

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**LUCIANA YOSHIE TOME**

**A morte em situações de urgência e emergência: a dimensão  
cuidadora dos profissionais de enfermagem**

**BOTUCATU**

**2010**

**LUCIANA YOSHIE TOME**

**A morte em situações de urgência e emergência: a dimensão  
cuidadora dos profissionais de enfermagem**

Dissertação apresentada à banca examinadora da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre, pelo programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magda Cristina Queiroz Dell’Acqua

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Célia Popim

**BOTUCATU**

**2010**

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

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
*BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus*

Tome, Luciana Yoshie.

A morte em situações de urgência e emergência: a dimensão cuidadora dos profissionais da saúde / Luciana Yoshie Tome. – Botucatu, 2010.

Dissertação (mestrado) – Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientadora: Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Co-orientadora: Regina Célia Popim

Assunto CAPES: 40400000

1. Pacientes hospitalizados - Cuidados    2. Cuidados de Enfermagem    3. Morte – Aspectos psicológicos    4. Emergência - Cuidados

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem em emergência; Serviço hospitalar de emergência; Morte

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Luciana Yoshie Tome

Título: A morte em situações de urgência e emergência: a dimensão cuidadora dos profissionais de enfermagem

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre pelo programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Magda Cristina Queiroz Dell’Acqua

Instituição: FMB – UNESP

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Janete Pessuto Simonetti

Instituição: FMB – UNESP

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Magali Roseira Boemer

Instituição: EERP – USP

Assinatura \_\_\_\_\_

Dedicatória

Dedico este trabalho:

A todos os pacientes que, no silêncio da noite, presentearam-me com pequenas confissões sobre suas histórias e seus sonhos.

A todos os familiares de pacientes que me mostraram o caminho da dignidade, mesmo nos lugares mais improváveis.

A todos os profissionais de enfermagem e profissionais médicos que, no tumulto dos corredores lotados, acolheram minhas angústias quando a minha porção humana escapava pelas lágrimas.

# Agradecimientos

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por presentear-me com a vida e com amigos, além de ensinar-me sobre a morte e sobre o sofrimento humano.

Aos meus pais e aos meus avós, pelos grandes ensinamentos de resignação, humildade e espírito de luta, mesmo desconhecendo as frustrações e as alegrias da vida acadêmica e da minha vida profissional.

Aos meus irmãos, Yumiko, Yukari e Yoshinobu, pela compreensão das minhas ausências e por lembrarem-me, sempre, das minhas raízes.

À minha grande amiga Juliana, irmã de coração, pelo “estar ao lado” nas horas mais difíceis, onde sua força e energia arrancaram-me risos, não permitindo que a tristeza e o desânimo invadissem o meu dia.

Ao meu amigo Breno, por alegrar-me com sua presença, sempre disposto a ajudar e, principalmente, a festejar a vida.

À Dona Oneida, que, carinhosamente, cuidou da minha casa, de mim, da Ártemis e da Febe, nos momentos em que as leituras, a redação deste estudo e o meu trabalho no pronto socorro ocupavam todo o meu dia.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magda Crisitina Queiroz Dell’Acqua, por aceitar o desafio de me orientar e por seu “estar junto”, sempre apoiando, acolhendo e respeitando as minhas limitações.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Célia Popim, pelas grandes contribuições sobre o tema da morte, apresentando-me autores maravilhosos.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Alice Ornellas Pereira e à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Cristina Mangini Bocchi, pelas contribuições carinhosas durante a fase de qualificação, enriquecendo a etapa de análise e discussão deste estudo.

Ao Profº Drº Walmar Kerche de Oliveira, pelo apoio nas etapas iniciais, sem o qual este estudo não alcançaria as dimensões desejadas.

À Enfª Valéria de Castilho Palhares e à Enfª “Russa” Yamaguti, pela compreensão e apoio no decurso deste estudo, flexibilizando a minha rotina de trabalho e, assim, permitindo a concretização deste estudo.

Aos enfermeiros Júlio, Eduara, Kelli, Daniele e Natália por compartilharem de minhas tarefas profissionais, para que este estudo fosse concluído.

Aos meus amigos, por acolherem minhas oscilações de humor durante a execução deste estudo e por sempre me mostrarem o lado alegre da vida: Paula (nefrologia), Paula (neurologia), Leonardo (neurologia), André (corpo de bombeiros), Daniel (tocoginecologia), Gabriel (neurologia), Carol (fisioterapia), Carol (infecologia), Cláudia (gastrocirurgia), Érica (cirurgia torácica), Ronaldo (enfermagem intensiva) e Patrícia (medicina intensiva).

Epigrafe

*Tu não és inda para mim senão um garoto inteiramente igual a cem mil outros garotos. E eu não tenho necessidade de ti. E tu também não tens necessidade de mim. Não passo a teus olhos de uma raposa igual a cem mil outras raposas. Mas, se tu me cativas, nós teremos necessidade um do outro. Serás para mim único no mundo. E eu serei para ti única no mundo...*

*Antoine de Saint-Exupéry*

Resumo

Tome LY. A morte em situações de urgência e emergência: a dimensão cuidadora dos profissionais de enfermagem. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2010.

## RESUMO

O tema morte tem sido foco de estudos em diferentes vertentes da ciência, que procura defini-la, dar-lhe significado e entender-lhe o sentido, mobilizando o interesse humano. Ainda assim, o que se observa, nos dias atuais e na cultura ocidental, é a tendência em conceituar a vida de tal maneira que são poucos os espaços que permitem pensar, sentir e vivenciar o processo da morte de forma reflexiva. Além disso, os avanços tecnológicos nos últimos dois séculos forneceram às ciências médicas um pretense poder sobre os limites entre a vida e a morte, reforçando esse comportamento. Nesse contexto, o hospital pode ser visto como a instituição que abriga as condições para reverter esse processo e esta expectativa pode contribuir com o aumento da ansiedade vivida pelos profissionais da área da saúde. As unidades de urgência e emergência, pela proposta de um atendimento resolutivo e rápido às situações de grande risco de vida, podem ter neste ambiente um processo de trabalho com maior grau de sofrimento. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo compreender a experiência dos profissionais de enfermagem diante da morte e como esses atores organizam o seu trabalho nessas situações. A investigação foi de natureza qualitativa e possibilitou analisar os discursos de 12 profissionais de enfermagem, sendo 8 auxiliares/técnicos e 4 enfermeiros de um pronto-socorro inserido num hospital universitário de alta complexidade. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas após a aprovação do Comitê

de Ética, parecer OF. 537/08. Os dados foram analisados segundo a proposta de análise de conteúdo de Bardin e à luz de referenciais teóricos sobre a morte e o processo de trabalho em urgência e emergência. Dos resultados emergiram três categorias temáticas: As representações da morte, O processo de luto do familiar e O processo de trabalho em urgência e emergência. Assim, verificou-se inúmeras estratégias de enfrentamento individuais e coletivos que, ao tentarem minimizar a ansiedade provocada pela morte e pelo processo de trabalho, conduziam a práticas na lógica da dimensão profissional-específica. Quando a subjetividade, revelada sob os olhos do princípio da alteridade, permeava as ações dos sujeitos do estudo, as práticas de enfermagem ganharam outra dimensão: um cuidado voltado para as necessidades dos pacientes e de seus familiares. No entanto, a organização do trabalho em urgência e emergência e a falta de espaços para a discussão sobre a morte e o morrer surgiram como fatores limitantes para a dimensão cuidadora desses sujeitos.

**PALAVRAS-CHAVES:** Morte; Enfermagem; Enfermagem em Emergência; Serviço Hospitalar de Emergência

Abstract

Tome LY. The death under urgency and emergency situations: the nursing professionals care dimension. [dissertation]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2010.

## ABSTRACT

The death has been the focus of studies in different aspects of science, seeking to define it, give it meaning and understand its sense. Still, what is observed, today and in Western culture is the tendency to conceptualize life in such a way that few occasions allow us to think, feel and experience the dying process reflectively. In addition, technological advances in the last two centuries have provided the medical sciences an alleged power over the boundaries between life and death, reinforcing this behavior. In this context, hospitals can be seen as institutions that house the conditions to reverse this process and this expectation may contribute to increased anxiety experienced by health professionals. Emergency and urgency care units, because of their purpose to quickly solve high risk problems and situations may have to perform their services in an environment with a greatly increased degree of suffering. In this context, this study aims to understand the experience of nursing professionals facing death and how they organize their work under these conditions. The present was qualitative research and enabled to analyze reports from twelve (12) nursing professionals, eight (8) of them were assistants/technicians and four (4) were nurses in an emergency room of a high complexity university hospital. The data were collected in semi-structured interviews after the approval of the Ethics Committee. They were analyzed following Bardin`s content analysis with an approach based on theoretical references on death and the procedures in emergency rooms. The results

revealed three themes: a) The representations of death, b) The family`s grieving process and c) The work organization under urgency and emergency. Thus, there have been numerous coping strategies, both individual and collective, trying to minimize the anxiety caused by death and work procedures that led to practices in line with the specific professional sense. When subjectivity, revealed under the eyes of the principle of alterity, permeated the actions of the professionals, nursing practices gained another dimension: care to address the needs of patients as well as their families. However, the organization of work in emergency rooms and the lack of space for discussion about death and dying have emerged as limiting factors for the assistencial aspects of those professionals.

**KEYWORDS:** Death; Nursing; Emergency Nursing; Emergency Service, Hospital

## Sumário

## SUMÁRIO

Resumo

Abstract

A definição do problema

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	20
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	32
<b>3.</b>	<b>TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA</b>	34
3.1.	Quadro teórico	35
3.1.1.	A tanatologia e o profissional de saúde	36
3.1.2.	O processo de trabalho em saúde, em enfermagem e em urgência e emergência	44
3.2.	A natureza da investigação	52
3.3	O cenário	54
3.3.1.	Organização estrutural e política	54
3.3.2.	Vias de acesso e fluxo de atendimento	58
3.3.3.	Atividades de ensino e pesquisa	60
3.3.4.	A condução dos óbitos	61
3.4.	Os sujeitos da pesquisa	64
3.5.	A autorização institucional	66
3.6.	A coleta dos dados	66
3.7.	A análise dos dados	70
<b>4.</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	73
4.1.	A caracterização dos sujeitos	74
4.2.	A análise dos discursos	77
4.2.1	REPRESENTAÇÕES DA MORTE	78
4.2.1.1.	A morte acolhedora	78
4.2.1.2.	A morte inimiga	86
4.2.2.	O PROCESSO DE LUTO DO FAMILIAR	94
4.2.2.1.	A alteridade como abertura	94
4.2.2.2.	O sofrimento como limite	104

4.2.3.	A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	109
4.2.3.1.	A morte como rotina de trabalho	109
4.2.3.2.	A demanda de atendimento	116
4.2.3.3.	O trabalho coletivo	121
4.2.3.4.	O hospital-escola	124
4.2.3.5.	A motivação no trabalho	126
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>130</b>
	REFERÊNCIAS	135
	ANEXOS	143

# A Definição do Problema

## A DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Quando optei por cursar a Graduação em Enfermagem, lembro-me de situações e pessoas que me inspiraram nessa direção. A figura idealizada de um profissional com destreza técnica, rico conhecimento científico e de princípios humanitários vieram de encontro à minha formação familiar japonesa de raiz filosófica budista, conduzindo meus estudos durante a vida acadêmica. Questões sobre a morte, o morrer e o luto constantemente chamavam minha atenção. No entanto, foi no dia-a-dia do trabalhar como enfermeiro que me dei conta do quão difícil era praticar os conceitos e ações tão bem descritas na literatura científica.

Minha primeira vivência de morte e de luto aconteceu, ironicamente, em uma sala de emergência do Pronto Socorro onde atualmente trabalho. Estava cursando meus últimos meses de graduação e lembro claramente a sensação de estranheza e de incapacidade ao presenciar a cena: equipe médica e de enfermagem em passos rápidos, vozes alteradas, mãos trêmulas e desespero nos olhares ao atender uma parada cardiorrespiratória ocasionada pela ingestão proposital de grande quantidade de medicamentos. A paciente, que não sobreviveu, era uma antiga funcionária do setor. Naquela situação, todo conhecimento que eu adquirira durante a graduação se calou, deixando-me sozinha no canto daquela sala de atendimento.

Diante desse primeiro contato com os sentimentos de luto e fracasso de uma equipe que acabara de perder alguém querido, percebi, na ocasião, o quanto estava desprovida de recursos emocionais e de conhecimentos técnico-científicos para atuar nesse tipo de situação, o qual acreditava ser excepcional. Essa dificuldade em me identificar com o ritmo dessas pessoas que sempre trabalhavam com o andar ligeiro,

com expressões sisudas e pouco abertas ao diálogo, levou-me a optar pela residência em Saúde da Família.

Ao passar pela especialização, modalidade residência, em Saúde da Família, tive a enriquecedora experiência de viver algumas perdas na comunidade. No entanto, o contexto era outro: discutir e acolher as angústias da família e da equipe no seio de sua própria comunidade onde eu já conhecia sua rede de apoio e seus recursos internos. Tudo transcorria em um espaço de trabalho em que era possível gerenciar o tempo, o vínculo e o diálogo. Conseguia me estruturar científica e emocionalmente para dar e receber suporte daqueles com quem convivia diariamente.

No entanto, ao final da residência, devido à realidade do mercado de trabalho, fui atuar na unidade de neonatologia do Hospital das Clínicas onde estagiei durante a graduação e a residência. Ali me deparei com quatro situações de morte com pequenos recém-nascidos e vivi algo incrivelmente especial: mães e pais se despedindo de seus filhos, embalando-os ao som de canções de ninar e pedidos de perdão, no simples conforto de uma sala onde os pequenos eram batizados. Foi quando, realmente, entendi o trabalho da enfermeira e de sua equipe no humanizar a dor, quando medicamentos e equipamentos sofisticados perdem sua utilidade. Também compreendi como nós, equipe de saúde, somos capazes de nos envolver com o sofrimento do outro e como tudo isso potencializa o nosso adoecer.

Porém, nova mudança de cenário ocorreu após dois meses de grato convívio com a equipe de neonatologia. Fui transferida para aquele mesmo Pronto Socorro onde passei momentos de negação da minha identificação com o serviço. Respirei fundo e encarei essa mudança como um desafio e uma nova oportunidade de rever e reconstruir a vivência de toda aquela turbulência.

A princípio fiquei responsável pela enfermagem de adultos e pela UTI de adultos do referido serviço, no período noturno. O contato com os familiares era intenso e, principalmente na enfermagem, o compartilhar de desejos e medos com os pacientes era único. Estudei com mais afinco sobre luto e morte e, comecei a notar, com mais clareza, a reação dos profissionais envolvidos com o cuidado.

Após dois anos passei a atuar também no setor de emergência e urgência, onde acabei por direcionar minhas atividades e meu interesse até então. A princípio, minhas necessidades se voltaram à aplicação nos estudos sobre técnicas e protocolos de atendimento à pacientes graves com risco de vida iminente e à parada cardiorrespiratória, procurando evitar a postura de estranheza e o sentimento de incapacidade outrora vivenciados na graduação, nas mesmas salas de emergência.

A destreza técnica e o conhecimento científico que se mostravam rotineiros entre médicos e equipe de enfermagem me enfeitiçaram durante um longo e intenso período, onde situações de morte iminente eram freqüentes. O que inicialmente critiquei, passei a viver e agir como tal: encarar a “parada cardiorrespiratória” como um desafio técnico-científico e a morte como rotina num serviço que pouco espaço permitia para a dor da perda do outro, seja familiar ou trabalhador que prestou o atendimento.

Quando a destreza e a agilidade de raciocínio se transformaram em minha rotina, senti uma ponta de insatisfação como enfermeira. Passei a notar os olhares perdidos, as frases entrecortadas e os mesmos ombros retraídos de toda a equipe de saúde que antes percebia com facilidade. Dei-me conta do quanto me ausentei como “Enfermeira” ao ignorar a dor e o cansaço da minha equipe de enfermagem diante das situações desgastantes de morte e luto que vivenciamos diariamente. Percebi como influía minha postura, meu olhar e meu falar em tudo que fazíamos. Percebi a

figura do Enfermeiro, não declarada e imposta, mas construída e esperada como líder de um grupo. Senti vergonha e uma insatisfação profissional tão inquietante, que voltei a repensar e a estudar sobre meu papel dentro de todo aquele processo.

Procurei construir, junto à minha equipe primeiramente, um conceito e uma postura diante da morte e do morrer e do processo de luto, sempre em meio à turbulência que é inerente a um setor de urgência e emergência. Dei-me conta como é difícil iniciar e permitir o diálogo sobre humanização da equipe e da população que atendemos. Como é penoso abrir os olhos de pessoas que tentam carinhosamente, com pouco embasamento teórico, atender aqueles que procuram nosso serviço, se nem mesmo eles se vêem como indivíduos que precisam de cuidados. Como cuidar quando nunca fomos cuidados? Como construir vínculos e acolher angústias, da mesma maneira que na filosofia de trabalho da Saúde da Família, num ambiente onde a ação é muito mais valorizada que o pensar e o sentir?

Ao procurar respostas para estes questionamentos, entendi que os profissionais de enfermagem que trabalham no Setor de Urgência e Emergência pouco espaço tem para expressar seus sentimentos e suas individualidades. Compreendi que para humanizar um serviço voltado para o outro, primeiramente, em seu cerne, necessita humanizar o seu viabilizador: o trabalhador humano. Potencializar o cuidado de enfermagem nas suas vertentes técnico-científica e humana exige conhecer suas representações acerca de seu próprio trabalho com o indivíduo em processo de morte. É a partir do desvelamento do cenário humano do profissional que cuida, que se pode estabelecer planos de gerenciamento da equipe, voltados para a excelência do atendimento em urgência e emergência.

Portanto, diante de tudo que foi exposto, apresento a questão que orientou o presente estudo: Qual é a experiência sobre a morte e o morrer dos profissionais de enfermagem que atuam em situações de urgência e emergência?

# Introdução

## 1. INTRODUÇÃO

A morte tem tornado-se foco de estudos nas mais variadas ciências que tentam defini-la, dar-lhe significado, entender-lhe o sentido e descobri-la do mistério que tanto magnetiza o interesse humano. Porém, o que se observa nos dias atuais e na cultura ocidental é um culto fanático à vida e aos prazeres imediatos, que pouco espaço permite para pensar, sentir e viver a morte.

Frei Hugo D. Baggio<sup>1</sup>, ao escrever sobre suas experiências de quase-morte, elucida a questão da negação do fenômeno pela sociedade ocidental da seguinte maneira:

A concepção do ser humano, o parto, a dor, a morte tornam-se “complicadas” pela intervenção do homem. Lança ele mão de métodos, sistemas, pressuposições, técnicas, mecanismos, idéias que encobrem a simplicidade e diluem a beleza original, implantando em seu lugar uma série de suposições que complicam a vida de cada dia, onde os mistérios da criação tomam forma e informam a vida do homem. Sobretudo a morte foi vítima dessa deformante técnica humana. A forma como ela está alijada do pensamento humano, sobretudo no Ocidente, bem como das nossas conversas e dos nossos planejamentos, fazem-na uma “estranha”. E é estranho que a reduzamos a essa estranheza, pois ela é algo concreto no nosso itinerário, sabido, companheiro de cada dia, tão real, como nada se nos apresenta com a mesma concretez, de maneira que mais energia gastamos em não-pensar-na-morte do que gastaríamos nela pensando. (Baggio, 1998: 197)

Diante de pensamentos semelhantes aos de Baggio<sup>1</sup> e preocupados com os caminhos que a civilização humana tem tomado para si nos últimos séculos, muitos estudiosos do assunto tentam desvelar a morte de sua aura mítica para conferir-lhe a importância que esta tem na existência humana. Para tanto, estudar a morte implica em estudar o ser humano sob uma perspectiva plural. Nenhuma resposta é

verdadeiramente correta e o caminho para o conhecimento é longo e composto por diversas versões do ser humano, como coloca Santos<sup>2</sup>:

A morte é mais do que um evento biológico; tem uma dimensão religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica. Questões sobre o significado da morte e o que acontece quando nós morremos são preocupações centrais para as pessoas em todas as culturas e as têm sido desde tempos imemoriais. A preocupação humana com relação à morte antecede ao período da história escrita. (Santos, 2007: 14)

Nessa busca por respostas sobre a questão da morte, a primeira evidência levantada é a de que o homem, como um ser vivente, é o único a ter consciência da sua própria finitude como possibilidade e certeza. Kovács<sup>3</sup> fala que:

A consciência da própria morte é uma importante conquista constitutiva do homem. O homem é determinado pela consciência objetiva de sua mortalidade e por uma subjetividade que busca a imortalidade. (Kovács, 2008: 27)

Movido por essa mesma constatação, o filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976) entendia a morte como a possibilidade maior da existência do homem, compreendendo-a como um fim que leva à totalidade do ser. Em sua obra *Ser e Tempo*, de 1927, defendia o conceito do homem como um ser-no-mundo, um ser-com-os-outros, um ser-si-mesmo e um ser-para-a-morte, ou seja, um ente com inúmeras possibilidades e potencialidades. Dessa maneira, criou o conceito do *Dasein*, ou seja, o ser-aí: um homem que pode alcançar a sua autenticidade diante da aceitação da morte como uma possibilidade intransferível e extrema que engloba e exclui as demais.<sup>4-5</sup>

Ainda na lógica de Heidegger, Martins<sup>6</sup> complementa:

Quando contemplamos nossa limitação e passamo-nos a ver como seres para a morte, isto não significa que estejamos desejando morrer, ou que a morte nos espreita a todo momento e por isso devemos esperar por ela e ficar nessa espera. O que isto significa é que somos finitos, que estamos num horizonte de tempo. Este tempo inicia-se com o nascimento e termina com a morte. (Martins, 1989: 12)

Ao analisar a obra de Heidegger, Nogueira<sup>7</sup> fala da angústia como um estado de ânimo que se apresenta diante da possibilidade do nada da existência. Esse sentimento de angústia leva, então, o homem a negar a morte como uma possibilidade da vida, resultando na inautenticidade, caracterizada pela massificação e pela despersonalização do ser-aí. Viver na autenticidade, então, seria o seu oposto, seria o encontro do homem com a verdade e com a liberdade da sua existência.

Heidegger, dentro do seu discurso existencialista, levantou a questão da negação da morte ao falar da vivência do homem na inautenticidade e colocou a angústia como o fator primordial para tal, entendendo-a como uma das possibilidades da existência do ser-aí.<sup>5</sup> Seus pensamentos influenciaram significativamente as ciências humanas dos séculos XX e XXI, porém outras correntes científicas também procuraram explicar o medo e a negação da morte sob outros prismas.

Alguns estudiosos buscaram respostas nos pressupostos psicanalíticos, onde evidencia-se a grande influência das idéias do neurologista austríaco Sigmund Freud (1856-1939) e do psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875-1961). Cassorla<sup>8</sup>, ao falar da negação da morte, introduz o assunto da seguinte maneira:

O terror de tornar-se não-existente (pelo menos como forma de vida conhecida) persegue todos os seres humanos e a ansiedade de aniquilamento é descrita, pela psicanálise, como o terror primordial, terror esse que já faz parte do indivíduo ao nascer. (Cassorla, 2007: 271)

Ao focar o homem a partir dessa visão psicanalítica, aceita-se a morte como parte natural do seu desenvolvimento e sua primeira experiência de morte é a ausência da mãe, sentindo que esta não é onipresente. Essa vivência é tão intensa que as separações momentâneas são vividas como mortes, onde a criança experimenta a solidão e o desamparo. Porém, como a mãe, geralmente, retorna ao seu campo de

visão, a criança passa a entender essas mortes como um fenômeno reversível, apesar do sentimento de aniquilação e desamparo já estarem arraigados na sua psique.<sup>9</sup>

... esta primeira impressão fica carimbada e marca uma das representações mais fortes de todos os tempos que é a morte como ausência, perda, separação, e a conseqüente vivência de aniquilação e desamparo. (Kovács, 2008: 3)<sup>9</sup>

No adolescente a morte passa a ser percebida como um acontecimento definitivo no outro. Começa-se a formular a possibilidade da própria morte, porém não se consegue conceber ainda a morte como possibilidade real para si, acreditando-se imortal. Existe o desafio, a busca pela identidade e pelo rompimento de limites, a explosão de vida, o sentimento de onipotência. A morte, mais real no outro, ganha sentido de inabilidade e fracasso. Kovács associa essa fase da vida com o cenário em que se encontra a civilização humana ocidental.<sup>9</sup>

Ao negar a morte como possibilidade real para si, como o faz o adolescente, Kovács<sup>9</sup> acredita que o homem moderno crê na sua imortalidade, mesmo que inconscientemente, desafiando os limites de sua existência e contribuindo para a violência que vivenciamos na atualidade.

Nobel<sup>10</sup>, ao relacionar a negação da morte com violência, reforça a idéia exposta acima ao mencionar os conceitos de pulsão de vida e pulsão de morte. Estas, em eterno conflito dentro da psique humana, levam o ser humano aos atos de violência quando a última predomina. Incapaz de ferir a si mesmo, o indivíduo tomado pela pulsão de morte, projeta todo o seu desejo de morte para o outro.

