

ANDREIA ISABEL VARAJÃO CERQUEIRA

**O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE DO IDOSO EM CONTEXTO
HOSPITALAR**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PONTE DE LIMA, 2007

ANDREIA ISABEL VARAJÃO CERQUEIRA

**O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE DO IDOSO EM CONTEXTO
HOSPITALAR**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PONTE DE LIMA, 2007

ANDREIA ISABEL VARAJÃO CERQUEIRA

**O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE DO IDOSO EM CONTEXTO
HOSPITALAR**

Atesto a originalidade do trabalho,

(Andreia Cerqueira)

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa

como parte integrante dos requisitos para obtenção do

grau de Licenciatura em Enfermagem.

SUMÁRIO

A morte é um acontecimento universal, inevitável e inexorável que está presente em qualquer fase do ciclo vital no nosso quotidiano. Assim, assiste-se a esta de um modo mais ou menos passivo, mas sem que tal constitua motivo de indiferença. Este acontecimento potencia, não raras vezes, reflexões profundas sobre a vida e sobre o seu culminar. Conhecer a forma como os enfermeiros vivenciam o processo de morrer e o contacto com a morte do idoso serviu de tema para este estudo.

Com o objectivo de dar resposta às questões elaboradas, partiu-se para um estudo com a aplicação de uma entrevista semi-estruturada a uma amostra de enfermeiros. Da amostra fizeram parte dez enfermeiros, de ambos os sexos, cujo limite mínimo de idade foram os 25 anos e como limite máximo, idade igual ou superior a 45 anos, que para além de prestarem cuidados no âmbito hospitalar pertencem ao corpo docente de uma Universidade. Optou-se por um estudo qualitativo de carácter fenomenológico descritivo, sendo o instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo obtendo-se assim a opinião dos entrevistados e efectuada a descoberta de diversas áreas temáticas.

Este estudo leva a verificar-se que a vivência da morte é uma experiência verídica e sempre actual recheada de uma ambivalência de significados, pois cada enfermeiro define o seu conceito, vivenciando o processo de morrer de forma diferente, aumentando assim a dificuldade de gestão do mesmo. Os sentimentos e comportamentos dos enfermeiros face à morte e seu processo, são infinitos e originam um desgaste emocional e pessoal dificultando assim a gestão do luto com a família. Relativamente à formação que os enfermeiros identificaram perante a morte, maioritariamente, referem lacunas e défice na mesma que poderá ter a haver com a falta de apoio existente nas instituições em relação à temática em estudo, nomeadamente encontros de grupo com apoio psicológico.

“A morte pertence á vida, como pertence o nascimento.
O caminhar tanto está em levantar o pé como em pousá-lo no chão.”

Tagore

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração de um conjunto de pessoas. Correndo o risco de omitir alguém, quero deixar expresso o mais sincero reconhecimento e agradecimento:

À minha orientadora, Enfermeira Ana Serra que foi das pessoas mais fantásticas que conheci ao longo de toda a construção deste sonho, pela forma como desde o início acarinhou este projecto, pelo apoio e constante estímulo, pela partilha de saberes, pela pertinência das suas críticas e sugestões, que constituíram fonte de uma excelente aprendizagem pessoal e profissional e por ter tornado possível este estudo;

A todos os Enfermeiros, pela colaboração prestada na aplicação das entrevistas;

À Olga, pelo apoio e energia com que me ajudou a elaborar este projecto;

Aos colegas de curso, com quem partilhei muitas experiências gratificantes e pelas palavras de incentivo que me ajudaram a acreditar que era possível a concretização do estudo;

A Ana e à Flavia pelo apoio e ajuda na pesquisa bibliográfica;

A todos os amigos pelo constante apoio manifestado ao longo do trabalho, em especial à Ana e Flavia, que me mostraram que é sempre possível ultrapassar a adversidade;

À Ana Emília pelos sorrisos impostos nos dias difíceis e pela compreensão de muitas ausências;

Aos meus avós que contribuíram sabiamente para a construção da minha pessoa;

A minha Madrinha que me fez tornar numa pessoa exigente comigo própria, e me fez crescer como Mulher.

Ao meu namorado, o Hugo, pela sua compreensão e paciência, pelos momentos em que o sobrecarreguei, e pelo constante estímulo manifestado ao longo da execução do trabalho acreditando que era capaz, e que esteve sempre presente em todos os momentos para me dar amor, carinho e muita força para seguir em frente. Obrigado Amor!

Aos meus pais, que embora estejam por último, são os primeiros, por todo o apoio que me concederam ao longo da vida, pelos seus conselhos sábios e, conjuntamente com o Hugo, pelos momentos em que não pude estar tão presente, a quem dedico todo o meu trabalho, por serem o verdadeiro motivo de todo o meu empenho, esforço e dedicação.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

E – Entrevistado

ISBN – International Standard Book Number

ISSN – International Standard Serial Number

OMS – Organização Mundial de Saúde

SFACP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	14
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
CAPITULO I – DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DE ESTUDO	19
1. Delimitação do Tema	19
2. Justificação do Tema	20
3. Pergunta de Partida	21
4. Questões de Investigação	21
5. Objectivos Científicos	22
CAPITULO II – O FENÓMENO DA MORTE	25
1. Conceito de Morte	25
1.1 Conceito de Morte Clínica	27
2. A evolução da Morte: do passado ao presente	28
CAPITULO III – FASES DO LUTO	31
1. O cunho da Esperança	37
2. Gestão do luto com a família: Transmissão da má notícia Morte	39
CAPITULO IV – A MORTE DO IDOSO	42
1. O idoso – o Ciclo Vital	42
1.1 Terceira Idade: “A Ultima Morada!”	44
2. A Morte em contexto Hospitalar	46
CAPITULO V – O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE	49
1. Enfermagem em contexto Geriátrico	49
2. Sentimentos e Atitudes do enfermeiro perante a morte	49
2.1 - Factores que influenciam os sentimentos/atitudes do enfermeiro face á morte	51
2.1.1. A idade do utente	51
2.1.2 Tipo de morte	52
2.1.3. Factores educacionais e a formação profissional	53
2.1.4. Factores psicológicos	53
3. Como enfrentar a exposição constante face à morte	54

CAPITULO VI – ENFERMEIRO PERANTE A MORTE:	60
CONTEXTUALIZAÇÃO PEDAGÓGICA	
PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO	65
CAPITULO I – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	66
1. População e Amostra do Estudo	66
2. Instrumento de Colheita de Dados	68
2.1 Pré – Teste	69
3. Metodologia	69
4. Recolha de Dados	70
5. Considerações Éticas	71
PARTE III – FASE EMPIRICA	73
CAPITULO I – APRESENTAÇÃO / INTERPRETAÇÃO DOS DADOS E	74
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
1. Caracterização da Amostra	75
2. Análise das Entrevistas e Discussão dos Resultados	78
2.1 Temática: O significado da morte do idoso, em contexto hospitalar, segundo a opinião do enfermeiro.	79
2.2 Temática: O impacto da morte do idoso no enfermeiro em contexto hospitalar	84
2.3 Temática: Estratégias adoptadas pelo enfermeiro perante a morte do idoso	88
2.4 Temática: Autoavaliação dos enfermeiros em relação à formação sobre o modo de como lidar com a morte do idoso.	91
2.5 Temática: Estratégias que os enfermeiros utilizam para dar apoio á família durante a gestão do luto	96
ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	100
CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	108
ANEXOS	
ANEXO I – Entrevista Semi – Estruturada	
ANEXO II – Consentimento Informado	

Índice de Tabelas e Gráficos

	Pág.
Tabela n.º 1-Distribuição frequencial e percentual da idade da amostra	74
Tabela n.º 2-Distribuição frequencial e percentual género da amostra	75
Tabela n.º 3-Distribuição frequencial e percentual das habilitações profissionais da amostra	75
Tabela n.º 4-Distribuição frequencial e percentual dos anos de serviço da amostra	77
Tabela n.º 5: Opinião do enfermeiro face ao significado da morte	78
Tabela n.º 6: A Morte do Idoso: Impacto no Enfermeiro	83
Tabela n.º 7: Atitudes dos enfermeiros perante a morte	87
Tabela n.º 8: Formação dos enfermeiros face ao processo de morte	90
Tabela n.º 9: Estratégias utilizadas de apoio à família na gestão do luto	95
Gráfico n.º 1-Distribuição frequencial e percentual da idade da amostra	74
Gráfico n.º 2-Distribuição frequencial e percentual do género da amostra	75
Gráfico n.º 3-Distribuição frequencial e percentual das habilitações profissionais da amostra	75
Gráfico n.º 4-Distribuição frequencial e percentual dos anos de serviço da amostra	77

INTRODUÇÃO

A morte, encarada como etapa do processo de crescimento/ formação da pessoa, da mesma forma que o nascimento, a infância, a adolescência, a idade adulta ou a velhice é portadora de uma conotação trágica quando a mesma interrompe o pressuposto sócio-cultural, de que só a idade avançada se relaciona com o “fantasma” morte.

Embora se reconheça que morrer faz parte integrante da vida, tão natural como o nascer, a morte é reconhecida como um acontecimento de vida indutor de stress, de medo e de angústia. Quando se trata da vivência da morte, esta assume especificidades emocionais, quer para a família, quer para os próprios enfermeiros e restantes profissionais de saúde que lidam com este processo.

Tendo em conta as diversas fases do ciclo vital, optou-se neste estudo por fazer uma exploração mais profunda da morte do idoso e respectivas repercussões nos Enfermeiros. Esta opção tem em conta diversos factores quer pessoais quer académicos que serão mais à frente explorados pela investigadora.

Considerando que os enfermeiros são uma das principais fontes de apoio pela sua presença física constante (devido aos internamentos recorrentes que uma doença terminal sempre implica), diversos são os desafios que se colocam à dimensão das suas intervenções, apesar da relação terapêutica (vertente profissional) que sempre é estabelecida com qualquer utente/família independentemente da situação, os mesmos têm necessidade de assumir o papel de amigo (vertente mais humana) durante o acompanhamento de um processo de fim de vida biológico.

O processo de envelhecimento possui grande relevância no âmbito da saúde, solicitando por isso, conhecimento, empenho e dedicação por parte dos profissionais de saúde no que respeita à capacidade, liberdade e sapiência de forma a ajudar cada indivíduo a ser capaz de atingir esta fase do ciclo vital com qualidade. Assim, também estes indivíduos possuem

características muito próprias, que não descoram a necessidade de uma especialidade em enfermagem.

O interesse por este tema surgiu num contexto de motivações académicas e enquanto aluna de Enfermagem, emergentes duma multiplicidade de dúvidas pessoais crescentes, decorrentes do contacto com a morte de idosos, pelo sofrimento vivenciado por eles, mas principalmente, pelo sofrimento espelhado na face e na voz dos familiares.

A nível pessoal e como futura profissional de saúde, a investigadora sentiu necessidade de compreender além de tudo o que já foi referido como é que os enfermeiros vivenciam quer o processo de morte quer as reacções descritas pelo utente/família. É com base neste panorama que consideramos importante conhecer a realidade a que estão submetidos todos os intervenientes, na tentativa de encontrar formas (na pessoa do enfermeiro) para minorar tão devastadora condição.

Sendo assim irrompeu a pergunta de partida: Como vivenciam os enfermeiros da prática, actualmente, também docentes de uma Universidade a Morte do Idoso em contexto hospitalar? tendo por finalidade conhecer qual a perspectiva destes sobre esta fase do ciclo vital.

Assim, este estudo tem como principais objectivos:

- Identificar o significado da morte, em contexto hospitalar, para o enfermeiro;
- Identificar o significado da morte do idoso, em contexto hospitalar, para o enfermeiro;
- Descrever o impacto da morte do idoso no enfermeiro a nível interno (sentimentos, emoções, sensações) em contexto hospitalar;
- Descrever as estratégias utilizadas pelo enfermeiro (atitudes, comportamentos) perante a morte do idoso em contexto hospitalar;
- Conhecer a avaliação efectuada pelos enfermeiros em relação à formação que possuem, tendo em conta o modo de lidar com a morte do idoso em contexto hospitalar;

- Identificar as estratégias que os enfermeiros utilizam para dar apoio à família durante a gestão do luto.

Os objectivos académicos do presente trabalho monográfico consistem primordialmente na obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, fundamental para a inserção da investigadora no mundo do trabalho.

É também objectivo desta investigação a aquisição de competências para a realização de posteriores trabalhos de investigação mais vastos e complexos, assim como o aperfeiçoamento das competências já adquiridas para a continuidade de cuidados em todas as vertentes traçadas ao longo do presente estudo.

Para dar suporte à concepção desenvolvida, no planeamento desta investigação efectuou-se um estudo de natureza Qualitativa, de carácter Fenomenológico Descritivo, sendo o instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada. Este estudo foi baseado na experiência narrativa de dez enfermeiros, de ambos os sexos, cujo limite mínimo de idade foram os 25 anos e como limite máximo, idade igual ou superior a 45 anos, que para além de prestarem cuidados no âmbito hospitalar pertencem ao corpo docente de uma Universidade. As respostas obtidas foram posteriormente analisadas através da Análise de Conteúdo, alcançando-se assim a opinião dos entrevistados e efectuada a descoberta de diversas áreas temáticas.

O presente trabalho está estruturado em três partes essenciais, a primeira parte é constituída pelo Enquadramento Conceptual, dividido em seis capítulos, onde constam os conteúdos que sustentam todo o trabalho de investigação.

A segunda parte é constituída pelo Percurso Metodológico onde se aborda a metodologia da investigação, em que são apresentados a população e a amostra do estudo, os instrumentos de recolha de dados utilizados e respectivas considerações éticas para a recolha e tratamento dos mesmos.

A última parte é referente à Fase Empírica do processo de investigação onde foram apresentados os dados da amostra e respectivas características, assim como a apresentação, interpretação e síntese dos resultados identificados nas entrevistas realizadas.

Finalmente consta a conclusão dos aspectos relevantes do estudo e como parte integrante deste documento conta ainda a bibliografia e os anexos.

Com os resultados alcançados com esta monografia, pôde concluir-se que a vivência da morte é uma experiência verídica e sempre actual recheada de uma ambivalência de significados, pois cada enfermeiro define o seu conceito, vivenciando o processo de morrer de forma diferente, aumentando assim a dificuldade de gestão do mesmo.

Os sentimentos e angústias que a morte e o processo de morrer causam nos profissionais de saúde mesmo com vários anos de serviço e vasta experiência profissional, encontram-se bem patentes nas conclusões deste estudo, verifica-se que os mesmos originam um desgaste emocional e pessoal dificultando assim a gestão do luto com a família, no entanto também é de referenciar e valorizar as estratégias que os enfermeiros encontram no sentido de minimizar as dificuldades sentidas sem pôr em causa a sua prestação.

Outro aspecto não menos importante que se verificou neste estudo está intimamente ligado a um défice quer de formação, quer de reflexão e partilha de experiências por parte dos profissionais de saúde. Este mesmo défice poderá ter a haver com a falta de motivação existente nas instituições em relação á temática em estudo. É crucial, a existência de mais apoio, nomeadamente encontro de grupo com apoio psicológico, com o objectivo de haver reflexões de grupo e formações para adultos nesta área, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente em fase terminal e respectivas famílias.

Com a realização deste trabalho monográfico, espera-se que constitua uma preciosa arma para o próprio contexto de estudo, assim como para a comunidade escolar pois permite a relação entre a teoria e o conhecimento do real, em toda a sua plenitude. Nomeadamente, o modo como os enfermeiros vivenciam a morte e o processo de morrer do idoso, visando assim a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e o “crescimento” do profissional de saúde.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPITULO I – DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DE ESTUDO

Uma investigação tem início com um processo de formulação e documentação de ideias sobre um assunto preciso, que pode resultar de várias origens, essa ideia orienta a investigação para um problema, sendo este posteriormente delimitado, construindo-se um quadro conceptual dos conceitos e objectivos intrínsecos à investigação (Fortin, 1999).

Em qualquer processo de investigação a fase conceptual tem como objectivo a definição e delimitação de um problema que irá ser estudado, a pesquisa bibliográfica, assim como o desenvolvimento de toda a componente teórica (Polit, Beck, Hungler, 2004), para assim tentar alcançar uma compreensão clara e organizada do objecto de estudo.

Qualquer estudo de investigação tem início com um problema que o investigador gostaria de resolver, ou como uma questão que ele próprio gostaria de responder. Qualquer problemática envolve uma situação ambígua, inquietante ou perturbadora para o mesmo com a finalidade de tentar resolver o problema ou contribuir para a sua solução. (Polit et. al, 2004)

De acordo com a contextualização efectuada emergiu a temática seleccionada pela investigadora para o presente trabalho monográfico, de forma a conseguir-se um aprofundamento intelectual com a convicção de que o seu contributo será enriquecedor enquanto futura profissional de enfermagem pois a pesquisa promove o conhecimento da ciência, da profissão e até do conhecimento humano. Segundo refere Quintela (1999) “É através da investigação que as profissões alcançam autonomia, prestígio e credibilidade.”

1. Delimitação do Tema

O ponto de partida para qualquer estudo que se pretenda realizar é a definição da temática a estudar, sendo um domínio delimitado do saber, no interior do qual será formulado um problema de investigação. (Fortin, 1999).

Segundo Lakatos (1991, p. 126), o tema é o assunto que se pretende estudar e pesquisar, “ (...) é uma proposição até certo ponto abrangente (...)”. Portanto escolher um tema implica

seleccionar um objecto que possa ser alvo de investigação científica e permita portanto ser formulado e delimitado em função da pesquisa que se pretende. O tema seleccionado para este estudo foi “O Enfermeiro perante a Morte em contexto hospitalar”.

Os enfermeiros têm como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano são ou doente, ao longo de todo o ciclo vital, para que ele mantenha, melhore e recupere a saúde, contribuindo assim para a manutenção da vida, evitando consequentemente a morte. Para Sousa (1996, p.57), o modelo biomédico tradicional prepara os profissionais para prolongar a vida. Deste modo, o acontecimento de morte parece muitas vezes contraditório ao objectivo desta actividade profissional.

Dada a abrangência e a complexidade da temática alvo, e sendo a investigadora aluna de Enfermagem em pleno processo formativo, decidiu-se cingir a pesquisa tendo em conta “O modo como os enfermeiros vivenciam a morte do idoso em contexto hospitalar”.

2. Justificação do Tema

A opção deste tema baseou-se em determinados factores, quer de ordem pessoal, quer de ordem académica. Esta opção recaiu num conjunto de preocupações que assistem a investigadora e que fazem parte do que é observado pela mesma no quotidiano dos profissionais em contexto dos ensinamentos clínicos realizados, e que passam pelo facto de existir um aumento do número de mortes de indivíduos pertencentes ao último estadió de vida, consequente do envelhecimento da população.

Este facto exige dos profissionais de enfermagem a aquisição de competências no processo de morte, e que a nível do processo formativo são abordadas muito superficialmente. Reflectindo a breve preparação teórica com a experiência e observação obtida em estágio clínico, emerge a necessidade de aumentar conhecimentos na referida área, procurando desta forma solidificar conhecimentos previamente adquiridos, descobrindo novas estratégias e competências no sentido de minimizar os medos e receios que assistem a investigadora, procurando assim a promoção e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Cada vez mais a morte é hospitalizada pelo que se torna fulcral que os enfermeiros adquiram competências na forma de lidar com a mesma e com todo o processo de morrer. Ribeiro (1998,p.57) afirma que, a equipe de Enfermagem sofre com tais situações, mas este sofrimento parece ser mascarado pelo cumprimento de rotinas.

3. Pergunta de Partida

Aquando da existência de um problema, está inerente uma pergunta que necessita de uma resposta, a qual deve ser resolvida ou investigada através da aplicação do método científico. Deste modo,

Problema é uma dificuldade, teórica ou prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução. Definir um problema significa especificá-lo em detalhes precisos e exactos. Na formulação de um problema deve haver clareza, concisão e objectividade (...) (Lakatos, 1991, p. 159).

Desta forma, e de acordo com o tema seleccionado surge a pergunta de partida desta investigação:

Como vivenciam os enfermeiros da prática, actualmente, também docentes de uma Universidade a Morte do Idoso em contexto hospitalar?

Constata-se que os enfermeiros lidam frequentemente com a morte e o processo de morrer. Ribeiro (1998,p.62) afirma que, a equipe de Enfermagem sofre com tais situações, mas este sofrimento parece ser mascarado pelo cumprimento de rotinas.

4. Questões de Investigação

As questões de investigação são, em alguns casos, a reformulação directa das declarações da finalidade do estudo, estas são elaboradas interrogativamente e não com uma declaração. As questões devem ser simples e directas de forma a proporcionar uma resposta rápida e ajudar a focar a atenção nos tipos de dados necessários para proporcioná-la. (Polit, 2004)

Segundo Talbot, (cit. in Fortin 1999, p. 101)

As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada.

Nesta linha de pensamento foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- ✓ Qual o significado de morte para os enfermeiros em contexto hospitalar?
- ✓ Qual o significado de morte do idoso para os enfermeiros em contexto hospitalar?
- ✓ Será que a morte do idoso em contexto hospitalar provoca algum impacto a nível interno no enfermeiro?
- ✓ Quais as atitudes dos enfermeiros, perante a morte do idoso em contexto hospitalar?
- ✓ Como avaliam os enfermeiros a formação que possuem acerca da morte do idoso em contexto hospitalar?
- ✓ Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, para dar apoio á família durante a gestão do luto?

5. Objectivos Científicos

Esta pesquisa permitirá dar a conhecer, o modo como esta vivência se efectua, permitindo se for caso disso, o levantamento de algumas necessidades expressas pelos enfermeiros com vista a que possam ser colmatada.

Este estudo de investigação tem como objectivo geral:

- Conhecer de que forma o Enfermeiro se enquadra a nível emocional e a nível comportamental perante a morte do idoso em contexto hospitalar.

