado. **Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar do paciente no momento da morte na UTI.** Que facilitam [pausa]. São tantos fatores [pausa]. O médico nos orienta, ter os controles no horário, que não são iguais dos outros, arrumá-lo né, o cuidar. O que dificulta? Tem uns que você ver que tá [?]. **Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como você presta os cuidados ao paciente no momento da morte?** Eu faço de tudo para dar uma boa assistência né, na hemodinâmica dele, nessa situação, o que eu posso fazer junto com a equipe de enfermagem. Dar um bom cuidado, manter ele sempre limpo, saudável, administrar a medicação pra aliviar a dor, se tiver mais alguma coisa comunicar ao médico. **O que significa para você uma boa morte?** Uma boa morte acho que não tem. A morte nunca é boa [rir]. Uma boa morte não tem não. Tem gente que diz que uma boa morte é aquela morte que a pessoa dorme e não acorda, mas pra mim nem ali é uma boa morte, que não sente nada. Dormir e não acordar. Pra mim não é uma boa morte, é um susto que você vai acordar uma pessoa que tava dormindo e não acorda. É uma boa morte, não é. Pra mim não tem uma boa morte. A morte nunca é boa. **Para você é possível/viável uma boa morte na UTI?** Se existisse era aliviar a dor, alívio do sofrimento e a dor da família do paciente. *Mas alguma coisa que queira acrescentar?* A gente não alivia o sofrimento, só alivia mesmo a dor, e olhe lá se pode aliviar.

Entrevistado – 08 – Técnico de Enfermagem

Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo. Um cuidado para o paciente ter uma boa morte, o cuidado como: o paciente em fase terminal devemos ter um maior cuidado para que o paciente tenha uma boa morte, né, como assim, não deixar o paciente morrer com escaras, cheio de ferimento, mudar sempre o paciente de posição.

Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar do paciente no momento da morte na UTI. O que facilita: em UTI temos todos os materiais necessários. O que dificulta: é viver com a própria morte. Você tem dificuldade? É por que é viver com a própria morte.

Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como você presta os cuidados ao paciente no momento da morte? Um pouco difícil a gente se adaptar com a morte. Mas a gente dar os cuidados cabíveis e necessários ao paciente após a morte. *E o que são para você esses cuidados cabíveis e necessários?* O paciente morrer limpo, morrer e ter o corpo após a morte limpo [pausa]. É, é, manter o corpo pós morte limpo.

O que significa para você uma boa morte? Acho que é aquela morte que teve todos os cuidados, aquela morte que teve os cuidados necessários, digamos assim, um paciente teve todos os cuidados até à hora da morte, por exemplo, lutar, lutar, lutar até, pra ver se sobrevive, se não sobreviver. Então, eu acho que pra ter uma boa morte, foram os cuidados necessários. *Fale para mim o que são esses cuidados necessários que você dia? Cite alguns.* Assim, no caso a assistência de enfermagem mesmo, a assistência de enfermagem, prestar os cuidados, um paciente grave, por exemplo, o médico, enfermeira, técnico prestaram os cuidados. Lutou, lutou até que sobreviveu, não conseguiu, eu acho que é uma boa morte. *E esses cuidados que você fala, são o que?* Os cuidados de enfermagem. São assim, no caso, prescreve medicação, o médico prescreveu, foi lá e fez. A pressão tá alta, a medicação pra baixar, não conseguiu e assim sucessivamente. Tudo foi feito, mas não foi alcançado. Eu acredito que seja isso.

Para você é possível/viável uma boa morte na UTI? [pausa]. Eu acho que sim. Por que quando o paciente vai pra unidade intensiva, eu acho que vai lutar até a hora da morte. Infelizmente, pelo menos o paciente veio grave, lutou, lutou, lutou até, não conseguiu chegar ao objetivo, infelizmente ele partiu. *Você tem algo mais a falar?* Não.