Nesse âmbito, Cassorla<sup>11</sup> traz sua contribuição ao afirmar que, diante do pouco espaço para pensar e discutir a morte na sociedade moderna, as expectativas narcísicas do indivíduo, moldadas por uma cultura consumista e imediatista, leva-o a um grau de insatisfação potencialmente patológico. Em suas palavras:

Esse narcisismo doentio é morte, não é vida. Para essas pessoas, o sentido da vida nunca foi pensado, ou ficou esquecido. A dimensão da morte terá de entrar em jogo se o indivíduo quiser recuperar seu sentido de vida. (Cassorla, 1998: 21)<sup>12</sup>

Esses conflitos da psique do homem moderno também são citados por Paiva<sup>13</sup>, que os enfatiza como geradores de condutas autodestrutivas estimuladas e apoiadas pela sociedade ocidental. Aqui, retoma-se a questão da existência inautêntica do ser humano, como um ser-aí-no-mundo e um ser-aí-com-os-outros, colocada por Heidegger.<sup>5</sup>

Até aqui, a questão da morte fora discutida sob a ótica do indivíduo, porém levantando algumas questões do coletivo quando se fala da violência da sociedade moderna. Ao abordar o assunto da morte dentro de um contexto social, cultural e político, encontram-se autores que traçam linhas no desenvolvimento histórico do homem para explicar o fenômeno da negação da morte.

Santos<sup>2, 14</sup>, Ariès<sup>15</sup> e Ziegler<sup>16</sup>, ao pensarem no homem como ser histórico, político e cultural, relacionam a desvalorização da vida e a negação da morte com a grande revolução tecnológica, principalmente na Medicina, observada a partir do final do século XVIII.

Santos<sup>2, 14</sup> coloca a transição do século XVIII para o XIX marcada pela ascensão do modelo científico centrado nas idéias positivistas de Auguste Comte (1798-1857). Essa visão cartesiana de mundo levou à decadência da visão religiosa, sendo a morte não mais lidada no âmbito do sagrado, passando a ser manipulada e moldada pelos seres humanos. Ele enfatiza a perda do sentido espiritual da morte como a grande responsável pela banalização desta e, conseqüentemente, pela desvalorização da vida. Constata, então, o abandono em que se encontram os pacientes que morrem no ambiente hospitalar, resultado de toda uma estrutura

humana de profissionais da área da saúde que negam a morte e a espiritualidade do homem.

A sociedade moderna chega, então, em uma fase histórica onde o homem acredita ser detentor do controle sobre a vida e a morte. Esta última é negada com todas as forças, entendida como o fracasso da ciência dos homens em curar a finitude. Ariès<sup>15</sup> chama essa concepção de morte, tida como tabu, como “a morte interdita”, contrapondo-a ao conceito de “a morte domada”: aquela que ocorria nas casas, compartilhada e vivida pela família e pela comunidade. O autor traça toda uma linha histórica evolutiva de como a morte sai das casas e da comunidade e passa ao isolamento dos hospitais. As pessoas passam a morrer nesse último à procura dos adventos da Medicina moderna, rechaçando qualquer possibilidade do fim da sua existência. O hospital também passa a ser o lugar onde o morrer fica escondido dos olhos de quem continua vivo, pois sua visão passa a ser insuportável.

Ao contextualizar a morte e o morrer nessa perspectiva histórica, Ziegler<sup>16</sup> dá a sua contribuição com um discurso político de forte conotação marxista, onde enfatiza a desigualdade social escancarada no momento da morte. Para ele, a morte ganha a força do símbolo que a classe dominante impõe para a massa como mais um instrumento de domínio, ou seja, “ela elimina as imagens que não servem para esta estratégia e que se arriscariam a pôr em dúvida a sua prática de dominação” (Ziegler, 1977: 136). Ao desenvolver o seu discurso, fala do morrer no hospital como uma prática adotada pela sociedade capitalista e imposta por um grupo minoritário detentor do saber científico. Ao utilizar-se do termo “Tanatocracia”, coloca o microcosmo do hospital como uma estrutura hierárquica engessada, fruto e reflexo da sociedade capitalista, baseada no conflito de classes. Para o autor, no hospital

existem relações de poder e domínio baseadas no conhecimento médico, que impõem ao pacientes como devem se comportar, inclusive diante da morte e do morrer.

Esses autores, apesar de enfatizarem a face histórica da morte, não colocam o medo e a negação do fenômeno como resultado exclusivo da evolução da sociedade ocidental. Entendem que o terror diante do fenômeno é natural do homem, porém criticam a maneira como a civilização humana potencializa esse estado de ânimo e como foram sufocados os rituais que permitiam pensar, sentir e viver a morte, mesmo com o pavor diante dela.<sup>2, 15-16</sup>

Ziegler<sup>16</sup>, ao colocar os profissionais de saúde como pertencente às classes dominantes no contexto hospitalar e na sociedade capitalista moderna, vem de encontro a alguns estudiosos que têm se ocupado em entender como essas relações de poder sobre a vida e a morte dos pacientes têm se perpetuado nos últimos dois séculos.

Partindo do princípio que os profissionais de saúde são, a priori, indivíduos com trajetórias humanas únicas, porém influenciados pelo processo histórico, político e cultural da sociedade em que se encontram, Boemer<sup>17</sup> coloca que:

O primeiro encontro com o fenômeno da terminalidade do ser-aí se dá quando se presencia a morte dos outros... A morte dos outros coloca a cada um de nós diante do extraordinário fenômeno que pode ser definido como uma mudança completa de uma entidade da espécie ser do *Dasein* para não mais *ser-Dasein*. (Boemer, 1989: 131)

Diversos autores ao admitirem que esse contato do profissional da saúde com a morte, muitas vezes freqüente, apesar de suscitar sentimentos e pensamentos sobre a própria finitude, pode levar à negação do fenômeno e atribuem esse fato ao grande empenho na manutenção da vida diante dos inúmeros avanços científicos e tecnológicos. Além disso, constataam que a sociedade ocidental moderna, incluindo os hospitais e o sistema educacional, ao tratar a morte como um tabu, dificulta esses

profissionais a aceitarem suas limitações, transformando o fenômeno em fonte de grande sofrimento e centrando o foco do trabalho nas ações técnicas, deixando a porção humana do paciente num plano secundário de atenção.<sup>17-23</sup>

Nesse cenário, Ziegler<sup>16</sup> e Kastenbaum e Ainsenberg<sup>24</sup> colocam a enfermeira numa situação particular: mais próxima do paciente, ela se expõe com mais intensidade as suas necessidades, porém está sujeita às ordens médicas que, muitas vezes, não contemplam outros aspectos além da patologia. O primeiro autor coloca a enfermeira como “a verdadeira consciência crítica” (Ziegler, 1977: 200)<sup>16</sup> no âmbito hospitalar, denominando esse conflito como “a guerrilha das enfermeiras” (Ziegler, 1977:195)<sup>16</sup>.

Ao sintetizar o conflito apresentado acima, Pessini<sup>25-26</sup> formula os paradigmas do curar e do cuidar:

*O paradigma da cura* inclui as virtudes “militares” de combater e perseverar na luta contra a doença. O *paradigma do cuidado*, pelo contrário, tem como valor central a dignidade humana, enfatizando a solidariedade entre o paciente e os profissionais da saúde, uma atitude que resulta numa compaixão efetiva. No *ethos* da cura “o médico é o general”, enquanto que no paradigma do cuidado “o paciente é o soberano”. (Pessini, 2007: 169)

Diante dessas constatações somadas ao fato que, atualmente, cerca de 70% da população brasileira morre no ambiente hospitalar<sup>27</sup>, inúmeros trabalhos<sup>28-34</sup> têm investigado a questão da morte sob a ótica da enfermagem em setores onde a manutenção da vida é adotada como lógica primordial na assistência ao paciente. Ao considerarem essas unidades críticas, como as Unidades de Tratamento Intensivo e as Unidades de Urgência e Emergência, os autores falam de estruturas de assistência à saúde pautadas em tecnologias avançadas e sufocadas por um sistema que prima pela produção, oprimindo o espaço à discussão e à manifestação do sofrimento

humano perante a morte e o morrer e conferindo a estes um sentido de fracasso e impotência.

Nesse contexto, alguns autores<sup>35-40</sup> enfatizam a dinâmica peculiar de trabalho nos setores de urgência e emergência: grande demanda de atendimento, estrutura física limitada, profissionais sobrecarregados e uma população exigente que reflete os anseios da sociedade moderna diante dos recursos conquistados pela Medicina. Aqui, o tempo ganha uma dimensão diferente, atuando como o grande limitador para o pensar e o sentir o cuidado, incluindo as questões concernentes à morte e ao morrer.

Pinho e Kantorski<sup>41</sup> chamam a atenção para esse cenário ao entrevistar famílias que vivenciaram a internação de um familiar em um serviço de emergência. Esses autores identificaram a construção e a percepção alarmantes de uma imagem da equipe de saúde: profissionais distantes do contato com a família e sem disposição para estabelecer laços de empatia com a dor pela perda do outro, captados pela expressão verbal e não-verbal da iminência da morte como fenômeno corriqueiro.

Pensando nessa assistência à saúde, onde o cuidar encontra-se em conflito com a cultura do salvar a vida a qualquer custo, Santana e Jorge<sup>42</sup>, Greenstreet<sup>43</sup> e Bellato e Carvalho<sup>44</sup> acreditam e defendem a idéia de que quanto maior o conhecimento e a vivência elaborada acerca do processo de morte e de morrer e das teorias do luto e consternação que a equipe de enfermagem adquire, mais elaborados e efetivos são os mecanismos de enfrentamento desses profissionais, resultando numa assistência de qualidade ímpar ao binômio paciente-família. Nesse sentido, Santos<sup>45</sup> coloca que:

A morte é uma realidade muito viva e constante para aqueles que trabalham na área da saúde – entre eles, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais – notadamente nas salas de emergências e

UTIs e com pacientes com doenças fatais que necessitam de cuidados paliativos. Observa-se aí um despreparo filosófico, religioso, psicológico, técnico, pedagógico e até mesmo existencial dos profissionais, para lidar com a morte iminente dos pacientes, para falar sobre ela com os familiares, como discuti-la de maneira interdisciplinar, bem como trabalhar sua própria mortalidade. (Santos, 2007: 289)

Refletindo sobre o curar e o cuidar, Santos<sup>14, 45</sup>, Kovács<sup>23</sup> e Boemer<sup>46</sup> discutem a formação dos profissionais de saúde, principalmente no ambiente universitário. Constatam que o meio acadêmico, como o meio hospitalar, reflete a realidade cartesiana da sociedade, onde as ciências da saúde priorizam a cura: tecidas pelos grandes avanços técnico-científicos a partir do século XVIII, as universidades enfatizam a ação e a produção, com pouco espaço para o pensar crítico sobre a condição humana.

Apesar dessa constatação desalentadora, esses autores apresentam grupos pioneiros que tentam abrir caminho na área da educação, em busca do resgate da essência humana nas ciências da saúde. Acreditam que essa é uma das vertentes de ação de impacto relevante para o encontro da condição humana da sociedade moderna, perdida num passado atropelado pela industrialização e pela massificação.<sup>14, 23, 45-47</sup>

Ao considerar os dados da literatura apresentada, nota-se a complexidade do assunto, a necessidade de reflexão, abrir espaços para essa abordagem e a importância em si de produzir ciência com a finalidade de compreender os significados, visando uma prática assistencial com menos expressões defensivas e com maior condição para o sentir, o acolher e o cuidar.

Portanto, explicita-se a necessidade do cuidado com relação à pessoa no processo de morte. Embora pareça óbvio, há estudos que demonstram o quanto ainda temos a avançar para o alcance deste objetivo. Quando amplia-se este pensamento,

contemplando o cuidado à família e à equipe que assiste, percebe-se que a lacuna é ainda maior.

Pensando em explorar a potencialidade da assistência de enfermagem, o presente estudo se propôs a compreender a vivência da morte e do luto pelos profissionais do setor de urgência e emergência, em busca da valorização do cuidado humanizado num cenário onde a dor e a perda são partes da rotina de trabalho. Conhecer a experiência desses profissionais com o processo de morte pode ser importante para as ações de enfermagem que permitam a assistência de forma ampliada, colocando sentido nessas interações humanas no cenário de trabalho.

Objetivos

## 2. OBJETIVOS

Partindo do princípio que a vivência mal-elaborada do processo de morte e do morrer pelos profissionais de enfermagem, em um ambiente de trabalho que culturalmente prioriza a destreza técnica e o cuidado com o corpo biológico, dificulta explorar as potencialidades do cuidado voltado para o humano, a pesquisa sobre o tema proposto mostrou-se necessária.

Para tanto, o estudo se propôs a alcançar os seguintes objetivos:

- Compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente adulto e sua família que vivenciam o processo de morte em sala de emergência;
- Conhecer como essas vivências influem na dinâmica de trabalho do profissional de enfermagem em torno do atendimento às urgências e emergências.

Trajetória  
Teórico-Methodológica

### **3. TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA**

O presente estudo é de natureza qualitativa, que possibilita a compreensão e a reflexão sobre as questões abordadas no capítulo introdutório. Portanto, visando atingir os objetivos propostos, buscou-se referenciais teóricos e metodológicos que propiciassem a discussão aprofundada do tema apresentado e a técnica mais adequada para a coleta e o tratamento dos dados obtidos. Muitos conceitos aqui apresentados foram propostos inicialmente durante a elaboração do projeto de pesquisa, porém ganharam a conformação final em consonância com a riqueza de dados obtidos durante a execução do estudo.

#### **3.1. QUADRO TEÓRICO**

Para compreender a experiência da equipe de enfermagem diante da morte no ambiente da sala de emergência e como essas vivências influenciam a dinâmica de trabalho desses profissionais, elegeu-se um corpo de conhecimentos que serviu de base analítica para a discussão do tema proposto, apresentado aqui sob duas vertentes:

- A Tanatologia e o profissional de saúde
- O processo de trabalho em saúde, em enfermagem e em urgência e emergência

### 3.1.1. A Tanatologia e o profissional de saúde

A Tanatologia surge no meio acadêmico na década de 50 como um movimento reacionário à medicalização da morte e à cultura positivista e niilista que tomou conta do Ocidente a partir de meados do século XVIII. Trata-se da ciência que estuda a morte e o morrer sob vários aspectos: forense, antropológico, social, psicológico, biológico, educacional, filosófico, religioso e estético.<sup>45</sup>

Segundo o conceito apresentado, a Tanatologia traz à discussão o papel dos profissionais da saúde dentro do contexto histórico e cultural do mundo ocidental. A atenção voltada para esse grupo vale-se do fato de que estes profissionais trazem em si todo um processo de construção pessoal diante do fenômeno da morte como qualquer indivíduo humano, porém com peculiaridades que se agregam a partir da escolha da profissão e da atuação no ambiente hospitalar: são os grandes veiculadores da medicalização da morte e do morrer.

Partindo dessa constatação, enfatizaram-se os trabalhos de quatro estudiosos da área:

- Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça;
- Roosevelt Moisés Smeke Cassorla, psiquiatra brasileiro;
- Maria Júlia Kovács, psicóloga brasileira;
- Magali Roseira Boemer, enfermeira brasileira.

Todos esses autores concentraram parte de seus estudos nos profissionais de saúde a partir da constatação de que a ciência médica passou a ser aquela “cuja finalidade é prolongar a vida em vez de mitigar o sofrimento humano” (Kübler-Ross, 2005: 15)<sup>48</sup>. Ao se depararem com uma ciência de raízes humanitárias, porém vislumbrada com técnicas e tecnologias voltadas para o corpo biológico, discutem a

nova identidade dos profissionais de saúde, admitindo que esta encontra-se em crise ao desviar a sua atenção da dor e do sofrimento humano.

Kübler-Ross<sup>48</sup>, pioneira nos estudos da Tanatologia, levanta a questão desse profissional de saúde diante da morte, que despense tanto tempo e energia no salvar a vida, com a seguinte indagação:

O fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último mas não menos importante, nossa própria mortalidade? (Klüber-Ross, 2005: 13)

Procurando entender e explicar a atitude colocada acima, muito freqüente no ambiente hospitalar, Cassorla<sup>8</sup> retrocede ao momento da escolha da profissão. Esta, segundo ele, ocorre em geral por influência de experiências com a dor e a morte de alguém próximo ou de si mesmo. Nessa situação, surgem sentimentos inconscientes de culpa, de impotência e do não-saber diante da situação vivida, levando esses indivíduos a procurarem a reparação numa ciência que poderia preencher esse vazio.

O não-saber é vivenciado também como terrorífico, um vazio que nos mostra que, ao nada sabermos, nada podemos fazer. É essa ansiedade que nos impulsiona a buscar respostas e soluções que possam, de alguma forma, preencher algo desse vazio assustador. (Cassorla, 2007: 271)

Ao escolher a profissão, o sentimento de impotência perdura diante das perdas vividas na morte dos pacientes. Cassorla<sup>49</sup>, além de procurar respostas na vivência dessa escolha, compara o médico e demais profissionais de saúde ao mito greco-romano de Esculápio ou Asclépios, o deus da Medicina: dotado dos conhecimentos da cura e da vida, este atrai os moribundos que buscam por alívio para os seus males; quando a dor e a morte são banidas do corpo, ele é adorado como a um deus olímpico, apesar de não o ser, passando a acreditar no seu poder divino,

conferido por aqueles doentes, e sofre quando a almejada cura não é encontrada, sendo menosprezado. Portanto, o autor coloca a fonte da pretensa onipotência do profissional de saúde na angústia e na ansiedade dos pacientes que projetam neles a figura divina. A morte, então, é sua maior inimiga, símbolo de fracasso e desprestígio.

Portanto, como coloca Kovács<sup>50</sup>, a procura pela profissão da área de saúde é uma maneira de tentar controlar e dominar a morte. “Uma das formas mais usadas é a formação reativa, a conquista da doença, o desafio da morte e a tentativa de tomar medidas heróicas para salvar o paciente a qualquer custo.” (Kovács, 2008: 235) Os conhecimentos sobre técnicas e o desenvolvimento de equipamentos e instrumentos para combater a morte reforçam esse desejo de poder e controle.

Segundo Boemer<sup>46</sup>, esse pretense controle faz com que a morte remeta esses profissionais à sua impotência frente aos doentes que caminham para o seu fim em decorrência de doenças graves, pois toda ênfase é na vida e na cura. Além disso, conviver com uma pessoa à morte leva-os a um estado de angústia gerado pelo pensamento da própria finitude.

Ao combater a morte, o profissional de saúde, como qualquer indivíduo humano, utiliza-se da repressão e da negação como mecanismos de defesa para se proteger do medo diante da sua maior inimiga. Negar a morte é uma das formas de não entrar em contato com experiências dolorosas, permitindo que se viva com a ilusão da imortalidade. Porém, essa vivência ilusória passa a esconder uma fragilidade interna, a própria finitude e a sua vulnerabilidade.<sup>23</sup> Cassorla<sup>12</sup> define essa condição como a própria morte, pois impede a busca pelo real sentido da vida.

Não pensar sobre o que é a vida e o seu sentido, traduzido na negação da morte, também é colocado por Kübler-Ross<sup>48</sup> como ponto crucial que leva à

despersonalização do exercício profissional. Segundo essa autora, o pensar na morte, na própria finitude, portanto, no sentido da vida, é algo que precisa ser feito no âmbito do indivíduo humano. Não pode ser delegado à tecnologia pregada pela massificação do homem.

Tanto Kübler-Ross<sup>48</sup> como Boemer<sup>17</sup>, colocam o contato com o paciente que vive a sua terminalidade, como um encontro de subjetividades sem posturas defensivas, como o melhor caminho para a construção de um sentido para a vida e para a morte diante de um “encontro dialógico” (Boemer, 2007: 191)<sup>46</sup>. Para tanto, Kübler-Ross<sup>48</sup> coloca que é preciso repensar a maneira de satisfazer as necessidades dos enfermos, pois estes não mudaram com os adventos das ciências modernas; foram os profissionais de saúde que as requalificaram. Boemer<sup>46</sup> acrescenta:

O atendimento em saúde ainda é centrado em técnicas e tarefas, calcado, predominantemente, na racionalidade científica que fragmenta e objetiva o homem, reduzindo-o a portador de sinais e sintomas que são traduzidos em uma patologia que requer tratamento específico. Nessa lógica, a dimensão da singularidade não é contemplada, tendo em vista que cada profissional se relaciona com o doente tomado como objeto, não sendo sensível à sua subjetividade, ao seu existir no mundo, como ser histórico, temporal e criador. (Boemer, 2007: 189)

Porém, alcançar esses encontros de subjetividade, praticar o “estar ao lado” e reacender o poder do cuidar do profissional de saúde esbarra no medo diante da própria terminalidade e na vivência de seus limites e impotência. Aqui, Kübler-Ross<sup>48</sup>, Kovács<sup>23, 50</sup> e Boemer<sup>17, 46, 51</sup> colocam os profissionais de enfermagem em destaque.

Kübler-Ross<sup>48</sup> traz as enfermeiras como as grandes representantes da “verdadeira consciência crítica” de Ziegler<sup>16</sup> (1977: 200), percebendo-as mais próximas do contato com o paciente e sua família. Nos seus estudos, a autora observou um movimento de reação nesses profissionais, mesmo que tímido, à solidão

e ao abandono institucional que sofriam esses pacientes terminais. No entanto, não deixou de notar que esses elementos da equipe hospitalar carregavam cargas maiores de angústia e ansiedade provocadas pelo contato intenso com a morte e o morrer e pelos conflitos entre os desejos do paciente e as ordens médicas.

Kovács<sup>23</sup> também observa esse sofrimento nos profissionais de enfermagem e relaciona-o com três situações inerentes à profissão: a vivência diária e intensa com o paciente e sua família; o conflito entre o curar e o cuidar, entre os procedimentos técnicos prescritos pelos médicos e os cuidados que buscam o alívio da dor e do desconforto; e a necessidade de elaborar suas próprias perdas quando os vínculos são estabelecidos. Os sentimentos gerados nessas situações, como impotência, frustração, culpa e irritação, são potencializados diante das tentativas de silenciá-los, pois esses profissionais os entendem como grandes perturbadores à eficácia dos cuidados prestados.

Este convívio com a dor, perda e morte traz ao enfermeiro a vivência de seus próprios processos internos, de sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre encontram um espaço de compartilhamento. Todas essas situações podem levar a uma sobrecarga, conhecida como *Síndrome de Burnout* (Kovács, 2008: 30)

A *Síndrome de Burnout* é entendida como uma sobrecarga física e emocional, onde se observa a exaustão, a despersonalização e a diminuição da capacidade de realização pessoal. Essa síndrome envolve, principalmente, os profissionais submetidos a um estresse emocional crônico que resulta do cuidado muito intenso de outros seres humanos. Pode provocar sintomas psicológicos e comportamentais, além dos físicos, como: fadiga, cefaléia, distúrbios gastrintestinais, insônia, dispnéia, humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse. Nos casos mais graves, conduz ao adoecimento e à incapacitação para o trabalho.<sup>52-53</sup>

Ou seja, atingindo o ponto máximo de estresse suportado pelo indivíduo, o esgotamento de energia o conduz à quase ou total exaustão. Nesse contexto, o estresse é entendido como uma reação psicofisiológica muito complexa, que tem, em sua gênese, a necessidade desse indivíduo em lidar com algo que ameaça sua homeostase interna.<sup>54</sup> Evitando a situação de exaustão, surgem, então, os mecanismos de defesa: reações primárias, instintivas, automáticas e rígidas, sem avaliação cognitiva, que procuram regular as emoções negativas e reduzir a ansiedade diante das situações que geram o estresse.<sup>55</sup>

No entanto, quando existe uma avaliação cognitiva do fator estressante, a maneira como esses indivíduos reagem e lidam com ele é denominada de estratégias de enfrentamento ou estratégias de *coping*. Tratam-se do conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou ultrapassam os recursos de um indivíduo. As estratégias de enfrentamento podem ser classificadas, segundo sua função, como estratégias focadas na emoção (dirigidas à regulação da resposta emocional) ou estratégias focadas no problema (ações práticas dirigidas à solução do evento estressor). O enfrentamento, por ser um processo de interação entre indivíduo e ambiente, tem como função administrar a situação estressora, mais que controlá-la ou dominá-la.<sup>55</sup>

As estratégias de enfrentamento estão ligadas a fatores situacionais, ou seja, o indivíduo pode mudar sua estratégia em função do momento e da situação avaliada como estressante. Portanto, elas não são homogêneas: um indivíduo, ao procurar controlar ou mudar uma situação geradora de estresse (enfrentamento centrado no problema), pode se deparar com um problema sem solução e passar a utilizar estratégias para suplantar as emoções negativas geradas por ele (enfrentamento centrado na emoção).<sup>55</sup>

Segundo Kovács<sup>23</sup>, toda essa carga emocional e as formas de enfrentá-la, notadamente em cenários em que a morte e o sofrimento se fazem constantes, podem resultar na despersonalização do cuidado de enfermagem com a construção das seguintes posturas: a busca a qualquer custo pela manutenção da vida; o abandono do paciente ao entender que não há mais nada a fazer; e a culpabilização de alguns membros da equipe.

Pensando nessa perda da dimensão humana do cuidado de enfermagem, Boemer<sup>17</sup> ressalta que o hospital se estabelece como instituição ideologicamente voltada para a cura e para a saúde, não permitindo espaço para a morte e o morrer. Para tanto, seu caráter funcionalista impõe tarefas claras e predeterminadas para que sejam rapidamente assimiladas e executadas. Estas não funcionam e não existem diante da complexidade da vivência da morte do outro e do sofrimento do profissional com ela.

Boemer<sup>46, 51</sup> também chama a atenção para os caminhos que a Enfermagem tem tomado para si, que acompanha o movimento tecnicista das outras ciências: tende-se atualmente à fragmentação do seu cuidado, valorizando o aspecto técnico, tornando o ato despersonalizado e impessoal. Essa autora identificou essa tendência alarmante em ambiente de terapia intensiva, onde a tecnologia e a preservação da vida se fazem intensamente presentes.