Para tal, pretendemos atingir os seguintes objectivos específicos:

- ✓ Identificar o significado da morte para o enfermeiro, em contexto hospitalar;
- ✓ Identificar o significado da morte do idoso para o enfermeiro, em contexto hospitalar;
- ✓ Descrever o impacto da morte do idoso no enfermeiro a nível interno (sentimentos, emoções, sensações) em contexto hospitalar;
- ✓ Descrever as estratégias utilizadas pelo enfermeiro (atitudes, comportamentos) perante a morte do idoso em contexto hospitalar;
- ✓ Conhecer a avaliação efectuada pelos enfermeiros em relação à formação que possuem, tendo em conta o modo de lidar com a morte do idoso em contexto hospitalar;
- ✓ Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros no apoio á família durante a gestão do luto;

Desta forma, e para uma compreensão mais profunda da problemática abordada, e da construção das questões e objectivos deste estudo, houve necessidade de recorrer a uma pesquisa intensa, de diversos autores no intuito de se realizar a revisão literária referente ao objecto de estudo constituindo assim a estrutura teórica da investigação. Para a concretização deste ponto foi necessário explorar teorias, ler e reler investigações exemplares e adquirir o hábito de reflectir sobre o terreno ou sobre os dados ainda que hajam técnicas de análise sofisticadas. (Quivy, 2004)

O método de organização, de realização e tratamento das leituras que o investigador irá utilizar concretizar-se-á com a selecção muito cuidadosa de um pequeno número de leituras e sua organização para delas retirar o máximo proveito, o que implica assim um método de trabalho correctamente elaborado. (Quivy, 2004)

CAPITULO II – O FENOMÉNO DA MORTE

“ A morte apresenta muitos rostos, sendo percebida de diversos modos conforme as diversas épocas e culturas.”

(J. H. Barros de Oliveira, 1998, pág. 182)

1. Conceito de morte

“A morte é uma realidade inexorável da existência de cada um. O facto é que todos os seres vivos nascem, crescem e morrem, estas são etapas presentes e inevitáveis.” (Thomas, 1995, p. 504).

Esta é um processo simultaneamente complexo, relativo e mutável dado que depende do seu contexto situacional. A forma como a morte é encarada depende de como a vida social de determinadas sociedades se organiza e das normas aí vigentes. A base antropológica vai então determinar a concepção que cada um tem sobre a morte.

Ao longo de séculos a humanidade deparou-se com um enigma, a morte. O que é a morte? O que é o processo de morrer?

À morte é atribuído um conjunto de definições distintas. Para Cunha (2003, p. 34) este acontecimento pode ser visto como “cessação das funções vitais do Homem; (...) fim de um conjunto de vivências e acontecimentos naturais e sociais; (...) termo da existência; (...) passagem para um outro mundo, uma outra vida; sinónimo de tristeza.” ou ainda como uma indefinição. Para Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 511), “ (...) a morte pode ser uma amiga que põe termo às dores e ao sofrimento, um mestre que permite compreender a verdadeira transcendência, uma aventura rumo ao desconhecido (...) a recompensa (...)” ou pode ser compreendida como “ (...) o nada, o fim da vida, um castigo, uma separação (...)”.

No entanto, Thomas (1995, p. 504) fornece-nos uma visão filosófica, considerando que não existe um instante de morte, “ (...) ela está em toda a parte enquanto processo: o morrer começa desde o nascimento, acelera-se com o envelhecimento e prolonga-se para além da

morte clínica e biológica.” Segundo este último autor, somente se pode falar em dois momentos singulares: o antes (atitudes perante os idosos, cuidados aos moribundos) e o depois (ritos, luto). (Thomas, 1995, p.203)

A CIPE, faculta-nos uma definição de morte baseada em factores meramente biológicos, sem contemplar factores psicológicos ou sociais:

(...) cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da actividade cerebral. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2002, p. 47)

A visão espiritualista da morte indica-nos que a morte é uma passagem para uma outra vida em que existe uma continuidade da mente ou espírito. Ross citada por Oliveira (1998, p. 20) diz-nos que “ (...) a morte não é o fim da existência mas apenas uma passagem para uma outra forma de vida, numa frequência diferente (...) o momento da morte é uma experiência única, bela (...) que se vive sem medo, sem angústias porque não é o fim, mas antes um começo radioso.”

Também Morin entende a morte como “ (...) uma passagem, uma transição, uma espécie de vida que prolonga de uma maneira ou de outra a vida individual.” (citado por Thomas, 1995, p. 509).

No presente a mesma parece não ser encarada como algo natural, como uma última fase da vida biológica, ela não tem o mesmo lugar que tinha no passado, pelo contrário, morrer perdeu o seu contexto familiar, onde era comum que o idoso passasse os seus últimos dias junto dos seus entes queridos, num local com o seu cariz mais íntimo, o seu lar, para ser encarado como um momento gerador de medo e de dor profunda, alienada do contexto familiar e incorporada, frequentemente, em instituições hospitalares.

Tal como se afirmou, as atitudes e os discursos do homem face à morte não foram sempre iguais em relação às diferentes culturas e modificam-se ao longo do tempo. Ariés (1988, p. 13) refere “ (...) os contemporâneos não se apercebem delas porque o tempo que os separa ultrapassa várias gerações e excede a capacidade da memória colectiva.”

1.1. Conceito de morte clínica

Actualmente, no mundo ocidental existe a necessidade de definir através de critérios rigorosos a morte biológica, de modo a que seja consensual determinar o momento da mesma. Esta definição é, antes de mais, tarefa da ciência e não da filosofia ou da teologia. Já Pio XII em 1957, o declarava: “Compete ao médico (...) dar uma definição clara e precisa da morte e do momento da morte de um doente que morre em estado de inconsciência.” (Pinto, 1996, p. 162).

Até há pouco tempo, identificava-se o final da vida humana com o cessar do batimento cardíaco. Com o primeiro transplante do coração, a ciência médica deparou-se com a necessidade de definir, com maior exactidão, o momento e parâmetros que definem a morte. Assim, a antiga equação: paragem dos batimentos cardíacos, igual à morte do homem, foi substituída por outra: morte do cérebro, implica a morte do homem.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida citado por Pinto (1996, p. 151), também indica como critério de morte “ (...) a comprovação da cessação irreversível das funções do tronco cerebral (...)”. De entre as razões apontadas salientam-se as seguintes: “Só as estruturas nele existentes permitem a integração das diferentes funções vitais (...) [e] Não é aceitável admitir como critério de morte (...) o não funcionamento (...) de órgãos que podem ser substituídos por transplantes.” (Pinto, 1996, p. 151)

Accite a equação de que a morte cerebral é igual à morte do homem, torna-se necessário determinar o conjunto de critérios comprovativos da perda irreversível da actividade cerebral.

Um grupo interdisciplinar de cirurgiões, juristas e teólogos, citados por Pinto (1996, p. 152), propuseram os seguintes critérios de morte cerebral:

(...) midríase absoluta; ausência de reflexos musculares e tendíneos aos estímulos normais; completa ausência de respiração espontânea (...); descida constante da pressão sanguínea, apesar das fortes doses de medicamentos vasopressores; traçado EEG isoelectrico durante vários minutos.

No atinente à Ordem dos Médicos sobre “critérios de morte cerebral” apreciado e aceite pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1995, p. 94-95) “A certificação da morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade (...)”.

2.A Evolução da Morte: do Passado ao Presente

A morte é uma matéria de estudo complexa. São poucas as investigações nesta área, pois poucos são os que se aventuram num estudo em que a experiência pessoal é o grande ponto de partida. No entanto, o tema da morte tem vindo a impor-se ao longo dos tempos. Segundo Barros de Oliveira (1998), a morte pertence a todas as idades e condições e relaciona-se não só com o consciente, mas também com o inconsciente. O autor sublinha a necessidade de uma educação sobre e para a morte, pois a sua aceitação constitui um dos maiores sinais da maturidade humana.

Ariés (1988,p.25), tentou observar e analisar a atitude do homem perante a morte, sob o ponto de vista histórico e sociológico, encontrando grandes discrepâncias no padrão de comportamento, conforme o período histórico, denunciando, desta forma, várias transformações na conduta humana nomeadamente no vivenciar, no sentir e aceitar da morte.

Para relatar estas transformações na conduta e comportamento do ser humano perante a morte, Ariés (1988,p.27) divide esta evolução em quatro períodos distintos: a morte domesticada, a morte de si próprio, a morte do outro e a morte interdita.

Ariés aborda o conceito de morte domesticada, através do estudo, inicial, da morte de cavaleiros na idade média. Dominante até ao século XI, vislumbramos uma perspectiva de rituais associados à morte baseada em crenças premonitórias e cerimónias de carácter simplista. A morte não surge como tabu, mas algo esperado e natural, sob a qual o Homem não detém qualquer poder. A morte associada à religiosidade assume, nesta época, um carácter marcado pela ausência da efusividade emocional, sendo aceite pacificamente como um desígnio divino (Ariés, 1988,p.28).

A morte domesticada correspondia, então, àquele momento em que as atitudes eram ditadas pelo costume e pela tradição, quando " (...) a socialização não separava o homem da natureza" (Ariés, 1988, p. 31). As pessoas aceitavam tão bem a morte dos outros como a sua própria morte.

No segundo período, a partir do século XII, começa a haver maior dramatização e individualidade na conceptualização da morte, embora os rituais com o corpo do morto se mantenham (Ariés, 1988,p.39).

A morte deixa de ser encarada de forma natural e passiva, passando a ser identificada como símbolo de horror, de morte física e de decomposição. Os indivíduos desenvolvem uma atitude de horror perante o cadáver, motivados pela sugestão do conceito de finitude, ou seja, consciência do eu como um morto em potência, tendo em conta o fenómeno de morte e a curta esperança de vida. A doença e o envelhecimento assumem-se como sinais evidentes da incapacidade do homem (Ariés, 1988).

Num terceiro período, entre o século XIX e inícios do século XX, surge o que foi designado pela morte do outro. Esta etapa é pautada pela exacerbação de tudo o que a morte envolve: a morte do próprio, mas também a morte do outro. Afirma-se vincadamente o culto ao morto, às sepulturas, com cortejos fúnebres exagerados e pomposos, que ainda perduram até este "exagero no luto" " (...) os sobreviventes aceitam a morte do próximo mais dificilmente do que noutros tempos."

Scheler citado por Hennezel (1998,p.45) argumenta que a morte se tornou uma impropriedade, ou seja, a morte é percebida como sendo a dos outros, ou a morte das pessoas, mas não a nossa própria morte. Segundo este autor " (...) o homem moderno não se detém por muito tempo diante da sobrevivência sobretudo porque, no fundo, nega a essência e o ser da morte." (Hennezel, 1998, p. 45) No Ocidente fomos educados a compreender a morte como morte dos outros, catástrofe, fenómeno externo.

Apesar de todos os avanços tecnológicos, a morte é ainda algo que nos "escapa". Não somos capazes de controlá-la ou compreendê-la emocionalmente. Desta forma, a morte torna-se cada vez mais angustiante, perante a impotência face ao desejo premente em todos nós de controlá-

la. Esta visão demasiado tecnicista de tudo que nos envolve, incluindo a morte, irá influenciar marcadamente o quarto período designado por morte interdita. (Hennezel, 1998).

A morte passa a ser cada vez mais individualizada, tornando-se vergonhosa e objecto proibido, consequentemente:

(...) se algumas formalidades se mantêm e se uma cerimónia continua a assinalar a partida, devem ter um carácter discreto e evitar todo o pretexto para qualquer emoção: por isso as condolências à família são agora suprimidas no final dos serviços fúnebres. As manifestações aparentes de luto estão condenadas e em vias de extinção. Já não se enverga vestuário escuro, já não se adopta uma aparência diferente da de todos os dias (...) (Ariés, 1988. p. 57).

A cultura moderna transformou a morte num tabú. Tenta-se que esta seja tema ausente de conversas do dia-a-dia ou mais formais, guardam-se as interrogações sobre ela permanecendo-se em silêncio. Admite-se que a vida é sempre feliz ou deve parecê-lo e a morte contraria esse espírito.

Capítulo III – FASES DO PROCESSO DE MORTE

Elisabeth Kübler-Ross, médica psiquiatra de origem suíça, naturalizada americana, que cedo se interessou pelo trabalho junto dos que se encontram no fim da vida, iniciou as suas investigações nos finais dos anos sessenta do século passado. Desde essa altura, para além do acompanhamento de várias centenas de pessoas no fim da vida, produziu mais de uma dezena de obras dedicadas à reflexão sobre a morte e o acompanhamento no fim da vida.

A sua perspectiva conduz-nos à necessidade de integrarmos a morte na vida, deixando clara a ideia de que os que estão a morrer são os nossos melhores mestres sobre o significado da morte e da vida. Por outro lado, a morte é considerada, não como um fracasso do foro médico, mas como um processo natural e previsível.

A partir de mais de duzentas entrevistas efectuadas junto de doentes em fase terminal, Kübler-Ross identificou cinco estádios para o processo de morrer que respondem a um padrão específico de reacções psicológicas que o ser humano percorre à medida que a morte se aproxima. Concluiu, assim, que a maioria dos doentes terminais passaria pelas seguintes fases, de forma quase sequencial:

- negação e isolamento (denial and isolation);
- raiva (anger);
- negociação (bargaining);
- depressão (depression);
- aceitação (acceptance).

Apesar de muitos doentes seguirem estas fases, Kübler-Ross afirma, no entanto, que “[...] these stages do not replace each other but can exist next to each other and overlap at times” (Kubler-Ross,1969:264)¹.

A autora apresenta no seu livro *On Death and Dying* a descrição das reacções emocionais dos doentes em fase terminal.

1ª fase: negação e isolamento

A primeira reacção psicológica que a autora detectou nas entrevistas com doentes em fase terminal foi a negação. O doente, quando confrontado com a notícia de que tinha uma doença potencialmente mortal, reagia negando a própria verdade que lhe tinha sido comunicada. A mesma constatou que o doente entrava num estado de choque inicial e, logo de seguida, verbalizava a impossibilidade do acontecido.

A negação funciona como uma defesa perante a possibilidade da morte, mais ou menos próxima. O doente não quer acreditar no que está a acontecer, há uma ameaça que é necessário negar para continuar a vida.

Contudo, a negação não é definitiva e muitos doentes irão ultrapassá-la e aceitarão a dura verdade. Durante o seu contacto com os mais de duzentos doentes em fase terminal, Kübler-Ross refere que apenas três permaneceram numa fase de negação até à morte (cf. Kubler-Ross, 1969) .No contexto da negação, o doente poderá numa fase posterior cair numa situação de isolamento pessoal:

It is much later, usually, that the patient uses isolation more than denial. He can then talk about his death and his illness, his mortality and his immortality as if they were twin brothers permitted to exist side by side, thus facing death and still maintaining hope (Kubler-Ross,1969).²

¹ “[...] estas fases não se substituem umas às outras, mas podem surgir aos mesmo tempo e sobrepôr-se durante algum tempo”

No seguimento do pensamento de Kübler-Ross, a chave para cuidar dos doentes nesta fase e nas fases seguintes é sempre, e sobretudo, a escuta e a presença amiga.

A propósito de uma questão que lhe foi dirigida, sobre qual deveria ser o comportamento da equipa de enfermagem perante um doente que se encontrava numa fase de negação até à sua morte, autora é explícita:

They treat them just like any other needy human being and remember that some people need denial and this should not be broken artificially just because we would like them to drop their denial (Kübler-Ross, 1974)³.

2ª fase: raiva

Após um período inicial em que a negação está presente no discurso e acção do doente, este poderá enveredar por sentimentos de raiva e cólera, questionando-se intrinsecamente: “porquê eu?”. Qualquer pessoa ficaria desesperada se “[...] all our life activities were interrupted so prematurely; if all the buildings we started were to go unfinished, to be completed by someone else [...] (Kübler-Ross, 1969).

Esta fase é bastante difícil, tanto para a família, como para os profissionais de saúde. O doente vocifera críticas agressivas contra os profissionais de saúde e inclusive contra a própria família.

The doctors are just no good, they don't know what tests to require and what diet to prescribe [...]. The nurses are even more often a target of their anger. Whatever they touch is not right. The moment they have left the room the bell rings [...]. The visiting family is received with little cheerfulness and anticipation, which makes the encounter a painful event (Kübler-Ross, 1969)⁴

²“Normalmente, é muito mais tarde que o doente entra na fase de isolamento do que na fase de negação. Assim, o doente pode falar sobre a sua morte e a sua doença, a sua mortalidade e imortalidade como se fossem irmãos gémeos a quem é permitido viver lado a lado, enfrentado a morte mas mantendo, mesmo assim, a esperança”

³ “Eles tratam-nos como qualquer outro ser humano que precisa de ajuda. Lembrem-se que algumas pessoas precisam mesmo de passar pela fase da negação. Esta não deve ser quebrada artificialmente só porque gostávamos que eles não passassem por ela”

⁴ “Os médicos simplesmente não são bons, eles não sabem que exames requerir e que dieta prescrever [...]. Os enfermeiros são, frequentemente, o alvo da sua “fúria”. Segundo os médicos tudo o que os enfermeiros fazem é

Para Kübler-Ross (1969) há que promover a tolerância perante as reacções de raiva do doente. Sublinha que temos que aprender a escutar o doente e aceitar os seus acessos de raiva, percebendo que se encontra a expressar sentimentos de alívio.

3ª fase: negociação

Segundo Kübler-Ross, esta fase é a menos conhecida, mas muito importante para o doente durante um curto período de tempo (Kübler-Ross, 1969). Nesta etapa, o doente abandona as reacções de raiva e adopta a estratégia de negociar mais tempo de vida, prometendo normalmente a entidades divinas mudanças de comportamento.

Most bargains are made with God and are usually kept a secret or mentioned between the lines or in a chaplain's private office. [...] we have been impressed by the number of patients who promise "a life dedicated to God" or "a life in the service of the church" in exchange for some additional time. (Kübler-Ross, 1969)⁵

Nestas circunstâncias, a equipa de saúde deverá estar atenta aos sinais do doente para ajudá-lo a superar esta culpa do passado e também a culpa por não conseguir concretizar as promessas actuais (Kübler-Ross, 1969).

mal feito. No momento em que deixam a sala a campainha toca [...]. Não é feita qualquer preparação para a visita dos familiares, o que faz com que o encontro entre o doente e a família seja um momento doloroso para ambas as partes"

⁵ "Muitas promessas são feitas a Deus e são, geralmente, mantidas em segredo ou reveladas apenas dissimuladamente numa conversa ou no confessionário [...]ficamos impressionados com o número de doentes que prometem "dedicar a vida a Deus" ou "servir a Igreja para o resto da vida", em troca de um pouco mais de tempo de vida"

4ª fase: depressão

Quando já não é mais possível negar a doença, quando o doente se encontra bastante debilitado e, mais uma vez, foi internado no hospital, poderá ocorrer uma fase de depressão.

Segundo Kübler-Ross, há dois tipos de depressão que merecem actuações diferentes por parte dos profissionais de saúde e da própria família sendo a primeira uma depressão reactiva e a segunda uma depressão preparatória.

Na base da depressão reactiva encontram-se tarefas e/ou compromissos que geram sofrimento, atormentando os pensamentos do doente. A ajuda prestada passa pela necessária escuta do problema, inculcando coragem e alento de que tudo se resolverá pelo melhor em relação às pessoas que se encontram a cargo do doente. Torna-se óbvio, no entanto, que não bastará o conforto psicológico se não se resolver, de facto, o problema do doente. Apesar da autora não mencionar como resolver a inquietação do doente, poder-se-á certamente supor que recorrerá à equipa multidisciplinar, nomeadamente à assistente social ou a outros recursos comunitários existentes para encontrar uma solução eficaz que, por um lado, resolvesse o problema social, e, por outro, contribuísse para o bem-estar do doente.

Noutras ocasiões, o doente poderá encontrar-se numa depressão preparatória. Com esta reacção, o doente está a preparar-se para o seu fim, para a perda do que mais ama na vida. Nesta etapa, o silêncio e a presença amiga são fundamentais na ajuda ao doente.

The second type of depression is usually a silent one [...]. In the preparatory grief there is no little need for words. It is much more a feeling that can be mutually expressed and is often done better with a touch of a hand, a stroking of the hair, or just a silent sitting together. (Kübler-Ross, 1969)⁶.

⁶“O segundo tipo de depressão é, normalmente, uma depressão silenciosa [...]. Na mágoa preparatória há pouca carência de palavras. É muito mais um sentimento mutuamente expresso e, frequentemente, melhor conseguido com um leve toque da mão, um afago no cabelo ou, simplesmente, o sentar lado a lado em silêncio”

5ª fase: aceitação

Esta fase representa o culminar de todas as reacções emocionais do doente em fase terminal. É um “baixar das armas”, uma rendição do doente perante a iminência da morte. Para Kübler-Ross, muitos doentes, quando ajudados, alcançarão esta fase, apresentando uma necessidade de acompanhamento em que a comunicação verbal é quase nula.

A presença junto do doente em fase terminal, nesta etapa, é muito rica emocionalmente e também significa o seu não abandono. O próprio doente “[...] may just make a gesture of the hand to invite us to sit down for a while” (Kübler seu não abandono. -Ross, 1969).⁷ O estar ao lado do doente conduzirá a pensar que “[...] he is not left alone when he is no longer talking and a pressure of the hand, a look, a leaning back in the pillows may say more than many ‘noisy’ words” (Kübler-Ross, 1969).⁸

É convicção da autora que o doente em fase terminal que foi ajudado alcançará a aceitação e morrerá em paz. Nas suas entrevistas verificou que os doentes a quem foi possibilitado exteriorizar os medos, a raiva e a ansiedade, apresentam um percurso mais facilitado até à aceitação.

Também os doentes mais idosos, que têm uma vida construída, com filhos já adultos, com uma situação profissional já percorrida e que olham para o passado com saudade mas com a sensação de ter cumprido a sua missão, necessitam de menos ajuda e alcançam a fase de aceitação mais rapidamente.

Não obstante, as dificuldades do doente em alcançar a fase de aceitação, Kübler-Ross é peremptória: “We have seen the majority of our patients die in the stage of acceptance, an existence without fear and despair” (Kübler-Ross, 1969).⁹

⁷ “(...) pode fazer, somente, um gesto com a mão para nos convidar a sentar durante um tempo”

⁸ “[...] ele não está sozinho quando já não pode falar e apenas uma leve pressão na mão, um olhar, um recostar sobre as almofadas pode dizer mais do que muitas ruidosas palavras”

⁹ “Temos visto a maioria dos nossos doentes morrer na fase de aceitação, numa existência sem medo e desespero”

As etapas descritas são aceites como inerentes ao processo de morrer contemporâneo, e não se seguem necessariamente umas às outras, podem ser manifestadas numa ordem diferente. No entanto, para Marie de Hennezel há algo que não se evidencia nesta descrição meramente psicológica de Elizabeth Kubler-Ross, ou seja, para a autora o processo de morrer é definido como um processo dinâmico, com etapas que se sucedem, sem que nada indique as razões que levam a passar de umas às outras, ou mesmo o seu retrocesso.