Entrevistado – 09 – Técnico de Enfermagem

Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo. [pausa] Então, o paciente que está morrendo né. *Como você ver isso?* Eu vejo de forma assim, eu tenho que cuidar desse paciente, sabe, não posso ver por que ele está morrendo, que eu tenho que deixar ele de lado, largado de mão, não, eu tenho que dar assistência correta, tratar ele como, como um ser sabe. Que precisa de atenção, de assistência correta, uma pessoa que tá ali, que não tem mais expectativa de vida, mas que precisa de carinho, de atenção né, se tá com dor, fazer medicação pra aliviar a dor dele, claro se a medicação estiver prescrita, conversar com o médico. Ver se o médico libera a medicação, tem que ter toda atenção, todo carinho né, dar apoio psicológico, apoio moral, se a família não tiver junto, avisar ao paciente, né, avisar, pra pedir que a família venha, em fim, tem que dar atenção de modo geral. **Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar do paciente no momento da morte na UTI.** Quais os fatores que facilitam? [pausa] Tem alguma coisa que facilita você cuidar desse paciente, que lhe ajuda? O que facilita sabe, a instituição né, que fornece pra gente, um apoio psicológico bom né, a assistência dada ao paciente aqui também é uma assistência boa, a instituição né, o que facilita também. *E o que dificulta você cuidar desse paciente?* O que dificulta é saber que você não, [?] aquela doença do paciente não tem cura, que você não pode dar a cura que aquele paciente quer, salvar a vida daquele paciente do jeito que ele quer. Essa parte é que dificulta. **Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como você presta os cuidados ao paciente no momento da morte?** Questão dos cuidados é dar a assistência da melhor maneira que eu possa né, dar um apoio moral, apoio psicológico, ajudar também a família, que as vezes vem visitar o paciente e tá tão abalada, dar apoio ao paciente, dar apoio a família né, é o que a gente pode fazer no momento. *E esse apoio, como você consegue dar esse apoio?* Conversando né, orientando no modo que eu possa fazer, eu faço. **O que significa para você uma boa morte?** Assim, deixar eu ver, dentro de uma UTI dar uma boa morte tranquila é evitar que o paciente fique ali sofrendo dor, agonizando, tem paciente que a gente ver que tá agonizando né, com falta de ar né, e ai se puder fornecer oxigênio pra ele, oferecer uma medicação que possa aliviar um pouco a dor né. Não deixar ele tá sentindo dor sem necessidade, ou tá sentindo falta de oxigênio,

desde quando a gente, desde quando a gente possa oferecer uma melhora pra ele, tem que oferecer. **Para você é possível/viável uma boa morte na UTI? É**, acredito que sim. *Mais alguma coisa que você queira falar?* Não, eu acho que a gente que trabalha na área da saúde tem que procurar dar uma assistência boa, independente se o paciente tem a fase terminal ou não, tem que dar assistência boa, tem que dar atenção, tem que ser digno com aquele paciente que tá ali, por que ali no momento é o paciente, que pode ser um familiar seu, pode ser até você. Então, tem que fazer com o paciente o que você gostaria que fizesse com você, sabe. Sempre o melhor, sempre procurar fazer o melhor.

Entrevistado – 10 – Enfermeira

Na sua vivência com a morte e o morrer, conte-me sobre sua perspectiva em cuidar do paciente que está morrendo. Bem, eu considero assim, o cuidado de enfermagem deve ser o cuidado o melhor possível para que o paciente morra em conforto. Entendeu? Que ele possa ser, que no momento da questão do óbito, depende da questão do óbito, se um óbito que vai evoluir da questão de gravidade, é isso, por que tem diferenças, é um óbito que vai da questão da doença né, por questões já que não tem mais condições de tratamento e do óbito que é aquele óbito em gravidade. Eu acho que o óbito em gravidade com um paciente com um bom prognóstico, eu acho que a equipe de enfermagem deve tá atenta ao máximo possível, pra se fazer de tudo pelo cuidado do paciente, certo. O melhor possível, é aí que eu acho que é necessário bons profissionais, de profissionais sem cansaço, certo. Profissionais que estejam preparados né, preparados para trabalhar com gravidade, em saber diagnosticar o que é a gravidade né, e na evolução do óbito, caso haja evolução do óbito né, que seja feito, tendo previsto o melhor possível da equipe né. Já o óbito em relação ao que já é esperado, eu acho que a prioridade é exatamente o trabalho da enfermagem em relação ao conforto. *Isso que você fala esperado é o paciente terminal?* Sim, isso, o paciente terminal. **Quais os fatores facilitadores e dificultadores que interferem no cuidar do paciente no momento da morte na UTI.** Oh! Os fatores que facilitam, eu acho que quando, primeiro, primeiro, quando o familiar né, ela tem entendimento da doença né, isso é um fator que facilita, ajuda a gente a dar um atendimento mesmo que a morte seja prolongada né, o momento da morte seja prolongado, ajuda a dar um, a dar um conforto melhor né, sem assim, sem questionamentos, como se pode dizer: que são desnecessários a própria gravidade da situação. E quando a gente tem o direcionamento do próprio médico. Quando o médico assistente, ele considera que chegou a hora de terminar né, quando o médico plantonista também conversa com o médico assistente e definem que é o momento da morte, e eu acho assim, essa decisão é importante pra equipe. É um momento que a gente se prepara pra poder, em fim, essas são as facilidades. As dificuldades é o que te falei. É exatamente quando a clínica fica muito difícil né, a clínica fica aquela discussão, ninguém sabe, não há um consenso entre médico assistente e médico plantonista em relação ao que fazer, se coloca como teto terapêutico, se não coloca. E a