A Enfermagem, ao buscar a assistência humanizada, precisa considerar o outro na sua subjetividade e singularidade, senão o discurso humanista e humanitário que tanto prega passa a se constituir em mais uma técnica ou norma a ser seguida. Valorizar a dimensão humana do trabalhador de saúde é o primeiro passo para essa assistência, como coloca Boemer<sup>46</sup>:

Transformar a relação com o doente implica, necessariamente, em conceber também os trabalhadores de saúde como agentes que podem se envolver com sua prática, tomada não apenas como tarefas a serem racionalmente cumpridas, mas como um fazer essencial que se integra no atendimento ao cidadão, exigindo, além da competência técnica, capacidade crítica, criatividade, sensibilidade e compromisso. (Boemer, 2007: 190)

Kovács<sup>23</sup> e Cassorla<sup>8</sup>, em acordo com as colocações acima, enfatiza a importância de permitir espaços de troca e de trabalho das vivências desses profissionais de enfermagem, sempre numa lógica interdisciplinar. Isso possibilitaria mecanismos de enfrentamento mais efetivos e menos dolorosos para esses profissionais, tão importantes na construção de um cuidado mais humano.

Boemer<sup>51</sup> e Kübler-Ross<sup>48</sup> não negam a importância da técnica e dos conhecimentos para cuidar e curar o biológico, mas enfatizam a necessidade do olhar para a complexidade do ser humano. Concluem, como Cassorla<sup>8, 12</sup>, que pensar na morte é pensar na vida: aceitando a morte como fenômeno inexorável é que se alcança a vida em toda a sua plenitude, tanto na pessoa do profissional como no cuidado que este constrói. Boemer<sup>46</sup> ainda acrescenta:

... construir relações que contemplem a dignidade do homem não é algo pré-estabelecido, mas um processo em permanente construção. Parece-nos que aí reside o grande desafio: lidar com essa ambigüidade inerente à condição humana, ou seja, a possibilidade de construir mudanças, considerando nossa dimensão criativa, sensível, coexistindo com a possibilidade de “mesmice”, do uso exclusivo do raciocínio lógico formal, do controle do homem sobre o homem, do medo de mudar. (Boemer, 2007: 188)

Diante das colocações apresentadas, conclui-se que, ao pensar num cuidado que contemple o ser humano diante da sua finitude, é preciso olhar para o profissional como pertencente a esse mesmo grupo. O trabalhador da área de saúde, diante do medo da morte, busca na ciência as respostas para a sua angústia, porém

esta não contempla a complexidade do homem. Vivendo num mundo onde o biológico, o racional e o cartesiano predominam, a formação profissional tende a seguir essas mesmas tendências, reproduzindo um cuidado massificado e impessoal. Portanto, urge os espaços para a discussão da morte e do morrer, seja no meio acadêmico ou no ambiente hospitalar. A mudança faz-se necessária para valorizar e dignificar as ciências da saúde, não buscando sua divindade perdida, mas construindo uma personalidade que luta pela qualidade de vida entre os seus semelhantes.

### **3.1.2. O processo de trabalho em saúde, em enfermagem e em urgência e emergência**

Pode-se definir processo de trabalho como a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da intervenção do ser humano que, para fazê-lo, emprega instrumentos. O trabalho é algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano.<sup>56</sup> Pode ter intencionalidade ao realizar uma obra que sirva à expressão, que garanta o reconhecimento social e permaneça além da vida de quem a criou, ou limitar-se apenas ao esforço repetitivo e rotineiro, sem liberdade, de resultado consumível e de inevitável incômodo.<sup>57</sup>

O trabalho constitui um espaço importante de relações interpessoais, a principal fonte de possibilidade de realização pessoal e sentido de segurança, de alternativas na variedade e qualidade de atividades e objetivos, bem como no desenvolvimento dos conhecimentos e capacidades. Assim, o trabalho representa um dos espaços de socialização e definição de identidade de maior importância na vida adulta.<sup>58</sup> O trabalho aparece, então, como um operador fundamental na própria

construção do sujeito, revelando-se, também, como um mediador privilegiado, senão único, entre inconsciente e campo social e entre ordem singular e ordem coletiva. É também um espaço de construção do sentido e significado e, desse modo, de conquista de identidade, da continuidade e historicização do sujeito.<sup>59</sup>

O processo de trabalho, como meio de expressão e de busca de desejos e possibilidades, é composto pelos seguintes componentes:

- objeto (aquilo sobre o que se trabalha);
- agentes (os seres humanos que tomam o objeto e lhe fazem intervenções);
- instrumentos (meios utilizados para intervir sobre o objeto);
- finalidades (razão pela qual o trabalho é feito);
- métodos (ações organizadas de maneira a atender à finalidade, executadas pelos agentes sobre o objeto, empregando instrumentos selecionados, de forma a atingir o produto almejado);
- e produtos (podem ser bens tangíveis ou serviços).<sup>56</sup>

O processo de trabalho em saúde também traz esses componentes, porém com uma singularidade:

É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (Pires, 2000: 85)<sup>60</sup>

O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo e institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de

organização e gestão do trabalho. Esta última consiste-se nos princípios da gerência científica formulada pelo norte-americano Frederich Winslow Taylor: caracterizada pela ênfase nas tarefas em busca do aumento da eficiência ao nível operacional, leva à divisão parcelar do trabalho e à mecanização da produção.<sup>61</sup>

Essa racionalidade científica produz uma crescente fragmentação do trabalho, com vistas a sua padronização e programação, e passa, necessariamente, pela redução da subjetividade, implicando perda de participação do trabalhador na concepção e execução da tarefa. Esse encadeamento também se faz presente no processo de trabalho hospitalar.<sup>62</sup> Este é parcelado e reproduz as características da organização do trabalho industrial, com trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados, repetindo a lógica do trabalho taylorizado, muitas vezes oculto pelo discurso do “trabalho em equipe”<sup>63</sup>.

Ao seguir as tendências capitalistas de produção, o hospital também traz em sua organização de trabalho a hierarquização das relações segundo uma lógica de poder, historicamente baseada numa racionalidade científica que valoriza a técnica. O hospital, ao abandonar a tradição institucional da caridade e ao centralizar o saber, a pesquisa e o ensino médico entre o final do século XVIII e início do XIX, dá início a uma jornada de valorização e prestígio do profissional médico, colocando os cuidados de higiene, alimentação e conforto dos enfermos em posição secundária de importância dentro desse contexto.<sup>64</sup> Portanto, hoje, confronta-se com uma estrutura institucional médico-hegemônica e centrada na técnica, conferindo ao processo de trabalho em saúde finalidades outras, que desconsideram o bem-estar daquele que deveria ser cuidado.<sup>65</sup>

Merhy<sup>65-66</sup>, ao discutir essa atual conformação da produção em saúde, define que o trabalho em saúde, constituído por uma dimensão cuidadora e uma dimensão

centrada no saberes disciplinares e em certas ordens profissionais, busca a produção de atos de saúde. Porém, a maneira como estes são produzidos pode ou não promover a saúde: quando a dimensão cuidadora, definida como um encontro de subjetividades para a elaboração de um projeto terapêutico, sufocada em detrimento da dimensão profissional específica, produz atos de saúde centrados nos procedimentos técnicos que desconsidera os desejos do paciente e resultam de um cuidado gerado, apenas, na ótica do profissional.

O encontro de subjetividades, enquanto trabalho em saúde, pode ser entendido da seguinte maneira: um encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades de saúde e pessoas que dispõem de conhecimentos específicos ou instrumentos que podem solucionar o problema apresentado. Porém, nesse encontro, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que podem dificultar ou facilitar a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades ou interpretação das demandas trazidas por aqueles que acessam o serviço de saúde.<sup>65</sup>

Nesse contexto, deve-se entender a subjetividade como um “ser os outros”, isto é, um existir e um ser constituído de relações e de experiências estabelecidas diariamente. Aqui, o ser humano pode ser compreendido, mas jamais em sua totalidade, pois falar de relações é falar de incompletudes, de algo aberto que pode ser ampliado e transformado. O encontro de subjetividades implica, portanto, no exercício da alteridade: apercebe-se que o outro é alguém essencial em nossa existência e no nosso agir; ele se torna alguém necessário, alguém imprescindível para a própria compreensão do nosso ser.<sup>67</sup>

O exercício da alteridade, que implica no encontro de subjetividades, pode levar à prática da empatia. Enquanto a primeira se trata de uma forma de ver, aceitar

e compreender o outro como parte de nós, a segunda é conceituada como um atributo cognitivo que implica na capacidade de se colocar no lugar do outro e de expressar essa compreensão.<sup>68-69</sup> A esses conceitos e formas de relacionamento, Merhy<sup>66</sup> chama de tecnologia de relações entre sujeitos, ou seja, a essência da dimensão cuidadora do profissional.

Os conhecimentos específicos ou instrumentos que visam a solução de problemas de saúde, ou seja, a produção dos atos de saúde, envolve o relacionamento entre ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais. Estas podem ser classificadas da seguinte maneira:

- tecnologias duras – instrumentos materiais, concretos, físicos (estrutura física, equipamentos, maquinário, entre outros);
- tecnologias leve-duras – conhecimentos e saberes profissionais bem estruturados (a clínica do médico, o saber da enfermagem, entre outros);
- tecnologias leves – processo de relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato.<sup>66</sup>

O projeto terapêutico produzido dentro da racionalidade científica e médico-hegemônica expressa uma somatória de atos fragmentados sobre um indivíduo-produto constituído por unidades de procedimentos técnicos. Aqui, a dimensão cuidadora fica restrita ao contato entre profissional e paciente na produção desses procedimentos, não se estabelecendo um verdadeiro encontro de subjetividades. Não existe o trabalho vivo em ato, pois existe um predomínio das tecnologias dura e leve-duras, ou seja, o procedimento técnico é um ato de saúde, mas isto pode se operar dentro de um certo modo de cuidar que não é necessariamente cuidador.<sup>70</sup>

Merhy<sup>65-66</sup> enfoca a questão em torno do trabalho médico, no entanto, isso pode ser aplicado ao processo de trabalho em enfermagem, principalmente no contexto hospitalar.

Entende-se que o objeto do processo de trabalho em enfermagem é o ser humano enfermo que busca a tarefa profissional, isto é, a execução do cuidado terapêutico pela equipe de enfermagem, a qual conta com ferramentas de trabalho que consistem em meios que visam o alcance da satisfação das necessidades humanas.<sup>71</sup> No entanto, ao longo do seu processo histórico e político, observa-se também as relações hierárquicas de poder, construídas pelo saber científico: sua execução encontra-se distribuída entre os seus vários agentes (auxiliares, técnicos e enfermeiros), teoricamente determinada, de acordo com a qualificação exigida pelo grau de complexidade das tarefas que o compõe.<sup>62</sup>

Além da estrutura hierárquica, o trabalho em enfermagem hospitalar segue uma lógica de produção pautada nos princípios tayloristas ao adequar-se às exigências institucionais que valorizam os meios tecnológicos e a execução de tarefas padronizadas e rotinizadas, em detrimento da singularidade dos sujeitos.<sup>71</sup> Mesmo quando as mudanças são buscadas, procurando produzir um cuidado voltado para o paciente, percebe-se a grande dificuldade em operá-las, principalmente quando estas estruturas de organização do trabalho refletem todo um sistema de defesa social contra a ansiedade gerada pelo cuidado de enfermagem.<sup>72-73</sup>

Menzies<sup>73</sup> observou que o trabalho em enfermagem tem grandes fatores ansiogênicos no seu processo de produção, muito relacionados ao contato próximo e intenso com o paciente e sua família. Segundo Dejours<sup>59, 72</sup>, esse sofrimento mental individual gera mecanismos de defesa individuais que encontra consonância entre os seus semelhantes, propiciando a elaboração de sistemas de defesa coletivos.

A instituição hospitalar, ao estabelecer normas e rotinas bem estabelecidas e estruturadas em busca de otimização do tempo, contribui para o estabelecimento e solidificação desses sistemas de defesa coletivamente construídos, resultando na fragmentação do cuidado e na diminuição da responsabilidade e do comprometimento com o tipo de cuidado produzido.<sup>18, 72</sup>

Todo esse processo de trabalho em saúde e em enfermagem também é inerente aos setores de urgência e emergência, onde predomina a racionalidade técnica e médico-hegemônica e a íntima relação entre tempo e trabalho produzido, não conferindo necessariamente qualidade à quantidade. Nesses locais, existem formas de violência, segundo Costa<sup>35</sup>, que particularizam e precarizam as formas de produzir atos de saúde ao sobrecarregar e violentar os trabalhadores de enfermagem.

Nesse contexto, de acordo com Galtung<sup>74</sup>, a violência é algo evitável que impede a auto-realização humana e pode ser tipificadas em quatro formas:

- violência clássica – forma explícita que têm um autor definido e é direcionada contra uma pessoa e sua psicologia;
- violência estrutural – não existe autor explícito e se manifesta como desigualdade de poder e dominação de uns sobre outros;
- violência repressiva – caracterizada pela privação dos direitos humanos;
- alienação – caracterizada pela privação de necessidades superiores.

Alguns autores<sup>35, 39, 75</sup>, ao caracterizar o processo de trabalho em urgência e emergência sob a ótica da equipe de enfermagem, identificou inúmeros fatores que comprometem a qualidade da assistência como forma de produzir atos vivos de saúde:

- organização do trabalho e do seu espaço focado na doença, despersonalizando o trabalhador de enfermagem ao desconsiderar a integralidade e a subjetividade do paciente como prioridade;
- alta demanda que compromete a organização do processo de trabalho em saúde e de enfermagem, realizado conforme as necessidades e o momento, dificultando o acompanhamento do processo saúde-doença do paciente e prejudicando o envolvimento e a concretização de ações e compromissos conjuntos;
- porta de entrada para os diversos tipos de problemas sociais e de saúde, que não encontram resolutividade em outros setores, descaracterizando o trabalho voltado para urgência e emergência e resultando em conflitos sobre a concepção de necessidades entre profissionais e usuários do serviço;
- os aparelhos e instrumentos técnicos necessários aos cuidados básicos e rotineiros não são priorizados e disponibilizados na quantidade necessária a uma assistência de enfermagem de qualidade;
- dimensionamento de profissionais e espaços insuficientes de trabalho, pois, dentro da lógica da doença, estes são organizados dentro da racionalidade médica.

Essas características do processo de trabalho de enfermagem, analisadas em profundidade, revelaram a prática das violências conceituadas por Galtung<sup>74</sup> sobre a equipe de enfermagem e, indiretamente, sobre os pacientes e seus familiares<sup>35</sup>:

- violência clássica – agressão física ou verbal de usuários, familiares e médicos aos trabalhadores de enfermagem;
- violência estrutural – sobrecarga física e mental, uma vez que precisam estar constantemente improvisando meios de atender os pacientes e seus

familiares, ainda que minimamente, além de se desdobrarem para atender uma demanda assistencial além das suas capacidades;

- violência repressiva – negação do direito dos trabalhadores de exercerem com segurança as atividades assistenciais e negação a um ambiente de trabalho seguro;
- alienação – privação aos profissionais de usufruírem o prazer de uma realização competente e eficaz e de serem valorizados socialmente junto aos pacientes e seus familiares;

A literatura apresentada revela uma estrutura de organização do trabalho de enfermagem em urgência e emergência que dificulta a transformação do modelo tecnicista e médico-hegemônico vigente, centrado na doença e nos procedimentos, além de revelar a depauperização da saúde brasileira por se tratar da “porta de entrada” para o sistema de saúde público. Esse processo de produção em saúde foi levado em consideração ao se discutir a dimensão cuidadora dos profissionais de enfermagem diante da morte, pois, além da mobilização e da motivação internas, é preciso conhecer os fatores sociais e culturais da instituição que permeiam e influem sobre esse cuidado.

### **3.2. A NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO**

O estudo é de natureza qualitativa por compreender uma metodologia de pesquisa que possibilita a incorporação do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estrutura sociais, permitindo o acesso ao mundo

dos significados das ações e das relações humanas. Portanto, trata-se de metodologia que permite a investigação de dados não equacionáveis.<sup>76</sup>

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e íntima entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza. Ela permite o encontro com os motivos, as intenções e os projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. Considerando os instrumentos, os dados e a análise numa relação interior com o pesquisador, ela compreende as contradições como a própria essência dos problemas reais. A cientificidade dessa abordagem reside numa idéia reguladora de alta abstração, e não como sinônimo de modelos e normas rígidas<sup>76-77</sup>, ou seja:

... o trabalho qualitativo caminha sempre em duas direções: numa, elabora as suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e toma direções privilegiadas. Ela compartilha a idéia de “devir” no conceito de cientificidade. (Minayo, 1993: 245)<sup>77</sup>

Portanto, o objeto da abordagem qualitativa é o nível mais profundo do campo humano, que se refere ao mundo dos símbolos, dos significados, da subjetividade e da intencionalidade. Para tanto, o material primordial da sua investigação é a palavra expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos.<sup>77</sup>

Os estudos qualitativos não excluem os métodos quantitativos, pois ambos atuam como lógicas complementares que buscam objetivos diferentes; aqueles permitem aprofundar as evidências constatadas por estes, caminhando para além do que é passível de modelagens e normatizações rígidas, como, também, abrir perspectivas para investigações estatísticas e equacionadas. Enquanto a lógica quantitativa tem o seu mérito ao abarcar grandes aglomerados de dados para transformá-los em variáveis representativas, a abordagem qualitativa destaca-se ao

aprofundar-se na complexidade dos fenômenos e dos processos particulares a grupos de dimensão limitada, abrangendo-os intensamente.<sup>77</sup>

Considerando que a proposta do presente estudo contextualiza-se na subjetividade dos sujeitos, não equacionável, optou-se pela abordagem qualitativa por entender que esta alcança a dimensão do fenômeno almejado.

### **3.3. O CENÁRIO**

O estudo foi realizado no Serviço Técnico de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu. Trata-se de serviço terciário e de referência integrado ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS-VI), que compreende 68 municípios do interior paulista.

#### **3.3.1. Organização estrutural e política**

O Serviço Técnico de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu presta atendimento de urgência e emergência nas seguintes áreas médicas:

- Clínica Médica e suas subespecialidades (Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Pneumologia, Hematologia, Endocrinologia, Reumatologia e Oncologia);
- Cirurgia e suas subespecialidades (Gastrocirurgia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Urologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Cardíaca);
- Ortopedia e Traumatologia;
- Neurologia Clínica e Cirúrgica;

- Dermatologia;
- Infectologia;
- Otorrinolaringologia;
- Oftalmologia;
- Psiquiatria.

Devido o nível de complexidade, o serviço é centrado no atendimento médico e conta com a atuação conjunta dos seguintes profissionais:

- Enfermeiros e sua equipe de auxiliares e técnicos;
- Assistente social;
- Psicóloga;
- Nutricionista;
- Neurofonaudióloga;
- Fisioterapeuta respiratório.

O serviço encontra-se inserido na estrutura político-administrativa da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP).

Esse serviço é subdividido em três grandes setores de atendimento:

- Setor de Urgência e Emergência de Adultos (Pronto Atendimento e Salas de Emergência), local específico da investigação;
- Setor de Internação de Adultos (Enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva);
- Setor de Pediatria (Pronto Atendimento, Sala de Emergência e Repouso).

A divisão entre o atendimento adulto e pediátrico obedece a idade limite de 15 anos.

O Serviço Técnico de Pronto Socorro é gerenciado por um diretor médico, responsável por essa complexa estrutura assistencial e político-administrativa composta pelos referidos três grandes setores de atendimento. O Setor de Urgência e Emergência de Adultos, por sua vez, é gerenciado por um supervisor médico e por um supervisor enfermeiro.

Dentro do Setor de Urgência e Emergência, existe o Pronto Atendimento que possui:

- sala de acolhimento médico;
- consultórios para o atendimento do médico plantonista e especialidades;
- consultórios específicos para determinadas especialidades (cirurgia geral, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, neurologia, pneumologia, infectologia e psiquiatria);
- sala destinada para atendimento psicológico e de assistência social;
- sala de medicação;
- sala de inalação;
- sala de eletrocardiografia;
- sala de sutura;
- sala de curativo séptico.

As Salas de Emergência compreendem quatro grandes salas:

- Sala de Politrauma com capacidade para três pacientes;
- Sala de Emergência Clínica com capacidade para quatro pacientes;
- Sala de Emergência Coronariana com capacidade para três pacientes;
- Sala de Acidente Vascular Cerebral com capacidade para um paciente.

Devido à estrutura física horizontal do Pronto Socorro, existe num mesmo corredor as salas de emergência, os consultórios de ortopedia e neurologia e a sala de curativo séptico. Ainda nesse mesmo corredor, encontra-se um banheiro utilizado para enteroclisma. A Sala de Acidente Vascular Cerebral fica num corredor que serve de acesso ao Setor de Internação de Adultos, Repouso da Pediatria, os setores de diagnóstico por imagem (radiografia, ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética, ecocardiografia, eletroencefalografia, entre outros) e o Serviço de Hemodinâmica.

Durante o período diurno, o Setor de Urgência e Emergência conta com uma equipe mínima de três médicos plantonistas com formação diversificada, dois enfermeiros, oito auxiliares/ técnicos de enfermagem, uma assistente social e uma psicóloga. Durante o plantão noturno e de finais de semana, essa equipe se reduz para dois médicos, um enfermeiro e cinco auxiliares/ técnicos de enfermagem. Não existe nesses períodos o atendimento psicológico e o serviço de assistência social é realizado para toda a instituição por uma única profissional que fica de plantão numa sala dentro do hospital, próximo ao acesso às unidades de internação.

A equipe de enfermagem do Pronto Socorro, setor de Urgência e Emergência, à época da coleta de dados, contava com 23 auxiliares/ técnicos de enfermagem no seu quadro geral. O Serviço Técnico de Pronto Socorro, que compreende os três grandes setores (Urgência e Emergência de Adultos, Internação de Adultos e Pediatria) tinha em seu quadro, além de três enfermeiros supervisores, onze enfermeiros assistenciais.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem são exclusivos do Setor de Urgência e Emergência e trabalham em jornada de 12 horas, com descanso de 36 horas. Já os enfermeiros são distribuídos mensalmente entre os diversos setores compreendidos

dentro do Pronto Socorro, trabalhando em jornada diária de 6 horas, com plantões de 12 horas distribuídos prioritariamente aos finais de semana, obedecendo a carga horária de 40 horas semanais exigidas pela instituição.

### **3.3.2. Vias de acesso ao serviço e fluxo de atendimento**

Os pacientes chegam ao Pronto Socorro através das seguintes vias: livre demanda, encaminhamento por unidades móveis de emergência (Resgate do Corpo de Bombeiros e duas concessionárias privadas que atendem as rodovias da região) e encaminhamento via Central de Regulação Médica.

O atendimento ao público, que procura o serviço por livre demanda, segue o seguinte fluxo, considerando a estrutura física mencionada: acolhimento médico, setor de registro, portaria e consultórios médicos. Durante o primeiro acesso, no acolhimento médico, os pacientes são destinados para outros serviços do município (hospital secundário e unidades básicas de saúde) segundo a avaliação de risco feita pelo médico plantonista. Quando identificada a necessidade de atendimento no referido pronto socorro, o paciente passa pelo registro, é orientado na Portaria e, então, encaminhado para um dos consultórios para atendimento por outro médico plantonista ou por médicos residentes das diversas especialidades presentes pelo Hospital das Clínicas. Quando detectada uma condição clínica que necessite de um atendimento mais complexo, esse paciente é encaminhado para uma das salas de emergência.

Outra via de acesso às salas de emergência ocorre quando o paciente é encaminhado pelos serviços móveis de atendimento de emergência ou por

ambulâncias providas de outros serviços, com pacientes regulados pela Central de Regulação Médica do DRS-VI.

Uma vez dentro das salas de emergência, os pacientes são atendidos, estabilizados e encaminhados para os setores de internação do hospital. Muitos são encaminhados para os setores do próprio Pronto Socorro, que conta com nove leitos de UTI e doze leitos de enfermaria. Porém, diante da demanda, muitas vezes, os pacientes permanecem nas salas de emergência por dias até que se consiga uma vaga de UTI ou de enfermaria no hospital ou no próprio Pronto Socorro.

O Serviço Técnico de Pronto Socorro atende em média 6.500 pessoas ao mês, totalizando uma média de 70.000 atendimentos ao ano.\* Desses:

- 47% são realizados pelos médicos plantonistas;
- 12% pelas especialidades cirúrgicas (22% pela Cirurgia Geral, 44% pela Cirurgia Vascular, 16% pela Gastrocirurgia, 12% pela Urologia e 6% pelas demais);
- 9% pelas especialidades clínicas (31% pela Clínica Médica Geral, 27% pela Cardiologia, 12% pela Gastroenterologia Clínica, 9% pela Pneumologia, 8% pela Hematologia, 7% pela Reumatologia e 6% pelas demais);
- 8% pela Ortopedia
- 8% pela Oftalmologia;
- 6% pela Otorrinolaringologia;
- 3% pela Neurologia (58% pela clínica e 42% pela cirúrgica);
- 7% pelas outras especialidades.

Dentre todos esses atendimentos (6.500/mês), são internados no Serviço Técnico de Pronto, nos setores para adultos, uma média de 150 pacientes/mês. Nas

---

\* Dados estatísticos internos baseados no ano de 2008.

salas de emergência, essa taxa é de 62 pacientes/mês e entende-se aqui que se tratam daqueles com permanência superior a 24 horas no setor. Esses pacientes estão distribuídos pelas 4 salas de emergência, com permanência média de 3 dias.

### **3.3.3. Atividades de ensino e pesquisa**

Este serviço, por estar inserido na estrutura político-administrativa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, oferece campo de estágio para alunos de graduação (médica, de enfermagem e de nutrição) e pós-graduação *latu sensu* (residência médica, residência multiprofissional e aprimoramento em nutrição, fisioterapia, assistência social e fonoaudiologia).