Segundo a autora, não há muito a fazer face ao sofrimento das pessoas que vão morrer e à sua morte, mas o profissional de saúde pode, pelo menos, oferecer a sua presença e atenção ao doente terminal (Marie de Hennezel, p. 81). Deste modo, é importante que o enfermeiro tenha total conhecimento das várias fases que constituem a morte, pois só assim poderá actuar da maneira mais correcta e permitir ao doente uma morte menos dolorosa.

1. O cunho da Esperança

Em todas as fases descritas pela autora há um traço comum que está presente em todos os doentes: a esperança. Segundo Kübler-Ross, *In listening to our terminally ill patients we were always impressed that even the most accepting, the most realistic patients left the possibility open for some cure, for the discovery of a new drug [...]*(Kübler-Ross, 1969)¹⁰.

A esperança é um sustentáculo para os doentes num nível tal que permite que se sujeitem a mais e mais exames médicos, sempre com a expectativa de encontrarem uma derradeira cura para os seus problemas de saúde. Esta esperança poderia assumir variadas formas, como constatou Kübler-Ross:

It may come in form of a new discovery, a new finding in a research laboratory, a new drug or serum, it may come as a miracle from God or by discovery that the X-ray or pathological slide really belongs to another

¹⁰ “Ouvindo os nossos doentes em fase terminal ficamos sempre impressionados porque até os doentes mais realistas admitem que acreditam que pode haver uma cura ou a descoberta de um novo medicamento [...]”

patient. It may come in form of a naturally occurring remission, [...] but it is this hope that should always be maintained whether we can agree with the form or not. (Kübler-Ross, 1969)¹¹

Para além desta defesa de manutenção da esperança do doente, Kübler-Ross constatou que, quando os doentes deixavam de apresentar sinais de esperança, encontravam-se preparados e, pouco tempo depois, morriam.

A mesma também evidenciou dois tipos de esperança: a esperança inicial, que está relacionada com a possibilidade de encontrar-se uma terapêutica curativa, e uma esperança tardia, de curto prazo, que o doente sente quando se apercebe de que a terapêutica já não é eficaz e envereda então por uma esperança numa vida após a morte e/ou uma esperança dirigida para as pessoas que irá abandonar a curto prazo.

A autora indica-nos, ainda, um aspecto essencial no bem-estar da pessoa em fase terminal: a comunicação sobre a morte. Numa primeira abordagem, pensaríamos que os doentes em fase terminal não desejam falar sobre a morte. Contudo, Kübler-Ross revelou o contrário:

They all expressed their appreciation of sharing with us their concern about the seriousness of their illness and their hopes. They did not regard their discussions of death and dying as either premature or contraindicated in view of their “comeback”. [...] Several of them asked to meet with their family in our presence before going home, in order to drop the façade and to enjoy the last few weeks together fully. (Kübler-Ross, 1969)¹²

¹¹ “A esperança pode surgir na forma de uma nova descoberta num laboratório de pesquisa, um novo remédio, um milagre de Deus ou a revelação de que afinal aquele raio X afinal pertencia a outro doente. A esperança pode, ainda, surgir na forma de uma remissão natural [...] mas é esta esperança que deve ser conservada, concordemos com ela ou não”

¹² “ Todos os doentes expressaram a sua opinião e vontade de partilhar connosco o seu interesse pela gravidade das suas doenças e as suas esperanças. Estes doentes não consideraram a discussão sobre a morte e o morrer como prematura ou contra-indicada na questão do seu regresso.[...] Muitos deles pediram para ver as suas famílias na nossa presença antes do regresso a casa, de maneira a afastarem-se mesmo do hospital e desfrutarem realmente as últimas semanas juntos”

2. Gestão do Luto com a Família: Transmissão da Má Notícia

Provavelmente, para a maioria dos enfermeiros “enfrentar” a morte de um doente, representará um esforço doloroso. Contudo, acompanhar a morte dos doentes é parte integrante da enfermagem. Cunha (2003, p. 34), defende que o enfermeiro tem diversas responsabilidades perante a morte do doente. Estas dividem-se em três grandes áreas: “Responsabilidades Legais/ Institucionais; Responsabilidades relativas à família, pessoas significativas e amigos próximos e Responsabilidades clínicas.”

Quando a morte é uma realidade inalterável, há um todo em potencial para ser desenvolvido com a família e as pessoas mais significativas, de modo que, “Suavizar os momentos de perda e luto é cuidar, é exercer enfermagem.” (Cunha, 2003, p. 38). A preparação da família/pessoas significativas é essencial para minimizar o impacto de uma informação potencialmente dolorosa. Kaplan citado por Júnior (2005, p. 14) defende que primeiramente, à que “ (...) preparar a família para a possível morte de um ser amado (...) [considerando que] o primeiro passo no trabalho com a família é desenvolver uma aliança com esta.”

A transmissão da má notícia – morte aos familiares nunca é um processo fácil, sendo esta uma situação desconfortável com a qual os enfermeiros se deparam não raras vezes. Este momento constrói-se pessoalmente ou, na sua impossibilidade, por via telefone. Júnior (2005, p. 14), considera que o uso do telefone para transmitir a notícia de morte “ (...) é um método adequado. Se a família não está presente, não pode chegar ao hospital e descobrir por acaso que o seu parente faleceu (...)”.

No entanto, Cunha, aprova a transmissão da má notícia por telefone unicamente no caso de familiares “ (...) que saibam que a morte é iminente e estejam a aceitar esse facto (...)”, valorizando que nesta abordagem dever-se-á “ (...) acrescer cuidado, delicadeza e tacto...” (Cunha, 2003, p. 35). Esta forma de transmissão não permite um contacto visual com o receptor da mensagem, o que muitas vezes dificulta esta tarefa e exige uma série de cuidados de modo a minimizar o impacto da informação nos receptores.

Nesta situação deve-se “Tentar explorar se a pessoa está ou não só e qual a relação de afectividade com o falecido; (...) nunca comunicar o facto a uma criança ou pessoa emocionalmente instável (...)” (Cunha, 2003, p. 35).

Quando os familiares estão presentes transmite-se pessoalmente a má notícia de morte, sendo essencial promover um ambiente o mais calmo possível. Para uma assistência com qualidade e adequada à família é essencial, no momento da morte, conduzir os entes queridos a um lugar privativo onde possam permanecer juntos e exporem as suas emoções (Júnior, 2005).

Cunha (2003) defende que se devem fragmentar as informações, de modo a que possam ser transmitidas de uma forma simples, sem muitos detalhes técnicos, tendo em conta que a família poderá já estar preparada para a situação. Júnior (2005) corrobora a perspectiva de Cunha considerando que a notícia potencialmente dolorosa, não deverá nunca ser transmitida de uma forma abrupta, enfatizando do mesmo modo que a sua narração seja feita de forma gradual.

O primeiro destes autores alerta também para a necessidade de falar de alguns aspectos positivos, como por exemplo “ (...) assegurar que tudo foi feito (ajuda médica, enfermagem...), que lhe foi aliviada a dor, que não houve sofrimento, que foi confortado, que lhe foi satisfeita a última vontade expressa, que recebeu ajuda espiritual (...)” (Cunha, 2003, p. 38). Dever-se-á dar tempo aos familiares para que enfrentem a situação, manifestem os seus sentimentos e coloquem questões complementares que serão importantes para o processo de luto. Deste modo, devemos “Perguntar à família se nos fizemos entender, se necessita de informações adicionais.” (Cunha, 2003, p. 35)

Em todo este processo a família deve ser confortada “(...) fazendo uso do toque terapêutico, (apertando-lhe a mão ou (...) fisicamente (abraço) se sentir que eles apreciam este gesto” (Cunha, 2003, p. 38). Também Júnior (2005, p. 14) alerta para a importância destes procedimentos: “(...) oferecer apoio, permanecer ao lado, segurar-lhe as mãos, abraçá-los se permitirem.”

No caso da família expressar a vontade de se despedir do corpo já sem vida, “O enfermeiro deve facilitar esse desejo.” (Cunha, 2003, p. 35). Como é óbvio antes de permitir este contacto

é “ (...) importante tornar o ambiente à volta do falecido, o mais estético possível para a família.” (Cunha, 2003, p. 35). Se o enfermeiro adoptar uma postura assertiva com o cadáver e com as pessoas significativas, executando também os cuidados pós morte de uma forma suave e respeitosa, esta será já uma forma de confortar a família enlutada.

Por último, a família pode necessitar de ajuda também no momento de deixar o hospital, pelo que poderá ser conveniente contactar outro familiar e, sempre que possível, “O enfermeiro poderá ainda acompanhá-los até à porta da unidade (...)” (Cunha, 2003, p. 38).

CAPITULO IV – A MORTE DO IDOSO

“O envelhecimento, as limitações, a doença e a morte, raramente andam de costas voltadas.”

(Francisca Manso e Lúcia Velho, 2004)

1. O Idoso – O Ciclo Vital

De acordo com Santos (2002), o ciclo vital enquanto visão transversal de um processo de crescimento interior, biológico, psicológico, emocional e social encerra em si várias fases que pressupõe a passagem de crises e uma evolução faseada que culminará no processo de morte. A terceira idade assume-se como a última destas fases, pressupondo uma panóplia de vivências e experiências que em muito caracterizam a forma como o indivíduo encara o próprio processo de envelhecimento (crescimento).

O envelhecimento é um processo complexo e universal sendo descrito como ” (...) um processo em que os adultos saudáveis, passam a ser frágeis, com diminuição dos mecanismos fisiológicos e aumento exponencial para a vulnerabilidade perante a doença e a morte”. (Miller cit.in Jacinto, Teijeiro e Bairrada, 2004, p.9).

Lidz cit. in Dos Santos (2002), caracteriza o envelhecimento em três fases sucessivas, podendo, no entanto, o idoso não chegar a atingir todas elas ou, contrariamente, atingi-las em simultâneo. A primeira fase denomina-se de Idoso e, é uma fase em que não existem grandes alterações orgânicas, sendo as modificações observadas no modo de vida provocado pela reforma e o indivíduo ainda se considera capaz para satisfazer as suas necessidades. A segunda fase é designada por Senescência e ocorre quando o indivíduo passa a sofrer alterações na sua condição física, ou de outra natureza, que o levam à necessidade de confiar nos outros, o que corresponde a uma velhice avançada. Por fim, surge a fase da Senilidade, em que o cérebro já não exerce a sua função como órgão de adaptação e o indivíduo se torna quase dependente necessitando de cuidados completos.

Se atendermos à designação de idoso, em geral considera-se pessoa idosa toda aquela que tenha uma idade igual ou superior a 65 anos. Graças à medicina verifica-se um aumento da

longevidade, o que tornou necessário distinguir várias fases a partir dos 65 anos, considerada pela sociedade e por alguns gerontologistas como a idade limiar da velhice. Oliveira (1999, p. 324), distingue dois grupos, “(...) considerando «terceira idade» a partir dos 65 até aos 75 ou 80 anos (seriam os idosos-novos) e depois uma «quarta idade», idosos muito velhos, após os 90 anos (...)”. No entanto, não existe unanimidade nestas categorizações, autores há que consideram “(...) que «idoso jovem» descreve qualquer pessoa entre 60 e 75 anos, enquanto «idoso velho» se refere a qualquer pessoa mais velha do que isso.” (Stuart-Hamilton, 2002, p. 21).

Contudo, “As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de factores externos como o estilo de vida, actividades e ambiente, e de factores internos como bagagem genética e o estado de saúde.” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 124). Este autor defende portanto que o envelhecimento é diferencial ou seja “Ninguém envelhece da mesma maneira ou ao mesmo ritmo.” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 125), pelo que não pode ser medido pela idade cronológica.

Independentemente de como são rotulados, os sinais de envelhecimento existem, e podem ser tanto físicos como mentais, sendo denominados respectivamente, por idade biológica e idade psicológica, que se correlacionam mutuamente.

As modificações fisiológicas do envelhecimento, que se reflectem no aparecimento de défices funcionais e cognitivos, têm efeitos progressivos e cumulativos, sendo irreversíveis. Deste modo, o ser humano torna-se num ser frágil e com uma vulnerabilidade que aumenta exponencialmente, favorecendo o aparecimento de patologias, passando a senescência (designação do envelhecimento normal ou primário) a dar lugar a uma degenerescência patológica.

“O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico (...)” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 124), esta é uma concepção errónea, dado que a senescência “ (...) é um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 125) é um fenómeno tido como normal e universal. Verificam-se alterações inerentes ao continuum do envelhecimento.

Por fim, segundo Bagagem citado por Vieira, uma das primeiras perdas que a pessoa idosa enfrenta é a limitação das suas capacidades, o que a expõe a um enorme potencial para adoecer, traduzindo-se estas por:

- a) Diminuição das capacidades sensoriais;
- b) Diminuição das capacidades mentais;
- c) Diminuição das capacidades motoras;
- d) Diminuição das capacidades de regulação hemostática.

Alguns autores acrescentam o envelhecimento terciário para se referir à rápida e acentuada deterioração física imediatamente anterior à morte.

1.1. Terceira Idade: A Última Morada.

A velhice raras vezes é considerada isoladamente, sem que seja abrangida a ideia de morte, “Embora a velhice e a morte sejam dois fenómenos diferentes, continuam ainda sinónimos para muitas pessoas (...)” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 510).

Os idosos situam-se na última fase do continuum do ciclo natural de vida, pelo que a morte pode ser considerada um acontecimento iminente, como dizia Edgar Morin citado por Sousa (1993, p. 342) “A velhice é um estado de simpatia para com a morte.” Nesta fase da vida, existe uma consciência acrescida do limite temporal da existência humana, pois a velhice e muitas vezes a doença que se associa dão os sinais de alarme que promovem uma consciencialização dessa realidade imutável (Sousa, 1993).

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 513) “A morte das pessoas de idade não constitui muitas vezes uma preocupação social maior. Muitas pessoas acreditam, com efeito, que esta morte inevitável é desejada e esperada com impaciência por todos os idosos e que eles estão prontos a morrer.” No entanto, esta percepção social não parece ser de todo

correcta. É certo que existem idosos que encaram a sua morte com um certo desprendimento, ou porque já enfrentaram a perda de parentes e de amigos ou por aderirem solidamente a crenças religiosas. Existem ainda aqueles que associam a morte ao término da sua dor ou do sofrimento, no entanto, há outros que encaram este fenómeno de um modo reticente por considerarem que ainda não levaram a cabo tudo o que pretendiam. (Berger e Mailloux-Poirier, 1995)

A morte é sempre uma experiência individual e por isso a capacidade que cada pessoa tem de fazer face à morte depende de diversos factores como a personalidade, educação, experiências de vida anteriores, auto estima, etc. (Berger e Mailloux-Poirier, 1995)

Hennezel (1997), a propósito da pessoa idosa face à morte, diz-nos que a maioria dos idosos não tem medo da própria morte, mas mais exactamente do sofrimento, do anonimato e da solidão dos últimos instantes. Segundo a autora, o verdadeiro sofrimento não reside na perda da vida, mas nesse medo de já não serem respeitados como pessoa humana até ao fim, nas suas necessidades mais essenciais. Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 511), vem também de encontro a esta ideia de que para os idosos “ (...) a rejeição, o isolamento, a solidão, a doença prolongada, a perda do papel social, a perda de autonomia, a humilhação e perda de dignidade são mais temíveis do que a morte.”

Mas, em que momento é que o idoso entra verdadeiramente no processo de morte? Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 525) afirmam que “(...) a maior parte dos idosos sabem que vão morrer (...)”. Em geral, a deterioração física que é observável é o indicador máximo da proximidade do momento de morte, no entanto existem manifestações subtis do foro psicológico que são importantes, como alterações do comportamento ou do modo de pensar. Quem lida ou lidou com idosos sabe de facto, que muitos deles chegam a predizer o momento da sua morte como se tivessem algum tipo de controlo sobre as suas vidas, o que é de certo modo impressionável.

2. A Morte em Contexto Hospitalar

Segundo Henriques (1993), a morte afirma a existência de uma lei universal para todo o ser vivo, do qual o homem tem consciência: houve um início para cada um de nós e haverá um fim. No entanto, o sentimento de finitude nem sempre é bem visto pelo homem, o que o leva muitas vezes a negar esta realidade ou a esquecer a iminência deste acontecimento.

Este afastamento utópico da morte, o não falar dela, o evitar contactar com o moribundo e com os espaços onde a morte está muitas vezes presente, conduz a uma realidade muito actual – a dessocialização da morte e conseqüentemente a solidão do moribundo. Segundo Marques (2002, p.7) “ (...) se num passado ainda recente grande parte das pessoas morria em casa (...) a verdade é que hoje a esmagadora maioria das mortes ocorre em instituições de Saúde”.

A sociedade contemporânea afastou a morte, “ (...) escorraçou-a do seio das famílias e encurralou-a nos hospitais e outras instituições, onde tantas vezes se morre sozinho atrás duma cortina numa enfermaria (...)” (Henriques, 1993, p. 11).

De facto, como refere Ariés (1988, p. 182) parece que “(...) a morte recuou e trocou a casa pelo hospital: está ausente do mundo familiar do dia-a-dia (...)”. Também Sousa (1997, p. 25) afirma esta mesma ideia, afirmando que “O Homem impossibilitado de morrer em casa, rodeado pela família, morre no hospital, sozinho.”

Esta transferência do moribundo de casa para uma instituição, justifica-se também pelo facto de residir nestas instituições, nomeadamente nos hospitais, os saberes técnicos e científicos da medicina, capazes de prolongar a vida, evitando a todo o custo a morte.

A técnica e a ciência, a quem devemos o aumento da esperança média de vida, são também responsáveis pelo afastamento do moribundo do seio familiar, como nos refere Segundo Sousa (1997, p. 25), “O avanço técnico da medicina implica a transferência dos doentes em fase final de vida para o hospital, que fruto da tendência positivista tende a fragmentar o doente em especialidades e sub-especialidades.”

“Ao longo da história, o grande objectivo do hospital foi tratar da doença e devolver a saúde, tendo-se juntado mais recentemente a estas preocupações a da prevenção e reabilitação” (Henriques, 1993, p. 11). Através da análise deste excerto, facilmente se depreende que não era de todo objectivo desta instituição ajudar o moribundo a morrer. Estas instituições deparam-se agora com uma nova necessidade de actuação: a de lidar com os doentes terminais e suas famílias e conseqüentemente com o processo de luto.

No entanto, é necessário atender o moribundo como um ser biopsicossocial, e não somente como um ser portador de uma doença incurável, “ (...) é que mesmo quando acabou a esperança de cura, continuamos perante um ser humano com aspirações, necessidades e desejos. Um ser humano que é único e que vive estes últimos momentos de uma forma única e individualizada (...)” (Henriques, 1993, p. 12).

Para Sousa (1997, p. 25), esta individualidade é perdida aquando da hospitalização, pois “o doente (...) passa a ser um entre inúmeros doentes”. Ao ser transferido para o hospital, o homem é desinserido do seu contexto natural de vida, sendo colocado num espaço despersonalizado onde: os objectos pessoais escasseiam, as novas tecnologias se podem revelar assustadoras, as pessoas que lhes são particularmente queridas ganham estatuto de visitas e onde a presença constante de profissionais de saúde que lhe são desconhecidos é uma constante.

O doente em fase final de vida morre sem o apoio dos familiares e amigos, sem oportunidade de intervir nas decisões sobre a sua própria morte. Nos hospitais, os familiares com os seus medos e dúvidas, têm de representar o papel de visitantes, sendo a sua presença apenas tolerada em horários definidos. (Sousa, 1997, p. 25).

Segundo Sousa (1997), mesmo dentro do hospital, o local de morte modifica-se. Na impossibilidade de levar o doente para um isolamento, este é separado fisicamente dos demais doentes, através das cortinas ou de biombos. Em qualquer dos casos o doente morre só, sem ninguém para partilhar os seus medos, as suas angústias, a sua paz, ou o que sente.

O doente morre, muitas vezes, numa cama de um hospital, rodeado de máquinas e sem o calor humano de um familiar ou amigo, não tendo acompanhamento nesta última etapa da sua vida. Esconde-se a gravidade da situação ao doente, forma-se um muro de silêncio, não se

possibilitando a oportunidade de este partilhar sentimentos (medo, angústia, paz ou quem sabe alegria), nem de expressar o seu último pedido, desejo, ou mensagem. A solidão surge como caracterizadora de um cenário já por si bastante atroz.

Todas estas atitudes colidem com os direitos dos doentes como nos refere Pinto (1999, p. 233), “ (...) mais do que falar do direito de morrer, é preferível reflectir sobre o direito a morrer com dignidade (...) Morrer é bem mais do que um direito, é um facto universal, talvez o acontecimento mais universal da vida humana.”

Os cuidados de acompanhamento surgem da necessidade preeminente de evitar contextos de morte caracterizados pela solidão, silêncio, desespero e dor. Nesta perspectiva enfatiza-se a importância crucial dos cuidados paliativos que (...) afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal (...) nunca antecipam nem atrasam a morte (...) proporcionam alívio para a dor e para outros sintomas incómodos (...) integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados (...) oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão activamente quanto possível até à morte (...)” (Neto cit por Neves, 2000, p. 24).

CAPITULO V – O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE

" Sempre se esperou que os enfermeiros respondessem à obrigação de cuidar fosse em que circunstâncias fosse".

Salvage (1990).

1. Enfermagem em Contexto Geriátrico

Para as situações relacionadas com processos patológicos nos idosos foram criados locais com características e finalidades próprias, onde através de uma equipa multidisciplinar se procura não só reverter o estado de saúde actual do idoso, bem como promover a saúde do mesmo. Nos serviços de geriatria procura-se então tratar os idosos doentes, contribuindo para prolongar as suas vidas com mais saúde, “Na geriatria estão incluídos todos os aspectos do envelhecimento, como: problemas fisiológicos, patológicos, económicos e sociológicos. A importância da geriatria fica enfatizada pelo facto que vem aumentando a expectativa de vida.” (Taber, 2000, p. 798).

O enfermeiro tem em si a responsabilidade de preparar o idoso/família para a inevitabilidade da morte. Segundo Stevenson (1997, p. 37), um dos objectivos da enfermagem Geriátrica é conseguir “ (...) superar o condicionamento profissional em prolongar a vida e promover a saúde de modo a que o idoso seja capaz de encarar a situação de morte como algo natural”. Só neste sentido, se consegue promover a morte com dignidade enfrentando-a da melhor forma.