família, por que em relação ao óbito, família é essencial né, se a família não entende, se tem toda uma problemática em relação a família, se veio de uma causa externa, que é de processo e fica toda aquela questão, fica difícil. *A aceitação da família?* É a aceitação da família. Então, eu acho que na abordagem em óbito, geralmente em UTI, o paciente em UTI a gente tem pouco, é como eu digo assim, a gente tem pouco contato com a família, muito pouco, são as duas, uma hora de manhã, duas horas a tarde né. Então eu acho que tem que tá o médico, que passa o boletim sempre todo dia, mas eu acho que é essencial o trabalho da assistente social. A assistente social na equipe né, a assistente social para preparar a equipe também. Entrar junto com a equipe, tá junto com a família, é importante. **Fale-me da sua experiência em trabalhar na UTI. Como você presta os cuidados ao paciente no momento da morte?** Em relação ao que eu digo da minha, da questão da experiência, eu acho que o paciente que tá evoluindo na questão de óbito, a gente tem que tá dando os cuidados né. Isso, acho que os cuidados que a gente daria se fosse um familiar nosso né. Os cuidados de banho, os cuidados de conforto, é instalar. Eu sei que as vezes a gente sabe, a gente trabalha aqui num hospital que dá essa possibilidade, mas se a gente tivesse num outro hospital, talvez não pudesse. Mas, se é um paciente terminal, não tem indicação de instalar um colchão caixa de ovo né, mas se a gente não instala um colchão caixa de ovo, a gente abre outras, várias lesões em outros lugares, que são lesões que vão ficar. É pior para o paciente, a gente não pode dizer, por que ele já é um paciente que as vezes já tá com sedação contínua, já não sente dor, já tá em uso de dimorf né, mas o aspecto visual de quem tá olhando o paciente, o paciente cheio de lesões, o paciente todo lesionado, cheio de curativo, não é bom né. Então, a gente deve fazer as medidas, medidas higiênicas, manter o controle higiênico, a gente tem que manter né, a questão hemodinâmica, se é pra ser esvaziada de seis em seis horas, a gente faça de seis em seis horas né. Eu acho que a gente tem que respeitar, que respeitar o momento de partida, de preferência com conforto hemodinâmico, sem, dor né, e com conforto, eu acho que com aspectos estéticos é importante. **O que significa para você uma boa morte?** É o que eu até já falei pra você, morte digna eu acho que é no momento que a gente sabe que não tem mais condições, isso eu digo assim, a gente fala até em paciente que entram em, em, como é que se chama, em cuidados paliativos né, e ainda

estão lúcidos. Isso é o que a gente mais vê lá fora no andar, os pacientes em cuidados terapêuticos e lúcidos. Eu acho que é você manter o paciente sem dor. E acho que em oncologia, eu acho que dor é essencial né. Eu acho que o paciente morrer sem dor, sem desconforto respiratório né. Com seu ente querido do lado. Eu acho que isso é importante. **Para você é possível/viável uma boa morte na UTI?** É. Em UTI é, a partir do momento em que a família entende e a partir do momento, que eu acho que a equipe fecha o diagnóstico de que não tem mais tratamento, então, que a gente não tenha, não fique prolongando drogas, que não fique prolongando procedimentos invasivos, entendeu? Eu acho que o paciente possa vir a evoluir do jeito que ele iria evoluir, que ele evolua o mais rapidamente possível, pra ele não ter sofrimento. *Mas alguma coisa que queira acrescentar?* Não, acho que eu falei até demais.

ANEXOS

***“...Viver é afinar o instrumento
De dentro prá fora
De fora prá dentro
A toda hora, todo momento ...”***

Walter Franco

ANEXO A



LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER - LBCC
Comitê de Ética em Pesquisa Artur Ventura de Matos

022/2010

Salvador, 29 de março de 2010.

Aos Senhores

Enf. Rudval Souza da Silva e Dr. Álvaro Pereira

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da LBCC/HAM apreciou e aprovou nos termos apresentado, sem restrições, o Projeto de pesquisa **CEP/HAM nº 264/10** intitulado "**O Cuidar- Cuidado para uma boa morte. Significado para a equipe de enfermagem de uma UTI**", em Reunião Ordinária de 29 de março de 2010.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Luiz Carlos Calmon Teixeira'.

Dr. Luiz Carlos Calmon Teixeira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
LBCC/HAM

LCCT/tgss.