Dentro da lógica de um hospital universitário, o Serviço Técnico de Pronto Socorro orienta suas atividades pautadas nos seguintes métodos:

- Acolhimento médico com classificação de risco;
- Atendimento das emergências de acordo com os protocolos do ACLS (Advanced Cardiac Life Support), do ATLS (Advanced Trauma Life Support) e do PALS (Pediatric Advanced Life Support);
- Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aos pacientes atendidos e em observação nas salas de emergência.
- Aplicação de cursos de imersão em atendimento de emergências de acordo com os princípios do ACLS, ATLS e PALS, voltados para os alunos de graduação e de pós-graduação *latu sensu* (Medicina e Enfermagem), médicos e enfermeiros do serviço;
- Servir como ambiente de pesquisa.

### 3.3.4. A condução dos óbitos

No Hospital das Clínicas, que conta com 382 leitos operantes, o coeficiente de mortalidade gira em torno de 4,33. Ao considerarmos o Serviço Técnico de Pronto Socorro como um todo, temos esse valor em torno de 11,55, sendo:

- 15,02 nas salas de emergência
- 56,25 na UTI do Pronto Socorro
- 7,77 na Enfermaria de Adultos
- 13,33 na UTI-Central (pacientes originalmente atendidos nas salas de emergência)

Os óbitos, ao serem constatados nas salas de emergência, são conduzidos segundo o tipo de ocorrência:

- preenchimento do atestado de óbito pelo médico que realizou o atendimento quando a causa é conhecida (trata-se dos casos onde os familiares e o paciente já são conhecidos pelo serviço, onde há registro de seu acompanhamento em prontuário);
- Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) – quando há dúvidas sobre a causa da morte, o preenchimento do atestado de óbito é realizado por um patologista da própria instituição mediante necropsia, dados de atendimento no pronto-socorro e autorização dos familiares;
- Instituto Médico Legal (IML) – condução determinada por legislação federal, o atestado de óbito é preenchido por um médico legista da Polícia Civil quando a morte decorre de causas externas (como acidentes automobilísticos, lesões por agressão física com arma branca ou de fogo, suicídio, entre outros).

Diante da morte do paciente, os familiares são abordados pelos seguintes profissionais:

- médico que prestou o atendimento – cabe a este profissional a comunicação do óbito do paciente aos seus familiares;
- enfermeiro – este profissional orienta a equipe médica sobre os procedimentos que lhe cabem perante o tipo de ocorrência quando esta se faz necessária (preenchimento do atestado de óbito, requerimento por escrito para autorização familiar para necropsia e relatório médico ao IML), coordena o encaminhamento do familiar para o Serviço Social, coordena o preparo do corpo e o acionamento da equipe funerária que faz o seu transporte até o Setor de Patologia, além de se responsabilizar pelos pertences do falecido até serem entregues aos seus familiares;
- auxiliares e técnicos de enfermagem – cabem a estes o preparo do corpo e o recolhimento dos pertences do falecido a serem entregues ao enfermeiro;
- assistente social – cabe a este profissional as orientações legais aos familiares relativos ao procedimentos funerários (destino do atestado de óbito, documentos necessários do falecido, prover meios de comunicação com a empresa funerária escolhida pelos familiares ou destinar a serviços funerários municipais quando este se faz necessário, entre outros).

Ainda durante o atendimento feito pelo assistente social, um representante da Organização de Procura de Órgãos (OPO) da instituição aborda os familiares sobre o interesse na doação de órgãos. Antes desse contato, normalmente, esse profissional procura a equipe médica e de enfermagem para coletar dados sobre o paciente falecido, em busca de informações clínicas que o configurem como potencial doador.

Além dessa estrutura organizacional para o óbito, e não para a morte, existem outros aspectos importantes que contextualizam a realização e a discussão do presente estudo: estrutura física desfavorável, fragmentação da assistência, alta demanda de atendimento e falta de espaço para a subjetividade do familiar e do profissional.

Dentro da estrutura física do pronto socorro em questão, não existe um espaço destinado à abordagem familiar feita pelo médico e pelo enfermeiro. Apenas a assistente social conta com uma sala privativa para tal contato. Além disso, não existe uma sala específica para promover o encontro/despida com o paciente falecido, ficando esta ação sujeita à demanda de atendimento e disponibilidade de algumas das salas descritas aqui.

Os procedimentos formais e técnicos em relação ao óbito são bem estruturados apesar de seguidos entre os profissionais apresentados, com suas funções claramente preestabelecidas na instituição. O acolhimento da família, nesse contexto, não é uma ação normatizada e está sujeita ao momento em que a morte ocorre, ou seja, depende da disponibilidade dos profissionais diante da demanda do serviço, além de ganhar importância e características segundo a equipe médica e de enfermagem presente no plantão.

Não existe espaço formal para a discussão e a troca de vivências sobre a morte, ou mesmo sobre o cuidado prestado, e, quando estas ocorrem, sempre são feitas em meio a conversas de corredor ou entre os atendimentos. Esses encontros, superficiais e fugazes, não permitem a real manifestação e intersecção das subjetividades envolvidas, dificultando a identificação e dimensionamento do sofrimento mental e emocional quando este está presente.

O serviço de assistência social e de psicologia não agrega às suas atribuições formais a abordagem da equipe que trabalha no referido serviço. Quando esta se faz necessária, fica sujeita ao interesse pessoal e à disponibilidade daqueles profissionais, que muitas vezes já se encontram atribulados na execução das suas atividades. O sofrimento mental dos trabalhadores, quando percebido, é tratado na lógica tecnicista e médico-centrada, figurando atendimentos pontuais com os médicos residentes da Disciplina de Psiquiatria, sem seguimento adequado. Essa procura pelo profissional médico especializado e pelo tratamento medicamentoso não é estabelecida por normas ou rotinas, mas construída e reafirmada pelos próprios agentes envolvidos.

Em vista do exposto, observa-se toda uma estrutura para o óbito na instituição, que privilegia o aspecto orgânico e reducionista da morte, onde muito pouco é discutido ou estabelecido perante a subjetividade do morto, de sua família e, também, dos profissionais. Isso se faz evidente desde a estrutura física até as normatizações e rotinas apresentadas até aqui.

### **3.4. OS SUJEITOS DA PESQUISA**

Fizeram parte do estudo 12 profissionais da área de enfermagem, sendo 4 auxiliares, 4 técnicos e 4 enfermeiros que atuam no Setor de Urgência e Emergência de Adultos do Pronto Socorro. Esse número de sujeitos e sua distribuição não foi intencional, nem pré-estabelecida; foi alcançado perante a representatividade e a saturação dos dados, obedecendo a natureza qualitativa proposta no estudo.

O termo “saturação dos dados”, aqui empregado, consiste na suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Essa delimitação, intimamente norteadada pelo objetivo proposto pelo estudo, considera a combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados.<sup>78-79</sup>

Essa saturação teórica, metaforicamente análoga à relação químico-física entre soluto e solvente, é avaliada por um processo contínuo de análise dos dados, desde o início do processo de coleta dos mesmos. Essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados e o conjunto dos entrevistados.<sup>80</sup>

Outro conceito utilizado para a definição dos sujeitos foi o critério de representatividade. Entende-se essa como a homogeneidade fundamental que está presente na amostra, isto é, os atributos definidos como essenciais, presentes na intersecção do conjunto de características gerais dos componentes amostrais, diretamente dependentes dos objetivos da investigação.<sup>76, 80</sup>

Na busca dessa homogeneidade fundamental, ao focar o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do processo de compreensão do grupo a ser estudado, toma-se de critérios de inclusão e exclusão para buscar os sujeitos que detêm os atributos que o investigador tem por objetivo conhecer.<sup>76</sup>

Portanto, para o presente estudo, tomou-se dos seguintes critérios de inclusão: profissionais efetivos, com tempo mínimo de um ano de atuação no Setor de Urgência e Emergência de Adultos. Ou seja, não foram incluídos os profissionais com contratos temporários, pois estes permanecem no setor de 3 a 6 meses. Aqui,

julgou-se o tempo mínimo de um ano suficiente para uma vivência de pronto socorro que possibilitaria a manifestação do fenômeno pesquisado.

### **3.5. A AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

O projeto de pesquisa foi apresentado inicialmente ao Diretor do Serviço Técnico de Pronto Socorro e à Supervisora Técnica de Enfermagem do Setor de Urgência e Emergência do referido serviço para ciência e consentimento destes.

Em seguida, o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, sendo aprovado na data de 01 de dezembro de 2008. (Anexo 1)

As entrevistas foram realizadas somente após a explanação do objetivo e da finalidade do estudo e com a concordância na participação voluntária, formalizada com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). O anonimato foi garantido a todos os participantes, deixando claro e explícito que o estudo visaria a produção de conhecimentos e que, de forma alguma, seria utilizado com fins inquisitivos e coercivos.

### **3.6. A COLETA DOS DADOS**

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora no período compreendido entre dezembro de 2008 e abril de 2009. A coleta deu-se por meio de entrevistas semi-estruturadas, buscando uma fala relativamente espontânea, onde,

segundo Bardin<sup>81</sup>, o entrevistado orchestra o discurso mais ou menos à sua vontade, onde há:

... encenação livre daquilo que esta pessoa viveu, sentiu e pensou a propósito de alguma coisa. A subjetividade está muito presente: uma pessoa fala. Diz “Eu”, com o seu próprio sistema de pensamentos, os seus processos cognitivos, os seus sistemas de valores e de representações, as suas emoções, a sua afetividade e a afloração do seu inconsciente... porque cada pessoa serve-se dos seus próprios meios de expressão para descrever acontecimentos, práticas, crenças, episódios passados, juízos... (Bardin, 2009:89-90)

Essas entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pela própria pesquisadora. As fitas foram destruídas ao final do estudo, conforme sistematiza a método.

A abordagem inicial foi realizada dentro do próprio serviço, ao apresentar o estudo a todos da equipe de enfermagem do Setor de Urgência e Emergência. As entrevistas foram ordenadas conforme manifestação voluntária dos profissionais e, procurando respeitar a disponibilidade destes, foram realizadas no próprio ambiente de trabalho e durante seu horário de serviço, em sala reservada para tal finalidade, com a presença apenas do entrevistador e do entrevistado.

Após a explanação minuciosa do estudo e de seus objetivos, além da garantia de anonimato, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado em duas vias, foi assinado pelo entrevistado conforme interesse na participação do estudo, ficando um exemplar com o profissional e outro com o pesquisador.

Antes de solicitar o relato do entrevistado, foram coletados dados de caráter sócio-cultural para a caracterização dos sujeitos, os quais listam a seguir:

- idade
- sexo
- religião

- escolaridade
- ocupação
- tempo de atuação no Setor de Urgência e Emergência

O roteiro elaborado contém questões norteadoras, definidas como questões que guiam as entrevistas, as observações e as análises desses. Essas começam abertas e tendem a se tornar mais específicas e refinadas à medida que a pesquisa se desenvolve, porém sem perder a intencionalidade proposta inicialmente, baseada no objetivo da investigação.<sup>82</sup> As questões norteadoras agem como facilitadores para a abertura e aprofundamento da comunicação, à procura de falas reveladoras.<sup>76</sup> Nesses termos:

a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (Minayo, 1993: 245)<sup>77</sup>

Focando os objetivos propostos pelo estudo, foram, portanto, elaboradas e apresentadas as seguintes questões norteadoras aos sujeitos da pesquisa:

1. “Conte-me sua experiência com relação ao processo de morte”
2. “Conte-me uma situação onde você teve a oportunidade de compartilhar a experiência do processo de morte do paciente com a equipe e a família”

No decorrer das entrevistas, seguindo as recomendações de Bardin<sup>81</sup>, procurou-se a postura empática, usando o silêncio, as remissões e as respostas-reflexos, para atingir o máximo de espontaneidade dos entrevistados na busca da manifestação do fenômeno e evitando um movimento indutivo por parte do entrevistador. Procurou-se dar espaço às manifestações emotivas, como o choro e o riso, incluindo-as como notas visando enriquecer o conteúdo puramente falado.

As entrevistas apresentaram a duração média de 30 minutos, variando de 20 a 45 minutos. Apresenta-se aqui algumas impressões registradas no decorrer destas.

- O início, no geral, foi marcado por silêncios e reticências, porém fluíram com relativa intensidade e com riqueza de detalhes, principalmente durante os relatos de situações vivenciadas.
- Todas as entrevistas foram permeadas por momentos de grande emoção, com vozes entrecortadas e, em algumas delas, com choros sufocados, sem relação imediata entre essas manifestações emotivas e o fato relatado.
- Os olhares fixos em um ponto qualquer da sala de entrevista, denotando uma forte introspecção de pensamentos e sentimentos, fizeram-se freqüentes diante de nomes de pacientes ou parentes e amigos perdidos.
- As falas em tom baixo e, muitas vezes, em discursos permeados de digressões, tomavam um rumo completamente diferente ao falar-se do pronto-socorro como local de trabalho e da equipe, com o aumento do tom de voz, o vigor do timbre e a concisão do discurso.

Não existiu, em nenhum momento, a pretensão de usar o espaço da entrevista como espaço terapêutico. No entanto, observou-se que estes sujeitos usaram-no para manifestar suas subjetividades, denotando uma forte necessidade de expor seus pensamentos e sentimentos. As entrevistas se ativeram na formalidade apenas em função da pesquisa, pois, ademais, cursaram em tom de conversa informal, permitindo essa abertura por parte dos entrevistados.

### 3.7. A ANÁLISE DOS DADOS

Em busca da compreensão da experiência dos profissionais de enfermagem que atuam no Setor de Urgência e Emergência, os dados obtidos por meio das entrevistas semi-estruturadas, foram analisados segundo a proposta da análise de conteúdo de Bardin<sup>81</sup>.

A análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação constituída por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens expressas. Esse método busca por indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e reprodução dessas mensagens<sup>81</sup>.

Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não-dito), retido por qualquer mensagem. (Bardin, 2009: 11)<sup>81</sup>

O fundamento da especificidade deste método, rapidamente citado acima, reside na articulação entre a superfície dos textos, descrita e analisada, e os fatores que determinam estas características, deduzidos pela lógica. Ao realizar a análise, busca-se uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas (significantes) e as estruturas psicológicas ou sociológicas (significados) dos enunciados, trabalhando com as palavras e suas significações na busca por outras realidades através das mensagens expressas.<sup>76, 81</sup> A intenção do analista é dupla:

... compreender o sentido da comunicação (como se você o receptor normal), mas também e principalmente **desviar** o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira. A leitura efetuada pelo analista, do conteúdo das comunicações, não é, ou não é unicamente, uma leitura “à letra”, mas

antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. (Bardin, 2009: 43)<sup>81</sup>

A análise de conteúdo deve ser objetiva a tal ponto que possa ser reproduzida a fim de obter os mesmos resultados e sistemática de tal forma que o conteúdo seja ordenado e integrado nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas estabelecidos. Para tanto, trabalha com regras previamente determinadas e obedece a diretrizes suficientemente claras.<sup>76</sup>

Existem várias modalidades de análise de conteúdo.<sup>76</sup> O presente estudo optou pela análise temática por considerá-la mais adequada às investigações em saúde e por permitir o tratamento dos dados de maneira satisfatória em vista dos objetivos da investigação.

A análise temática visa a descoberta de núcleos de sentidos (também denominados de unidades de significação ou temas) que compõem uma mensagem, cuja presença ou frequência tenha significado para o objeto estudado.<sup>76</sup> Entende-se os núcleos de sentido como palavras, frases ou pequenos resumos captados do texto analisado a partir do quadro teórico estabelecido previamente. O seu comprimento é variável e refere-se a um conteúdo de ordem psicológica, não puramente lingüístico.<sup>81</sup>

Essa modalidade de análise de conteúdo pode ser executada de duas formas, segundo Bardin<sup>81</sup>:

- contando-se a frequência dos núcleos de sentido, definindo o caráter do discurso;
- identificando a presença de determinados núcleos de sentido, buscando a análise de significados (que denotam estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamentos) dentro da mensagem expressa.

Diante dos objetivos propostos pelo estudo, optou-se pelo tratamento dos dados segundo a lógica da análise de significados. Para atingir essa análise, executaram-se as seguintes fases propostas por Bardin<sup>81</sup> e citadas por Minayo<sup>76</sup>:

- 1) Pré-análise – etapa onde se determinam as unidades de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise, a partir das seguintes tarefas:
  - a leitura flutuante dos documentos a serem analisados, exigindo contato direto e intenso com o material de campo;
  - a constituição do corpus, ou seja, o conjunto de documentos relevantes a serem analisados, que respeitem as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;
  - a formulação e a reformulação de hipóteses e objetivos, possibilitando a correção de rumos interpretativos e abertura para novas indagações;
- 2) Descrição analítica – etapa onde se procede a aplicação das decisões tomadas, ou seja, a codificação dos dados brutos (através do recorte, da agregação e da classificação), visando uma representação do conteúdo ou da sua expressão;
- 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – etapa onde os dados brutos, categorizados, possibilita as inferências e interpretações, relacionando-as com o quadro teórico definido na pré-análise, além de permitir novas dimensões teóricas e interpretativas.

Seguindo o delineamento metodológico proposto e buscando os objetivos estabelecidos, o capítulo seguinte apresenta os resultados obtidos e sua análise.

# Apresentação e Discussão dos Resultados

## 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1. A CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A composição dessa unidade analítica privilegia o perfil individual dos sujeitos do estudo segundo: a idade, o sexo, a religião, a escolaridade, a ocupação e o tempo de atuação no Setor de Urgência e Emergência investigado. (Quadro 1)

Quadro 1. Características sócio-culturais dos sujeitos da pesquisa.

Sujeito	Idade (anos)	Sexo	Religião	Escolaridade (Ensino Formal)	Ocupação	Tempo de atuação
1	40	F	Evangélica	Médio Completo	Auxiliar	5 anos
2	22	F	Católica	Médio Completo	Técnico	3 anos
3	25	M	Católica	Médio Completo	Técnico	2 anos
4	28	F	Católica	Superior Incompleto	Técnico	3 anos
5	54	F	Católica	Superior Completo	Auxiliar	16 anos
6	39	M	Católica	Superior Completo	Enfermeiro	8 anos
7	43	F	Católica	Médio Completo	Técnico	2 anos
8	30	F	Evangélica	Superior Completo	Enfermeiro	8 anos
9	30	F	Não definida	Superior Completo	Auxiliar	11 anos
10	43	F	Católica	Médio Completo	Auxiliar	19 anos
11	52	M	Católica	Superior Completo	Enfermeiro	14 anos
12	32	F	Católico	Superior Completo	Enfermeiro	6 anos

A partir dos dados apresentados no quadro acima, observou-se as seguintes características no grupo estudado:

- predomínio de profissionais do sexo feminino (9 sujeitos);

- média de idade de 36,5 anos, com distribuição etária concentrada nas faixas etárias de 20 a 39 anos (3 sujeitos entre 20 e 29 anos, 4 sujeitos entre 30 e 39 anos, 3 sujeitos entre 40 e 49 anos e 2 sujeitos entre 50 e 59 anos);
- predomínio das religiões cristãs (11 sujeitos);
- apesar dos profissionais de nível médio configurarem a maioria no grupo (8 sujeitos com ocupação de nível médio), a formação de nível superior é preponderante, presente na educação formal de 3 auxiliares/técnicos de enfermagem (7 sujeitos com ensino superior, completo ou não);
- em relação ao tempo de atuação, a média é de 8 anos, sendo que a maioria trabalha no cenário de estudo há mais de 5 anos (8 sujeitos);

O presente estudo, pela proposta metodológica e pelos objetivos almejados, não buscou a análise estatística no grupo dos sujeitos entrevistados, pois a intenção é valorizar o individual. Porém, pensando em representatividade de características sócio-culturais, observa-se que:

- os dados referentes ao gênero são compatíveis com a característica feminina da profissão de enfermagem<sup>35</sup>;
- os dados referentes ao gênero, à idade e ao tempo de atuação no cenário de estudo são compatíveis a um levantamento realizado num serviço de pronto-socorro do município de Campinas, no Estado de São Paulo<sup>83</sup>;
- os dados de religião refletem a hegemonia cristã no cenário brasileiro<sup>84</sup>.

Além disso, procurando contextualizar as falas dos sujeitos e a subjetividade envolvida na produção do cuidado, destacam-se duas características importantes suscitadas nessa etapa do estudo: o feminino e o cristão.

Enfocando a questão do gênero, a sociedade ocidental valoriza os símbolos e o ideário masculinos, representados pelos conceitos de individualidade,

exclusividade, genialidade e independência. Desde cedo, as diferenças dos papéis do homem e da mulher são engendrados na personalidade do indivíduo, onde os conceitos de comunidade, inteligência compartilhada, limitação, dependência e coletividade, próprias do ideário feminino, são colocados em patamar inferior diante dos valores pregados pela sociedade. Isso se faz evidente diante da racionalidade médico-hegemônica prevalente no ambiente hospitalar, onde esse profissional é a personificação do masculino, do patriarcal.<sup>35</sup>

Já a prática de enfermagem, historicamente ligada a pessoas do sexo feminino, traz em si, mesmo que de maneira velada, características pouco valorizadas numa sociedade que prima pelo masculino. Essa constatação ainda é reforçada por uma origem vinculada à Igreja Católica: o trabalho era manual, não especializado, voluntário ou escravo, com cunho caritativo ou de punição, geralmente delegado às mulheres. Essa atividade, desprovida de prestígio e de poder à época, traz reflexos na concepção do trabalho de enfermagem até os dias atuais, onde os princípios de devoção, abnegação e obediência deixam marcas na sua essência.<sup>85</sup>

Ainda pensando na questão religiosa, o cristianismo, segundo alguns autores, é a filosofia de vida que mais fortemente caracteriza a sociedade ocidental. Ele traz uma visão de mundo onde existe o pecado, a punição, a vida após a morte, o julgamento à hora da morte, o céu, o inferno e que o maior pecado é o desejo de se tornar Deus.<sup>86</sup> Há que se considerar que, embora englobe-se a religião cristã para conceituar o grupo de sujeitos, existem entre os cristãos diferenças de dogmas, não sendo objetivo do estudo este aprofundamento. Porém, pensando na subjetividade das pessoas que emitiram as falas analisadas, esse é um ponto importante ao se

discutir percepções e vivências acerca da morte e do cuidado realizado diante dela no ambiente hospitalar.

## 4.2. A ANÁLISE DOS DISCURSOS

A análise dos dados, à luz de Bardin<sup>81</sup> e do quadro teórico proposto, possibilitou compreender a experiência dos sujeitos em torno do cuidado ao paciente em processo de morte e morrer e a vivência desses sujeitos diante da família que perde um ente querido, além de permitir conhecer como essas representações influem no seu processo de trabalho.

Aqui, ao apresentar os dados, os trechos das entrevistas estão associadas aos seus sujeitos, identificadas com números arábicos de 1 a 12, porém não correspondentes à enumeração exposta no quadro de caracterização (Quadro 1).

Na busca dos objetivos do estudo, a análise dos dados permitiu a construção de três categorias temáticas: **As representações da morte, O processo de luto do familiar e A organização do trabalho em urgência e emergência.** Essas categorias, pautadas pelos referenciais teóricos apresentados, procuraram contextualizar e discutir o medo diante da morte, como essa produz mecanismos de defesa e de enfrentamento, individuais e coletivos, além de discutir a produção de atos de saúde dentro da racionalidade do trabalho em urgência e emergência.

#### **4.2.1. REPRESENTAÇÕES DA MORTE**

As falas dos sujeitos demonstraram as diversas situações em que a morte se fez presente nas suas vivências. Observou-se o condicionamento das emoções e reações, bem como o sentido e o objetivo do trabalho, segundo a idade do paciente, a presença de patologias graves e a presença da violência em torno dessas mortes. Para melhor compreensão dos dados, estes foram organizados em duas subcategorias:

##### **4.2.1.1. A morte acolhedora e 4.2.1.2. A morte inimiga.**

###### **4.2.1.1. A morte acolhedora**

Nessa subcategoria, foi possível identificar as representações da morte que permeiam o envelhecimento e a doença. Dentro dessa perspectiva, os sujeitos falaram de suas vivências, indicando formas de produzir o cuidado diante da subjetividade do paciente.

Os sujeitos do estudo, ao referirem-se aos idosos, falaram da morte como evento esperado, entendendo essa como um final previsível e de aceitação mais fácil pelo profissional.

... não estou falando que o idoso tem que morrer. O idoso, ele já viveu uma história. Ele já teve a história dele... ele tem mais aquele pedaço para viver. Ele já construiu uma história, já construiu uma família, ele já viveu, ele já viveu tudo aquilo. (E4)

Eu acho que chegou a hora, eu acho que foi de uma forma bonita que aconteceu... Essa pessoa tem certa idade, tem oitenta anos. Ela já vai ter, tem os filhos dela, tem os netos, talvez bisnetos. (E6)

Essa visão da morte como possibilidade maior no idoso, entendendo que essa pessoa já cumpriu sua missão, sua jornada, e que apenas aguarda o seu fim, apenas reflete a compreensão de uma sociedade que prioriza o produtivo e o belo. Porém, a velhice, associada à perda de capacidades funcionais e cognitivas, à decadência do corpo, não redime quem a vive do temor e da negação da morte.<sup>87</sup>

Kovács<sup>9</sup>, ao falar de envelhecimento, relaciona a morte nessa fase da vida com duas representações contraditórias: o velho sábio que conduz ao desconhecido e a velha encarquilhada, desfigurada e de odor repulsivo. Essas representações refletem a dupla realidade social da velhice: quando as relações humanas são mantidas e quando a solidão prevalece; quando há valorização da experiência de vida e quando há valorização das perdas funcionais; quando o corpo ainda permite a expressão da essência e quando as carnes refletem o adoecimento.<sup>9, 87</sup>

A associação da velhice com a doença se fez presente nos relatos, trazendo uma outra versão da morte: o alívio do sofrimento e da dor.