O enfermeiro ao cuidar do idoso deverá centrar-se na promoção de um bem-estar ao mesmo, tendo em conta a humanização desta etapa do ciclo da vida e o direito a uma morte digna.

2. Sentimentos e Atitudes do Enfermeiro perante a Morte

Como qualquer outra pessoa, também o enfermeiro tem sentimentos e, quando se trata da questão da morte do doente, também ele se sente incomodado e se vê, muitas vezes, em situações com as quais tem dificuldades em lidar. Perante isto, pode, adoptar as mais diversas

atitudes e ter vários sentimentos, que, de algum modo, vão influenciar a sua vida profissional e até pessoal.

Segundo Henriques, quando os enfermeiros assistem um doente moribundo, confrontam-se com os seus sentimentos em relação à morte e ao processo de morrer, surgindo sentimentos de impotência, de agressividade interior, bem como um sentimento de fracasso. “Ficamos então com medo de investir afectivamente, pelo medo de nos magoarmos, e é mais fácil deixar morrer, que ajudar a morrer” (Henriques, 1993, p. 12).

À medida que os profissionais de enfermagem são confrontados com a realidade do sofrimento, da morte e da doença terminal podem surgir situações geradoras de stress acompanhadas por reacções emocionais de impotência, culpa, frustração, medo, ansiedade, angústia, insegurança, revolta ou embaraço, assim como perturbações somáticas (Marques, 1991).

A mesma opinião é partilhada por Gomes (1992) que para além daquelas reacções considera que podem igualmente surgir alguns comportamentos e atitudes como: dificuldade de concentração, fadiga, agressividade, sinais de desmotivação, absentismo, desejo de mudança de serviço, comportamentos de fuga, alcoolismo e conflitos familiares.

Estes sentimentos e atitudes são, vivenciados pelo enfermeiro, exigindo deles um conhecimento e correspondência, bem como a compreensão para com o doente auxiliando na expressão dos sentimentos e emoções, como frustrações, raivas, tristezas, culpas e invejas dos que estão saudáveis.

Segundo Gomes (1992) o enfermeiro como pessoa que é, e por ser o profissional de saúde que passa mais tempo em contacto com o doente, partilha de uma variedade de sentimentos acerca do sofrimento e da morte, pelo que necessita de estar preparado para compreender e cuidar do doente em fase terminal na sua globalidade.

A forma como cada profissional encara estas situações, depende, de acordo com o referido por Marques (1991, p. 27) “ (...) da sua estabilidade emocional, da sua atitude face à morte e à doença e das suas experiências pessoais prévias.”

Esta prática é típica do modelo de tratar (biomédico) que é adoptado por um grande número de enfermeiros seduzidos pelo fascínio da tecnologia, desvalorizando o modelo orientador da actuação em Enfermagem que é o cuidar.

Nathalie, citada por Mercadier (2002, p. 159) aborda ainda o facto do enfermeiro poder sentir-se aliviado, referindo que “ (...) o momento de vestir o corpo do doente pode ser uma oportunidade para aliviar-mos todo esse peso [da morte], é um momento em que podemos restaurar alguma coisa.”

2.1. Factores que influenciam os sentimentos/atitudes do enfermeiro face à morte

Muitos são os aspectos que alteram a percepção de morte e, conseqüentemente, os resultados que essa experiência terá para o profissional de enfermagem. Qualquer pessoa é um microssistema aberto bidireccional que influencia e sofre mutações.(Oliveira,1998) Assim, as atitudes e comportamentos dos enfermeiros perante a vida e a morte vão depender de antecedentes pessoais e profissionais (experiências prévias) e das especificidades que integram cada doente/família, cada morte, no fundo cada vivência. “A forma como cada profissional encara a morte do assistido depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face a este processo, da sua maturidade, das suas expectativas profissionais”. (Neves, 2000, p. 53-54). De igual modo, também os sentimentos experienciados dependem destes mesmos factores. Como refere Suárez (1998, p. 133), o enfermeiro sofre a “(...) influencia de factores relacionados con educación y formación profesional, de forma tal, que debe ser capaz de conjugar los elementos somáticos, psicológicos, socioculturales y espirituales de esa unidad integrada que es el enfermo terminal.”¹³

2.1.1 A Idade do Utente

Relativamente ao doente existem factores somáticos muito relevantes, “(...) la edad del enfermo es uno de los componentes importantes (...)” (Suárez, 1998, p. 135)¹⁴. A morte é

¹³“(.) influencia de factores relacionados com a educação e formação profissional, de forma tal, que deve ser capaz de conjugar os elementos somáticos, psicológicos, socioculturais e espirituais dessa unidade integrada que é o doente terminal.”

¹⁴“(...) a idade do doente é um dos componentes importantes (...)”

sempre associada à última etapa do ciclo natural de vida – à velhice, é nesta fase que este acontecimento é encarado com maior naturalidade.

Nesta faixa etária, as pessoas deparam-se com a mortalidade do ser vivo, pairando a inevitabilidade deste acontecimento, “(...) ya que siendo la muerte inevitable, lo más lógico es que ocurra en la velez” (Suárez, 1998, p. 137)¹⁵. A morte na velhice é a melhor aceite, como refere Sousa (1996, p. 39) “(...) queremos que este caminho, que é o caminho da vida, termine numa «boa morte», que é a morte de velhice, a «morte esperada» depois de termos cumprido um ciclo de «coisas» vividas e entregues.”

2.1.2 Tipo de morte

O tipo de morte poderá também influenciar o modo como os profissionais lidam com a mesma. Mercadier (2004, p. 132), considera que “ A morte não surpreende toda a gente da mesma forma. Pode surpreender pelo inesperado, pela incongruência, (...) há casos em que não chega a surpreender: por vezes é esperada, e até desejada, tanto por doentes como por prestadores de cuidados.”

Diversos autores dividem a morte em dois subtipos, a morte súbita e a morte esperada. Martínez (1993, p. 36) considera que a morte súbita é “(...) reconocida como la «más deseada» por carecer de período trasitorio o preliminar y al tiempo aceptada en el discurso cotidiano”.¹⁶ Ao contrário desta, a morte esperada “(...) precedida de un periodo agónico durante el cual la categoría del que va morir se percibe como indefinida por su carácter liminal, es ampliamente rechazada y excluída, omitida y aún negada.” (Martínez, 1993, p. 36)¹⁷. Assim, para este autor o ideal é a morte surpresa, que não permite uma preparação efectiva do indivíduo/família. No entanto, esta mesma ideia não é defendida por Kaplan, que considera a morte súbita ou inesperada, como uma morte inoportuna e violenta “(..) a morte súbita é mais traumática do que a morte por doença prolongada, uma vez que nesta última pode ocorrer tristeza antecipatória.” (Kaplan cit por Júnior, 2005, p. 15). Para este autor, a morte esperada permite uma preparação do doente/família, possibilitando a iniciação de um

¹⁵ “(...) sendo a morte inevitável o mais lógico é que ocorra na velhice.”

¹⁶ “(...) reconocida como mais deseada por não possuir período transitório ou preliminar e com o tempo é aceite pelo discurso quotidiano.”

¹⁷ “(...) precedida de um período agónico durante o qual o estado do que vai morrer se percebe como indefinida pelo seu carácter limiar, é amplamente não aceite e excluída, omitida e até negada.”

processo de luto. Este tipo de morte “(...) implica que o tempo esperado de vida e o período realmente vivido sejam aproximadamente iguais; essencialmente, a pessoa morre quando tal deveria previsivelmente ocorrer”, (Kaplan cit por Júnior, 2005, p. 15), não sendo este acontecimento surpreendente para os que o rodeiam.

2.1.3 Factores educacionais e a formação profissional

Estes são factores que ditam muitas vezes o conceito de morte do profissional e a atitude do mesmo perante este acontecimento, ou contribuem em grande escala para os mesmos.

A educação recebida pelo profissional tem inerentes factores espirituais/religiosos e socioculturais.

Suárez (1998, p. 133) considera que os “(...) programas actuales de formación profesional básicamente están enfocados a preservar la vida y muy poco a enfrentar la agonía y la muerte.”¹⁸ No entanto, existe toda uma experiência em contexto laboral que contribui informalmente para a formação dos enfermeiros, “Las experiencias son un factor clave en la actitud y las expresiones de la enfermera en relación a la muerte y el morir (...)”¹⁹ (Suárez, 1998, p. 139). São as vivências profissionais que “(...) ayudan a remover los condicionantes socioculturales, erradicar miedos, prejuicios y falsas creencias que le traben el libre desarrollo de las potencialidades (...)”²⁰ (Suárez, 1998, p. 134), permitindo que o enfermeiro encontre estratégias para lidar de um modo mais adequado com a morte dos seus doentes.

2.1.4. Factores psicológicos

Segundo Suárez (1998), a personalidade, o temperamento e os receios relativos à agonia e à morte vividos pelo enfermeiro poderão influenciar significativamente o modo como este reage à morte dos seus doentes. Assim, a firmeza das suas convicções, as suas atitudes perante a vida, assim como as suas características afectivas, físicas e cognitivas, condicionam as suas

¹⁸ “(...) programas actuales de formación están básicamente direccionados para a preservação da vida e muito pouco para enfrentar a agonia e a morte.”

¹⁹ “As experiências são um factor chave nas atitudes e expressões do enfermeiro em relação à morte e ao morrer.

²⁰ “(...) ayudan a remover as condicionantes sócio-culturais, erradicar medos, prejuízos e falsas crenças que impedem o livre desenrolar das potencialidades (...)”

reações emocionais enquanto profissional. Psicologicamente um enfermeiro poderá negar a realidade da morte de um doente ou poderá aceitá-la. Um enfermeiro inseguro terá dificuldade em proteger-se dos efeitos psicológicos da morte dos seus doentes, sendo frequente desenvolver sentimentos de autocritica, tristeza e de culpa. Podem surgir tentativas de fuga perante a necessidade de transmitir a notícia da morte aos familiares/entes queridos.

O modo como o enfermeiro encara a morte bem como os sentimentos que experimenta, resultam de influências multifactoriais, pelo que as atitudes, comportamentos e sentimentos dos profissionais não poderão nunca ser interpretados ou julgados sem se atender a estes diversos condicionantes.

3. Como enfrentar a exposição constante face à morte

Um profissional de Saúde em contacto com a morte, desenvolve uma resposta específica que pode basear-se na aceitação ou na tentativa de reprimi-la (sublimação/recalcamento). Esta, no entanto, provoca de uma maneira geral, tensão e fadiga podendo interferir na vida pessoal e familiar de cada um.

Marques refere que “ (...) lidar com a morte (...) é sempre gerador de medos, ansiedade, cansaço, sensação de alguma impotência e de derrota, vontade de desistir (...)” (Marques, 2002, p. 11). Para Sousa (1996), o morrer é de certo modo incompatível com a actividade do profissional de saúde, que pode experimentar um sentimento de impotência e de fracasso, face à inevitabilidade deste acontecimento contra o qual se estabelece uma luta desenfreada.

Uma relação mais superficial do enfermeiro poderá ser encarada pelos familiares do utente como uma falta de interesse ou até mesmo de insensibilidade, pondo em questão a relação enfermeiro/família. Putativamente, não raras vezes, o enfermeiro assume esta atitude numa tentativa de disfarçar a sua ansiedade e sensação de desamparo, ou mesmo raiva inconsciente face à profundidade do fenómeno de morte. De facto, os Enfermeiros são, antes de tudo, “(...) pessoas. Sofrem, como toda a gente, com o menosprezo pelas questões relativas à morte. Cresceram numa sociedade onde já não se fala dela (...)” (Hennezel, 1998, p. 11). Nestes casos, dizemos que estamos perante uma espécie de fuga realizada pelo profissional caracterizada por diversas tonalidades tendo em conta a personalidade de cada um. “O

materialismo da técnica e a rotina do dia a dia profissional, facilmente abrem a porta à fuga, a que tantos cedem na aproximação do doente nesta derradeira fase da vida.” (Pinto cit por Neves, 2000, p. 43).

O profissional poderá sentir a necessidade de se afastar do doente como precaução, para não se envolver emocionalmente, com receio que esta situação comprometa a sua capacidade de intervir e de tomar decisões. Segundo Twycross (2001) o profissional afasta-se porque, não raras vezes, identifica-se com o seu doente, projectando neste os seus receios e revendo-se nas suas insuficiências e nas suas dúvidas.

“Perante a inevitabilidade da morte, os enfermeiros expressam comportamentos desajustados face à morte e ao processo de morrer – protegem-se.” (Sousa, 1996, p. 40). Estes demonstram dificuldade na relação com estes doentes, desenvolvendo atitudes de distanciamento, evitando o contacto com o processo de morrer, argumentando, em certas situações, a falta de tempo e de disponibilidade, para ouvir e estar junto dos doentes. Para Berger citado por Sousa (1996, p. 41), “ (...) a experiência da morte do outro é indirectamente para cada um a experiência da própria morte”.

Ao estudar a situação de trabalho dos profissionais de saúde, Pitta (1990) afirma que a morte suscita muitos sentimentos fortes e contraditórios como a piedade, compaixão, amor, ódio e ressentimento. A autora considera que, diante destes sentimentos, os profissionais utilizam mecanismos de defesa estruturados.

O contacto frequente com a morte pode provocar no profissional sentimentos de generalização, considerando esta sempre igual, independentemente do doente que morre. Isto surge porque os profissionais de saúde acabam por habituar-se à morte, fruto da sua frequente exposição à mesma, recusando o seu carácter pessoal e individual. Em oposição a esta atitude transcrevemos um testemunho de Hennezel que reflecte o carácter pedagógico associado ao processo e à vivência estruturante da morte como uma experiência construtiva e positiva, que deverá ser sempre que possível intrínseca à actividade do profissional de saúde:

Embora viva quotidianamente com a morte, há vários anos, recuso-me a banalizá-la. Vivi a seu lado os momentos mais intensos da minha vida. Conheci a dor de me separar de quem amava, a impotência perante os

progressos da doença, momentos de revolta em face da lenta degradação física daqueles a que assistia, momentos de esgotamento, com a tentação de parar com tudo. (...) Conjuntamente com este sofrimento, tenho, mesmo assim, a sensação de me ter enriquecido. De ter conhecido momentos de uma densidade humana incomparável, de uma profundidade que não trocava por nada deste mundo, momentos de alegria e de doçura, por incrível que isso pareça. Sei que não fui a única a tê-los vivido (...) (Hennezel, 1997, p. 111).

Segundo Pinto, citado por Neves (2000), são quatro as sensações do profissional de saúde perante o doente em fase terminal: a sensação do fracasso, a sensação do espelho ou projecção (imagina-se a si próprio numa situação idêntica, preferindo afastar-se para não enfrentar o problema), a sensação do pudor (considera que é bom deixar o doente só, uma vez que ele está a viver o momento mais importante da sua vida e não deve ser perturbado), e a sensação do mistério (desenvolve fantasias intelectuais sobre a morte, e sente o peso das contradições, deixando o doente sozinho com o problema que considera individual e solitário).

Ao debruçar-se sobre este tema, Harper citado por Rodrigues (1999), desenvolveu uma escala, de progressão e crescimento esquemático, da forma como os profissionais enfrentam a situação:

Estádio I: Intelectualização – Conhecimento e ansiedade: na primeira experiência do enfermeiro face ao doente terminal, este focaliza a sua atenção sobre os conhecimentos de índole profissional e factual, ou sobre assuntos de carácter filosófico.

Nesta fase os contactos com os doentes terminais, tendem a ser superficiais e impessoais.

A morte é ainda inaceitável para o enfermeiro. Surgem períodos de grande ansiedade, na medida em que tenta resolver as suas inquietações através da compreensão do meio ambiente, das políticas e dos procedimentos específicos que caracterizam este contexto.

Estádio II: Sobrevivência emocional – Trauma: neste estágio o enfermeiro tende a sentir-se frustrado e culpado. O profissional enfrenta a realidade da morte enquanto acontecimento inevitável e inexorável passando a enfrentar o espectro da sua própria morte.

Ao compreender que o sofrimento dos doentes e a sua própria morte são inevitáveis, transita de uma fase de intelectualização para uma fase de envolvimento emocional.

Estádio III: Depressão – Dor, desgosto e pesar: este é o principal estágio na medida em que permite, ou não, a resolução dos conflitos e a progressão, ou a regressão no processo de "adaptação".

O enfermeiro poderá aceitar o desenrolar da evolução terminal e a inevitabilidade da morte, ou perante a situação de inadaptação transitar de serviço ou mesmo de instituição salvaguardando o bem-estar e proficiência dos cuidados prestados enquanto profissional. A aceitação provém de um período de dor e de pesar.

Estádio IV: Desenlace emocional – Moderação, adaptação e acomodação: marcado por uma sensação de liberdade emocional propiciada pela libertação face a sentimentos de identificação, depressão e receio despoletados pelo contacto constante com a morte. Salvaguarda-se, todavia, que a dor psicológica é uma constante na vida do profissional de saúde, que apenas a experiência profissional e o crescimento pessoal poderão apaziguar.

Passamos de um momento de intelectualização para um efectivar da relação empática. A compreensão e a possibilidade de ver o mundo através dos olhos do doente potencializará a relação entre ambos.

Estádio V: Compreensão profunda, auto-realização, auto-capacidade e actualização: este estágio constitui o culminar dos anteriores, na medida em que o enfermeiro desenvolveu as suas capacidades de encarar a situação. Ele já consegue relacionar-se com o doente terminal, de uma forma profunda, numa perspectiva de completa aceitação da sua morte.

A não expressão de tais sentimentos, comportamentos e atitudes poderá evoluir para um desgaste psicológico, emocional e físico do enfermeiro. Nas I Jornadas de Medicina Intensiva Madeira – Açores (1991), foi descrita/apresentada uma nova hierarquia das diversas fases que o enfermeiro poderá vivenciar no contacto com a morte:

Negação da morte: esta é inaceitável e executam-se todas as medidas para salvar o doente, evitando-se assim a angústia.

Culpa e frustração: deriva do agravamento do estado do doente, os enfermeiros encaram a possibilidade da morte iminente e enfrentam o espectro das suas próprias mortes;

Racionalização: mecanismo de defesa, utilizado no sentido de superar a culpa sentida, procurando-se uma explicação plausível que justifique a situação dolorosa;

Depressão: a dor e o pesar estão presentes, suscitando por parte do profissional a necessidade de contornar estes sentimentos, afim de encetar atitudes de auto-controlo emocional e psicológico;

Aceitação: os enfermeiros revelam uma sensação de liberdade emocional, deixam de apresentar sinais de depressão ou preocupação face à sua própria morte;

Stress: esta fase surge quando as anteriores não são resolvidas, podendo conduzir a um esgotamento físico, emocional e psicológico.

O risco psicossocial existe, mas a sua intensidade, frequência e duração, pode ser sentida de forma diferente de profissional para profissional. Vachon citado por Neves (2000) aponta duas vias para prevenir os efeitos de intensidade desse risco: a Formação – ajustamento pessoal aos mecanismos de coping; e o Apoio – aplicação de uma política institucional.

Acompanhar as pessoas em fim de vida será sempre um desafio, rico em ensinamentos e em sofrimento. O morrer qualquer que seja a qualidade dos cuidados permanece um acto solitário, um caminho difícil que guarda os seus mistérios. (Neves, 2000, p. 19)

Na fase terminal da doença, sentarmo-nos ao lado do doente, mostrar que não o abandonamos e que vamos ficar com ele até ao fim, é tão importante como aliviar todos os pequenos desconfortos. “Se puderes ao menos sentar-te junto deles alguns minutos e permitir-lhes que te digam o que sentem, já os ajudas muito.” (Hennezel, 1997, p. 35)

A proximidade e a compreensão, entre enfermeiro/doente, possibilitam o ultrapassar construtivo de situações de rejeição, raiva, isolamento e abandono, minimizando sensivelmente o stress de ambos. A adopção destas atitudes acaba por facilitar a compreensão das fases de evolução psicológica da doença e da morte, proporcionando a vivência de uma relação mais humanizada.

Segundo Marie Hennezel (1997, p. 57) “(...) os doentes têm a necessidade de exprimir o seu desejo de morrer, e de partilhar com alguém a emoção que neles provoca a aceitação desse desejo.”

CAPITULO VI – ENFERMEIROS PERANTE A MORTE: CONTEXTUALIZAÇÃO PEDAGÓGICA

Segundo Beth citado por Pimentel (1993, p. 5), “ (...) a combinação difícil da empatia autêntica e da técnica chama-se arte de cuidar (...)”, e como tal, cuidar do doente em fase terminal exige o saber fazer, o saber estar e o saber ser. O trabalho com doentes terminais não é fácil, requerendo maturidade pessoal e profissional que só poderá ser adquirida através da formação e da experiência.

Todo o indivíduo, ao longo do seu ciclo vital, necessita de se desenvolver, não só fisicamente mas também psicologicamente. Assim, a formação, constante e contínua, permite à pessoa “crescer” profissional e pessoalmente.

As alterações no mundo do trabalho tornam a necessidade de formação indispensável à sobrevivência, uma vez que os conhecimentos se tornam facilmente desactualizados. É, assim, importante que a formação seja cultivada durante todas as fases do ciclo vital.

No contexto profissional, nomeadamente num serviço de geriatria, o profissional de saúde aquando da prestação de cuidados terminais, atribui à morte, “(...) um significado diferente, fruto dos modos de interpretar e pensar a realidade quotidiana, apoiada num conhecimento construído a partir das experiências individuais, das informações, dos modelos, dos valores, que cada indivíduo adquire e transmite (...)” (Sousa, 1996, p. 39).

Segundo Berger citado por Sousa (1996, p. 40), “ (...) estamos impregnados de atitudes para com a morte desenvolvidas pela sociedade em que vivemos, sociedade que parece ter escolhido como valores fundamentais a juventude e a saúde (...)”.

Esta realidade implica o envolvimento cada vez mais crescente dos profissionais de saúde, pois “ (...) o confronto com doentes em fase final de vida, com o doente que morre e com a morte, torna-se incompatível com a actividade do profissional de saúde, onde a impotência face ao inevitável traduz a imagem do fracasso da Ciência e da Tecnologia (...)” (Sousa, 1996, p. 40).

“O profissional de saúde não sabe o que fazer com o doente em fase final; nem a herança cultural, nem a nossa educação o preparou para entender o lugar da morte” (Sousa, 1996, p. 40), pois a formação profissional de base, no que respeita ao tema da morte, remete-se a uma abordagem tecnicista, e espartilhada em diferentes unidades curriculares, tornando-se numa questão pertinente a reflectir pelas escolas de enfermagem. Esta formação centra-se mais na informação recebida do que na preparação para agir perante a morte, ou na qualidade da prestação de cuidados terminais, pois os próprios “ (...) alunos de enfermagem mostram-se globalmente insatisfeitos com a sua formação neste campo, e muitos enfermeiros manifestam igualmente as suas inaptações para cuidar de doentes em fase final de vida” (Sousa, 1996, p. 43).

Segundo Barthes citado por Sousa (1996, p. 44), “(...) preocupamo-nos na maior parte das vezes, com os conteúdos no ensino (...) O verdadeiro problema está em saber como é que se pode pôr no conteúdo, na temporalidade de uma aula (...) valores ou desejos que não estão previstos pela instituição, quando não são realçados por ela (...)”. As representações da morte resultam da reflexão sobre os modos de interpretar e de pensar a realidade quotidiana, com um conhecimento inerente, construído a partir das experiências com as quais se é confrontado, onde a escola deverá ter uma participação activa.

A formação nesta área implica “ (...) formar profissionais que lidam com pessoas em várias fases ou estádios da sua vida, da evolução da sua doença, com diferentes necessidades afectadas, das quais manifestam diferentes graus de dependência e que, em cada um desses estádios, são capazes de prestar uma ajuda adequada às suas necessidades e expectativas” (Pimentel, 1993, p. 5).

A participação das escolas na formação dos profissionais de saúde, preocupa-se na aquisição de conhecimentos (através da memorização) e de técnicas (competências e destreza), e “(...) dado a orientação central estar direccionada para a doença e as intervenções face às suas alterações, menosprezou a aquisição de condutas a adoptar perante situações que envolvem a interacção com o doente num processo de constante desenvolvimento e mudança (...)” (Sousa, 1996, p. 43). A formação, contudo, não se constrói por acumulação de conhecimentos ou técnicas, requer um trabalho de reflexão crítica constante e de reconstrução permanente.

Ou seja, exige por parte do enfermeiro adaptabilidade e flexibilidade na adequação dos conteúdos teóricos à contextualização prática.

Na maioria dos serviços, não existem espaços de reflexão, pelo que se torna necessário desenvolver momentos distantes da acção para poder proceder-se à reflexão, partilha e produção de saber. “A escola deverá criar e preencher espaços que favoreçam a acção pedagógica centrada na reflexão, tornando possível ao aluno a aquisição de novos conhecimentos (...)” (Sousa, 1996, p. 44). A prática de enfermagem deve implicar a escrita e o desenvolvimento de reflexões inerentes aos cuidados de enfermagem reais, no que respeita à prestação de cuidados ao doente terminal. “O campo educativo deverá, por isso, ser um espaço privilegiado na construção das representações sociais da morte, favorecendo a aquisição de atitudes que permitam ao aluno «saber estar» junto destes doentes.” (Sousa, 1996, p. 44).

Quando falamos de formação de profissionais é preciso ter em atenção que estamos perante adultos e que, neste sentido, é necessário que a formação seja adaptada a cada formando e às suas características específicas. Assim é ele que deve ser o gestor do processo de formação, decidindo sobre as variáveis espaço-temporais, o que desenvolve o sentido de responsabilidade. O discente encontra-se envolvido efectivamente no programa, participando nele desde a planificação até à avaliação final. As ideias que eventualmente confluem devem ser consideradas, tudo em prol da aplicabilidade dos conteúdos para obtenção de resultados importantes, pois só desta forma é possível manter a motivação dos formandos.

Na formação de adultos é essencial estar atento à realidade dos destinatários, valorizando a sua experiência. Na ausência desta preocupação, os formandos nem sempre poderão vislumbrar o que têm a ganhar com ela. Torna-se:

(...) urgente integrar, quer no ensino oficial básico, quer no ensino pós-básico e na formação contínua de enfermeiros (...) um espaço e conteúdo de formação na área do acompanhamento do doente terminal, dos diferentes componentes do seu sofrimento, aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, de forma a poder melhorar a qualidade dos cuidados a prestar a estes doentes, a melhorar a “qualidade da morte” a “qualidade da vida” que precede a morte dos doentes incuráveis (Pimentel, 1993, p. 7).

A formação de profissionais deve ter como referência, certas características específicas do formando adulto: o auto-conceito (auto gestão da sua própria aprendizagem); a experiência (o adulto possui uma longa experiência de vida que é necessário respeitar e valorizar, podendo ser um recurso precioso); a vontade de aprendizagem (percepção da necessidade de aprender); a orientação para os problemas (significado do que vai aprender para a resolução de problemas reais); e a motivação (a aprendizagem desenvolve-se melhor quando se está motivado). Assim, através de motivações externas (salários, promoções), ou motivações interiores (desejo de crescer, satisfação profissional, auto-estima, qualidade de vida) poderá potencializar-se a aprendizagem e conseqüentemente a acção profissional.

Para a Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos (1999), os enfermeiros que exercem a sua acção junto de doentes terminais, não podem contentar-se em restringir a sua formação/aprendizagem aos conteúdos apreendidos na sua formação base. Regularmente, deverão actualizar as suas práticas e os seus conhecimentos. Segundo esta, a formação poderá efectuar-se através de:

- Um suporte de conhecimentos técnicos, científicos e conceptuais (leitura de livros e revistas especializadas);
- Confronto de ideias e práticas com outros profissionais ou associações;
- A participação em jornadas, conferências ou simpósios.

Esta visão progressiva da aprendizagem é partilhada por Beth, citada por Pimentel (1993), que realça igualmente a necessidade de formação por parte dos enfermeiros que lidam com a morte e o processo de morrer. Mostra-nos que se devem aprofundar os conhecimentos em três direcções:

- No sentido de uma reflexão pessoal, sobre os aspectos relacionados com a problemática da vida e da existência humana, dos aspectos éticos que a envolvem, e sobre o real desejo ou motivação para o acompanhamento;

- No sentido de um melhor conhecimento da Psicologia, que permita evitar alguns mecanismos de projecção e de reacção, e fomentar a descodificação da linguagem simbólica do doente terminal;
- No sentido de uma sólida formação técnica, fundamental para quem trata este tipo de doentes. O doente que sofre, que tem dor ou outros sintomas físicos intoleráveis, não apresentará "disponibilidade" para se descentralizar da sua experiência dolorosa.

A SFACP (1999) enfatiza que a formação é um meio indispensável e obrigatório de entre todos aqueles de que dispomos para manter e melhorar as competências dos profissionais de enfermagem.

Encarando a formação como motor potencial de mudança e adaptação à nova realidade, é imperativo o investimento para que o profissional de enfermagem esteja preparado para acompanhar e abarcar esta complexa dimensão do cuidar (Duhamel, 2003). Só assim tornar-se-á possível ao futuro enfermeiro, nesta situação específica, adoptar uma atitude adequada perante o doente, encarando como natural a morte e o processo de morrer.

PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO

CAPITULO I – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Tendo por base a fase inicial do presente trabalho, na qual foram abordados a definição e limitação do problema, a pergunta de partida, as questões e objectivos do estudo assim como todos os aspectos relacionados com a fundamentação teórica, abordar-se-á de seguida a fase metodológica. Esta, segundo Polit (2004), incorpora decisões metodológicas chaves, ou seja, outros aspectos do estudo como: o plano de amostragem, o instrumento de colheita de dados e o tipo de estudo e de análise. Por todos estes motivos é crucial que sejam entendidas todas as implicações das decisões no delineamento tomadas pela investigadora.

1. População e Amostra do Estudo

Para que num estudo de investigação os resultados representem fielmente o que ocorre na população de interesse, é necessário escolher correctamente os sujeitos de estudo. Ao definir um plano de investigação torna-se necessário criar as condições para que os dados sejam significativos para o problema em questão, esta significância passa forçosamente pela qualidade das populações / amostras seleccionadas, ou seja, junto de quem foi realizada a investigação.

Para Almeida e Freire (2003) o universo:

(...) diz respeito a todos os sujeitos, fenómenos ou observações passíveis de serem reunidas como obedecendo a determinada característica. Enquanto que falar em população significa que esta é o conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno.

Desta forma considerou-se para população deste estudo, todos os enfermeiros actualmente docentes de uma Universidade que exercem funções em meio Hospitalar, sendo a população um total de 53 enfermeiros.

A amostra é considerada o conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraídas de uma população junto de quem o investigador vai realizar o estudo, ou seja, por outras palavras é importante saber-se qual vai ser a população alvo do mesmo, o que vai de encontro

ao referenciado por Polit (2004) relativamente à amostra. Dizendo que a amostra é um subconjunto da população.

O facto de a investigadora não considerar para o seu estudo uma população mas apenas uma amostra justifica-se como sendo a primeira temporalmente inviável, estatisticamente desnecessária e humanamente impossível. (Miranda, 1983, cit. in Almeida).

Para se poder efectuar a selecção da amostra, tendo em conta a população apresentada, a mesma teve de obedecer a alguns critérios de inclusão, pois estes definem as características principais da população alvo. (Hulley, S.B.; Cummings, S.R.; Browner, W.S.; et. al; 2003) de forma a tornar o estudo viável, exequível e fiável. Os critérios foram:

- Trabalharem em meio hospitalar.
- Ter vivenciado a morte e o processo de morrer do idoso no meio Hospitalar, pelo menos uma vez.

A amostragem será obtida por método não probabilístico – amostragem intencional ou acidental, uma vez que:

O pesquisador pode decidir, intencionalmente, a mais ampla variedade possível de respondentes, ou, ainda, pode seleccionar os sujeitos tidos como característicos da população em questão, ou particularmente, conhecedor das questões que estão sendo estudadas. (Polit, 1995, p. 148).

Esta é a amostragem que mais se adequa tendo em conta os objectivos do estudo, porque permite seleccionar os enfermeiros segundo os critérios de inclusão que se revelaram fulcrais para a obtenção de dados. Este tipo de amostragem possibilita seleccionar indivíduos de uma população tendo em conta determinadas características dos mesmos.

Assim, da amostra deste estudo fizeram parte dez enfermeiros, de ambos os sexos, com um limite mínimo de idade de 25 anos e limite máximo, de idade igual ou superior a 45 anos. Esta amostra foi seleccionada em detrimento do tempo de realização do trabalho e por se verificar alguma saturação de dados após a análise dos mesmos, pois, tal como justifica Quivy (2003)

acaba por chegar a um momento em que já não é possível encontrar novos dados diferentes daqueles já encontrados, e em que o rendimento da entrevista decai rapidamente.

2. Instrumento de Colheita de Dados

No desenvolvimento do plano de colheita de dados, o investigador toma decisões importantes, uma delas diz respeito à forma básica da colheita de dados a ser utilizada. Independentemente da abordagem usada, os métodos de recolha de dados podem variar em diversas dimensões importantes: estrutura, quantificação, obstrução e objectividade, no entanto, as questões mais adequadas ao estudo qualitativo usam normalmente, métodos que têm pouco das dimensões apresentadas. (Polit, et. al, 2004)

Segundo Fortin (1999, p.41):

A colheita de dados efectua-se segundo um plano pré – estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto de participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados assim como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for caso disso.

A escolha dos métodos de colheita de dados, segundo Quivy (2003), influencia os resultados do trabalho, assim, os métodos de recolha e de análise dos dados devem estar em concordância.

Para a elaboração do presente estudo de investigação foi utilizado como instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada (anexo I), por permitir liberdade de resposta ao entrevistado, mas também liberdade de esclarecimento ao entrevistador, possibilitando a este último direccionar a entrevista tendo em conta o alcançar dos objectivos pré-definidos. Este instrumento possibilitou, “ (...) maior flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, formular de maneira diferente; especificar algum significado, como garantia de estar sendo compreendido.” (Lakatos, 1991, p. 198), evitando deste modo a não obtenção de resposta ou a obtenção de respostas desajustadas, por interpretações incorrectas. Consideramos ainda que recorrendo à entrevista, temos “ (...) possibilidade de conseguir informações mais precisas (...)” (Lakatos, 1991, p. 198).

2.1 – O Pré-Teste

Fortin (1999) refere que, o pré-teste permite verificar se os termos utilizados são facilmente compreendidos por parte dos participantes, se a forma como estão estruturadas as questões permitem obter a informação desejada e se o tipo de perguntas não provoca desinteresse por parte dos sujeitos, assim como, se as questões colocadas apresentam alguma ambiguidade.

Neste sentido, elaborou-se um Pré-teste, num período anterior à recolha de dados, de forma a assegurar a viabilidade do método de recolha de informações e avaliar se o produto da recolha de dados se enquadra com o objecto de estudo que o autor pretendeu desenvolver.

O Pré-teste foi realizado a cinco enfermeiros da mesma instituição, no entanto convém referenciar que os mesmos não fizeram parte da amostra do estudo, contudo, reuniam as mesmas características dos restantes. Após a realização do mesmo verificou-se não haver a necessidade de alterar qualquer questão, visto que as mesmas foram compreendidas com clareza, não manifestando qualquer tipo de dúvida.

3. Metodologia

Para a realização desta investigação optou-se por um estudo do tipo fenomenológico-descritivo de abordagem qualitativa, utilizando como tratamento dos dados a análise de conteúdo, de maneira a permitir a elaboração das reflexões finais.

Rose, Beeby, & Parker (1995, p.1124) cit. in Streubert e Carpenter referem:

O propósito da pesquisa fenomenológica é explicar a estrutura ou essência das experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado o qual é a identificação da essência de um fenómeno e a sua descrição rigorosa, através da experiência vivida quotidiana.

A escolha de estudo fenomenológico recaiu sobre a necessidade de recolher os dados necessários para que os mesmos fossem o espelho da perspectiva do indivíduo, dando ênfase à compreensão da experiência vivida, através de narrações feitas pelo próprio. Para reforçar esta ideia, Fortin (2000, p. 22) menciona que “O autor que utiliza o método de investigação

qualitativa está preocupado com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta, sem procurar controlá-los.”

Optou-se por um estudo descritivo pois este tem como objectivo não somente recolher e organizar os dados, mas acima de tudo conhecer uma realidade, interpretando o significado e a importância dos mesmos. Este tipo de estudo “ (...) refere e interpreta minuciosamente o observado; este relaciona-se com as condições existentes, práticas que prevalecem, opiniões, pontos de vista ou atitudes, processos em marcha.” (Pardo, 1997, p. 198)

De acordo com os objectivos, o paradigma qualitativo é aquele que mais se adequa, uma vez que pretendemos conhecer vivências e não medi-las, pretendemos analisá-las e não quantificá-las ou relacionar causas e efeitos. Como refere Fortin (2000, p. 22),

(...) o objectivo desta abordagem de investigação, utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar mais do que avaliar. Esta forma de desenvolver o conhecimento demonstra a importância primordial da compreensão do investigador (...).

A investigação qualitativa baseia-se no princípio de que os conhecimentos sobre os indivíduos “ (...) só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores” (Polit e Hungler, 1995, p. 270). Só através dela se pode estudar opiniões, crenças e valores pessoais, que são essenciais na pesquisa, dada a vivência humana ser algo profundamente único e individual, e uma vez que o significado da temática é algo fulcral neste estudo.

4. Recolha de Dados

Para se poder realizar a recolha dos dados foi necessário um consentimento informado (Anexo II) prévio por parte dos entrevistados. O estudo foi realizado com a aplicação das entrevistas entre os dias 1 de Dezembro e 15 de Dezembro de 2006.

Cada entrevista teve em média uma duração de cerca de 20 minutos, necessários para que os enfermeiros pudessem responder com o máximo de tranquilidade e à vontade possível. As

referidas entrevistas foram gravadas, após consentimento dos entrevistados, com recurso a um gravador áudio.

5. Considerações Éticas

Como afirma Fortin (1999, p.114-116), a ética é “ (...) a ciência da moral, e a arte de dirigir a conduta” em que o investigador necessita considerar problemas éticos e morais, os quais têm necessariamente que salvaguardar os direitos dos indivíduos envolvidos.

As preocupações éticas evidenciam-se mais no campo da enfermagem porque, à medida que aumentam as pesquisas em enfermagem, diminui a nitidez entre aquilo que constitui a prática esperada da enfermagem e a colheita de dados das pesquisas (Polit e Hungler, 1995).

Devido ao facto de as pesquisas científicas nem sempre terem sido conduzidas de forma ética, e perante os dilemas que os investigadores se confrontam aquando o planeamento dos seus estudos, foram elaborados códigos de ética para que houvessem orientações nesse sentido, sendo a Declaração de Helsínquia a mais notável, adoptada em 1964 pela World Medical Assembly, posteriormente revisada em 1975 (Polit e Hungler, 1995).

Segundo as autoras (Polit e Hungler, 1995, p.307), “Os três principais princípios éticos incorporados à maioria das orientações são a beneficência, o respeito à dignidade humana e a justiça.”.

O princípio da beneficência abrange a protecção dos sujeitos contra qualquer dano, físico e/ou psicológico. O princípio do respeito pela dignidade humana inclui o direito dos sujeitos à autodeterminação e revelação completa e, por fim, o princípio da justiça diz respeito ao direito a um tratamento justo, além do direito à privacidade que poderá ser mantida através do anonimato (Polit e Hungler, 1995).

Considerando os princípios éticos mencionados procedeu-se, face aos sujeitos em estudo, da seguinte forma:

- ✓ Foi fornecida informação sobre a identidade e habilitações do investigador, dos objectivos do estudo e em que consiste a participação do sujeito no mesmo;
- ✓ Foi garantido o anonimato, a confidencialidade dos dados e o respeito pela privacidade;
- ✓ Posteriormente, foi solicitada a autorização por escrito para a recolha de dados e explícito o carácter voluntário da participação no estudo, através do documento de consentimento informado.

PARTE III – FASE EMPÍRICA

CAPITULO I – APRESENTAÇÃO / INTERPRETAÇÃO DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Findada a etapa da recolha de dados foi necessário efectuar a análise e a interpretação dos mesmos que, de acordo com a metodologia utilizada, foi iniciada com a transcrição total de todas as entrevistas efectuadas. Depois deste moroso trabalho, foram construídas tabelas em que o seu teor foi obtido pela análise de conteúdo efectuada pela investigadora ás diferentes opiniões dadas pelos entrevistados. Após esta etapa procedeu-se de seguida à apresentação dos dados, é de salientar que nesta fase a investigadora optou por efectuar em simultâneo a discussão dos mesmos, esta escolha teve por base três aspectos essenciais, facilitar uma melhor articulação da apresentação e interpretação, evitar possíveis falhas na discussão, e proporcionar ao leitor uma melhor compreensão dos resultados obtidos. Todo este trajecto terá como base de fundamentação o marco teórico efectuado anteriormente.

A finalidade da análise dos dados, independentemente do tipo de dados ou de pesquisa subjacente, é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa. Bardin (2000) considera a análise de conteúdo como sendo “ (...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens e obedece a três etapas ou fases: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.”

Para Polit et. al (2004) a análise de conteúdo pressupõe o seguinte tipo de operações mínimas: delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referências teórico orientador da pesquisa; a constituição de um corpus; definição da temática da análise das entrevistas; definição de unidades de análise, ou de contexto, acompanhadas por unidades de registo e unidades de frequência (Scores).

Segundo Bardin (2000) é necessário a construção de um corpus, isto é “ (...) um conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. Para a constituição do mesmo é necessário o cumprimento de três regras essenciais: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

No que respeita à regra da exaustividade o autor supracitado refere que esta consiste em, após a definição do corpus, ser necessário considerar todos os elementos que o constituem. Na regra da representatividade implica que a análise possa ser realizada a uma amostra, desde que o material tenha finalidade, em que a amostragem é rigorosa caso faça parte do universo essencial. A regra da homogeneidade refere-se aos documentos, isto é, que estes devem ser homogêneos, obedecendo a critérios de escolha precisos, por último, a regra da pertinência diz respeito ao facto de os elementos deverem ser adequados de forma a corresponderem ao objectivo da análise. (Bardin, 2000).

Cada entrevista foi codificada com a letra “ E ”seguida de um número que corresponde à ordem pela qual cada uma foi realizada, assim os números irão de 1 a 10, o que significa que, por exemplo, E1 se refere à entrevista do primeiro enfermeiro que foi entrevistado.

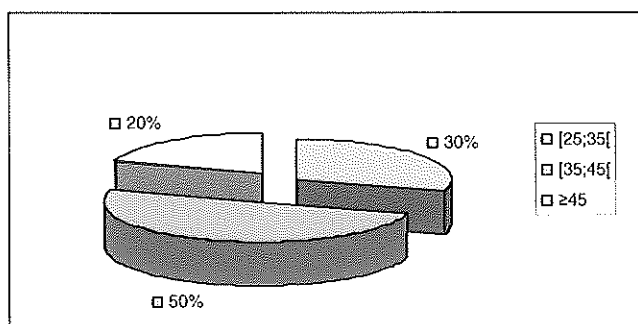
1. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo foi caracterizada de acordo com as seguintes categorias: Idade, Género, Habilitações profissionais e Anos de serviço.

Tabela 1 – Distribuição frequencial e percentual da idade da amostra

Idade	nº	%
[25;35[3	30
[35;45[5	50
≥45	2	20
Total	10	100

Gráfico 1 – Distribuição frequencial e percentual da idade da amostra

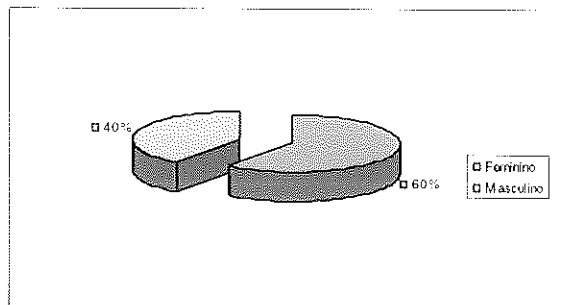


De acordo com os dados, apresentados na Tabela n.º1 e Gráfico n.º1, pode verificar-se que as idades da amostra foram compreendidas entre um limite mínimo de 25 anos e limite máximo de idade igual ou superior a 45 anos. A amostra preenche maioritariamente o intervalo dos 35 aos 45 anos, correspondendo este a 50% (5 indivíduos) do total da amostra.