Porque é um descanso assim, para pessoa de idade. Às vezes, igual àqueles pacientes com neoplasia, já terminais, ou bem velhinhos mesmo, já da idade, então para eles é um descanso. Eles já viveram, né, a vida deles ali. (E9)

Olha, eu acho que o modo a pensar racionalmente, eu acho assim... Se você tem um óbito de um doente de setenta anos, com neoplasia ou, então, outra, qualquer outro tipo de patologia, aí você já quase que se conforma mais, porque o paciente já tem setenta anos, já é... Já teve uma sobrevida, já viveu bastante, já viveu bem e ele está, na verdade, se ele tiver uma neoplasia, já está sofrendo por algum tempo. (E11)

Dentro da realidade hospitalar, o contato com o envelhecer saudável é raro. As vivências dos sujeitos reforçam o conceito do processo de envelhecer marcado

por limitações, dor, perda da função e pobreza. A morte, associada à velhice e à doença, passa a ser entendida como um descanso desejado e como única possibilidade real para o alívio de uma vida martirizada.

Essa percepção, presente nos discursos apresentados, também encontra consonância com alguns estudos<sup>87-88</sup>, onde idosos vivenciavam suas limitações diante de uma doença ou diante da solidão, representada pelo abandono e pela desesperança no ambiente asilar. Estes estudos também observaram que, quando existe um sofrimento importante, seja físico ou psíquico, onde este é entendido como único meio de vida, o desejo da morte impera; no entanto, quando a vida é preenchida de projetos, com a definição de papéis sociais, a morte é negada como em qualquer outra fase da vida.

A doença, associada ao processo de morrer permeado de dor e sofrimento, apresentou-se, nas palavras dos sujeitos do estudo, intrinsecamente vinculada a uma patologia específica: o câncer.

Se é um paciente que está sofrendo, paciente com câncer, um, sabe, terminal... Eu acho que a morte até vem como um presente... Realmente, às vezes, eu acho que alguns pacientes, eles pedem isso... Um paciente que está ali sofrendo, que está, sabe, às vezes, acamado, que está não sei quantos anos acamado, com, sabe, úlcera, com ferida... Ou, então, aqueles pacientes, neo terminal, que fica dependendo de medicação forte, que passou o efeito da medicação, sente dor, sabe... (E8)

O câncer é uma patologia estigmatizada pela sociedade e pelos profissionais de saúde. O silêncio e o afastamento refletem a dificuldade desses profissionais em abarcá-la em toda a sua singularidade, vivida pelo paciente em fase terminal: o contato com esta doença, que representa a dor física, a mutilação e a morte, suscita

uma gama de sentimentos nos profissionais que presenciam sua fase mais avançada.<sup>89</sup> Nesse contexto, a morte, como alívio para a dor do paciente, também foi entendida como o alívio para a angústia do profissional que convive com a visão mais nefasta dessa patologia: as horas próximas do fim.

E aí você vê ali e à hora que ele morre... Parece que dá um alívio. Parece que ele morreu, mas você se sente aliviado. Para nós acabou o sofrimento... Nunca vi uma morte tão bonita! Porque ele descansou. Porque, de certa forma, ele estava sofrendo... A morte que ele merecia assim, sabe, tranquilo... Eu não sei o que o paciente está sentindo, mas a gente olha e fala assim, que parece que tem hora que ele pede. (E8)

A visão da morte como descanso e alívio remete a outra representação da morte, segundo Kovács<sup>9</sup>: o retorno aos braços da mãe, que acolhe e conforta. No entanto, para esta mesma autora<sup>23</sup>, desejar o alívio do sofrimento do paciente e deparar-se com a concretização de sua morte pode levar o profissional a viver tamanha ansiedade, que os sentimentos de culpa diante desse desfecho, apesar de esperado, não são raros.

É diante dessas situações, onde há a limitação e o sofrimento da doença, muitas vezes associada ao processo de envelhecimento do ser humano, que o profissional de enfermagem se deparou com a subjetividade do paciente. Observou-se que na compreensão do outro, na sua dimensão mais humana e, portanto, complexa, o estabelecimento do vínculo foi condicionado a uma temporalidade não cronológica, relacionada à presença de vida que possibilitou a confiança do paciente através do olhar, do toque e das palavras.

Paciente que fica aí, com a gente. Por menos contato que você tenha... Você acaba se apegando ao paciente... Porque ele olha para você assim,

sei lá, você se identifica ali, com ele no momento. O pouco contato que você tem ali, com ele... (E4)

Segundo Guareschi<sup>67</sup>, ao citar Lévinas, a percepção da subjetividade do outro ocorre inevitavelmente, pois

... o rosto é inviolável; esses olhos absolutamente sem proteção são a parte mais nua do corpo humano, e contudo oferecem a mais absoluta resistência à proteção, resistência absoluta na qual se apóia a tentação do assassino: a tentação de uma negação absoluta. O outro é o único ente que se pode estar tentando matar... Ver um rosto já é escutar: não matarás! (Guareschi, 1998: 158)

A percepção da subjetividade do outro, permitiu aos profissionais da presente investigação identificar sentimentos e angústias vividas pelo paciente que entra em contato com a possibilidade da sua própria finitude.

Porque, geralmente, a pessoa está num estado de angústia... E independente da religião, a pessoa geralmente está procurando conforto, está precisando de algo para se apoiar, né!... porque o ser humano é espiritual também, ele precisa disso, principalmente nesse momento de morte. (E1)

Porque uma coisa que eu vi, de todos os óbitos que eu vi, o maior medo de uma pessoa que tem lá, que vai morrer, principalmente paciente terminal que sabe que vai morrer, é de morrer sozinho... Todo medo de qualquer paciente que vai morrer é de ele morrer sozinho. Eu não sei o que acontece por trás disso, toda a espiritualidade por trás disso... (E3)

... ele começou a gritar, gritar, gritar e apagou! Ele estava morrendo! O desespero da morte dele, né... (E2)

Eu acho que eles pressentem, eles já sabem, eles sentem que vão morrer... alguma coisa ali faz, sei lá, faz eles pressentirem isso, que eles vão morrer... A hora que começa a dar aquela angústia, querer sair, querer sentar, é medo que eles têm. (E5)

A necessidade de conforto, o medo da morte, a angústia e a solidão são vivências muito intensas no paciente que confronta a morte no ambiente hospitalar e numa sociedade que procura negá-la de todas as formas. A compreensão dessas vivências pelos profissionais possibilita o cuidado voltado para a subjetividade do outro diante da morte.<sup>17, 48</sup>

Percebendo o medo da morte no outro, com todas as suas vicissitudes, os sujeitos da investigação mobilizaram-se no intuito de produzir cuidados com os recursos internos que estes dispunham para enfrentar a situação. As falas, a seguir, demonstram essa dimensão cuidadora do profissional de enfermagem:

Quando eu tenho o oportunidade eu oro com os pacientes... Você não conseguiu salvar aquela vida, mas acho que você conseguiu amenizar um pouco... Eu oro para a pessoa para que ela se sinta amparada... (E1)

E no dia do óbito dele, eu estava presente. Ele, segurando a minha mão... Ele me pediu para eu não sair de lá e ele morreu... (E3)

Kübler-Ross<sup>48</sup>, ao falar da importância de não se abandonar o paciente que vive sua terminalidade, ressalta a importância desses momentos onde a dimensão cuidadora do profissional emerge: “Não passam de breves momentos mas, para o paciente, é reconfortante sentir que não foi esquecido quando nada mais pode ser feito por ele.” (Kübler-Ross, 2005: 119)

O “estar ao lado”, relatado pelos sujeitos, é cuidar do paciente que enfrenta a proximidade da morte. Para Cassorla<sup>49</sup>, a realidade da morte pode defrontar os profissionais de saúde com sua impotência, mas:

Na verdade, a potência do profissional de saúde residirá justamente na sua capacidade de “estar ao lado”, dando as melhores condições de vida a seu

paciente e continuando junto quando a morte, inevitável, vier. (Cassorla, 2008: 19)

Além da presença, não apenas física, mas como forma de cuidado, os sujeitos relataram situações onde o toque, como demonstração de aceitação e empatia, foi utilizado como meio de conforto diante da ansiedade gerada pelo fim próximo. Nesse sentido, pensando no exercício profissional da enfermagem:

... o toque tanto pode ser utilizado somente como instrumental, quando se executam técnicas como sondagens, curativos e administração de medicamentos, como pode ser utilizado de maneira mais consciente, quando o toque é expressivo, para oferecer ao paciente/cliente uma assistência embasada no objetivo de encorajá-lo a se comunicar e demonstrar aceitação e empatia, entre outros aspectos. (Dell'Acqua et al, 1998: 18)<sup>90</sup>

A espiritualidade/religião também surgiu nas falas dos sujeitos como forma de cuidar. Segundo Macieira<sup>91</sup>, esta faz parte da existência humana e pode ser usada como recurso de enfrentamento e suporte nas situações de crise, como a vivência da própria terminalidade. Portanto, atentar-se às necessidades espirituais dos pacientes pode auxiliar a vivência da morte destes, porém, não se deve impor qualquer tipo de atendimento nessa área: o respeito às crenças e a fé de cada indivíduo deve ser prioritária, pois o uso negativo e a imposição de uma conduta espiritual ou religiosa pode conduzir a um cuidado não cuidador.<sup>91-92</sup>

Importante ressaltar aqui que espiritualidade não é o mesmo que religião: a primeira é definida como a busca individual pelo sagrado ou divino, através das experiências de vida, não necessariamente relacionada às instituições religiosas, e implica na procura de respostas para questões essenciais ao homem, como o sentido da vida, da doença, da morte e do sofrimento; já a segunda, um conjunto de crenças, práticas e linguagem, pode ser uma das formas de manifestação da espiritualidade

que busca o significado da transcendência de um modo particular, geralmente baseado na crença em uma entidade superior.<sup>91</sup>

Saporetta<sup>92</sup>, ao revisar a literatura existente sobre espiritualidade, encontrou dados relevantes que enfatizam a importância dos aspectos religiosos e espirituais no cuidado aos pacientes, onde estes, em sua grande maioria, expressaram o desejo de que seus valores espirituais fossem considerados pelos médicos e que estes rezassem com eles.

Apesar dos relatos que indicavam um cuidado de enfermagem voltado para as necessidades do paciente, os sujeitos admitiram que esta não é uma realidade cotidiana no ambiente de urgência e emergência. Para tanto, expuseram críticas e questionamentos que indicaram a disposição para repensar o cuidado produzido.

... não é porque você está morrendo, você fica largado. Não é largar! Entendeu, acho que você tem que cuidar. (E10)

Tem gente que nem conversa, não está nem aí, taca a medicação lá e vai embora e vai conversar lá fora... E a gente tem que aprender assim, a conversar com a pessoa, pelo menos perguntar como está, se ela está bem, como vai. (E7)

Será que eu agi com respeito? Será que eu prestei o atendimento que era para eu ter prestado? Será que eu fiz tudo que eu podia ter feito?... Será que eu estou lá na hora? Será que eu ajudei? Será que eu fiz um pouco o papel da família nessa hora? (E3)

Repensar o cuidado oferecido a partir da percepção da subjetividade dos pacientes é o primeiro caminho a se tomar para dignificar o momento da morte no ambiente hospitalar.<sup>17, 48</sup>

Ao considerar-se a representação da morte, principalmente, como alívio do sofrimento, os sujeitos permitiram a abertura ao contato com as necessidades de quem vivencia a própria terminalidade. No presente estudo, a percepção dessa subjetividade revelou-se potencialmente reveladora e transformadora do ato de cuidar.

#### **4.2.1.2. A morte inimiga**

Esta subcategoria apresenta outras representações da morte ligadas aos eventos abruptos, onde a morte surge com o sentido de corte e interrupção. É diante desta concepção, que os sujeitos falam de suas vivências e de seus limites, expressando o sentido do trabalho centrado na ação, no fazer e na técnica.

Nesse contexto, a vida, no jovem, é significada de forma antagônica à vida no velho diante do fenômeno da morte: ela é plena, cheia de possibilidades e projeto inacabado. A morte é percebida, então, como algo indesejável e temido, pois ela, como colocam os sujeitos, é contrária à vida, ao belo e ao produtivo.

É contra as leis da humanidade, né, da vida em si, né... (E1)

É porque ele era novo, também. E bonito, forte, sabe... eu não esqueço do rosto dele até hoje. (E2)

... quando você tem um óbito de um jovem ou numa idade que a gente diz produtiva, então você já fica mais com aquele sentimento de, assim, que ele poderia viver mais, que ele teria um processo de uma vida mais longa, né. (E11)

Aqui, segundo Kovács<sup>9</sup>, a morte é entendida como corte e interrupção, levando a uma clássica representação ocidental desse fenômeno: o símbolo da foice nas mãos da morte que ceifa as vidas.

A idéia de corte, apesar de surgir com maior ênfase nos relatos contextualizados pela juventude, também foi identificada nas situações em que ocorria a quebra inesperada do cuidado: novamente, é a morte que rouba toda e qualquer possibilidade de vida, mesmo diante dos esforços dos profissionais, suscitando o sofrimento desses sujeitos. Nesse sentido, o corte é entendido não apenas como a interrupção da vida do paciente, mas principalmente como interrupção dos esforços despendidos naquele ser em processo de restabelecimento de sua doença.

Ele ficou super bem a noite inteira, ele melhorou. E, no outro dia, eu fiquei sabendo que tinha morrido. Mas aquilo foi duro para mim, também... Ele estava bem e no outro dia ele morreu! É complicado. Eu acho que é pior ainda quando a gente passa assim, o plantão inteiro cuidando, a pessoa bem... (E2)

... tinha uma paciente que foi a óbito aqui, que eu sai mal do plantão. Mal, mal, mal mesmo. Porque a paciente estava de alta e, do nada, parou e foi... (E6)

Eu chorei, eu chorei, porque eu não me conformava, porque ela estava aparentemente tranqüila, comeu super bem. E depois ela veio a falecer, entendeu. (E10)

A compreensão da morte como resultado inesperado do cuidado, não da vida ou da doença, levam os profissionais de saúde a entrarem em contato com suas limitações, suscitando sentimentos de culpa, frustração e impotência.<sup>23</sup>

A morte permeada pela simbologia da foice, além de vinculada à idéia de corte sobre o cuidado, foi relacionada inúmeras vezes com a juventude. Nessas situações, esse morrer foi atribuído ao descuido e à falta de habilidade, ocasionando as mortes por causas violentas, principalmente aos acidentes automobilísticos. Na ótica dos sujeitos, essa morte é evitável, desnecessária e sem lógica.

Ele breca aquela história na metade, ali, por uma coisa que ele poderia ter evitado... Acidentes que a gente vê chegar aqui, que não precisava ter acontecido. (E5)

Porque ele tem a vida toda!... Está com a vida toda começando e morre, de bobeira, né! (E6)

... quando é acidente de trabalho. Eu acho que, sabe, que é meio revoltante, né, você pensar assim. Nossa, a pessoa estava lá, trabalhando, né, e, de repente, aconteceu alguma coisa. (E9)

Mas o pior é você ver gente nova que perdeu a vida por coisas banais. Acidentes, intoxicações, tentar suicídio que acaba dando certo. (E5)

E esses meninos que vêm aqui, sofrem acidentes assim. Tem uns que aconteceram porque tinha que acontecer, mas tem uns que não têm amor à vida, né... Eles se arriscam muito, faz loucura, é acidente de moto, é isso, é aquilo... Não respeitam nada... É igual à intoxicação. Por que é que faz isso?... É gente jovem! Não sei. Eu acho que é falta de amor à vida, amor próprio deles. (E7)

Para Cassorla<sup>8</sup>, a percepção do descuido e da inabilidade é o primeiro passo contra o fenômeno da negação da morte, pois:

Todos estamos programados para morrer. Fatores externos como inimigos, acidentes, catástrofes naturais, guerras, etc., apenas aceleram o que já está programado. Quando atribuímos a morte apenas a fatores externos negamos que a morte vem, em última instância, de dentro do ser humano. (Cassorla, 2007: 276)

Acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, uso incorreto de medicações são possíveis formas de autodestruição, a partir do momento em que não há espaço para se pensar no sentido da vida. A busca pelo prazer momentâneo funda-se no princípio da própria imortalidade, ou seja, não existem limites e as conseqüências são imprevisíveis quando o indivíduo não toma ciência da possibilidade de sua própria finitude.<sup>13, 22</sup>

Ao relacionar a juventude com as causas violentas de morte, o suicídio surgiu nas falas dos sujeitos em diversos momentos. Para Cassorla<sup>22</sup>, o ato suicida em si e suas formas veladas, os atos de autodestruição, suscitam nos profissionais sentimentos de impotência complicados por posturas de negação e racionalização.

Mas eu acho que o pior de tudo foi um menino que chegou, se enforcou... Nem deu tempo de fazer nada... O menino tinha a vida inteira pela frente... O menino tinha dezessete para dezoito anos. Ele chegou parado, com a marca certinha no pescoço. Não tinha nada que levasse àquilo... Não tinha nem como fazer alguma coisa. Chegou e nem tinha como reanimar, que já tinha muito tempo... Eu acho que foi a situação mais difícil, ali, pela sensação de impotência, de eu não poder fazer nada... (E6)

A postura de racionalização, procurando uma relação de causa-efeito para o ato de suicidar-se é muito freqüente entre os profissionais de saúde. Porém, como coloca Kovács<sup>93</sup>, esse evento:

... não pode ser ligado de forma simplista a um determinado acontecimento como rompimento amoroso ou perda de emprego. Trata-se de um processo, que pode ter tido o seu início na infância, embora os motivos alegados sejam tão somente os fatores desencadeantes. (Kovács, 2008: 173)

Cassorla<sup>22</sup> atenta ao fato de que o suicida, normalmente, suscita nos profissionais de saúde sentimentos agressivos e uma postura de reprovação, pois o

aspecto manipulativo do ato é o que mais irrita a equipe. Enquanto um quer salvar, o outro quer morrer, e isto exacerba a sensação de impotência, culpa e remorso desses profissionais. Soma-se a isso, como coloca o autor, que, na maioria dos casos, esse suicida que concretizou o seu desejo de morte já expressara o seu “pedido de ajuda”, através de tentativas frustradas, que foram ignoradas e desprezadas diante desse componente agressivo que emerge dos profissionais de saúde.

Importante ressaltar que, considerando a religiosidade como forte influenciador sobre as posturas diante do ato suicida<sup>22</sup>, o comportamento de reprovação e agressividade pode ser reforçado pelo perfil cristão dos entrevistados, potencializando os sentimentos de impotência e culpa. Diante da fala apresentada, observa-se a ansiedade que o ato declaradamente suicida produz nos sujeitos

Ainda no campo dos comportamentos autodestrutivos, Cassorla<sup>22</sup> fala das reações de aniversário, embasado em suposições construídas a partir da prática clínica: datas onde, no passado do indivíduo, ocorreu uma perda importante em que o luto não foi elaborado de maneira saudável; a dor da separação, a culpa e a revolta, ainda presentes no inconsciente, ocasionam predisposições de comportamento e do próprio funcionamento biológico para a autodestruição. O autor, para a melhor compreensão do fenômeno, exemplifica:

Uma pessoa sofreu enfarte do miocárdio, em 17 de fevereiro, aos 33 anos de idade, e havia tido outro aos 22 anos, aproximadamente na mesma data. Estudando o caso, descobre-se que, nessa mesma data, quando tinha 18 anos, um amigo íntimo havia falecido, num desastre, após o que a pessoa sobrevivente passou a se sentir culpada, perseguida e responsável pelo que ocorrera. Na análise, apareceram as fantasias inconscientes relativas ao desejo de morte desse amigo e a culpa por ter sobrevivido. (Cassorla, 1998: 110)

As reações de aniversários, entendidos, nesse contexto, como formas inconscientes de autodestruição, suscitam nos sujeitos sentimentos de impotência,

semelhantes àquelas que emergem diante do suicídio, mesmo que velados na sua racionalidade cotidiana.

Foi a mãe naquele Dia das Mães, para dar a notícia para a família, as filhas... Você está aqui, no Dia das Mães, você não está passando na sua casa, você vê uma família acidentada e você dá uma notícia para aquela família, que não vai ter mais aquela mãe ou aquele pai. (E4)

Ele evolui para óbito... Já me comovi por ver a data desse nascimento que era a mesma data da morte... Ele estava fazendo vinte anos naquele dia e naquele dia ele tinha morrido. (E8)

Dentro do contexto das salas de emergências e diante da representação da morte enfatizada até aqui, que rouba as vidas dos pacientes, o elemento cognitivo e emocional do adolescente que desafia a morte também é visualizado nas ações e no cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem: imbuídos de uma pretensa onipotência entre a vida e a morte, buscam dominá-la e controlá-la. Segundo Kovács<sup>23</sup>, é nessa situação que o sentimento de impotência surge com toda a sua força nesses trabalhadores.

Muita coisa que chega, uma pessoa jovem, uma pessoa que até às nove da manhã era saudável e, de repente, tem uma crise de alguma coisa que ninguém sabe o que é, chega aí, pára e ninguém consegue reverter. Eu acho assim, é muito chocante, porque dá uma sensação de impotência assim, né. Ninguém pôde fazer nada... é triste a gente não poder fazer, a gente não conseguir. (E1)

Aí, então, eu cheguei na sala e me empenhei em cima do rapazinho, do menino... Eu fiquei tão alucinada... Mas eu cheguei a grudar nele e pedia para ele respirar... Aí, a hora que eu sai da sala, assim, eu sai chorando. (E5)

... na hora em que você está atendendo ali, independente do que é, você fica meio que torcendo... aí, à hora que não volta, você fica meio frustrado porque você... Será que não dava para ter feito mais alguma coisa?... Paciente jovem ou, de repente, um paciente que estava bem e, de repente, parou... Ai, será que, se a gente não tentasse mais um pouco, ele não voltava?... Então, acho que a morte faz com que a gente se sinta impotente, né. Porque ali acabou, você já não tem mais o que fazer. (E8)

É um sentimento de insucesso... Às vezes, tem caso que você fica até meio assim, com uma sensação de falta de competência, entendeu... Então, tem alguns casos que, realmente, você fica pensando se houve algum tipo de falha, se poderia fazer alguma coisa para que aquilo não acontecesse. Tem casos que me incomodam. (E11)

Então, reanima lá os vinte minutos, os vinte e cinco minutos que seja e não volta. E a gente fica também, naquela situação, tipo: fizemos o que tinha para fazer ou será que poderíamos ter feito além, mais alguma coisa. (E12)

O sentimento de onipotência leva os sujeitos à ênfase na ação e na técnica ao entenderem a morte como sua grande inimiga e fonte de sentimentos desconfortáveis de limitação e incapacidade. Portanto, para Kovács<sup>23</sup>, o desejo de ser herói, centrando os cuidados na cura e nos procedimentos, manifesta uma fragilidade que elabora estratégias de enfrentamento diante da inexorabilidade da morte, sempre vencedora nessa batalha.

Eu verifiquei a PA dele e eu tive a impressão que ele tinha pulso... Nossa, eu fiquei tão feliz que aquele menino tinha pulso, sabe assim. Foi uma coisa ilusória assim. Foi uma situação muito triste!... Foi a óbito mesmo, não conseguiram reverter. Aquele episódio, assim, foi bem marcante, por ser menino novo e porque trauma abdominal fechado é difícil mesmo, para eles perceberem... Fizeram ultra-som, fizeram um monte de exames e não acharam nada. (E1)

Primeiro eu tenho que ver o que eu vou fazer, porque essa vida depende de mim, da equipe, né... age com a razão primeiro, na hora da emergência ou na hora da parada, na hora da reanimação, ali... Você faz o que tem que fazer, né... Muda, faz, pega o acesso, faz tudo, prepara a medicação, né... eu preciso saber onde tem adrenalina, atropina, onde tem seringa, onde tem abocath, soro, porque se chegar uma parada e aí eu não tenho material de intubação... Se chegar uma emergência, eu tenho que ser rápida. (E8)

A importância dada ao ato de salvar uma vida, permeada por terminologias inerentes ao ambiente hospitalar, constitui a forma mais difundida de negação da morte na sociedade ocidental.<sup>20</sup> No âmbito do indivíduo, mecanismos de enfrentamento são elaborados diante do medo da morte, que é inerente a qualquer ser humano. No profissional de saúde, a maneira de combater o inevitável resume-se na dedicação ao estudo das ciências médicas, que oferecem caminhos para combater e dominar a morte.<sup>8</sup>

Essa estratégia de enfrentamento, estimulada pela sociedade e pela mídia, envereda a cultura hospitalar aos atos de saúde centrados nos procedimentos, onde em cenários, como o do presente estudo, o objetivo do trabalho é enfatizado em torno do “salvar vidas”. Os dados analisados, dentro da perspectiva das representações da morte, possibilitaram identificar “a morte inimiga” como a origem da racionalidade técnica, centrada na ação e nos procedimentos, e “a morte acolhedora” como a grande mobilizadora da consciência para a subjetividade do outro.

## **4.2.2. O PROCESSO DE LUTO DO FAMILIAR**

O contato com a dor e a perda de uma familiar, que presencia a morte de um ente querido no ambiente hospitalar, pode gerar conflitos de sentimentos que orientam o cuidado do profissional em torno dessa pessoa enlutada.

Os dados da presente investigação foram organizados e analisados a partir das situações relatadas pelos sujeitos, onde o familiar estava envolvido: diante do sofrimento presenciado, os profissionais de enfermagem aproximavam-se ou afastavam-se. Procurando compreender o que leva à produção do cuidado nesse âmbito, a análise das falas permitiu a construção de duas subcategorias: **4.2.2.1. A alteridade como abertura** e **4.2.2.2. O sofrimento como limite**.