Tabela 2 - Distribuição frequencial e percentual do género da amostra

Género	nº	%
Feminino	6	60
Masculino	4	40
Total	10	100

Gráfico 2 – Distribuição frequencial e percentual do género da amostra

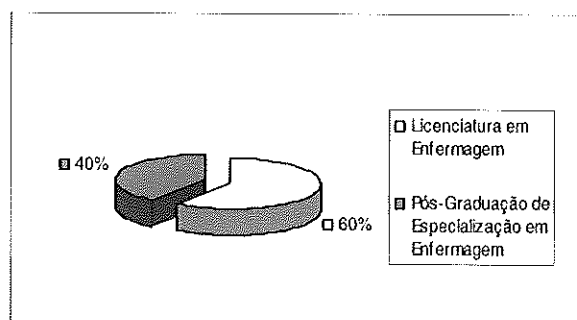


Após observação dos dados acima apresentados pôde constatar-se que 60% da amostra é do sexo feminino (6) e os restantes 40% (4) são do sexo masculino.

Tabela n.º 3 - Distribuição frequencial e percentual das habilitações profissionais da amostra

Habilitações Profissionais	nº	%
Licenciatura em Enfermagem	6	60
Pós-Graduação de Especialização em Enfermagem	4	40

Gráfico n.º 3 – Distribuição frequencial e percentual das habilitações profissionais da amostra

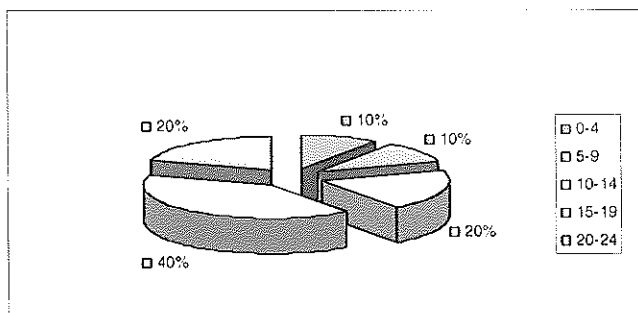


Relativamente às habilitações profissionais, verificou-se na Tabela e Gráfico n.º3, que a amostra seleccionada possui na sua maioria, 60% dos enfermeiros, o curso de Licenciatura em Enfermagem, quatro enfermeiros (40%) possui o curso de Pós Graduação de Especialização em Enfermagem.

Tabela n.º 4-Distribuição frequencial e percentual do dos anos de serviço da amostra

Anos de Serviço	nº	%
0-4	1	10
5-9	1	10
10-14	2	20
15-19	4	40
20-24	2	20
Total	10	100

Gráfico n.º 4-Distribuição frequencial e percentual dos anos de serviço da amostra



Dos dez entrevistados, 10% que corresponde a 1 enfermeiro exerce funções à menos de quatro anos, outros 10% exerce entre cinco e nove anos. Dois enfermeiros (20%) exercem respectivamente a profissão entre os dez e os catorze anos, e os vinte e os vinte e quatro anos. A maioria dos enfermeiros (40%) em relação ao intervalo das diversas faixas etárias está situada entre os 15 a 19 anos de serviço, reflectindo-se de uma forma geral ser uma população com basta experiência profissional.

2. Análise das Entrevistas e Discussão dos Resultados

Os dados das entrevistas serão apresentados através de tabelas síntese para cada uma das questões de investigação, através destas foram identificadas nas respostas dadas pelos entrevistados as respectivas áreas temáticas, das quais emergiram as categorias e subcategorias deste estudo e conseqüentemente as unidades de registo e de contexto assim como as unidades de frequência, o que permitiu, construir com coerência a interpretação dos resultados.

Apresenta-se de seguida as diferentes temáticas que emergiram após a análise de conteúdo efectuada às entrevistas realizadas aos 10 enfermeiros.

- O significado da morte do idoso, em contexto hospitalar, segundo a opinião do enfermeiro.
- O impacto da morte do idoso no enfermeiro em contexto hospitalar.
- Estratégias adoptadas pelo enfermeiro perante a morte do idoso.
- Autoavaliação dos enfermeiros em relação à formação sobre o modo de como lidar com a morte do idoso.
- Estratégias que os enfermeiros utilizam para dar apoio á família durante a gestão do luto.

2.1 Temática: O significado da morte do idoso, em contexto hospitalar, segundo a opinião do enfermeiro.

Relativamente a esta temática, pretende-se, de algum modo, conhecer e compreender qual o significado da morte para os enfermeiros. Desta forma emergiu a seguinte categoria: **Opinião do enfermeiro face ao significado da morte**. De acordo com esta categoria e após a análise de conteúdo efectuada identificaram-se duas sub-categorias denominadas de **Percepção Pessoal da Morte**, da qual emergiu quatro unidades de registo que correspondem ao Fim da vida; Cessão das funções orgânicas; Sofrimento pessoal; Fim do projecto de vida; Alívio do sofrimento perante a doença e a sub-categoria **Percepção Pessoal da Morte no Idoso**, que deu origem a cinco unidades de registo identificadas como: Fim da narrativa de vida; Morte como alívio do sofrimento; Morte esperada e Morte como etapa do ciclo vital. (Tabela n.º5).

Tabela n.º 5: O impacto da morte do idoso em contexto hospitalar, no enfermeiro a nível interno

CATEGORIA 1 – Opinião do enfermeiro face ao significado da morte			
Sub – Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
Percepção Pessoal da Morte	Fim da vida	“Significa terminar uma experiência de vida.” (E1) “A morte é a lei natural da vida, nascemos, crescemos, envelhecemos e morremos.” (E2) “(...) é o culminar da caminhada que é a vida.” (E3) “A morte faz parte da vida. É a ultima etapa. É algo inevitável que um dia cada um de nós tem de viver.” (E4) “Significa o fim biológico da vida e a interrupção ou conclusão do ciclo vital”. (E6) “Acho que a morte é o fim da vida, é desaparecer”. (E8) “Fim da vida”. (E9) “Para mim a morte ou morrer é acabar, é terminar a passagem aqui na terra”. (E10)	8
		“ (...) ela representa os órgãos vitais do organismo humano deixar de funcionar. É não existir mais vida	

	Cessação das funções orgânicas	fisiológica.” (E2) “ (...) é a cessação das funções orgânicas.” (E5) “ o parar do coração e da actividade cerebral.” (E6) “ (...) é a cessação das funções orgânicas.” (E7) “ (...) a morte é cessar a função cerebral e deixar de respirar e o nosso coração parar de bater, deixa de haver vida biológica.” (E8) “ (...) e isso implica que o nosso corpo deixe de trabalhar, assim verificamos lá no serviço que a pessoa entra em paragem cardio-respiratória e em paragem da actividade eléctrica cerebral”.(E10)	6
	Sufrimento pessoal	“ Depois de 25 anos de profissional continuo a considerar que a morte é uma experiência que ainda tenho dificuldade em vivenciar e aceitar o que me provoca sofrimento.” (E2) “ (...) claro que em termos pessoais, para mim a morte é um pouco mais do que a morte médica porque envolve sentimentos(...) implica sofrimento (...)” (E10)	2
	Fim do projecto de vida	“A morte significa terminar uma experiência de vida já com uma história que eu penso que deve ser uma história de vida”.(E1) “Significa terminar uma história de vida.” (E5) “ (...) o fim de projectos pessoais,.” (E6) “Significa terminar uma história de vida.” (E7) “(...) é terminar o projecto que desenhámos para nós.” (E8)	5
	Alívio de sofrimento perante a doença	“A morte hospitalar, pode representar, um alívio dum sofrimento, dum angústia.” (E9) “ (...) às vezes até a sinto como um alívio (...) acho que é um alívio para elas.” (E10)	2
Percepção Pessoal da Morte no Idoso	Fim da narrativa da vida	“A morte no idoso significa terminar uma experiência de vida já com uma história que eu penso que deve ser uma história de vida em que já foram conquistados alguns objectivos, alguém que já teve um percurso de vida consistente”. (E1)	5

		<p>“A morte do idoso significa terminar uma experiência de vida (E5)</p> <p>“A pessoa teve oportunidade de realizar um conjunto de objectivos, de metas e a morte do idoso significa o fim de uma jornada que respondeu a todas as fases que se preconizam para a vida.” (E6)</p> <p>“A morte do idoso significa terminar uma experiência de vida.” (E7)</p> <p>“ (...) a morte do idoso não custa tanto porque os objectivos e o percurso da vida foram cumpridos e é sempre mais aceitável.” (E8)</p>	
	Morte esperada	<p>“ (...) a diferença é que o idoso viveu mais anos, teve hipótese de uma vida mais longa”. (E2)</p> <p>“A morte no idoso é algo a maior parte das vezes já esperado.” (E4)</p> <p>“A morte do idoso é na minha perspectiva a resposta a um ciclo que se entende ter um fim na idade avançada.” (E6)</p> <p>“A morte do idoso é aquela morte que é esperada porque toda a gente sabe que a vida é nascer crescer e morrer.” (E8)</p>	4
	Morte como alívio de sofrimento	<p>“ (...) a morte está intimamente ligada ao desejo de morrer, desejo que não advém do desgosto pela vida, mas sim para o alívio da dor e do sofrimento(...)talvez o idoso não escolha a morte, talvez escolha apenas a paz, a dignidade e o conforto.” (E3)</p> <p>“ (...) muitas vezes com muito sofrimento e por isso às vezes esta morte para o idoso é até um alívio.” (E8)</p> <p>“Para o idoso a morte é apenas a paz, a dignidade e o conforto, o alívio de sofrimento.” (E9)</p> <p>“ (...) às vezes até a sinto como um alívio”.(E10)</p>	4
	Morte como uma etapa do ciclo vital	<p>“ A morte do idoso não deve ser encarada como algo triste, mas sim algo por o qual todos nós passamos.” (E9)</p> <p>“Quando a pessoa já é mais velha não é que a morte</p>	2

		não implique sofrimento porque acho que se sofre sempre, mas pelo menos entendo-a de outra forma, acho que é mais aceitável” (E10)	
--	--	--	--

Em relação á categoria **Opinião do enfermeiro face ao significado da morte**, emergiu a unidade de registo Fim de vida e constatou-se que oito enfermeiros entrevistados consideram a morte como o terminar da existência humana. Este dado encontra fundamento na literatura. Por exemplo, Costa (1999, p. 1234) afirma que a morte é percebida como o fim da existência da pessoa é o “ (...) acto ou efeito de morrer; termo de existência, acabamento (...)”.

Por outro lado, também se constatou que os enfermeiros reconhecem na morte uma perspectiva biológica centrada na **Cessação das funções orgânicas**, verificando-se um score de seis. De facto, vários autores identificam que a morte “ (...) marca a paragem de funcionamento de todos os processos vitais (...)” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 510), ideia partilhada também por Cunha (2003) e pelo Conselho Internacional de Enfermeiros responsáveis pela publicação da CIPE (2002).

Relativamente à unidade de registo **Sufrimento pessoal**, referida apenas por dois entrevistados, a morte é vista como fonte de sofrimento para o profissional. Esta perspectiva vai de encontro à óptica assumida por Marques (1991), este autor acredita que a observação da morte gera reacções emocionas que implicam sofrimento para o profissional de saúde.

Quanto à unidade **Fim do projecto de vida**, identificada por cinco enfermeiros, os mesmos referem-se ao termo da história e projectos de vida da pessoa que morre. Este facto vai de encontro à perspectiva de Cunha (2003, p. 34) que refere que a morte é o “ (...) fim de um conjunto de vivências e acontecimentos naturais e sociais”.

Por fim, emerge a unidade de registo **Alívio de sofrimento perante a doença** (score 2), em que o enfermeiro considera que a mesma acaba por ser um alívio não só para o doente mas como para o próprio profissional o que vai de encontro ao que Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 511) referem “a morte pode ser uma amiga que põe termo às dores e ao sofrimento, um mestre que permite compreender a verdadeira transcendência, uma aventura rumo ao

desconhecido (...) a recompensa (...)” ou pode ser compreendida como “ (...) o nada, o fim da vida, um castigo, uma separação (...)”.

Relativamente à sub categoria **Percepção Pessoal da Morte do Idoso**, a unidade de registo Fim de vida vai de encontro à referida na sub-categoria anterior relativamente à morte no global, em que a mesma é compreendida por cinco entrevistados, como o finalizar de um conjunto de vivências e expectativas para a existência humana, corroborada pela perspectiva de Cunha (2003).

Os dados apurados apontam para a compreensão da morte na velhice como algo provável, pelo que quatro entrevistados referiram que na pessoa idosa a **Morte é esperada**. Esta perspectiva confirma-se na opinião de Relvas que entende que a morte por velhice acaba por ser uma das formas de morte esperada pois “ (...) de algum modo previsível no tempo (...)” assim como Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 510) encaram o processo de senescência como “(...) uma sucessão de mortes parciais (...)” que conduz a um desfecho para o qual “(...) todos estamos programados (...)”.

A **Morte como alívio do sofrimento** é outra unidade de registo que emergiu das entrevistas, referenciada por quatro enfermeiros e refere-se ao fim da dor e tormento muitas vezes associado à velhice pelas múltiplas condicionantes provocados por um conjunto de patologias frequentes na pessoa idosa. Esta perspectiva tem fundamento na literatura consultada podendo verificar-se nas palavras de Berger e Mailloux-Poirier (1995).

Por fim, dois enfermeiros referiram que o significado da **morte** na pessoa idosa se traduz **como etapa do ciclo vital**, unidade de registo que encontra fundamento na afirmação de Martinez (1993, p. 35) que entende a morte como “ (...) as sucessivas etapas da trajectória vital de um individuo que implicam para ele e para o grupo momentos de mudança (...) nascimento, puberdade, envelhecimento e morte”.

2.2 Temática: O impacto da morte do idoso no enfermeiro em contexto hospitalar.

No sentido de identificar as repercussões da morte do idoso no enfermeiro, e de acordo com a temática emergiu como categoria **A Morte do Idoso: Impacto no Enfermeiro** da qual emergiram duas sub – categorias: **Sensações e Emoções experienciadas** e **Factores que interferem no impacto da morte.**

De acordo com a análise de conteúdo efectuada, dentro da referida categoria, foi possível identificar, em relação à primeira sub-categoria, nove unidades de registo tais como: Frustração, Incapacidade/ Impotência, Revolta, Sofrimento e Negação. Em relação à segunda sub-categoria identificaram-se duas unidades de registo: Tipo de morte e Fase do ciclo vital. (tabela nº6)

Tabela n.º6: A Morte do Idoso: Impacto no Enfermeiro

CATEGORIA 2 – A Morte do Idoso: Impacto no Enfermeiro			
Sub – Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
Sensações e Emoções experienciadas	Frustração	“ (...) sinto que alguém termina uma experiência e vai para o desconhecido, para mim é uma sensação desagradável e frustrante.” (E1) “A morte de alguém quer seja idoso ou não sempre me causou muito impacto, desconforto interior (...) o administrar medicação e ver que não alivia em nada o doente é muito frustrante e provoca em mim momentos de reflexão interior.” (E2)	2
	Incapacidade/ Impotência	“ (...) eu fico um pouco aflita, um pouco instável porque não posso ajudar, porque é inevitável e a única ajuda é tentar serenar às vezes, uma situação que não é possível serenar.” (E1) “ (...) sensação de impotência.” (E3) “ (...) provoca, principalmente nos primeiros momentos, tristeza, duvidas, incapacidade de	5

		<p>ajudar.” (E8)</p> <p>“ (...) a maior parte das vezes surgem duvidas, e sensação de incapacidade.” (E9)</p> <p>“ (...) sinto-me um pouco impotente porque penso que se calhar poderia ter feito mais e não o fiz ou não o soube fazer e isso é difícil” (E10)</p>	
	Revolta	<p>“ (...) sentimentos de revolta (...) o que vai provocar no profissional (eu) sentimentos de raiva, pensando “ já que vai morrer porque tem que sofrer tanto!!!”. (E2)</p> <p>“ A morte de alguém quer seja idoso ou não sempre me causou muito impacto, desconforto interior, sentimentos de revolta” de impotência, de fragilidade.” (E3)</p> <p>“ (...) eu sinto que não consigo proporcionar-lhes aquilo que eles mais desejam e isso revolta-me.” (E8)</p>	3
	Sufrimento	<p>“ (...) sempre me causou muito impacto, desconforto interior (...) fragilidade emocional.” (E3)</p> <p>“Geralmente a morte provoca tristeza, separação, sofrimento.” (E4)</p> <p>“ (...) desconforto interior(...) de fragilidade emocional.” (E5)</p> <p>“ (...) provoca sempre em mim um conjunto de emoções que transparecem tristeza, dor angústia enquanto profissional”.(E6)</p> <p>“ (...) desconforto interior(...) de sofrimento pessoal...” (E7)</p>	5
	Negação	<p>“(...) mas acho que a morte é sempre difícil de ver, de aceitar, de desistir como enfermeira, de não tentar fazer algo mais!” (E2)</p>	1
Factores que interferem no impacto da morte	Tipo de morte	<p>“ (...) depende do percurso de terminar a vida, se ele termina bem, se termina mal.” (E1)</p> <p>“ (...) no idoso geralmente mais dolorosa, mais demorada (...) para mim o impacto da morte é</p>	6

		<p>tanto maior quanto maior e doloroso se torna esses momentos.” (E2)</p> <p>“ (...) Por isso, no idoso é difícil até às vezes pelo tipo de morte que o indivíduo tem.” (E3)</p> <p>” As sensações e as emoções sentidas dependem muito da causa da morte. Se esta é devido a uma doença prolongada acompanhada de sofrimento, pode provocar sensações de alívio, de paz para aquele que morre.” (E4)</p> <p>” As sensações e as emoções sentidas dependem muito da causa da morte.” (E5)</p> <p>“A morte de alguém quer seja idoso ou não sempre me causou muito impacto” (E9)</p>	
	Fase do ciclo vital	<p>“ (...) consigo ultrapassar melhor esse momento no idoso, tendo em conta que considero a morte um momento inevitável desta etapa de vida” (E2)</p> <p>“Considero que a morte me causa mais impacto no jovem do que no idoso, consigo ultrapassar melhor esse momento tendo em conta que considero a morte um momento inevitável”. (E3)</p>	3

Em relação à sub-categoria **Sensações e emoções experienciadas**, verificou-se que na sua maioria os entrevistados conseguiram identificar as principais emoções internas referenciadas pela literatura em relação à morte, tais como **Frustração** (score 2), **Incapacidade/Impotência** (score 5) e **Revolta** (score 3).

Segundo Marques (1991, p. 9) o confronto com a realidade do sofrimento e da morte é fonte de situações geradoras de stress, acompanhadas por “reações emocionais que traduzem impotência, culpa, frustração, medo, ansiedade, angústia, insegurança, revolta ou embaraço”, opinião partilhada também por Sousa (1996).

Relativamente ao **Sufrimento** (score 5), Neves (2000, p. 19) também justifica esta sensação, pois acredita que “acompanhar as pessoas em fim de vida será sempre um desafio, rico em ensinamentos e em sofrimento”.

A **Negação** é outra emoção expressa por um entrevistado que encontra justificação na acta das I Jornadas de Medicina Intensiva Madeira – Açores (1991), onde se refere que, por vezes, os enfermeiros negam a morte do seu paciente instituindo medidas para o salvar quando tal não é possível, procurando desta forma evitar a angústia da perda.

Relativamente a sub-categoria **Factores que interferem no impacto da morte** encontraram-se duas unidades de registo: tipo de morte (score 6) e fase do ciclo vital (score 3).

Quanto ao **Tipo de morte**, vários autores referem que esta é uma condição importante e determinante na forma como o profissional vivência a experiência de acompanhamento do fim de vida. Assim, para Kaplan (cit por Júnior, 2005) a morte pode dividir-se em dois tipos, morte súbita e morte esperada, considerando a primeira mais violenta e traumática pois, na morte esperada, poderá ocorrer uma preparação antecipada dos cuidadores e familiares.

Em relação à unidade de registo **Fase do ciclo vital** Thomas (1995) refere que “ (...) a morte é natural, universal e quotidiana”, sendo que esta é uma etapa sempre presente, devendo ser encarada como natural e inevitável. Suárez (1998) acrescenta ainda que quando a morte acontece na velhice esta é melhor aceite.

2.3 Temática: Estratégias adoptadas pelo enfermeiro perante a morte do idoso

A presente temática, teve como objectivo central, por parte do investigador, conhecer de que forma os enfermeiros enfrentam o processo de morte do idoso. De acordo com a análise identificou – se a categoria: **Atitudes dos enfermeiros perante a morte**, tendo como sub categoria: **comportamentos**. Esta sub-categoria deu origem a cinco unidades de registo denominadas de: Proporcionar qualidade e dignidade na arte de morrer; Humanizar o processo de morte; Acompanhamento na fase final; Gestão de sentimentos e Apoio familiar. (Tabela nº7)

Tabela n.º7: Atitudes dos enfermeiros perante a morte

CATEGORIA 3 – Atitudes dos enfermeiros perante a morte			
Sub – Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
Comportamentos	Proporcionar qualidade e dignidade na arte de morrer	<p>“(…) tentar dar resposta, de forma a satisfazer as necessidades de alguém que está a terminar a vida e que precisa de estabilidade máxima.” (E1)</p> <p>“As atitudes que adopto são todas no sentido de promover o máximo de conforto á pessoa idosa. Isto passa muito pelo acompanhamento e disponibilidade que prestamos a um idoso durante a fase terminal.” (E3)</p> <p>“(…) satisfazer as necessidades de alguém que está a terminar a vida.” (E5)</p> <p>“(…) se ela expressar alguma vontade procuro dar resposta a esse desejo.” (E6)</p> <p>“(…) proporcionar-lhe alívio da dor sempre que é possível e dar conforto físico e espiritual.” (E8)</p> <p>“(…) procuro ter sempre respeito, respeito pelo momento procurando proporcionar à pessoa que morre o maior conforto, a maior serenidade e dignidade.” (E7)</p>	8

		<p>“ (...) quando sei que é uma fase terminal eu tento dar a maior dignidade à pessoa e isso é tentar ajudá-la a terminar todos os assuntos que o idoso considera pendentes por exemplo falar com um filho que está no estrangeiro.” (E8)</p> <p>“Tento que seja um momento calmo e sereno.” (E9)</p>	
	Humanizar o processo de morte	<p>“ (...) humanizar um pouco a morte. A morte não deve ser encarada como algo que devia ser vivido de forma isolada e impessoal.” (E3)</p> <p>“Tentar compreender cada caso (individualizar).” (E5)</p> <p>“Tentar compreender cada pessoa como um ser único.” (E7)</p>	3
	Acompanhamento na fase final	<p>“ (...) considero que como enfermeiro eu tenho que ajudar o doente durante esse percurso final.” (E2)</p> <p>“Acompanhamento da pessoa até que a morte ocorra” (E4)</p>	2
	Gestão de sentimentos	<p>“A indiferença que por vezes demonstramos/ei considero que é uma fachada para eu não ir a baixo emocionalmente e psicologicamente, após os acontecimentos terem ocorrido, o fim, ou seja a morte de alguém” (E2)</p> <p>“ (...) tento separar a vida pessoal da profissional, o que nem sempre é fácil de fazer, pois nós também somos humanos e custa aceitar a morte.” (E5)</p> <p>“Tento não misturar os meus sentimentos com a situação, mas nem sempre é fácil.” (E7)</p> <p>“Considero que nessas alturas tentei sempre não me deixar envolver muito emocionalmente, tentei sempre me “proteger”, mas são momentos que nunca se esquecem.” (E9)</p>	5
		<p>“Apoio a família.” (E4)</p> <p>“ (...) é um momento em que me parece que o</p>	

	Apoio familiar	silêncio é importante, mas a presença para quem está a morrer e quem vê morrer (família) parece muito importante logo procuro estar disponível para esse momento.” (E6) “Proporciono á família um momento para eles viverem á sua maneira o luto.” (E9)	3
--	-----------------------	--	----------

Relativamente às atitudes e estratégias desenvolvidas pelos entrevistados no apoio à pessoa em fim de vida, oito enfermeiros referiram que **proporcionar qualidade e dignidade na arte de morrer** torna-se extremamente importante. Esta estratégia vem referida na literatura alusiva aos cuidados paliativos assumindo que na preparação da morte os mesmos devem “ (...) proporcionar alívio para a dor e para outros sintomas incómodos (...), integrar aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados (...) oferecer um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão activamente quanto possível até à morte” (Neto cit por Neves, 2000, p. 24). É notório identificar nas palavras de Henriques (1993, p. 15) que “ (...) por uma questão de respeito e dignidade, terá [a medicina] por vezes de renunciar às suas próprias capacidades” e nas palavras do Padre Feytor Pinto (cit por Henriques, 1993, p. 14) que entende que “ (...) morrer com dignidade é antes de mais, não sofrer desnecessariamente”.

No entanto, alguns autores defendem uma posição antagónica assumindo que a postura do profissional de saúde em contexto hospitalar passa por um prolongar incessante da doença e não por dar resposta às reais necessidades do doente “Quando a cura já não é possível, o hospital estará mais preparado para prolongar sofisticadamente a doença do que para satisfazer as necessidades dos doentes” (Lanoe cit por Henriques, 1993, p. 11).

Humanizar o processo de morte é outra unidade de registo que emergiu do testemunho de três enfermeiros. Kubler-Ross (1997) corrobora a opinião dos entrevistados salientando a importância e a necessidade da empatia e da humanização dos cuidados prestados, enfatizando a indispensabilidade da comunicação sincera e da disponibilidade para ajudar o outro no percurso para a morte.

O **acompanhamento na fase final**, foi uma unidade de registo referida por dois entrevistados que se encontra fundamento na literatura. Hennezel (1997, p. 35) acredita que os profissionais

podem, através da sua postura, ser determinantes no processo de morrer com dignidade e com o efectivo sentimento de que os enfermeiros estiveram presentes e ajudaram a pessoa a morrer, esta autora admite que “ (...) se pudeses ao menos sentar-te junto deles alguns minutos e permitir-lhes que te digam o que sentem, já ajudas muito”.

A **gestão de sentimentos** é outra unidade de registo que emerge do testemunho de cinco entrevistados. Esta unidade orienta-nos para a necessidade expressa pelo enfermeiro em separar a sua vida pessoal dos sentimentos vividos em contexto profissional facto que encontra alicerce em diversos autores. Por exemplo, Marques (1991) e Sousa (1996) referem que os profissionais de saúde adoptam com frequência mecanismos de protecção e defesa perante doentes em fase terminal.

Por fim, emerge a unidade de registo **apoio familiar**, com um score de três. Esta unidade de registo procura reflectir a importância atribuída pelos enfermeiros de introduzirem a família no contexto de apoio e estratégias a implementar no processo de morrer.

Dado que "morrer é um acontecimento social que diz respeito não só ao moribundo mas também à sua família e aos que o rodeiam, a tal ponto que se pode dizer que a afecção mortal invade a família" (Parkes, 1986, p. 482). Não faz qualquer sentido separar a família deste processo, mas sim envolvê-la e acima de tudo ajudá-la a ajudar o seu ente querido. Pela complexidade do momento da despedida, a família não sabe muito bem como reagir, daí que o profissional tem um papel preponderante na criação destas condições mas também no encaminhamento da própria família.

Hennezel (1997) concorda com a possibilidade do acompanhamento e a despedida do doente e da sua família dizendo-nos que é um privilégio, um momento alto para ambos, uma vez que existirá uma mútua transmissão do essencial de cada um através dos mais diversos códigos de comunicação.

2.4 Temática: Autoavaliação dos enfermeiros em relação à formação sobre o modo de como lidar com a morte do idoso.

A presente temática teve como principal objectivo tentar identificar a apreciação que os enfermeiros fazem em relação à sua formação no lidar com a morte. Desta forma, resultou a seguinte categoria: **Formação dos enfermeiros face ao processo de morte**. De acordo com esta temática e após a análise surgiu a sub-categoria **Tipo de formação**, com as respectivas unidades de registo: Formação insuficiente; Formação escolar inadequada e Experiência como fonte de saber. Emergiu também a sub-categoria: **Necessidades**, onde foram identificadas as seguintes unidades de registo: Formação específica e Desmistificação do conceito de morte (Tabela nº8).

Tabela n.º8: Formação dos enfermeiros face ao processo de morte

CATEGORIA 4 – Formação dos enfermeiros face ao processo de morte			
Sub Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
Tipo de Formação	Formação insuficiente	<p>“Não, acho que não nos preparam para enfrentarmos uma pessoa a morrer e todas as suas manifestações nessa hora” (E1)</p> <p>“Considero que a formação que tive não foi suficiente.” (E2)</p> <p>“No entanto acho que a formação nunca é suficiente para lidar com a morte, devido a individualidade que cada morte representa”. (E3)</p> <p>“ (...) a formação ao longo da carreira na área da morte pode ajudar o profissional a lidar com estas situações, mas há pouca formação” (E4)</p> <p>“ (...) acho que não tenho formação suficiente.” (E10)</p>	5
	Formação escolar inadequada	<p>“A formação nas universidades não nos prepara para lidar com a morte. Este é um tema pouco debatido durante curso, pois na nossa sociedade a morte ainda é um tema tabu.” (E4)</p> <p>“A formação de base não nos prepara para lidar com a morte.” (E5)</p> <p>“ (...) no período escolar somos preparados para salvar vidas, para curar, a morte é abordada como</p>	6

		<p>uma fase do ciclo vital, (...) mas não nos ensinam a lidar com o facto de perder um doente ou como reagir perante a família, ou ainda mais difícil... não nos prepara para dar a notícia (...) sinto que não me foram fornecidos conhecimentos ou pistas para dar uma resposta com qualidade a esta etapa da profissão” (E6)</p> <p>“Acho que ninguém nos prepara para ver morrer, ninguém na escola me disse como era ouvir um idoso ou um adulto, (...) acho que quando acabámos o curso, nesta área somos apenas estagiários” (E8)</p> <p>“Não, nas escolas nunca se fala da morte.” (E9)</p> <p>“Fomos ensinados para cuidar, para prolongar a vida, mas para enfrentar a morte, não há muito para ensinar.” (E10)</p>	
	<p>Experiência a como fonte de saber</p>	<p>“ (...) porque é a nossa experiência e a experiência dos nossos colegas que nos forma e não o pouco que nos disseram na teoria.” (E8)</p> <p>“A vivência/ experiência de vida são uma forma de formação que considero válida para se poder lidar com a morte. (E9)</p> <p>“Eu acho que com a experiência que ganhámos no serviço e com as dicas dos colegas e com aquilo que eu vou tirando do que correu bem e menos bem nas mortes que assisti acho que fui ganhando algum saber.” (E10)</p>	<p>3</p>
<p>Necessidades</p>	<p>Formação específica</p>	<p>“Acho que a formação passa por ajudar o enfermeiro a lidar psicologicamente e emocionalmente com esses momentos, para se “proteger” e não se envolver emocionalmente.” (E2)</p> <p>“Infelizmente, penso que é uma área pouco abrangida pela formação profissional, pois se os profissionais tem dificuldades em lidar com a morte também tem dificuldades em abordar o tema.” (E4)</p> <p>“Assim parece-me muito importante que os enfermeiros sejam preparados para enfrentar a morte</p>	<p>4</p>

		como uma etapa a que não devem fugir. (...) com a agonia e com as últimas vontades.” (E6) “ (...) não sabemos o que dizer aos doentes ou o que fazer quando vemos o seu último (...) acho que precisávamos de formação sobre como estar presente perante a morte mas esta formação devia acontecer não só no curso como também no serviço porque este tema é tabu em qualquer lado.” (E8)	
	Desmistificação do conceito de morte	“Existe ainda a ideia de tratar a morte como um tabu, e como algum que não deve acontecer em vez de a aceitar como a certeza mais inevitável da nossa vida.” (E3) “Era muito importante, desmistificar o conceito de morte.” (E5) “Era necessário, e extremamente importante desmistificar o conceito de morte.” (E7)	3

Relativamente à sub-categoria **Tipo de Formação**, relativa à noção da formação sobre o acompanhamento de doentes em fase terminal, emergiu a unidade de registo **Formação insuficiente** com um score de cinco. Esta unidade de registo encontra alicerce na afirmação de Sousa (1996, p. 40) que acredita que a formação profissional de base não responde às necessidades sentidas pelos profissionais “ (...) o profissional de saúde não sabe o que fazer com o doente em fase final; nem a herança cultural, nem a nossa educação o preparou para entender o lugar da morte “.

Formação escolar inadequada é outra unidade de registo emergente do testemunho de seis entrevistados e refere-se à falta de formação sobre acompanhamento de doentes terminais fornecida nas Escolas de Enfermagem, aquando da sua formação inicial, o que também vai de encontro à perspectiva de Sousa (1996, p. 43) onde refere que “ (...) os alunos de enfermagem mostram-se globalmente insatisfeitos com a sua formação neste campo, e muitos enfermeiros manifestam igualmente as suas inadaptações para cuidar de doentes em fase final de vida”. O mesmo autor sugere que o campo educativo poderá ser o espaço apropriado para a aquisição de competências que permitam ao profissional acompanhar de forma holística o doente terminal e sua família.

Por fim, surge a unidade de registo **experiência como fonte de saber**, resultante do depoimento de três entrevistados. Esta, procura mostrar que o conhecimento sobre a actuação do enfermeiro no contacto com a morte acontece pela experiência com esta situação como se compreende na afirmação de Sousa (1996, p. 39) “ (...) a morte vista com um significado diferente, fruto dos modos de interpretar e pensar a realidade quotidiana, apoiada num conhecimento construído a partir das experiências individuais, das informações, dos modelos, dos valores, que cada indivíduo adquire e transmite”.

A categoria em análise deu igualmente origem à sub-categoria **Necessidades**, relativa à carência em formação. Esta sub-categoria é composta pela unidade de registo **Formação específica** referida por quatro entrevistados.

A **Formação específica** na prestação de cuidados ao doente em fim de vida é enunciada por vários autores, nomeadamente por Pimentel (1993, p. 5) que admite que só a formação específica poderá responder às necessidades formativas do profissional e às necessidades impostas pelas funções que tem de desempenhar “ (...) formar profissionais que lidam com pessoas em várias fases ou estádios da sua vida, da evolução da sua doença, com diferentes necessidades afectadas, das quais manifestam diferentes graus de dependência e que, em cada um desses estádios são capazes de prestar uma ajuda adequada às suas necessidades e expectativas”.

Outra componente sentida como mais um alvo de formação, concretamente por três dos entrevistados, foi em relação aos tabus/preconceitos associados à própria morte que derivam do contacto com a sociedade que nos rodeia, como descrito por Sousa (1996). Assim surge a necessidade de **Desmistificar o conceito de morte** e tudo o que a rodeia, o que é bem visível na afirmação de Hennezel (1998, p. 11) “vemos nela apenas horror, absurdo, sofrimento inútil e penoso, escândalo insuportável (...) continuando a ser (...) um mistério, um grande ponto de interrogação que transportámos no mais íntimo de nós mesmos”.

2.5.Temática: Estratégias que os enfermeiros utilizam para dar apoio à família durante a gestão do luto

De acordo com a análise efectuada a esta temática identificou-se a categoria **Estratégias utilizadas de apoio à família para a gestão do luto**, tendo como sub-categorias: **Dinâmicas de trabalho na gestão do luto e Transmissão da notícia de morte**. A primeira sub-categoria emergiu de três unidades de registo denominadas de: Contextualizar a perda, Dar resposta às necessidades da família e Trabalhar a perda da pessoa na família. A segunda sub-categoria tem como unidade de registo: Transmissão da notícia ao telefone, Transmissão da notícia pessoalmente e Cuidado na Transmissão da notícia (Tabela nº9).

Tabela n.º9: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros no apoio à família na gestão do luto

CATEGORIA 5 – Estratégias utilizadas de apoio à família na gestão do luto			
Sub Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
Dinâmicas de trabalho na gestão do luto	Contextualizar a perda	“É tentar descodificar todos os momentos da vida, todo o enquadramento de vida para que a família analise que a perspectiva de perda não pode ser analisada só relativamente a eles, mas em relação à pessoa.” (E4)	1
	Dar resposta às necessidades da família	“Por último devemos auxiliar os familiares no processo de luto, (E3) “É importante que os familiares encontrem no profissional alguém que tem tempo para os ouvir e os apoiar. De certa forma, mostrar disponibilidade.” (E4) “Permitir que a pessoa se despeça do corpo, se assim o pedirem.” (E5) “Valorizo sempre as necessidades que eles expressam e tento perceber aquilo que eles não conseguem dizer mas que é importante, por exemplo o quererem estar presentes para além do horário das visitas e isso tento sempre	7

		<p>fazer.” (E6)</p> <p>“Procuro sobretudo mostrar disponibilidade para os esclarecer (...) procuro também não os deixar sozinhos porque não é fácil ver uma pessoa morrer, (...) porque para eles não há nada mais importante do que o familiar que eles estão a perder” (E6)</p> <p>“Tento não fugir da situação mas isso é muito difícil e depois acho que reajo um bocado em função da família que está à minha frente quando choram tento confortá-los. (...) pronto tento que eles compreendam que estou disponível para os ajudar no que eu puder e souber.” (E8)</p> <p>“Dou – lhes espaço, tempo e um local para reflectirem sobre a vida do moribundo.” (E9)</p> <p>“ (...) permitir-lhes estar e deixá-los trazer o padre ou quem quiserem tentando deixá-los num espaço reservado.” (E10)</p>	
	<p>Trabalhar a perda da pessoa na família</p>	<p>“ (...) às vezes temos que fazer entender a família que foi a coisa melhor que aconteceu àquela pessoa.” (E1)</p> <p>“ (...) falar com a família e ajudá-los a incorporar a perda que estão a sofrer.” (E6)</p> <p>“ (...) ajudo-os a organizar o que é necessário fazer (papeladas). Tento fazer com que a família não se sinta abandonada.” (E9)</p>	<p>3</p>
<p>Transmissão da noticia de morte</p>	<p>Transmissão da noticia ao telefone</p>	<p>“Estratégia utilizada sempre foi dizer de uma só vez a noticia, principalmente quando é pelo telefone.” (E2)</p>	<p>1</p>
	<p>Transmissão da noticia pessoalmente</p>	<p>“Se for alguém muito próximo tenho o cuidado de dar a noticia num gabinete e de forma individual, (...) penso que as estratégias dependem do meio de comunicação. Dar a noticia pessoalmente</p>	<p>1</p>

		como me aconteceu muitas vezes é das experiências mais dolorosa e emocionais que tive.” (E2)	
	Cuidado na Transmissão da notícia	“Tento sempre ter o cuidado de dar a notícia de forma individual e recatada” (E5) “ (...) é sempre com muito cuidado e respeito que dou a notícia, preferencialmente no local reservado e calmo, para poder deixar a família reflectir e gerir a perda. (E7)	2

A categoria **Estratégias utilizadas de apoio à família na gestão do luto** envolve a sub-categoria **Dinâmicas de trabalho na gestão do luto**.

Por sua vez, esta sub categoria compreende a unidade de registo **Contextualizar a perda** (score 1), que se refere à importância da construção de um significado para a perda, pela família, no sentido de encontrarem um encadeamento para a morte da pessoa perdida o que vai de encontro à perspectiva de Neimeyer et al (2002) que acredita que a construção de um significado para a morte de um familiar é crucial para o processo de luto.

Quanto à unidade de registo **Dar resposta às necessidades da família**, relatada por sete entrevistados, é corroborada por vários autores nomeadamente por Cunha (2003, p. 34) que entende que esta é uma das funções e responsabilidades dos enfermeiros, sendo que as mesmas se dividem em três grandes áreas “ (...) responsabilidades legais/institucionais; responsabilidades relativas à família pessoas significativas e amigos próximos e responsabilidades clínicas”. Também Júnior (2005, p. 14) alerta para a importância de responder às carências da família “oferecendo apoio, permanecer ao lado, segurar-lhes as mãos, abraçá-los se permitirem”.

Trabalhar a perda da pessoa na família é outra unidade de registo referida por três enfermeiros que se refere à necessidade de ajudar a mesma a interiorizar, a incorporar a perda que sofreu. Esta situação deverá acontecer num ambiente favorável pelo que o enfermeiro deverá conduzir a família “ (...) a um lugar tranquilo, para falar com os profissionais que assistiram o seu familiar” (Cunha, 2003, p. 38). A mesma autora considera que o permitir a interacção da família com os profissionais que acompanharam o processo de fim de vida do

doente “ (...) tranquiliza a família assegurando-lhe que o doente recebeu a adequada atenção clínica” (2003, p. 38) facto que poderá ser determinante na resolução do processo de luto da família.

A mesma categoria em análise deu origem a outra sub-categoria denominada de **Transmissão da notícia da morte**. Esta sub-categoria é composta pela unidade de registo **Transmissão da notícia ao telefone** e foi referida apenas por um entrevistado.

A **Transmissão da notícia** do falecimento de um familiar ocorre frequentemente por telefone, quando não é possível a presença da família. Por este ser um facto habitual no desempenho da actividade do enfermeiro, vários autores tem estudado esta problemática que é comumente aceite esta prática. Júnior (2005, p. 14) considera que o uso do telefone para transmitir a notícia de morte “ (...) é um método adequado. Se a família não está presente, não pode chegar ao hospital e descobrir por acaso que o seu parente faleceu”. No entanto, embora seja uma prática aceite, alguns autores apontam algumas reservas, por exemplo Cunha (2003, p. 35) aprova a transmissão da má notícia por telefone unicamente no caso de familiares “ (...) que saibam que a morte é eminente e estejam a aceitar esse facto” o mesmo autor acrescenta a necessidade de uma abordagem com extremo cuidado e delicadeza.

Transmissão da notícia pessoalmente é outra das unidade de registo (score 1) que pretende referir como estratégia a notícia dada pelo enfermeiro na presença da família. Esta estratégia é adequada e implica alguns cuidados por parte do enfermeiro, nomeadamente, promover um ambiente tranquilo e permitir o manifestar de emoções (Júnior, 2005).

Por fim, temos a unidade de registo **cuidado na transmissão da notícia**, (score 2). Esta estratégia procura que a má notícia seja recebida da melhor forma possível, sendo necessário atender a alguns aspectos reconhecidos por Cunha (2003) e Júnior (2005) como por exemplo, a notícia deve ser transmitida de forma clara e simples, com delicadeza e tendo em atenção o estado emocional dos familiares.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Para que a autora consiga de uma forma precisa e profunda efectuar uma análise crítica dos dados que foram analisados e tratados achou-se pertinente fazê-lo, evocando a esta fase as questões de investigação deste estudo. Desta forma tentar-se-á com os dados obtidos dar resposta a cada uma delas e tornar-se-á mais facilitador apontar estratégias para colmatar alguns constrangimentos detectados ao longo do estudo assim como dar cumprimento aos objectivos formulados.

A vivência de morte do idoso, encarada pelos enfermeiros da prática de Enfermagem, a nível hospitalar, com funções de docente numa universidade, foi o assunto abordado neste estudo, o qual merece a atenção e o rigor na análise dos dados de forma a enriquecer a conclusão do estudo.

✓ Qual o significado de morte para os enfermeiros em contexto hospitalar?

No conjunto de significados expressos nesta área temática reconhecemos uma abrangência de situações compatíveis com os pressupostos teóricos da primeira parte deste estudo na medida em que se conseguem identificar vários conceitos de morte e nenhum é específico, pois o mesmo é construído a partir de cada enfermeiro, das suas crenças e vivências.

Em relação a esta questão e de acordo com a análise efectuada, os resultados emergentes permitiram compreender que para os enfermeiros, a morte em contexto hospitalar, no âmbito geral é percebida como o fim da vida e como o fim do sofrimento. A mesma é facilmente aceite como término de vida, tendo em conta o facto de a pessoa estar doente, este aspecto é utilizado pelo enfermeiro como um mecanismo de defesa pessoal ou seja a morte como um benefício face á doença.

Foi notória alguma dificuldade por parte dos entrevistados em definir o (s) conceito (s) de morte, sendo significativo o facto de os mesmos apresentarem mais do que um conceito nas respostas dadas, o que mostra certa ambivalência de significados dos quais a morte é portadora. Apesar da experiência e/ou tipo de formação que os enfermeiros possuem continuam a abordar esta temática de uma forma muito global.

✓ **Qual o significado de morte do idoso para os enfermeiros em contexto hospitalar?**

Quanto á morte do idoso em contexto hospitalar, vivenciada pelos enfermeiros, esta é considerada como o fim da narrativa de vida, como alívio de sofrimento e principalmente como morte esperada. Na sequência da abordagem do ponto de discussão anterior, a morte esperada neste âmbito, é mais tolerada e aceite quando acontece no fim de uma idade avançada (idoso), do que a morte súbita ou a morte esperada que pode ocorrer noutra fase do ciclo vital.