### **4.2.2.1. A alteridade como abertura**

O exercício da alteridade e da empatia permitem a compreensão do outro e de si mesmo numa relação onde as subjetividades envolvidas se transformam e dão novos significados para as suas existências no mundo.<sup>68</sup> Embasando-se nesses preceitos, os dados foram analisados e permitiram identificar os sentimentos dos sujeitos diante do sofrimento da família que perde um ente querido nas salas de emergência.

A gente se coloca no lugar, porque a gente sabe que poderia ser um familiar da gente e como que a gente ia se sentir, entendeu. Eu sempre me emociono, eu sempre fico muito triste quando vem a família. (E1)

O pior é quando você vê a família lá na porta, quando é uma mãe ou um pai, que fica chorando ali... A família chorando. A gente se põe no lugar,

porque a gente não sabe se um dia é o pai da gente ou a mãe da gente que entra pela porta, né! (E4)

Presenciar a perda vivida pelo outro suscita nas pessoas sentimentos de compaixão e solidariedade, mas, principalmente, a possibilidade das próprias perdas e o contato com as próprias vivências de luto. Este último não faz referência apenas às mortes concretas, mas também aos vários tipos de acontecimentos, tidos como mortes simbólicas, onde a pessoa perde algo conhecido e vive o desconhecido.<sup>94</sup>

O contato com a família enlutada pode tornar-se uma grande fonte de sofrimento para o profissional da saúde, pois a perda, por se tratar de uma representação de morte mais concreta, evoca sentimentos mais fortes em quem a vive e em quem a assiste.

A morte como perda nos fala em primeiro lugar de um vínculo que se rompe, de forma irreversível, sobretudo quando ocorre perda real e concreta. Nessa representação de morte estão envolvidas duas pessoas: uma que é “perdida” e a outra que lamenta esta falta, um pedaço de si que se foi... A morte como perda evoca sentimentos fortes, pode ser então chamada de “morte sentimento” e é vivida por todos nós... Ela é vivenciada conscientemente, por isso é, muitas vezes, mais temida do que a própria morte. Como esta última não pode ser vivida concretamente, a única morte experienciada é a perda, quer concreta, quer simbólica. (Kovács, 2008; 154)<sup>93</sup>

Portanto, as vivências das próprias perdas, mais concretas que a própria morte, facilitam a abertura da subjetividade do profissional de enfermagem ao sofrimento do outro: as falas apresentadas demonstram claramente a identificação dos sujeitos com os familiares, onde as relações de empatia despertam a compreensão da dor gerada pela perda experienciada pelo outro.

Principalmente quando o paciente chega parado, geralmente a família tem o sentimento de culpa muito grande... o acompanhante também se sente

muito responsável por aquilo... se você se colocar no lugar deles, você vê que é difícil. (E1)

Sempre vai ter alguém que vai chorar por ele... Às vezes, o choro não é nem tanto porque a pessoa morreu, mas, às vezes, é remorso. (E3)

A aceitação das pessoas de perder um pai, a mãe, que é lógico, é da vida, é completamente diferente de você perder um filho, independente do valor da idade, se é uma pessoa sadia, que não tem história de doença, não tem nada. (E6)

E a hora que essa família chegou, foi assim, uma cena muito triste, porque esse pai e essa mãe, assim, eles não se conformavam porque a última vez que eles viram o filho deles, estava bem, né... O pai estava tão desesperado... e o pai falando com o filho como se o filho estivesse vivo.... Então, assim, ele se sentia culpado porque ele estava no volante. (E8)

Nossa! Isso é cruel. Uma pessoa não está, naquele momento, conseguindo ver que a pessoa morreu, né. Ela acha que está ali. Então isso abala: de não tomar o conhecimento da morte ali, no momento, o não aceitar... Você sabe que amanhã ou depois, né, vai cair a ficha, mas a situação de não cair a ficha na pessoa e você ver ela ali. (E12)

O luto ocorre por perdas de pessoas e suscitam uma vivência permeada de dor, tristeza e medo. A maneira como essas pessoas encaram esse evento depende do estágio de desenvolvimento em que elas se encontram, dos seus fatores constitucionais e de suas experiências vividas. O processo de luto ocorre em fases ou estágios, porém sem um limite temporal definido, pois depende da situação em que ocorreu a morte e quais os mecanismos de enfrentamento que essa pessoa pode elaborar.<sup>93, 95</sup>

Ao considerar as situações que envolvem separações de forma abrupta e inesperada, como nos casos de acidentes automobilísticos e de suicídio, a perda tem

uma potencialidade de desorganização, paralisação e impotência, dificultando o processo de elaboração do luto de forma consciente. Diante dessas circunstâncias, os sentimentos de culpa e as ideias de acompanhar o morto são muito frequentes.<sup>93</sup>

Já nas situações que envolvem um período longo de cuidados, como nos casos de doenças graves e progressivamente limitantes, pode ocorrer o processo de luto antecipatório, muitas vezes permeado pela degeneração física e psíquica. A separação, iniciada precocemente pela perda de uma companhia em atividades corriqueiras, pode gerar sentimentos ambíguos: o desejo da morte como alívio, tanto para quem cuida como para aquele que é cuidado, e a culpa por esse mesmo desejo e por acreditar que a atenção e os esforços despendidos não foram suficientes para evitar a morte.<sup>93</sup> As falas a seguir exemplificam essa percepção:

Quando se tem a história de doença, é um pouco mais fácil de trabalhar, porque a pessoa já tem um certo preparo, já está sabendo que vai acontecer aquilo. (E6)

Eu acho assim, que é um momento muito triste, né. Tanto para a gente, que é profissional, como para a família... O doente, ele está doente, mas a família também, talvez, esteja, no momento, muito mais doente do que o próprio doente. Principalmente, quando o paciente é terminal... A família fica naquela agonia... (E11)

Importante ressaltar que, considerando o cenário do estudo, a fase de luto enfatizada aqui é a fase do choque, onde ocorre o conhecimento da perda. É o momento em que predominam desde as reações de anestesia até os ataques de pânico e raiva, sempre envoltos de muita tensão.<sup>93-94</sup>

Diante dessas considerações sobre o luto, a espiritualidade e a religiosidade, compreendidas como importantes elementos influenciadores para a elaboração dessa vivência<sup>91-92</sup>, também emergem das falas dos sujeitos.

E tem muito a ver assim, muita coisa assim, que, às vezes, a gente crê. É o lado da religião, de cada pessoa... Como ela vai reagir, porque a gente não sabe quais são os princípios dela, o que ela tem de base, de família, como essa pessoa está preparada para encarar a morte. (E8)

A espiritualidade/religiosidade é um elemento fundamental na construção do próprio sujeito e tem um papel importante ao ajudar a compreender o sentido do adoecimento, além de trazer significado para o sofrimento, para as perdas, separações ou aproximações da morte.<sup>91-92, 96</sup>

Além das circunstâncias que envolvem a morte e os fatores constitucionais do enlutado, o relacionamento que este mantinha com o morto também influencia no processo de luto. Os últimos momentos vividos constroem uma imagem muito marcante no familiar que, desejando evitar a visão do morrer, delegam ao hospital a árdua tarefa desse cuidado.<sup>93</sup> Isso suscita sentimentos diversos nos profissionais de saúde, oscilando entre a compreensão e a indignação.

Às vezes, a própria família traz o paciente para morrer aqui... Ela trouxe aquele pai dela ali, ela mandou sedar e foi embora simplesmente... Eu acho que ela deveria ter ficado ali, até esperar assim a hora da morte, pelo menos... Parece que ela já estava esperando, mas ela foi embora! [tom de indignação] (E7)

Porque para morrer em casa, pelo problema dela, ela vai sentir muita dor, entendeu... (E10)

Ao falar dessa dificuldade que o familiar enfrenta diante da terminalidade de um ente querido, Kübler-Ross<sup>48</sup> discute a questão da seguinte maneira:

Como o paciente em fase terminal não pode encarar a morte o tempo todo, o membro da família não pode, nem deve, excluir todas as outras interações para ficar exclusivamente ao lado do paciente. Às vezes, ele também sente necessidade de rejeitar ou fugir às realidades tristes para encará-las melhor quando sua presença se fizer mais necessária. (Kübler-Ross, 2005: 165)

No entanto, mesmo perante a dura realidade das horas próximas à morte, o familiar sente a necessidade de estar ao lado do paciente, esclarecer mal-entendidos e resolver situações que ficaram em aberto, ou seja, despedir-se. A possibilidade de viver esses momentos influi de maneira importante sobre a elaboração da perda.<sup>48, 93</sup> Os sujeitos, ao permitirem a abertura à subjetividade do outro, falaram da percepção dessas necessidades:

Eu acho, que nesse momento, é muito importante a família estar do lado do paciente, né. Porque é um sofrimento, né. É bastante difícil. Não é fácil, não... Você convive com a família do doente, porque é o horário de visita. Às vezes, ele quer ver o doente que está grave... (E11)

Quando o princípio da alteridade suplantou a impotência diante do sofrimento do outro, os sujeitos passaram a repensar em seus papéis diante da morte, mobilizando-os para os atos de saúde onde predominou a dimensão cuidadora.

Eu acho que consegui conversar com ela... deixou ela mais calma assim, sem o sentimento de culpa... (E1)

Particularmente, dependendo do caso, eu deixo dar uma olhadinha se é um paciente que está muito mal, está em fase terminal. Se não tiver problema para ninguém, eu deixo dar uma olhada, converso na medida do

possível, explico... Porque uma palavra sempre é boa assim, nessas horas... (E2)

... a gente vai conversando com o familiar. E é muito triste. Eles vão falando... a gente vai conversando, a gente vai acalmado o familiar... tem que saber ouvir as pessoas... o lado da família... (E7)

Porque eu não sei chegar, largar a família lá fora ou largar a família no corredor sem estar conversando, estar orientando... Às vezes, eu coloco o doente numa sala para ele, para a família ficar junto... (E11)

Estar ao lado, ouvir, compartilhar e permitir a despedida não são, normalmente, cuidados estabelecidos em normas e rotinas adotadas pelas instituições de saúde. Estas atitudes exigem uma intencionalidade e um envolvimento que despertam de uma relação entre sujeitos, onde, no ambiente hospitalar, o compromisso e a responsabilidade perante as necessidades do outro devem imperar. Nesse contexto, Boemer<sup>46</sup> enfatiza o papel dos profissionais de enfermagem da seguinte maneira:

Dignidade diz respeito a cuidados de higiene, conforto e alívio da dor, estabelecimento de vínculos com o doente, incentivo de sua autonomia. A enfermagem pode imprimir graus de assistência dessa natureza, ainda que inserida em instituições burocráticas, ainda que sob o poder institucional, ainda que sob o poder médico... De que forma? Abrindo fendas, concessões, atendendo aos seus pequenos grandes desejos, burlando e mesmo subvertendo, se necessário for. Pode usar o seu poder periférico... (Boemer, 2007: 195)

Pensando nesse cuidado, que considera a subjetividade do outro, Kovács<sup>93</sup> enfatiza a importância de se conhecer os elementos do processo de luto, permitindo a manifestação dos sentimentos do familiar enlutado, principalmente na fase de

choque. Os sujeitos do estudo, ao exercerem o princípio da alteridade, demonstraram como isso é possível:

Eu me envolvi com a família! Então, na hora que teve o óbito, acabei ficando junto com a família, eu estava lá, junto. Mas, tinha o que falar? Não tinha, mas só de estar junto... Eu acho que você tem que dar um apoio assim, às vezes, um abraço só, mas não tem muito nessa hora... Acho que tem deixar a pessoa chorar mesmo, desabafar, pensando que foi ela e com a pessoa. (E3)

Estar ao lado do familiar e deixar aflorar os sentimentos que eclodem diante da perda, acolhendo o outro na sua dor, também são colocados, por Kübler-Ross<sup>48</sup>, como importantes formas de cuidar:

... deixem o parente falar, chorar ou gritar, se necessário. Deixem que participe, converse, mas fiquem à disposição. É longo o período de luto que tem pela frente, quando tiverem sido resolvidos os problemas com o falecido. (Kübler-Ross, 2005: 184)

Mesmo entendendo a necessidade do enlutado de fazer-se presente, de despedir-se e de expressar a sua dor, os sujeitos trouxeram à tona algumas situações, onde a imagem da morte foi entendida como repulsiva e traumatizante por estar relacionada às mutilações causadas por atos de violência.

o óbito não é uma coisa bonita. Então, tem óbitos que eu acho que não tem que ficar também, em termos de família... Eu acho que nós, profissionais da área ali, que temos que fazer esse papel. (E3)

Essas situações particulares, referidas pelos sujeitos da investigação, também foram discutidas por Kovács<sup>93</sup>, que entende que:

Mortes inesperadas são bastante complicadas, pela sua característica de ruptura brusca, sem que pudesse haver nenhum preparo. A mutilação do corpo costuma ser um fator agravante, acarretando freqüentemente revolta

e desespero. Sabe-se que o estado em que fica o morto pode ter fortes influências nas memórias e lembranças que se têm dele. (Kovács, 2008, 159)

Mesmo considerando as necessidades do familiar, os sujeitos relataram algumas situações em que se sentiram impelidos a protegê-lo da imagem de um corpo violentado pela morte inesperada. A ansiedade gerada pelo sofrimento e pelo desespero do outro, subentendida nas falas, levou à busca de outros recursos, além do cuidado relacional: a medicalização da dor.

... à hora em que o serviço de retirada do corpo veio para buscar, a gente até assim, tomou o cuidado de tirar a mãe antes, levá-la para uma salinha, tentar dar um calmante, medicá-la, e tirar o pai dali... Porque a gente fez o que pôde... A gente querendo poupar a família, né. (E8)

A dor e o sofrimento diante da separação e da perda são reações naturais e estão presentes em todas as formas de luto. Na tentativa de diminuir a própria ansiedade com a medicalização da dor, o profissional de saúde pode suprimir uma das formas do familiar vivenciar a perda na sua autenticidade, com a expressão dos sentimentos que envolvem esse fenômeno, resultando na elaboração de um luto potencialmente patológico.

Nesse contexto, os sentimentos que permeiam o processo de luto representam o conflito entre a dimensão cuidadora e a dimensão profissional-específica: desejando confortar o desespero, a revolta e a anestesia, estes podem ser tomados como sinais e sintomas que necessitam ser medicados. Um olhar mais cuidadoso sobre essa atitude permite refletir sobre os limites entre o normal e o patológico, onde os sentimentos angustiantes deixam de ser legítimas manifestações humanas para se tornarem questões médicas.<sup>48, 97</sup>

Ao procurar entender como todas as formas de cuidado operam entre si e como a sua construção é propiciada, identificou-se, além da abertura à subjetividade do outro, as próprias vivências de luto dos profissionais investigados como elementos importantes nesse processo.

Quando eu posso falar, eu acho que faz a diferença sim... Porque para mim fez diferença na hora, sabe. Então acho que faz diferença você escutar alguma coisa, mesmo que seja um consolo assim... Faz bem se você explicar “Ah, isso aqui serve para isso, isso aqui serve para isso.” (E2)

Hoje, eu acho que eu tenho mais facilidade para conseguir até conversar com a família do que eu tinha antes. Talvez, até pode, até pelo fato de ter sentido na pele. Acho que é até mais fácil, você sabe e lembra algumas coisas que você escutou na hora que grava. É alguma coisa para você gravar, para você conseguir entender, interpretar nessa hora difícil. Tem algumas coisas que talvez valem como experiência para você passar. (E6)

Ao discutir as vivências pessoais como influências poderosas sobre a produção do cuidado, Cassorla<sup>49</sup> fala que:

Sentir dor tem de ser uma característica do profissional de saúde, uma dor tal que não o paralise, mas o impulse a salvar vidas. E a dor somente será sentida se existir amor... O profissional de saúde que não sofreu, ainda que isso não lhe seja consciente, nunca compreenderá a dor do outro. (Cassorla, 2008: 17)

Diante dos dados apresentados e discutidos a partir dos referenciais teóricos propostos, fica claro que a produção do cuidado está intimamente relacionada à subjetividade dos profissionais que a produzem. A identificação e a comoção pelo sofrimento do familiar enlutado, bem como as próprias vivências de perdas, mostraram-se decisivas para os contornos da dimensão cuidadora dos sujeitos investigados.

Enfrentar a imagem da dor vivida por um ser humano, muito semelhante e próximo à sua essência, permitiu que o princípio da alteridade guiasse as atitudes dos profissionais de enfermagem do estudo, superando os sentimentos de impotência e limitação.

#### **4.2.2.2. O sofrimento como limite**

O contato com o sofrimento do familiar, que perde uma pessoa importante, gera uma ansiedade que resulta em uma gama de atitudes. Ao entender essa situação como algo doloroso demais para suportar, os sujeitos do presente estudo manifestaram as suas dificuldades em oferecer o cuidado, mesmo percebendo que este é necessário.

Eu não gosto de ficar perto quando a família vem para ver o seu parente morto. Geralmente eu evito ficar na sala, porque eles já estão chorando, já estão sofrendo... E se a gente fica ali para chorar também, quer dizer, não vai somar nada, né... (E1)

Eu sou uma pessoa que evito o familiar para falar bem a verdade, porque eu acho que... sempre tem alguma pessoa que chora por ele. Então é complicado, né! Nessa hora, você não tem o que falar para a família! (E3)

É duro de ver, de você ver a família chorando e não poder fazer nada! Porque não tem o que fazer, dependendo do paciente... No meu caso, eu não me envolvo. Eu evito... (E4)

Quando o sofrimento dos profissionais suplantou as necessidades do familiar enlutado, as mesmas atitudes utilizadas como instrumentos de cuidado apresentaram-se, nesse contexto, como a expressão de seus limites diante da dor do outro.

Quando esses sentimentos de impotência não encontram espaços para manifestação e reflexão, o cuidado produzido pode perder a sua dimensão cuidadora. O profissional de saúde, ao tentar abafar as próprias angústias, não permite a aceitação de suas próprias limitações, dificultando o contato com o familiar. Evitar e afastar a imagem do sofrimento humano torna-se um importante mecanismo de enfrentamento desses profissionais.<sup>23</sup>

Essas situações, onde a ansiedade e o sofrimento foram potencializados por identificações inconscientes, demonstraram a dificuldade dos sujeitos em lidar com os próprios limites. Ao negar a sua condição humana, permitiram que a própria dor paralisasse as ações desejadas, intensificando os sentimentos de impotência.

E teve que falar que a esposa dele e o filho de dois ou três anos tinham morrido no local... E a hora que ele começou a chorar, eu comecei a chorar junto! Não consegui nem dar um consolo para ele, porque eu fiquei imaginando alguém chegar para mim e falar assim “Olha, só ficou você. Os que estavam com você, infelizmente...” (E8)

Porque comecei a chorar... Estar na situação de dar a mensagem para a família ou você estar junto com o médico, ele estar dando e você lá, ali, junto, acaba alguma coisa, na família, te sensibilizando mais e acabei chorando junto, entendeu, e tipo tendo que engolir o choro, não querendo assim, chorar, mas não conseguindo... Então, não tem aquele espaço de ar para conseguir me recompor para conseguir falar com a família... Desestabilizar, ficar com aquele sentimento, com aquela angústia, ficar aquele aperto, ou de ter que sair na hora. (E12)

Acompanhar o momento em que a notícia da morte é dada e oferecer apoio ao familiar, podem ser entendidos como a exposição dos limites e da impotência do profissional de saúde. Essas vivências dolorosas, associadas às situações onde a morte resulta de causas abruptas e inexplicáveis, podem aumentar ainda mais a

distância entre o enlutado e a equipe que prestou o atendimento ao paciente, agora morto.<sup>94</sup>

Nesse âmbito e considerando o cenário de estudo, a notícia da morte é permeada pela imprevisibilidade de reações do familiar. Os sujeitos expuseram suas angústias nessas situações, ao referirem-se à necessidade das conduções legais para a constatação e registro da morte.

Porque tem esse negócio da necrópsia também, que é um assunto complicado de se falar com a família. (E2)

E daí, tem também uma coisa muito, que mexe com a família, que você tem que mandar esses casos para o IML... E até você explicar que é lei, que você não tem outra maneira e tudo... É um trauma para a família... Muito difícil. (E11)

Diante das dificuldades apresentadas pelos sujeitos, suas próprias vivências de perda também agiram como limitadores para o contato com a família, potencializando os sentimentos de impotência.

Eu acho que essa parte, negócio de familiar... Eu, particularmente, eu não gosto assim, de chegar para a pessoa, dar os sentimentos... Eu já passei por isso, eu sei que é uma hora dura, você não sabe o que falar... Você não vai consolar, entendeu. A maioria da gente sente, é difícil, entendeu... Quando chega, a gente libera o familiar para olhar, né. Aí, eles começam a chorar e eu fico, eu sou manteiga, eu choro, choro junto então. É dessa parte que eu não gosto... Eu já passei por isso, eu sei como é difícil... Eu não tenho palavras para consolar ninguém. (E10)

Viver situações onde foram estabelecidas relações estereotipadas e impessoais, principalmente na posição de familiar, pode levar os profissionais de

saúde à compreensão do cuidado ao enlutado como um conjunto de ações sem fundamento e extremamente desnecessário. Ou seja, a importância de pensar sobre o acolhimento do familiar reside no princípio de se evitar a reprodução dessas atitudes cordiais, sem intencionalidade e compromisso.<sup>23, 93</sup>

Desvalorizando o cuidado ao enlutado e considerando este como fonte de grande sofrimento, os profissionais de enfermagem abrem espaço para práticas fragmentadas, permitindo-se delegar a outros a árdua tarefa de acolher a família.<sup>23, 46</sup>

Dou graças à Deus de não ser eu quem dou a notícia e que explica esse tipo de coisa. Porque acho também, é uma responsabilidade muito grande, o jeito que você vai falar com a família. É bem difícil. (E1)

As pessoas fogem. É isso que eu vejo. Ninguém tem coragem de chegar e encarar, para dar um apoio. É mais fácil a gente levar para o Serviço Social do que encarar... (E5)

Delegar o acolhimento ao assistente social constitui-se numa das formas de evitar o sofrimento gerado pelo contato com o familiar. No entanto, como colocado por Kübler-Ross<sup>48</sup>, nem sempre esse profissional está preparado para abarcar a carga emotiva que permeia a morte, pois:

Talvez seja porque a assistente social está tão empenhada em tomar conta dos vivos que, na realidade, não tem nada a ver com os que estão morrendo. Em geral, preocupa-se mais com o cuidado às crianças, ou com o aspecto financeiro deste cuidado ou, talvez, com casas de repouso e, por fim, mas não menos importante, com os conflitos dos parentes. (Kübler-Ross, 2005: 257)

Delegar todo o acolhimento da família a outros profissionais transfere a responsabilidade do cuidado e os sentimentos de culpa gerados pela morte do paciente. Normalmente, em cenários como o da presente investigação, esse ato é direcionado à equipe médica em forma de críticas e repreensão, sem avaliação da

subjetividade desse profissional, que teme a exposição da sua impotência e dos seus limites humanos como qualquer outro da equipe de saúde.<sup>23, 98</sup> A fala do sujeito a seguir exemplifica essa situação.

Depende da pessoa que está junto. Você vê que sabe conversar... Tem médico que dá a notícia no meio do, às vezes, do corredor, está lotado de gente... Fica uma coisa muito chata, porque aí sai um chorando de um lado... Tem gente que não dá muita atenção. Porque é duro, né. (E2)

No contexto do acolhimento do familiar enlutado, o profissional de enfermagem pode deparar-se com questionamentos sobre a importância do seu papel nesse processo. Dessa maneira, os sujeitos levantaram a questão da falta de espaços para a discussão e para as trocas de conhecimentos que envolvem a morte e o luto.

A enfermagem, eu acho que tem que estar sendo mais preparada para conversar... Porque a gente aprende de tudo, mas só que chega aqui, você vai encaixando, né... Ensinar coisas novas... Às vezes, você já até aprendeu, mas ninguém nem lembra mais que tem que dar um apoio total para a família do paciente. (E7)

Discutir a morte, em todos os seus aspectos, e promover a interdisciplinaridade em torno do tema, além de transformar o cuidado, permite a elaboração de mecanismos de enfrentamento menos dolorosos. Refletir sobre a morte é refletir sobre a vida e seus limites humanos, o que pode levar à descoberta de uma dimensão cuidadora que, muitas vezes, fica sufocada diante do medo que a morte suscita nos profissionais de enfermagem.

### **4.2.3. A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Os serviços de urgência e emergência têm, em seu cerne, a proposta de oferecer um atendimento rápido e eficiente diante de casos onde o existe o risco de vida iminente. Trata-se de um cenário onde o objetivo de salvar vidas é claro e, muitas vezes, a morte é entendida como o fracasso de suas atividades.

Nesse contexto, os dados apontaram para características da organização do trabalho que limitavam a expressão da dimensão cuidadora dos sujeitos investigados. Nesse sentido, as falas foram analisadas e discutidas em cinco subcategorias: **4.2.3.1. A morte como rotina de trabalho; 4.2.3.2. A demanda de atendimento; 4.2.3.3. O trabalho coletivo; 4.2.3.4. O hospital-escola; e 4.2.3.5. A motivação no trabalho.**

#### **4.2.3.1. A morte como rotina de trabalho**

Considerando o cenário investigado, os sujeitos do estudo falaram do contato intenso e freqüente com a morte em seu ambiente de trabalho, definindo a como parte de suas rotinas.

Acontece muito, muito óbito também em uma sala de emergência, como uma sala muito crítica. É muito óbito. E assim... É uma coisa que a gente acaba se acostumando por ser rotina de trabalho... que a gente acaba se acostumando com aquela situação... Mas assim, eu vejo o óbito porque faz parte da rotina. Mas não é uma coisa bonita. (E3)

Porque a gente toca uma parada, né... Mas depois, está vendo outra logo em seguida... Tem dia que tem quatro paradas na noite, no plantão diurno... Sei lá, sabe... A gente sente aquele momento, mas depois você já

está em outra... Aqui passa de tudo, né. E a gente vai vendo... Para a vida ou para a morte. (E4)

Às vezes, a gente conversa sobre a morte e as pessoas lá têm medo da morte! E nós, não! A gente não tem. Então, acho que a gente acostuma, sim. Com aquela rotina, do dia-a-dia... Acaba acostumando... Ah, eu acho que é normal... Então, você não tem mais... Sei lá. É diferente, né! Ah, eu acho normal, viu. A gente acostumou e ficou nisso mesmo. (E5)

Para Santos, a banalização da morte é uma característica da sociedade ocidental, não exclusiva dos ambientes hospitalares, pois o seu caráter interdito dificulta a discussão sobre o tema. O autor também enfatiza a influência da mídia nesse processo ao promover a exposição diária, sem reflexão, banindo-a para a superficialidade e para o distanciamento, quando, na realidade, trata-se da possibilidade maior de qualquer ser humano.<sup>2</sup>

No contexto hospitalar, o contato diário com a morte e o morrer, permeado pelo sofrimento do paciente e da sua família, pode resultar em vivências muito dolorosas para os profissionais de saúde. Essas situações geradoras de forte ansiedade podem levar a mecanismos de enfrentamento que resultam na banalização da morte, impossibilitando conferir a esse fenômeno a sua verdadeira importância na existência humana.<sup>23</sup>

O fenômeno da banalização da morte subentendida nas falas dos sujeitos, ao configurar uma estratégia de enfrentamento, pode resultar na fragmentação, na despersonalização e no descompromisso com o cuidado que envolve todo o processo vivido pelos pacientes e seus familiares.<sup>23</sup> Nesse sentido, os sujeitos expuseram em suas falas a percepção de um cuidado mecânico e automático.

Principalmente quando se trata de pronto socorro, é mais mecânico. Você não tem tanta emoção... Por eu ter acostumado com a idéia de conviver com a morte dia-a-dia. (E6)

O próprio psicológico acaba bloqueando, tipo assim, achando que a morte é só lá... Ah, mais um, daqui a pouco pode chegar outro, entendeu. Acho que acaba ficando um pouco mecânico assim, em algum sentido. (E8)

Você está na emergência, o paciente está para morrer ou o paciente já chega em óbito, né. Dá-se lá o óbito do paciente... Fica aquela coisa muito automática... Então, fica uma coisa assim, muito mecânica, né... Não é que vai ficando frio, mas vai ficando mecânico. Por conta da situação, né. Então morre, vai ter que fazer isso e isso, chega a funerária, já retira o corpo. (E12)

Os termos mecânico e automático, citados pelos sujeitos, subentende uma organização do trabalho com características funcionalistas. Nessa lógica de produção do cuidado predominam a técnica, os recursos tecnológicos e a divisão de tarefas, circunscritos em normas e rotinas rigidamente estabelecidas, onde o objetivo é a otimização do tempo e da força de trabalho.<sup>62</sup>

Portanto, além das estratégias de enfrentamento adotadas pelos sujeitos, a forma como se organiza a produção do cuidado dificulta a manifestação da dimensão cuidadora desses profissionais. Nesse contexto, o fenômeno da banalização da morte pode ser reforçado pela falta de reflexão sobre o sentido do trabalho, muito freqüente em sistemas que prezam a produção parcelar.

A percepção de um cuidado mecânico leva a sentimentos contraditórios, que podem se tornam fonte de grande ansiedade.

A gente, por estar trabalhando assim e ver muita gente morrer, muitas vezes assim, no momento do atendimento, acho que é até bom isso. A gente consegue assim ser um pouco mais frio, né. (E1)

A gente, às vezes, a gente tem que adquirir um pouco dessa frieza para poder dar o atendimento... Numa emergência, você não pode assim, ficar extremamente nervoso, nem extremamente sensível. Você tem que, às vezes, agir com a razão, né... Se eu for sofrer intensamente com todo paciente que parar na sala de emergência, eu não vou conseguir trabalhar, né... Que se eu for me emocionar ou se eu for me sensibilizar com tudo de ruim que chega, não consigo trabalhar. (E8)

O distanciamento emocional e o predomínio do técnico diante do relacional são características freqüentemente associadas ao trabalho de enfermagem, entendidos como necessários a uma prática eficiente. O paciente e sua família diante da morte podem tornar-se, portanto, objetos fragmentados e destituídos de suas singularidades.<sup>62</sup>

No entanto, os profissionais de saúde têm como objeto de trabalho o subjetivo, diferentemente das atividades industriais. Muitas vezes, esse elemento constitutivo do ser humano não é ignorado e o contato com o outro mobiliza nesses profissionais identificações que levam a relações de tensão entre a dimensão profissional-específica e a dimensão cuidadora.<sup>66, 99</sup>

Eu já fiquei mais fria... Eu já acostumei assim, de ver tudo isso. A gente vê todos os dias, né... Para a gente é normal a pessoa morrer. A gente vai lá tirar as coisas, tudo... Mas fica uma coisa meio mecânica, acho mesmo. Ah, eu não acho bom, não... A gente não se acostuma, mas a gente vê tanta gente morrer todos os dias, que para a gente fica como, não normal, mas é que nem você passar uma sonda! É rotina nossa, né... (E2)

Eu vou ficar chorando perto da família? Eu não posso fazer isso... Não seria uma profissional. Mas aí, você tem o sentimento... (E7)

A percepção da subjetividade do próprio profissional pode ocasionar a desmotivação no trabalho a partir do momento em que a lógica de produção em saúde prioriza a produção funcionalista, fragmentada e despersonalizada.<sup>62, 73</sup> Porém, mesmo reconhecendo esses conflitos em seu ambiente de trabalho, os sujeitos reforçam o foco na prática tecnicista, entendendo o envolvimento emocional como fonte potencialmente adoecedora.

É duro lidar com isso daí, com a morte, né... Então, se a gente não souber lidar com isso, é pior no trabalho. É pior para a gente... Porque, senão, a gente não vive também, se a gente for ficar deprimida por todos os pacientes que morrem. Não tem como, né. (E2)

Se a gente se ligar só naquele paciente que esteve ali, a gente ia ficar louco! A gente tem que ter aquela valvulinha de escape. Entrei no PS, fiz o meu serviço. É sair do PS, o que foi ficou ali e ir para casa... Porque, se a gente não for assim, a gente enlouquece. Porque a gente levar tudo o que a gente absorve aqui dentro para casa, ou para fora daqui, a gente fica doente!... Porque aqui é pesado. (E4)

Passa tanta coisa por aqui, que a gente não entende, às vezes, as coisas. Se a gente tentar ficar entendendo muito mesmo, a gente fica meio pirada... Mas é um lugar assim, que você não pode se envolver muito assim... É tragédia! Tem hora que aparece cada uma que você fica, né... Então você tem que encarar tudo com naturalidade, como se fosse uma coisa normal... Porque para você fazer bem, se você ficar analisando tudo... Acho que a pessoa enlouquece!... Se você for se envolver com tudo que aparece aqui, a pessoa fica depressiva... (E7)

Ao entender que em determinados ambientes coletivos existem elementos de risco à integridade dos trabalhadores, Dejours<sup>72</sup> discute como os mecanismos de enfrentamento se operam nesses locais. Para o autor, essas pessoas, ao defenderem-se da exposição ao adoecimento, criam práticas de ofício entendidas como efetivas ao objetivo do trabalho e, ao mesmo tempo, protetoras dos elementos agressores.

No entanto, volta-se a enfatizar as peculiaridades do processo de trabalho em saúde: mesmo entendendo que o distanciamento é necessário para não adoecer, o contato intenso com a morte e o sofrimento que esta inflige nas pessoas, considerando todas as subjetividades envolvidas, levam a uma sobrecarga emocional que possibilita o processo de adoecimento dos profissionais de enfermagem.

Mas não é uma coisa, nunca foi para mim, do meu ponto de vista, nunca foi uma coisa bonita de se ver... Não gosto de ver! De tanto a gente ver, a gente acaba, querendo ou não, a gente acaba estressando um pouco... A gente fica se estressando em casa... A gente não tem uma qualidade de vida boa, por conta das coisas que a gente acaba vendo mesmo! Por conta do estresse que acumula para a gente. (E3)

Se eu tenho um problema, é com a minha família, alguma coisa que eu tenho do serviço, eu levo para casa. Eu sei que não devia, eu sei que foi ali... Tem hora que eu paro para pensar... A gente acaba chegando num ponto que a gente vai deletando... Você vai absorvendo cada vez mais coisas... Deletar, não deletou! Você vai usando só a sua caixinha ali e você seguiu em frente. (E4)

Nesse contexto, o transporte do corpo até o setor de patologia foi levantado pelos sujeitos investigados como fonte de grande ansiedade e sofrimento.

Antigamente, a gente levava os corpos lá, na Patologia. O que era pior ainda!... Achei melhor foi não levar mais o corpo para a Patologia, né... Você leva o familiar, depois você leva o corpo, chega lá tem uma autópsia, você acabou de ver a pessoa... Porque é duro! Você já tentou de tudo por ele, você coloca ele naquela geladeira... A gente queria ver ele andando, queria ver ele bem, né... Ninguém quer ver a morte de ninguém! (E4)

Andar nesse corredor com o corpo... Passando perto dos outros... E sair lá fora, naquela terra lá, naquele pedregulho, né. Não tinha coisa pior que aquilo ali. Entrar naquele lugar e colocar o corpo. (E5)

Porque era terrível aquilo, né. Você levar os corpos lá. E era, acho que desumano com a gente, porque você atravessava aquela rua cheia de buraco, a maca quase caía... Acho que era uma das piores partes. Era você encaminhar o corpo... Era bem difícil assim. Principalmente por você ter que passar no meio das outras pessoas, nos corredores... Você escutava os comentários, né... Nossa, quantas vezes a gente morria de medo de virar a maca e o corpo acabar caindo, porque é horrível, né... Você não tinha nem, às vezes, como passar por ali, no meio daqueles carros... Porque é muito deprimente, né. Principalmente, você colocar, lá dentro, naquele negócio. Às vezes, está todo sujo de sangue... Está morto mesmo, mas tem que ter o respeito, né... Nossa, que respeito você tem, né? Tanto pela gente quanto pelo corpo. Nenhum! Porque imagina, você ir na chuva, atravessar... Você é pior que um lixo, né... Não se tem consideração nenhuma pelo funcionário! [Tom de revolta e choro] (E9)

O corpo inanimado torna-se um fardo, pois é a concretização do insucesso do trabalho dos profissionais de saúde.<sup>17, 23</sup> A morte, como as excreções e os odores do corpo, características inerentes do humano, é repelida e negada pela sociedade, que delega ao hospital o seu ocultamento.<sup>15</sup> O transporte do corpo, portanto, significa, para o profissional de enfermagem e para a sociedade, um trabalho desvalorizado, suscitando sentimentos de desvalorização e humilhação.

Em suma, ao considerar o contato intenso com a morte, os sujeitos tendem a banalizá-la, mas vivem o conflito gerado pelas subjetividades envolvidas nas situações relatadas. Procurando formas de proteção, o distanciamento é colocado como prática de ofício que proporciona a execução de um trabalho bem feito, sem grandes impactos sobre o equilíbrio emocional. No entanto, devido às características inerentes ao trabalho em saúde, o adoecimento pode ser potencializado quando medidas de acolhimento das ansiedades são relegadas a uma importância secundária.

#### 4.2.3.2. A demanda de atendimento

A grande procura por atendimento nos serviços de urgência e emergência pode estar relacionada ao aumento da violência, às questões sócio-econômicas e à falta de resolutividade de outros serviços. Geralmente, nesses contextos, os profissionais são interpelados por uma demanda que ultrapassa a sua capacidade em reconhecer e intervir sobre as necessidades dos pacientes e de seus familiares.

Diante desse cenário, a necessidade de priorizar as ações em torno dos casos que representam risco de vida eminente reforça o sentido do trabalho para os profissionais desses setores, ou seja, o objetivo do cuidado produzido é salvar vidas. Nesses locais onde a valorização da vida configura a morte como inimiga, a dimensão profissional-específica sobressai e orienta as ações dos profissionais de enfermagem.<sup>29, 32, 51, 75</sup>

Lógico, o objetivo ali é salvar a vida da pessoa... E se tratando de emergência, o mais importante é acudir a pessoa que está morrendo. (E1)

A gente vai, vai reanimar, vai... Tudo o que pode ser feito é feito... Você vê, você corre, você vai, você faz... Sei que a gente tem que salvar aquilo, tem que fazer o que é possível. (E7)

No entanto, a subjetividade do outro é percebida principalmente nas situações em que o familiar está envolvido. Identificando-se com os momentos permeados pela morte e pelo morrer, os sujeitos relataram as dificuldades diante de uma demanda de atendimento que sufoca a sua dimensão cuidadora. Para tanto, a estrutura física e o dimensionamento de recursos humanos emergiram como fortes limitadores para um cuidado desejado, ou seja: promover a despedida, dar dignidade para o momento da

morte, acolher a família enlutada. O conflito gerado entre o desejo e a realidade, suscita nos sujeitos uma grande ansiedade, traduzida em sentimentos de impotência diante do sofrimento do outro.

Só que a gente está correndo com aquele paciente que está indo a óbito, às vezes, não dá para a gente dar essa atenção... Nós somos em número reduzido... A gente está estressada, a gente está cansada, a gente quer atender o paciente e a família quer saber do seu familiar, quer que seu familiar seja atendido e quer a atenção da gente também! Então, é difícil, porque eu acho que se você tivesse um fluxo menor ou uma quantidade maior de funcionários... A gente poderia dar um atendimento melhor para todos os pacientes e para o acompanhante também... Só que estando no nosso lugar também, para a gente, é difícil... Não pode sair um da equipe para apoiar um familiar, porque aquele da equipe que sai faz falta lá dentro, na emergência... Você já deixa a sua sala, você já deixa os seus pacientes, em prol da emergência maior. Então, como é que você ainda vai deixar lá para dar um apoio para um familiar quando o paciente está indo a óbito? (E1)

O acompanhante que está lá fora escuta tudo o que a gente está fazendo. Se a gente está massageando, eles escutam. Quando a gente pára, é porque o paciente morreu... Então, tinha que ter um lugar para esse povo ficar, entendeu. Quem está esperando notícia... Porque eles ficam perguntando... Porque, às vezes, não dá tempo de você ficar lá, explicando para os outros... Acho que o acompanhante do paciente que está mal, está parado, no caso, é pior... (E2)

Eu acho que ela tinha que ter uma morte mais digna, não dentro de uma sala de emergência... Eu acho que teria que ter um lugar mais tranquilo, que poderia ficar os familiares do lado, porque normalmente a família quer ficar... (E10)

Uma coisa muito ruim do PS, que é como falar com a família... Eu acho que deveria ter um lugar para nós conversarmos... Não falar no corredor, como várias vezes acontece, ou lá na Portaria. Que é meio difícil para a família, né... A maneira que se aborda a família, para dar a notícia...

Nossa, parece que não é nada, mas era família, um ente querido ali...  
Chega e fala de qualquer jeito, no corredor... Acho que isso é o pior. (E9)

A demanda que extrapola a capacidade do serviço reflete o caráter que o hospital ganhou nos últimos séculos: o de depositário de todas as ansiedades geradas pelo fenômeno da negação da morte na sociedade ocidental. Nesse contexto, os profissionais, bem como a estrutura física e tecnológica, configuram-se pretensiosamente como uma entidade dotada de poder sobre a vida e a morte.<sup>2</sup>

Ao priorizar a vida e combater a morte diante de uma demanda que ultrapassa a capacidade de atendimento, os profissionais de enfermagem se deparam com outras situações geradoras de grande ansiedade: a vivência dos seus limites a morte torna-se o desfecho de suas ações. Expor a impotência diante da família, que depositou suas expectativas nas atuações desses sujeitos, potencializa os sentimentos de fracasso e a relação com o familiar passa a configurar uma fonte de grande sofrimento.<sup>23</sup>

A gente percebe a dificuldade de conversar com essa família... Porque a família está sabendo que ele veio para o nosso hospital. Então eles, na verdade, eles acham que estar dentro do nosso hospital vai ser a salvação do cidadão, do ser humano... Eu acho que é a fase mais difícil, é sentar e conversar com a família... (E11)

Cassorla<sup>49</sup>, ao recorrer ao mito de Asclépios, procura explicar essa expectativa sobre os profissionais de saúde diante da morte e discutir a fonte do sentimento de impotência nessas situações da seguinte maneira:

Como o paciente, desesperado, fragilizado, necessita de uma figura poderosa, divina, que o proteja e cuide, ele mesmo projetará no profissional a figura divina. Este, principalmente o inexperiente (e a fragilidade da inexperiência nos impele a sentirmo-nos poderosos, para não nos defrontarmos com nossas limitações), cai facilmente na armadilha: sentindo-se Deus sobrecarrega-se (já que ele é apenas

humano) e aquele paciente passa a ser especial. Se o doente for decepcionado, o próprio profissional se decepcionará... Deuses fracassados não são mais deuses, são seres malévolos que devem ser destruídos. Em nossa sociedade, cada vez mais, os profissionais de saúde são atacados, menosprezados e acusados de incompetência, imperícia e negligência. (Cassorla, 2008: 18-19)

Além das situações onde a morte do outro pode significar o conflito entre a dimensão cuidadora e a realidade do serviço, os sujeitos relataram uma peculiaridade do trabalho em urgência e emergência que leva às vivências de seus limites extremos: a demanda como possibilidade de enfrentar a morte de um amigo ou parente, onde a condição humana sobressai a toda racionalidade técnica.

Foi o outro colega meu, um amigo meu também... Eu tinha até perdido a vontade de continuar no PS... De repente, liga, que era vizinho meu, lá do rancho. Chegou também parado... A pessoa de dentro da casa da gente chega aqui. Olha, eu não consegui, para você ter uma idéia, puncionar, pegar a veia dele. Não consegui... A tremedeira foi demais!... Então, até sai para fora. Não consegui ver eles mexendo com ele... Aquilo ali também acabou comigo... De, à noite, ter que rezar para mim, para sair da cabeça! Para não sonhar, né. Porque, sei lá, ele ficou muito assim, na minha cabeça... Na hora que começou a passar mal, né, a soltar todo aquele sangue. Então aí, ele segurou na minha mão e falou “Minha amiga, eu estou indo!”. Mas conhecido é difícil! Dizer que você não treme, treme sim! Então, treme nas pernas, uma tremedeira, o coração dispara... Tem que sair da sala. (E5)

Vivenciar a possibilidade da sua própria morte através da perda de um amigo ou parente, dentro do ambiente de trabalho, possibilitou aos sujeitos do estudo a percepção da própria essência humana, finita e temporal. Nas falas analisadas, pôde-se perceber o fenômeno da aceitação da morte, citado por Cassorla<sup>19</sup>, onde a reflexão sobre a morte possibilita novos significados sobre a própria existência, conferindo a esta a merecida dignidade.

Tanta violência, tanta briga, para quê?... Hoje está bem, amanhã não é nada... A gente fica revoltada... Passa um monte de coisa pela sua cabeça... Tem formas menos danificadoras do coração para resolver as coisas. Só que tem muitas horas que a gente esquece e tem que se deparar com certas coisas na vida para dar uma acordada... Acaba que fazendo uma introspecção, uma reflexão da sua vida, né. Daquela tragédia, acaba mudando alguns princípios da sua vida. [tom de revolta e choro] (E12)

Como demonstrou os dados, a vivência da vulnerabilidade no atendimento a amigos e parentes, o conflito entre a dimensão cuidadora e a demanda e a exposição dos limites e da impotência diante da morte são elementos ansiogênicos muito presentes no contexto investigado. Toda essa tensão leva a mecanismos de enfrentamento, que passam a ser valorizados como práticas de ofício: saber priorizar as ações, estar pronto para tudo e disposição física e psíquica.

Você tem que ver o que é grave e o que não é e você tem que ter aquela habilidade para poder ver o que você tem que fazer de imediato, no momento, quais são os pacientes que você precisa... Você tem que ter, na verdade, um olho clínico para poder fazer um atendimento, para que ninguém pereça nesse caso. (E11)

Aqui, por ser sala de emergência, você não sabe a hora que o paciente vai chegar, você não sabe que tipo de paciente vai chegar... Você já tem que estar preparado o tempo todo, a equipe já tem que estar, tudo preparado. O psicológico seu já tem, sempre preparado, as doze horas de plantão. (E3)

A gente tem o cansaço físico aqui, muito grande. Psicológico também, porque a demanda é muito grande... Principalmente em sala de emergência... São pessoas que não se cansam, pessoas que trabalham muito, estão sempre bem humoradas... As nossas doze horas são doze horas trabalhadas, né. É muito difícil de estar calmo, é muito difícil... Até

para ficar sem fazer nada, a gente fica de pé. Parece que a gente fica aqui, esperando alguma coisa... (E8)

Nessa subcategoria, observou-se a complexa relação entre a proposta de assistência do serviço investigado e a realidade que cerceia a dimensão cuidadora dos profissionais de enfermagem.

Quando a subjetividade do profissional se fez presente, visualizava-se as reivindicações por uma estrutura de trabalho voltado para as necessidades dos pacientes e de seus familiares. Portanto, mesmo com um objetivo de trabalho bem estabelecido, o sofrimento humano diante da morte mobilizou a dimensão cuidadora dos sujeitos para a reflexão, mesmo quando a ação não era possível.

#### **4.2.3.3. O trabalho coletivo**

O trabalho em saúde é, hoje, fundamentalmente coletivo. Produzir atos de saúde dentro de uma coletividade exige um exercício de convívio diário, que pode ser entendido como cansativo e desmotivador.

Porque você vai estar sempre em equipe. Nenhum vai responder da mesma forma que você. Na maioria das vezes, se leva até ao nível de brincadeira, outros não. Outros tentam escutar como se fosse parente... É bem difícil. (E6)

Ao pensar no cuidado que envolve a morte e o morrer, o trabalho em equipe pode ser tornar um discurso vazio, onde o que predomina é a despersonalização dos profissionais e a desvalorização das subjetividades envolvidas.<sup>46</sup> Nessa situação, a culpabilização e a delegação de responsabilidades mascaram as dificuldades de

relacionamento, que resultam de percepções divergentes sobre o cuidado pretendido.<sup>23</sup>

A gente dá atenção para o paciente, mas o médico não dá. O médico só cura aquela doença e não vê que tem um ser humano ali atrás... Ele não vê que tem um coração por trás, que tem uma família que precisa saber das notícias, saber da evolução. Saber dar um apoio, falar palavras boas para a pessoa... A Enfermagem dá o suporte tanto emocional, porque a gente fica mais tempo com ele, a gente vê ele, vê em todos os aspectos, ajuda toda essa evolução... (E4)

O contato que o profissional de enfermagem tem com o paciente e com o familiar permite a abertura à subjetividade do outro. No entanto, nem sempre isso ocorre. O sentimento de culpa por não atender às necessidades desse outro pode levar à culpabilização das pessoas que estão mais próximas. Nesse caso, a equipe médica se torna o foco dos sentimentos negativos dos profissionais de enfermagem.<sup>23</sup>

Ao transferir seus sentimentos de culpa e impotência para a figura do médico, o que, muitas vezes, pode ser potencializado pelos atos de arrogância, o profissional de enfermagem deixa de considerar a subjetividade desse membro de sua equipe de trabalho.

Segundo Kovács<sup>23</sup>, o medo da morte, inerente a qualquer ser humano, também está presente no médico. No entanto, o foco em ações e em medidas heróicas para controlar e dominar a doença e a morte são, na verdade, mecanismos de enfrentamento diante da ansiedade gerada por esses eventos, refletindo uma fragilidade narcísica. Quando a morte é concretizada e torna-se freqüente em seu ambiente de trabalho, o médico pode elaborar outras estratégias para se proteger,

como afastar-se do paciente e de seu familiar e delegar parte do cuidado, exceto as práticas exclusivas desse profissional, para outros membros de sua equipe.

Dentro do contexto das urgências e emergências, ao priorizar-se o salvar vidas a qualquer custo, tanto profissionais médicos como profissionais de enfermagem podem perceber o seu trabalho como frustrante, desmotivador e sem significado. E esse entendimento, em geral, pode ser potencializado quando não existem espaços para discussão do projeto terapêutico e para a troca de vivências sobre a morte.<sup>23</sup>

A fala a seguir ilustra essa necessidade, percebida pelos sujeitos do presente estudo:

Eu acho que falta a gente se unir... Conversar mais, tentar todo mundo ser igual, né. Falar uma língua só... Falta mais compaixão pelas pessoas. (E4)

Alves et al<sup>100</sup>, ao falar do trabalho interdisciplinar em unidades de urgência e emergência, discute a questão levantada pelos sujeitos investigados:

Profissionais formados de forma fragmentada, para atuar em seus nichos específicos, se debatem no atendimento das urgências e emergências, em um exercício permanente de articulação de saberes e busca de reciprocidade e respeito para chegar a melhores resultados ou, simplesmente, para se desgastarem menos. O que se observa, no entanto, é a justaposição de conteúdos adquiridos no processo de formação, quando o que está implícito é a necessidade de uma nova postura diante do conhecimento, uma mudança de atitude em busca de uma relativa unidade de pensamento e ação. (Alves et al, 2005: 324)

Ao considerar o trabalho em equipe, onde convivem diversas realidades e pensamentos, os sujeitos procuram evitar os debates em busca de um ambiente menos agressivo. Para tanto, elaboram mecanismos de enfrentamento centrados na adaptação das emoções.

Para trabalhar aqui, você tem que ter paciência também... Saber ouvir as pessoas... Tem que respeitar todo mundo. Se não tiver respeito, ninguém trabalha aqui dentro... Seria uma guerra!... Aqui tem que ir com calma, porque se não tiver calma, não vai, não funciona. (E7)

O trabalho coletivo emergiu das falas dos sujeitos, que deram a este o sentido de limite para o cuidado: existem concepções divergentes sobre o cuidado almejado, levando a situações de conflito entre os profissionais, principalmente entre médicos e trabalhadores de enfermagem. Estes embates foram considerados como cerceadores da dimensão cuidadora, a partir do momento em que não existe a troca de conhecimentos e percepções acerca da morte e do morrer, resultando num cuidado fragmentado.