Uma vez que o pensamento dos entrevistados está centrado na pessoa idosa, surge o conceito de previsão de morte associado à diminuição do sofrimento daqueles que já viveram uma vida terrena. No entanto, mesmo quando se pede uma definição de morte do idoso continua-se a verificar a mesma ambivalência de conceitos, os enfermeiros não a conseguem definir apenas com um conceito mas sentem necessidade de associar vários. O conjunto de respostas dos enfermeiros levou a opinião da investigadora ao encontro daquilo que era esperado, sendo este aspecto tido como um resultado positivo.

✓ **Será que a morte do idoso em contexto hospitalar provoca algum impacto a nível interno no enfermeiro?**

No que concerne ao impacto da morte do idoso no enfermeiro pode-se concluir que vários são os sentimentos emergentes. A frustração, que pode por sua vez conduzir aos sentimentos de incapacidade, impotência e revolta, são na maioria das vezes identificados pelos enfermeiros, como “peças” importantes perante o acontecimento de morte quer do idoso, quer de outra pessoa numa fase do ciclo vital diferente, porque o enfermeiro não só cuida os projectos de vida mas cuida porque há vida.

De acordo com o que foi expresso anteriormente em relação aos sentimentos vivenciados pelo enfermeiro fica confirmado que o contacto com o doente terminal e a morte, constitui um momento em que o mesmo se centra em si, ou seja projecta em si mesmo, as mortes que vivência. Por outro lado sente na “pele” o fracasso dos meios e do saber científico hoje existentes.

A morte é uma incapacidade não só de resistir á agressão da vida, como de cada um individualmente, pois não se pode prolongar a mesma sem sofrimento. Isto pode trazer revolta interior no enfermeiro, pois a sua aceitação por parte do mesmo poderá depender da circunstância em que está a acontecer ou aconteceu o processo de morte.

A prestação de cuidados á pessoa em fase terminal e sua família, confrontam mais uma vez o enfermeiro com os seus próprios sentimentos em relação á morte, pode dizer-se que a insegurança, impotência, fracasso, faz este recear um investimento de proximidade para se defender do sofrimento implicado pela relação face ao binómio doente /família. Por isso questiona-se: “Será este um aspecto de disponibilidade de tempo ou uma camuflagem na tentativa de fuga para evitar vivenciar estas situações que implicam uma proximidade estreita da pessoa que morre e da sua família?”

A investigadora pôde concluir que o impacto da morte do idoso no enfermeiro, é de extrema importância. O acompanhamento do doente terminal tem reflexos no mesmo, nomeadamente ao nível emocional existindo determinados mediadores que condicionam o impacto desta experiência. Daqui emerge a necessidade de se promoverem estratégias que possibilitem ao enfermeiro lidar com as emoções negativas decorrentes da exposição à morte, tais como a partilha estruturada das situações e a formação profissional na área do acompanhamento de doentes terminais.

✓ **Quais as atitudes dos enfermeiros, perante a morte do idoso em contexto hospitalar?**

Os enfermeiros vão construindo ao longo da sua carreira as suas posturas, atitudes e comportamentos perante a morte, analisando esta questão, acredita-se que o processo de acompanhar doentes em fim de vida reflecte-se no comportamento dos enfermeiros acarretando consequências para o doente, para o profissional e para a própria família. A necessidade de dar o melhor à pessoa moribunda, e em simultâneo valorizar a presença da família e a necessidade de a apoiar conjuntamente constitui um factor preponderante para o processo de morte eficaz. O acompanhamento de doentes terminais repercute-se igualmente no enfermeiro, pelo que por vezes o mesmo adopta condutas de protecção e distanciamento face à pessoa que se encontra em fim de vida, o que permite indagar sobre a necessidade de se

promoverem estratégias que minimizem o impacto deste confronto com a morte e consequentemente a melhoria dos cuidados a prestar perante tal circunstância.

Durante a realização das entrevistas foram identificados aspectos marcantes e preocupantes a diversos níveis, cada um por si, tem um peso determinante como ameaça emocional ao enfermeiro que vivência o morrer diariamente, agravando-se a situação quando se verifica associações de diversos factores. Surge sempre a tentação de espelho, a qual remete o enfermeiro para a vivência imaginária do seu próprio processo de morrer.

✓ **Como avaliam os enfermeiros a formação que possuem acerca da morte do idoso em contexto hospitalar?**

É tarefa difícil preparar enfermeiros quer em período académico quer já como profissionais para vivenciarem a morte dos doentes, pois esta é sempre única e impossível de simular, mas é fundamental abordar e reflectir sobre o tema de modo a que a morte não se torne algum frio e desumano.

Reflectindo a Formação dos enfermeiros no lidar com a morte acreditamos que a falta de formação vai de encontro às necessidades enunciadas pelos profissionais entrevistados. A análise desta, também nos encaminha para a percepção de que o tema morte e acompanhamento de doentes terminais deverá ser explorado de forma mais profunda na formação inicial dos alunos de enfermagem, de forma a prepará-los e motivá-los para a realidade do acompanhamento de pessoas em fim de vida.

No que concerne á morte, parece que se está num momento em que é sentida a necessidade de formação, com vista a uma edificação sólida, que concorra para a qualidade de cuidados ao doente terminal e sua família. Será desejável que a formação para os profissionais de saúde assente na criação de espaços onde todos possam reflectir, partilhar e produzir saber nos serviços, representando claramente a formação de adultos.

✓ **Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, para dar apoio á família durante a gestão do luto?**

É essencial atender ás necessidades da família, nomeadamente no período em que a mesma se encontra junto do doente em fase terminal. Convém salientar que se denota uma forte componente humana dos enfermeiros, independentemente dos anos de idade ou de serviço, pois estes valorizam muito o cuidar na vida e no processo de morrer, tentando encontrar estratégias para apoiar na vivência do luto, de forma que a acção vá de encontro ás necessidades de cada um e não lhes aumente o sofrimento.

Nesta questão, sem qualquer sombra de dúvida, o papel do enfermeiro é revelador de extrema importância na gestão do luto. Desta forma, pôde concluir-se que ao longo do estudo foi-se verificando que a oferta de suporte emocional à família em conjunto com uma adequada transmissão da notícia de morte poderão ser fundamentais para uma correcta gestão do luto.

Apesar dos diferentes conceitos que cada enfermeiro tem sobre o conceito de morte, transmissão de má notícia e gestão de luto, todos conseguem apontar estratégias que são fundamentais para minimizar todos os constrangimentos que estes processos acarretam, o que confirma que apesar das lacunas existentes nestas áreas as pessoas estão sensibilizadas e procuram melhorar actuações independentemente do sofrimento e mal estar que este processo lhes possa causar.

Após a análise crítico-reflexiva de todas as questões de investigação e tendo noção que todos os objectivos foram alcançados, concluiu-se que a vivência da morte é uma experiência verídica e sempre actual recheada de uma ambivalência de significados, pois cada enfermeiro define o seu conceito, vivenciando o processo de morrer de forma diferente, aumentando assim a dificuldade de gestão do mesmo.

Os sentimentos e angústias que a morte e o processo de morrer causam nos profissionais de saúde mesmo com vários anos de serviço e vasta experiência profissional, encontram-se bem patentes nas conclusões deste estudo, verifica-se que os mesmos originam um desgaste emocional e pessoal dificultando assim a gestão do luto com a família, no entanto também é

de referenciar e valorizar as estratégias que os enfermeiros encontram no sentido de minimizar as dificuldades sentidas sem pôr em causa a sua prestação.

Outro aspecto não menos importante que se verificou neste estudo está intimamente ligado a um défice quer de formação, quer de reflexão e partilha de experiências por parte dos profissionais de saúde. Este mesmo défice poderá ter a haver com a falta de motivação existente nas instituições em relação á temática em estudo. É crucial, a existência de mais apoio, nomeadamente consultas de grupo com apoio psicológico, com o objectivo de haver reflexões de grupo e formações para adultos nesta área, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente em fase terminal e respectivas famílias.

CONCLUSÃO

Ao concluir o presente estudo pretendeu-se reflectir de um modo global sobre os discursos dos enfermeiros e confrontar a revisão bibliográfica efectuada acerca da temática em questão, de modo a conhecer a vivência do enfermeiro perante a morte e o processo de morrer em contexto hospitalar.

Consciente da complexidade global que este desafio apresenta acreditou-se que existe muito que pode ser feito, aquando à primeira vista, parece nada mais haver a fazer. A morte está presente no quotidiano, mas paradoxalmente, está ausente das nossas reflexões, o que permite estar convicto que é difícil lidar com ela.

A vivência da morte é uma experiência realmente real e constitui uma ameaça ao profissional de enfermagem, atingindo-o de forma significativa. Os enfermeiros devem ter preocupação de prevenir situações de exaustão emocional, até porque os aspectos que “ferem” a sua sensibilidade são inúmeros, descritos nesta área temática versam vertentes diferentes (os centrados nos sentimentos das pessoas, centrados na pessoa que morre, na organização de cuidados e ainda nas reacções da família). Está-se convicto da importância da formação contínua em serviço, num registo de espaços de partilha, estudos de casos, experiências pessoais ou de grupo sobre a morte, no sentido de melhorar a compreensão de todos numa área tão complexa como o cuidar de quem está a morrer e o luto da sua família.

Hoje, na sociedade vislumbra-se um novo desafio, a (re) socialização da morte, trata-se de inserir novamente a morte em contexto familiar com toda a dignidade que o doente tem direito. Esta des-hospitalização da morte, encontrará um protagonista primordial – o Enfermeiro – com competências para cuidar o doente em fase terminal e dos seus familiares em processo de perda.

Apesar do presente estudo respeitar todas as etapas inerentes à metodologia de investigação, possuiu algumas limitações. A primeira e, sem dúvida a que gerou maior dificuldade, prendeu-se com a inexperiência da investigadora. A mesma verificou-se ao longo de todas as etapas do trabalho monográfico.

Outra das limitações encontradas foi o facto de debater com dificuldade de tempo, dado que foi de certa forma limitado, uma vez que este trabalho decorreu simultaneamente com outros trabalhos curriculares.

No entanto, e apesar das limitações, considera-se pertinente referir que estas se tornaram irrelevantes para a concretização dos objectivos propostos, na medida em que contribuíram de igual forma para o desenvolvimento de estratégias que permitiram ultrapassar as dificuldades encontradas.

Esta temática abre muitas portas para posteriores estudos de investigação. Pretende-se de futuro aprofundar a mesma e, possivelmente dar continuidade a este estudo tentando percebê-lo de um prisma diferente, ou seja, qual a opinião da família do doente em fase terminal acerca do papel do enfermeiro, pretendo-se desta forma perceber quais as dificuldades e lacunas presentes a nível do conhecimento e aceitação do processo de morte por parte do enfermeiro tendo a vertente das famílias.

Outro aspecto preponderante que poderia ser alvo de nova investigação seria a vivência do enfermeiro perante a morte súbita nas diferentes fases do ciclo vital, no sentido de se descobrir quais as reacções que os profissionais podem apresentar no processo de morrer em situação completamente diferente do estudo efectuado.

Resta agora referir que foi com grande empenho e dedicação que este trabalho monográfico foi elaborado e que, pelo seu carácter, contribuiu para o desenvolvimento pessoal e intelectual, assim como a aquisição de capacidades que, ao longo desta licenciatura, ainda não tinham sido adquiridas, no sentido de que como futura profissional ele irá contribuir para colaborar em possíveis mudanças de comportamentos quer a nível profissional, como Enfermeira, quer a nível social, como pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIVEN, Dr Maurice (1997) – *Para uma morte mais humana: Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*; Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, ISBN: 972-8383-25-8.

ARIES, P. (1989) – *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média*. Lisboa: Editorial Teorema, ISBN 0801-8176-25.

ARIES, P. (1988) – *O Homem Perante a Morte*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.

BARDIN, L. (2000) – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: ISBN 2130-4586-61.

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. (1995) – *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, ISBN 972-95399-8-7.

BRISSOS, A. (Jan.- Fev. 1992) – Envelhecimento: algumas considerações de ponto de vista sociológico. “*Servir*”. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 40, n.º 1.

CABETE, Dulce Gaspar (2005) – *O idoso, a doença e o hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*; Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, ISBN: 972-8383-89-4

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2002) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*: versão beta 2. Lisboa: Ed. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde; Ed. Associação Portuguesa de Enfermeiros, ISBN 972-98149-5-3.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (1995) – Documentação, vol. II Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.

COSTA, J. Almeida; MELO, A. Sampaio (1999) – Dicionário da Língua Portuguesa. 8.^a ed. Porto: Porto Editora, ISBN 972-0-05001-2.

CUNHA, M. [et al] (Jan. 2003) – Cuidados Pós-Mortem. “*Sinais Vitais*”. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º 46

DEJOURS, Christophe (1987) – *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, ISBN 2227-1392-77

FERREIRA, M.S.M. (1998) – *O relatório crítico de actividades na avaliação formativa da prática clínica: um estudo de caso*. [Lisboa]: Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas, Dissertação de Mestrado

FONTES, F. (Fev. 1995) – O Enfermeiro Perante a Morte. “*Nursing*”. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 8, n.º45

FORTIN, Marie-Fabienne (2000) – *O Processo de investigação: da concepção à realização*. 2.^a ed. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-10

FRADA, J. (2000) – *Guia prático para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos: guia prático destinado a investigadores, docentes e discentes e a todos os profissionais ou académicos que pretendam organizar currículo, publicações e trabalhos científicos*. 4.^a ed. Lisboa: Ed. Cosmos, ISBN 972-8081-56-1

FRIAS, Cidália de Fátima Cabral (2003) – *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*; Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-50-9.

GAMEIRO, M.G.H. (Mar. 1999) – *Investigação em Enfermagem em Portugal – (Pre)curso histórico*. “*Referência*”. Coimbra. ISSN 0874-0283. N.º 2

GOMES, L. (Jul.1992) – Stress em Enfermagem. “*Divulgação*”. Porto. Ano 6, n.º 23

HENNEZEL, M (1997) – *Diálogo com a morte: os que vão morrer ensinam-nos a viver*. 2^a.ed.Lisboa : Ed. Noticias, ISBN 972-46-0793-3

HENNEZEL, M, [et al] (1998) – *Viver A Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina, ISBN 972-46- 1274-8.

HENNEZEL, Marie de; LELOUP, Jean-Yves (2000) – *A Arte de Morrer*, Notícias Editorial: 2^a Edição

HENRIQUES, Marília [et al] (Mai. 1993) – O enfermeiro e a morte. “*Servir*”. Lisboa. ISSN 0871-2370. N.º 43.

KASTENBAUM, R., [et al] (1983) – *Psicologia da morte*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo.

KAUFER, Ch. (1974) – *O fenómeno da morte na perspectiva médica*. [s.l]: Concilium 4.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth (1969) – *On Death and Dying*. Macmillan, Nova York.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth (1997) - *Sobre a morte e o morrer*. 8.^a ed. São Paulo: Martins Fontes.

LOUREIRO, Chotika Yampram (Maio 2001) – *Cuidados de Enfermagem a doentes em fase terminal*. “*Sinais Vitais*”. Lisboa. ISSN 0872-8844. n.º 36.

MARQUES, A. Reis [et al] (1991) – *Reacções emocionais à doença grave: como lidar...* Coimbra: “*Psiquiatria Clínica*”.

MARQUES, Paula Alexandra (Jan.-Fev.2002) – *Aspectos éticos dos cuidados de enfermagem no final de vida*. “*Servir*”. Lisboa. ISSN 0871-2370. vol. 50, nº1.

MERCADIER, Catherine (2004) – *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: O corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-82-7

MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges (Set. 2001) – *O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família*; edição Formasau - Formação e Saúde, Lda.

MORIN, Edgar (2004) – *O Homem e a Morte*. 2.^a Edição. Mem Martins: Publicações Europa América.

NEVES, Chantal; LOFF, A. (2000) – *Cuidados Paliativos*. Coimbra: Edições Formasau - Formação e Saúde Lda, Dossier Sinais Vitais (n.º4).

OLIVEIRA, Abílio (1.º semestre 2000) – *Eutanásia: cumplicidade ou compaixão?*. “Pensar Enfermagem”. Lisboa. ISSN 0873-8904, vol.4, n.º1.

OLIVEIRA, J.H. Barros (1998) – *Viver a morte – abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina, ISBN 972-40-1063-5

OLIVEIRA, José; BARROS, H. (1999) – *Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis personológicas e representação da morte*, “Psicologia Educação e Cultura”. Carvalhos. vol. III, n.º 2.

PACHECO, Francisco (1999) – *A Morte a que chegamos: Algumas Reflexões Éticas*. “Divulgação”. Porto.

PACHECO, Susana (2004) – *Cuidar a pessoa em fase terminal – Perspectiva ética*. 2º Ed. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-30-4

PARDO DE VELEZ, Graciela; CEDEÑO COLLAZOS, Marlene (1997) – *Investigación en Salud: Factores Sociales*. Santafé de Bogotá: Mcgraw-Hill/Interamericana, ISBN 958-600-648-4

PARKES, Colin Murray (1986) – *Psychologie du mourant*. [s.l.]: La Révue du Pracien, ano 36, n.º 9.

PIMENTEL, José Carlos (Jan. 1993) – *Que formação para as pessoas que lidam com doentes terminais?*. “Divulgação”. Porto. Ano 7.

PINTO, José Rui da Costa (1996) – *Questões actuais de ética médica*. 4.º Ed. Braga: Editorial A.O.

PINTO, Vitor Feytor (Jan.-Fev.1991) - Entre a vida e a morte, a razão da esperança (avaliação ética da eutanásia, distanásia e ortotanásia . "*Servir*".Lisboa. ISSN 0871-2370.Vol. 39.

PITTA, A. (1990) - *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. (1990) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*.3ª.ed.Porto Alegre : Artes Médicas, ISBN 85-7307-101-X

RELVAS, Ana Paula (Março 1989) – *Morte e Luto na família – uma abordagem sistémica*. “Psicologia Clínica”.

RIBEIRO, M.C. [et al] (1999)- *A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”*. “Enfermagem USP”. [s.l.]: n.º 2, vol.32.

RODRIGUES, Vitor Manuel Costa Pereira (1999) - *A complexidade dos problemas humanos no hospital : vivências e reflexões*. [s.l.] : Edições do Norte, ISBN 972-8546-00-9.

SERRÃO, Daniel (Out.1990) – O Doente Terminal. “*Geriatrics*”. Lisboa. ISSN 0871-5386. Vol. III, n.º 28.

- SOUSA, Maria Manuela (Nov. – Dez.1993) – O ciclo da vida. A Morte; O doente terminal: cuidados de enfermagem. “*Servir*”. Lisboa. ISSN 0871-2370 Ano 41, n.º 6.
- SOUSA, Paulino Artur (Abr.1997) – *A Morte e o processo de Morrer*. “Enfermagem Oncológica”. Porto. ISSN 0873-5689. Ano1, n.º 2).
- SOUSA, Paulino Artur Ferreira (A br.1997– *As representações da morte e o ensino de enfermagem*. “Enfermagem Oncológica”. Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, n.º 0.
- STEDEFORD, Averil (1986) – *Encarando a morte*; Artes Médicas.
- STEVENSON, J. S. [et al] (Agosto 1997) – O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontologia. “Enfermagem UFSC”. [s.l.]: n.º 2, vol. 6.
- SUAREZ, Elba Elena (1998) - *Cuando la muerte se acerca*. Caracas : McGraw-Hill/Interamericana, ISBN 980-6168-87-9
- TABER, C.W. (2000) – *Dicionário médico enciclopédico*. 17.^a ed. Brasil: Lusodidacta.
- THOMAS, Clayton L. (2000) – *Dicionário médico enciclopédico Taber*.17.^a ed.Brasil: Lusodidacta, ISBN 85-204-0940-7
- THOMAS, L.V. (1995) – *Antropologia: Paisagens e rios selvagens*. Porto: Porto Editora.
- TWYLCROSS, R. (2001) – *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi, ISBN 972-796-001-4
- VIEIRA, Arminda Celeste Maciel Lima (2003) - *Qualidade de vida e suporte social dos idosos em ambiente institucional : contributos da bioética*. Porto: Dissertação de mestrado

ANEXOS

ANEXO I – Entrevista Semi – Estruturada

Entrevista Nº: _____

Idade: _____

Género: _____

Habilitações profissionais: _____

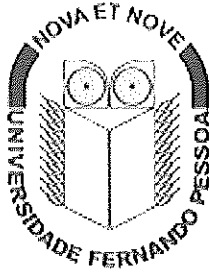
Anos de serviço: _____

Esta entrevista tem como objectivo “Conhecer de que forma o Enfermeiro se enquadra a nível emocional e a nível comportamental perante a morte do idoso em contexto hospitalar”. Sendo a mesma de carácter livre, terá a duração que o/a entrevistado/a necessitar e entender e será registada em gravador de som mediante consentimento do/a mesmo/a.

Desta forma, por favor, responda às seguintes questões.

1. O que significa a morte para si?
E a morte do idoso?
2. Que tipo de impacto é que a morte do idoso lhe provoca?
 - Sensações
 - Emoções
3. Que atitudes tem perante a morte do idoso em contexto hospitalar?
 - Comportamentos
4. No seu caso, considera que a formação que possui para lidar com a morte é suficiente? Porquê?
 - Dificuldades
 - Necessidades
 - Falhas
5. Quais as estratégias que utiliza para dar apoio á família na gestão do luto?

ANEXO II – Consentimento Informado



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
Unidade de Ponte de Lima

Faculdade de Ciências da Saúde
- Licenciatura em Enfermagem –

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Ex.mo (a) Sr. (a)

Chamo-me Andreia Isabel Varajão Cerqueira, e sendo aluna do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa de Ponte de Lima, Faculdade de Ciências da Saúde, surge a necessidade de realizar um Trabalho de Investigação que faz parte do plano curricular do curso referido anteriormente.

Deste modo propõe-se estudar “O Enfermeiro perante a Morte do Idoso em Contexto Hospitalar”.

Com este propósito, que tem fins meramente académicos, gostaria de obter a sua colaboração, ao responder-me a esta entrevista, com o compromisso de que serão respeitadas todas as imposições éticas inerentes a um projecto de investigação, nomeadamente: **anonimato, confidencialidade dos dados recolhidos e eliminação das fitas gravadas após cumprimento da sua finalidade**. Se após a leitura deste texto, ainda lhe restarem dúvidas, estarei à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Facultarei os resultados, após o término da investigação, se assim o entender.

Ponte de Lima ____ de _____ de 2007

Assinatura: _____

O investigador responsável:

(Andreia Cerqueira)

O / A Participante