#### **4.2.3.4. O hospital-escola**

Reanimar a qualquer custo, utilizando-se de medidas heróicas, é, hoje, uma característica freqüente dos hospitais-escolas. Nesse contexto, o médico, como ator central nas situações de urgência e emergência, pode recorrer a essa atitude inúmeras vezes sem questionar o sentido real de suas ações. Isso pode ser explicado por uma formação centrada nos procedimentos e na visão biologista da vida e da morte.<sup>45</sup>

A postura médica no meio universitário, que prioriza a reanimação a qualquer custo, suscita uma grande ansiedade nos profissionais de enfermagem por estes estarem mais próximos às necessidades do paciente e da família. Configura-se, nesses cenários, o conflito entre o prescrito e a dimensão cuidadora desses

trabalhadores, onde os sentimentos de impotência e limitação são potencializados diante da hegemonia médica.<sup>16, 23</sup>

Mas eu sou completamente contra uma pessoa que tem uma doença, que você vê que teve uma vida bonita, uma vida inteira, chega do nada, está definhando... Trazer para cá, chega aqui com a história de vinte minutos de parada e tentar reanimar. Eu considero isso como desumano, sabe. É como se faltasse vontade. Ajudo, por obrigação. Mas é uma coisa que eu não teria vontade de ajudar... (E6)

Mas o paciente idoso, eu fico com dó na hora que vão intubar... Como se fosse um curso assim, para o outro, por exemplo, o médico aprender... Mas faz parte, né... Eu não sou contra fazer. A gente faz... Tem que saber o que faz... Não é à toa que vai pegando, vai fazendo. Acho que tem que ter a hora de fazer... Às vezes, a família nem quer que façam aquilo, a pessoa fazendo, está ali, está judiando... Eu fico doente... (E7)

Ao discutir a questão da formação dos médicos, Kübler-Ross<sup>48</sup> também atenta para o dispêndio de energia na manutenção da vida a qualquer custo, entendendo que os futuros profissionais “Aprendem a prolongar a vida, mas recebem pouco treinamento ou esclarecimento sobre o que é a vida” (Kübler-Ross, 2005: 24). Nesse contexto, a autora enfatiza as possibilidades de discussão sobre o tema da morte e a importância da comunicação com os familiares e com o próprio paciente, na busca da dimensão humana do cuidado, pois, assim, “Tentará ser médico e prolongar a vida, mas levará em consideração também as necessidades do paciente, discutindo-as francamente com ele” (Kübler-Ross, 2005: 25).

Outro elemento característico sobre o hospital-escola é o interesse mobilizado pelos procedimentos de reanimação cardiopulmonar. A atenção focada no atendimento banaliza a importância que o momento da morte tem para os familiares, ocasionando um uma angústia desnecessária diante de uma equipe que não acolhe as

suas ansiedades.<sup>41, 45</sup> No profissional de enfermagem, que participa dessa lógica de atendimento, os sentimentos de culpa e limitação podem ser expressos por atitudes de culpabilização do sistema de ensino médico.<sup>23</sup>

O entra e sai, lá dentro, e a família lá fora sem saber de nada. Ninguém pára para falar, para dar uma palavra que seja. Porque quem está do lado de fora não sabe o que está acontecendo lá dentro. Só vê entrando, entrando, entrando cada vez mais. Aquilo lá abre uma interrogação. Não sabe se está investindo demais, se há algo muito curioso, que todo mundo quer ver por ser um hospital-escola. Isso é muito difícil. Acho que principalmente para a família. (E6)

As atitudes centradas nos procedimentos de reanimação cardiopulmonar levaram os sujeitos a vivenciarem a sua impotência, diante da lógica médico-hegemônica no ambiente universitário. Além disso, os dados possibilitaram entrever a ansiedade gerada pelo ensino médico que não considera a morte como evento importante na vivência do familiar.

#### **4.2.3.5. A motivação no trabalho**

A organização do trabalho em urgência e emergência, associado ao contato constante com a morte, configura-se num ambiente extremamente ansiogênico. Essa percepção pode resultar em mecanismos de enfrentamento que possibilite uma vivência menos dolorosa pelos profissionais de enfermagem.

Alguns autores<sup>39, 100</sup>, considerando esse cenário, investigaram os fatores motivacionais para o trabalho. Estes também foram identificados no presente estudo, porém no sentido de mobilizadores para a dimensão cuidadora dos sujeitos, pois

observou-se que esses fatores possibilitaram a abertura ao outro e a construção de cuidados voltados para as necessidades dos pacientes e de seus familiares.

Eu gosto... Eu acho que eu estou agindo, fazendo e tal... Então, eu estou no Pronto Socorro, às vezes, até mais porque eu posso fazer muita coisa para o doente, para a família do doente... (E11)

A percepção da subjetividade do paciente e da família possibilita dar sentido ao trabalho, mesmo quando este está inserido numa lógica fragmentada e despersonalizada.<sup>46, 75</sup> Além disso, o prazer no cuidado também poder estar relacionado aos sentimentos de onipotência, descritos por Cassorla<sup>49</sup>.

É gratificante para a gente... Eu acho que ali já tem que fazer parte da vida da gente... Fica a sensação de impotência... Acho que quando eu acostumar, quando eu deixar de pensar desse jeito, eu acho que tenho que parar. Eu acho que aí não tem mais como trabalhar com isso. Você tem que mudar de lugar... Você deixou de dar a mão, dar valor para a vida. Acho que está na hora de parar. (E7)

O sentimento de impotência diante das situações que envolvem a morte pode mobilizar os profissionais de saúde para a procura de diversas formas de produzir o cuidado. A dimensão cuidadora, quando é atingida, possibilita o reconhecimento por aquele que é cuidado, além de gerar sentimentos de orgulho e prazer.<sup>22</sup>

Em busca desse cuidado desejado, os profissionais de enfermagem entenderam o processo de aprendizagem como motivadores para o crescimento pessoal e profissional. Portanto, o hospital-escola, que pode imprimir limites nas ações dos sujeitos, também oferece a oportunidade de agregar novas vivências e

conhecimentos para a construção da dimensão cuidadora e da dimensão profissional-específica.

Por mais que cansa, mas eu gosto... Eu quero sempre fazer o melhor, para eu poder aprender, para eu poder fazer o melhor que eu posso fazer. E tocar quantas paradas for mais. (E4)

Eu acho tão importante você trabalhar no Pronto Socorro!... Porque eu acho que, aqui, eu aprendi muita coisa... É como se fosse uma escola para mim. Eu aprendi bastante coisa mesmo. Até o respeito, mais agilidade, mais organização, mais tudo aqui... Eu me orgulho de trabalhar aqui, na Emergência. (E7)

Ao compreenderem que para a execução de um trabalho eficiente, que envolva todas as dimensões inerentes aos atos de saúde, o trabalho em equipe foi várias vezes citado como importante fator de motivação.

É gostoso você fazer algo por alguém. Então, é uma equipe. É bonito! Principalmente quando a equipe funciona, todo mundo junto... Por mais sofrimento que está ali. Mas se torna bonito, quando junta a enfermagem e os médicos... Por mais que a gente perde alguém. (E5)

O trabalho em situações de urgência e emergência, devido às suas peculiaridades, possibilita a manifestação e a interação de todos os profissionais, pois os objetivos do atendimento são claros e necessitam de execução rápida. Além disso, o poder periférico dos profissionais de enfermagem é valorizado nesses cenários, pois estes detêm o domínio sobre outros aspectos do atendimento além das ações médicas, como os meandros burocráticos e a disponibilidade dos instrumentais. A possibilidade de intermediar as atividades dos diversos atores do cenário em questão também reforça a importância desse profissional dentro da equipe.<sup>100</sup>

Adoro!... Se eu pudesse sempre ficar aqui, eu acho que eu ficaria sempre aqui. Porque é o que eu gosto, né. Mesmo chorando! Acho que faz parte, né, chorar assim... Sabe, trabalhar aqui, eu acho que é muito bom pela equipe. Porque a gente trabalha em equipe e a gente é muito unida, né... É uma amizade. Um se preocupa com o outro... Eu acho que isso é que ajuda bastante também, a gente a levar tudo isso, assim, o clima que, às vezes, está pesado. (E9)

Em ambientes onde o sofrimento está muito presente, a união da equipe caracteriza-se como uma estratégia de enfrentamento, onde todas as angústias podem ser compartilhadas e acolhidas. Nesse sentido, as relações são fortalecidas e a difusão das práticas de ofício é entendida como uma atitude de preocupação e apreço pelo bem estar comum.<sup>72</sup>

Diante das falas analisadas pôde-se observar que, mesmo diante de um ambiente de trabalho potencialmente adoecedor, o desejo de cuidar impera. As possibilidades de crescimento pessoal e profissional, a necessidade de intervir pelo outro e as interações em equipe foram apontadas como os grandes motivadores para o trabalho em urgência e emergência, mesmo quando a morte esteve presente.

## Considerações Finais

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs a ampliar o conhecimento sobre o tema da morte sob a ótica dos profissionais de enfermagem que atuam em setores de urgência e emergência. Nesses cenários, onde a presença da morte é freqüente, a destreza técnica e os conhecimentos sobre a essência biológica da vida são enfatizados e valorizados, pois há a necessidade de identificação imediata e atuação rápida sobre as situações de risco de vida eminente.

Pensando nas práticas de enfermagem, esse contexto de trabalho pode apresentar limites para a manifestação da dimensão cuidadora dos profissionais. Isso se deve ao fato de que, muitas vezes, os conceitos de necessidade e de prioridade divergem entre aqueles que procuram e aqueles que prestam o atendimento em urgência e emergência.

Diante dessas considerações, a presente investigação centrou-se no ambiente das salas de emergência e teve por objetivos: compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente e a sua família, que vivenciam a morte e o morrer; e conhecer como essas vivências influem na dinâmica de trabalho em torno das situações de urgência e emergência.

O contato com os dados possibilitou a caracterização dos doze sujeitos investigados no intuito de contextualizar as falas analisadas. Estas permitiram a construção de três categorias analíticas: As representações da morte, compostas por duas subcategorias (A morte acolhedora e A morte inimiga); O processo de luto do familiar, composta por duas subcategorias (A alteridade como abertura e O sofrimento com limite); e A organização do trabalho em urgência e emergência,

composta por cinco subcategorias (A morte como rotina de trabalho, A demanda de atendimento, O trabalho coletivo, O hospital-escola e A motivação no trabalho).

Essas categorias analíticas permitiram compreender que o conflito entre a dimensão cuidadora e a dimensão profissional-específica dos sujeitos investigados resultou das representações que estes conferiram ao fenômeno da morte e do morrer, constantemente norteadas pela organização do trabalho.

Os sentimentos de impotência permearam todas as situações relatadas, mas resultaram em atitudes diferentes diante das variadas representações da morte. Porém, o desejo de oferecer um cuidado centrado nas necessidades do outro, que vive a morte, emergiu em todas as situações, configurando uma importante fonte de motivação para o trabalho.

A compreensão do fenômeno da morte como interrupção e como rotina de trabalho levou os sujeitos à ênfase na dimensão profissional-específica, representada pelos procedimentos e pela racionalidade funcionalista. Nesse contexto, a manifestação da essência humana foi entendida como perturbadora para a eficiência das ações, reforçando posturas de distanciamento e de racionalização.

Quando a morte foi entendida como alívio e como perda, os sujeitos viram-se mobilizados pelas subjetividades do paciente e do familiar. As identificações com o outro permitiram o exercício da alteridade, expresso pela busca por um cuidado que dignificasse o momento da morte, onde as tecnologias de relacionamento prevaleceram.

Diante da dor do familiar, os sujeitos foram levados a refletir sobre a própria condição humana. Ao fazerem isso, a aceitação dos limites e da impotência diante da morte abriu caminhos para a construção de uma dimensão cuidadora, que viu

possibilidades além do evento biológico e que foi repensada e ressignificada diversas vezes e em variadas situações.

No entanto, em algumas situações, o contato com a dor do outro, principalmente a do familiar, gerou tamanho sofrimento que suplantou o desejo de oferecer um cuidado acolhedor. Mesmo buscando o distanciamento e o silêncio das emoções, as necessidades de cuidado do familiar foram identificadas, porém delegadas a outros profissionais.

Como o ser humano não é constante, as atitudes de aproximação e de distanciamento do familiar apresentaram alternâncias e o predomínio de uma sobre a outra foram condicionadas, principalmente, aos recursos internos de que os sujeitos dispunham no momento.

Diante dessas situações, os sujeitos também expressaram sentimentos de impotência diante da limitação oferecida pela organização do trabalho em urgência e emergência. A dimensão cuidadora foi abafada diante da demanda que extrapolava as capacidades de individualizar o atendimento, diante do trabalho coletivo que gerava ações fragmentadas e diante da lógica do ensino médico que desconsiderava a subjetividade da morte.

Ao considerar o envolvimento humano no cuidado que cerca a morte, a análise das falas também identificou elementos potencialmente adoecedores no cenário investigado, que encontraram poucos espaços para o acolhimento e para a reflexão. O único recurso que os sujeitos dispuseram nesse intuito foi as relações de amizade e companheirismo oferecidos no seio da equipe multiprofissional.

Diante dos resultados obtidos pela investigação, conclui-se que, para construir uma dimensão cuidadora que abarque todos os aspectos inerentes ao fenômeno da morte e do morrer, é de extrema importância considerar a subjetividade dos

profissionais que a produzem. Para tanto, urgem os espaços para a discussão do tema, bem como para o acolhimento do sofrimento gerado pelo trabalho.

Potencializar o cuidado em torno da morte e do morrer, onde as ações para salvar a vida têm importância de destaque, é potencializar a liberdade e a capacidade criativa dos seres humanos que o produzem. Exigir apenas a humanização do atendimento, desconsiderando o fator humano envolvido, pode reproduzir a lógica tecnicista sobre as relações de trabalho e configurar um cuidado estereotipado e sem sentido.

## Referências

## REFERÊNCIAS

1. Baggio HD. Minha experiência com a morte. In: Cassorla RMS. Da morte: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1998. p. 195-206.
2. Santos FS. Perspectivas histórico-culturais da morte. In: Incontri D, Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. 1º ed. Bragança Paulista: Comenius; 2007. p. 13-25.
3. Kovács MJ. Atitudes diante da morte: visão histórica, social e cultural. In: Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo; 2008. p. 27-48.
4. Dubois C. Heidegger: introdução a uma leitura. 1ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2004.
5. Heidegger M. Ser e Tempo. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
6. Martins J. Apresentação. In: Boemer MR. A morte e o morrer. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989. p. 11-3.
7. Nogueira JC. A autenticidade e o Ser-para-a-morte em Heidegger. In: Incontri D, Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. 1ª ed. Bragança Paulista: Comenius; 2007. p. 109-19.
8. Cassorla RMS. A negação da morte. In: Incontri D, Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. 1ª ed. Bragança Paulista: Comenius; 2007. p. 271-9.
9. Kovács MJ. Representações de morte. In: Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 1-13.
10. Nobel M. Sobre a morte, o morrer e o suicídio. In: Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1998. p. 27-40.
11. Cassorla RMS. Considerações sobre o suicídio. In: Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1998. p. 17-26.
12. Cassorla RMS. Como lidamos com o morrer: reflexões suscitadas no apresentar este livro. In: Cassorla RMS. Da morte: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1998. p. 17-23.
13. Paiva LMD. Tanatismo, suicídio e vitimologia. In: Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1998. p. 195-232.
14. Santos FS. Tanatologia: a ciência da educação para a vida. In: Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. 1ª ed. Bragança Paulista: Comenius; 2009. p. 13-36.
15. Ariès P. História da morte no Ocidente. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.

16. Ziegler J. Os vivos e a morte. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1977.
17. Boemer MR. A morte e o morrer. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.
18. Pitta AMF. Hospital, dor e morte com ofício. 5ª ed. São Paulo Hucitec; 1994.
19. Cassorla RMS. Da morte: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas: Papyrus; 1998.
20. Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. 1ª ed. Bragança Paulista: Comenius; 2009.
21. Incontri D, Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. 1ª ed. Bragança Paulista: Comenius; 2007.
22. Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas: Papyrus; 1998.
23. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
24. Kastenbaum R, Aisenberg R. Psicologia da morte. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1983.
25. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? In: Feijoo AMLC, Camon VAA. A ética na saúde. São Paulo: Pioneira; 1997. p. 182.
26. Pessini L. Vida e morte: uma questão de dignidade. In: Incontri D, Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. 1ª ed. Bragança Paulista: Comenius; 2007. p. 159-71.
27. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de informações sobre mortalidade. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>.
28. Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev Latino-am Enfermagem. 2006 mar-abr;14(2):207-13.
29. Saloum NH, Boemer MR. A morte no contexto hospitalar: as equipes de reanimação cardíaca. Rev Latino-am Enfermagem. 1999 dez;7(5):109-19.
30. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2006;19(4):456-61.
31. Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 mar-abr;13(2):151-7.

32. Salomé GM, Cavali A, Espósito VHC. Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2009 set-out;62(5):681-6.
33. Vaiciunas N, Souza TM. Cuidando do cuidador em UTIs Pediátrica e Neonatal. *O Mundo da Saúde.* 2008 jan-mar;32(1):24-30.
34. Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AKB, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):131-7.
35. Costa ALRC. As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
36. Costa ALRC, Marziale MHP. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. *Rev Bras Enferm.* 2006 mai-jun;59(3):337-43.
37. Martino MMF, Misko MD. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(2):161-7.
38. Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006 jul-ago;14(4):534-9.
39. DalPai D, Lautert L. Work under urgency and emergency and its relation with the health of nursing professionals. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008 mai-jun;16(3):439-44.
40. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
41. Pinho LB, Kantorski LP. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. *Ciencia y Enfermeria.* 2004;10(1):67-77.
42. Santana MTBM, Jorge MSB. The own body as a nurse's living experience on assisting others dying process. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007 mai-jun;15(3):466-73.
43. Greenstreet W. Why nurses need to understand the principles of bereavement theory. *Br J Nurs.* 2004 apr;13(10):590-3.
44. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005 jan-fev;13(1):99-104.
45. Santos FS. A tanatologia e a universidade. In: Incontri D, Santos FS. *A arte de morrer: visões plurais.* 1ª ed. Bragança Paulista: Comenius; 2007. p. 289-303.

46. Boemer MR. Enfermagem e morte. In: Incontri D, Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. 1ª ed. Bragança Paulista: Comenius; 2007. p. 188-95.
47. Kovács MJ. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. Paidéia. 2008;18(41):457-68.
48. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
49. Cassorla RMS. Esteja ao meu lado. In: Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 175.
50. Kovács MJ. Profissionais de saúde diante da morte. In: Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 235-53.
51. Boemer MR, Rossi LRG, Nastari RR. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva: análise de depoimentos. In: Cassorla RMS. Da morte: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1998. p. 145-57.
52. Tamayo MR. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [Dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.
53. Shimizu HE. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiras (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidades de terapia intensiva em um hospital escola [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
54. Lipp MEN. O stress no Brasil: pesquisas avançadas. Campinas: Papirus; 2004.
55. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984.
56. Marx KFH. O capital. 3ª ed. São Paulo: Edipro; 2008.
57. Albornoz S. O que é trabalho. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1992.
58. Traverso-Yépez MA. Trabalho e saúde: subjetividade em um contexto de precariedade. In: Mendes AM, Ferreira MC. Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2004. p. 111-31.
59. Dejours C, Adboucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
60. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Anna Blume; 1998.

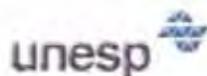
61. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):438-46.
62. Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Spricigo J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2001;9(2):91-6.
63. Silva CO. Trabalho e subjetividade no hospital geral. *Rev Psicol Ciência Profissão*. 1998;18(2):26-33.
64. Ferreira J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*. 2005 set-dez;14(3):111-8.
65. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde. In: Campos CR. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1988. p. 103-20.
66. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2000 fev;6:109-16.
67. Guareschi P. Alteridade e relação: uma perspectiva crítica. In: Arruda A. *Representando a alteridade*. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 149-61.
68. Vieira EM, Freire JC. Alteridade e psicologia humanista: uma leitura ética da abordagem centrada na pessoa. *Estud Psicol*. 2006 out-dez;23(4):425-32.
69. Rojas-Serey AM, Castañeda-Barthelemiez S, Parraguez-Infiesta RA. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. *Educ Med*. 2009;12(2):103-9.
70. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):305-14.
71. Amestoy SC, Schuwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(4):444-9.
72. Dejours C. *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard; 2008.
73. Menzies I. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. São Paulo: Escola de Administração de Empresas da FGV; [s/d].
74. Galtung J. Contribución específica de la irenología al estudio de la violencia: Tipologías. In: Joxe A, editor. *La violencia y sus causas*. Paris: Unesco; 1981. p. 91-106.

75. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009 abr-jun;18(2):266-72.
76. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
77. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saude Publica*. 1993 jul-set;9(3):239-62.
78. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
79. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
80. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008 jan;24(1):17-27.
81. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2009.
82. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
83. Duran ECM, Cocco MIM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(1):43-9.
84. Pierucci AF. As religiões no Brasil. In: Hellern V, Notaker H, Gaarder J. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000. p. 281-315.
85. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(4):517-25.
86. Hellern V, Notaker H, Gaarder J. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia da Letras; 2000.
87. Py L, Oliveira JFP. Envelhecimento e morte. In: Incontri D, Santos FS. *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius; 2007. p. 172-7.
88. Boemer MR, Zanetti ML, Valle ERM. A idéia da morte no idoso: uma abordagem compreensiva. In: Cassorla RMS. *Da morte: estudos brasileiros*. 2ª ed. Campinas: Papyrus; 1998. p. 119-27.

89. Klafke TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Cassorla RMS. Da morte: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas: Papyrus; 1998. p. 25-49.
90. Dell'Acqua MCQ, Araujo VA, Silva MJP. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1998 abr;6(7):17-22.
91. Macieira RC. Enfrentamento do câncer e espiritualidade. In: Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenius; 2009. p. 237-45.
92. Saporetti LA. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenius; 2009. p. 165-72.
93. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
94. Kovács MJ. Perdas e o processo de luto. In: Incontri D, Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenius; 2007. p. 217-38.
95. Labate RC, Barros GC. Uma possibilidade de escuta a uma família enlutada: ressignificando a experiência de perda. *Rev SPAGESP*. 2006;7(1):50-7.
96. Kovács MJ. Espiritualidade e psicologia - cuidados compartilhados. *O Mundo da Saúde*. 2007 abr-jun;31(2):246-55.
97. Brasil MAA. A ética do sofrimento humano. In: Figueiredo AC. Ética e saúde mental. Rio de Janeiro: Topbooks; 1996. p. 11-25.
98. Moritz RD. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Terap Intens*. 2007 out-dez;19(4):485-9.
99. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde debate*. 2003;27(65):316-23.
100. Alves M, Ramos FRS, Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(3):323-31.

Anexos

## ANEXO 1



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenação: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de dezembro de 2008

Of. 537/08-CEP

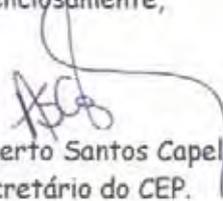
Ilustríssima Senhora  
Profª Drª Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua  
Departamento de Enfermagem da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Magda,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Vivenciando o processo de morte onde existe a busca incessante pela vida: a experiência da equipe de enfermagem de um setor de atendimento de urgência", a ser conduzido por Luciana Yoshie Tome, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 01/12/2008.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Apresentar Relatório Final de Atividades ao final da execução deste projeto.

Atenciosamente,

  
Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP.

## ANEXO 2

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O presente estudo se propõe a explorar a vivência da morte e do luto pela equipe de emergência do setor de adultos, em busca de valorizar e potencializar o cuidado humanizado num cenário onde a dor e a perda são partes da rotina de trabalho. Conhecendo a experiência dessa equipe em relação ao cuidado do paciente/cliente adulto em Sala de Emergência e de sua família durante o processo de morte, acredita-se ser possível identificar estratégias que viabilizem o cuidado de qualidade, bem como os aspectos que dificultam a interação dessa equipe com a família nessa situação consternante.

Eu....., após devidamente esclarecido (a), aceito participar do projeto de pesquisa **“Vivenciando o processo de morte onde existe a busca incessante pela vida: a experiência da equipe de enfermagem de um setor de atendimento em emergência”**, podendo a qualquer momento esclarecer dúvidas e desistir de participar do mesmo.

Minha participação no estudo consiste em ser entrevistada pela pesquisadora, bem como permitir a gravação do meu depoimento. Também fui informada que meu nome, ou qualquer outro dado que possibilite minha identificação, não aparecerá quando os resultados forem divulgados e que as gravações serão utilizadas apenas pela pesquisadora e por sua orientadora, sendo automaticamente destruídas ao final do estudo.

Botucatu, ..... de ..... de 2009.

---

Assinatura do Entrevistado

---

Luciana Yoshie Tome  
Pesquisadora Responsável

Pesquisadora: Luciana Yoshie Tome

Endereço: Rua Cesário Mota, 14, Vila dos Lavradores, Botucatu, SP, CEP 18609-720.

Telefone: (14) 97611353 ou (14) 38827171

Email: [tomeyoshie@hotmail.com](mailto:tomeyoshie@hotmail.com)

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Endereço: Rua Daniel Zacarias, 803, Jardim Paraíso, Botucatu, SP, CEP 18608-210.

Telefone: (14) 3815-4938 ou (14) 3811-6070

Email: [mqueiroz@fmb.unesp.br](mailto:mqueiroz@fmb.unesp.br)