

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS - CCSH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Rodrigo Almeida Bastos

**"LUZ NO FIM DO TÚNEL": A QUALIDADE DE VIDA E O
AUTOCUIDADO NAS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS COM
PACIENTES EM RISCO OU PROCESSO DE MORTE**

Santa Maria, RS
2016

Rodrigo Almeida Bastos

**"LUZ NO FIM DO TÚNEL": A QUALIDADE DE VIDA E O AUTOCUIDADO NAS
VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS COM PACIENTES EM RISCO OU PROCESSO
DE MORTE**

Dissertação Apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), Como Requisito Parcial para Obtenção do Grau de **Mestre em Psicologia.**

Orientador: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

Santa Maria, RS
2016

Rodrigo Almeida Bastos

**"LUZ NO FIM DO TÚNEL": A QUALIDADE DE VIDA E O AUTOCUIDADO NAS
VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS COM PACIENTES EM RISCO OU PROCESSO
DE MORTE**

Dissertação Apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), Como Requisito Parcial para Obtenção do Grau de **Mestre em Psicologia.**

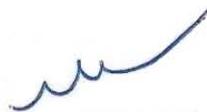
Aprovado em 15 de fevereiro de 2016:



Alberto Manuel Quintana, Dr.
(Presidente/Orientador)



Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)



Egberto Ribeiro Turato, Dr. (UNICAMP)

Santa Maria, RS
2016

*"Não menosprezou nem ignorou o sofrimento do aflito;
Nem dele escondeu seu rosto; Mas ouviu o seu pedido de ajuda
E dele cuidou."*

(Salmos 22:24)

*Dedico este trabalho àqueles que buscam cuidar de si, aceitando suas virtudes e limites,
transfigurando-se em Luz para si e para os outros no efêmero Túnel da vida.*

AGRADECIMENTOS

*À Santíssima Trindade,
agradeço por superabundar de Graça a minha estrada, tornando-me lâmpada para os pés do
meu irmão, à Luz da ciência, dom do teu Santo Espírito.
Por ter posto diante de mim uma porta aberta, que ninguém poderá fechar...*

*A Nossa Senhora da Imaculada Conceição,
padroeira de Santa Maria, por abrir teu coração imaculado para acolher minhas angústias e
medos dos novos começos.*

*À Família,
agradeço por ser um braço divino na Terra, a quem devo a formação, o aprendizado e a base
que tornou todas as minhas potências possíveis.*

*Aos Velhos Amigos,
vocês que não cessam de iluminar minha vida com suas existências, estando sempre Aptos a
me alegrar, como Bardos guiados por um bom Papo Construtivo.*

*Aos Novos Amigos,
foram meu suporte, motivação e alegria, abrilhantando, cada um ao seu modo, cada segundo
da minha caminhada. Já são parte de mim seja na distância ou proximidade... nas falas ou no
silêncio. Meu coração já os comporta e há de mantê-los eternamente.*

*Ao Grupo de Oração São Pedro,
Por ter sido o meu pilar espiritual ao longo deste tempo, onde encontrava as forças que me
mantinham firmes na instabilidade deste mundo acadêmico.*

*Aos colegas Lucas, Cristiane e Janete,
meu quarteto fantástico, vocês fizeram com que um caminho desconhecido fosse intensamente
apreciado, dando afetos à minha vida e vida à minha estrada.
Estas palavras limitadas nem de longe podem expressar a grandeza do que sinto por vocês.
Deixo que a alegria pelos momentos, a saudade pela distância e, principalmente, o esplendor
do reencontro falem por mim... Aqui dentro, já são eternos.*

*Ao Professor Alberto,
pela confiança dispensada à minha proposta de trabalho, pelas oportunidades de crescimento
ao longo deste caminho, pela sua forma singular de me mostrar o quão melhor eu poderia
ser. A nossa parceria acadêmica gerou, certamente, mais do que frutos acadêmicos.
Obrigado, professor.*

*Ao Professor Franco Carnevale,
pela disponibilidade e reconhecimento da potência deste trabalho, expresso em suas
considerações acadêmicas dos manuscritos. Sua orientação abrilhantou este processo de
pesquisa.*

Aos membros do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, agradeço a oportunidade de aprender e viver com vocês. Compartilhando e construindo saberes e afetos: verdadeiras marcas que o mundo acadêmico deveria proporcionar.

Aos membros do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem", por me acolherem como membro e abrilhantarem meu trabalho e a minha vida.

Ao Murilo, sua parceria, dedicação e hombridade me remeteram ao sentimento de esperança na manutenção de um mundo acadêmico digno. Ter sido coorientador da sua iniciação científica foi uma honra. Agradeço o aprendizado nas horas de discussão das entrevistas e, principalmente, nos momentos que se permitiu dar passos além.

Aos enfermeiros do Serviço de Hemato-Oncologia do HUSM, agradeço por permitirem que suas vidas fossem abertas em busca das potências por vezes escondidas. Em busca das luzes que seus corações humanos guardam diante de tantas adversidades profissionais. Suas falas e expressões permitiram que este trabalho acontecesse e me ensinaram muito.

À Universidade Federal de Santa Maria, a brilhante academia, onde vivenciei uma das melhores fases da minha vida... onde construí afetos que jamais serão esquecidos, pessoas e momentos que já fazem parte de mim... Onde aprendi a me reerguer enquanto homem e caminhar com mais força. De onde sentirei eternas saudades.

A todos e todas, que de alguma forma cruzaram meu caminho, doando e recebendo a Luz que existe dentro de cada um...

Meu mais puro e sincero Muito obrigado!

Não coloco uma substância de resistência face a uma substância do poder.
Digo simplesmente:
a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência.
Jamais somos aprisionados pelo poder:
podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas
e segundo uma estratégia precisa.

(Foucault, 1979: 241) - Michel Foucault em "*Microfísica do Poder*")

RESUMO

"LUZ NO FIM DO TÚNEL": A QUALIDADE DE VIDA E O AUTOCUIDADO NAS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS COM PACIENTES EM RISCO OU PROCESSO DE MORTE

AUTOR: Rodrigo Almeida Bastos
ORIENTADOR: Alberto Manuel Quintana

O cuidado de si não se trata apenas de criar formas de enfrentamento, mas de tornar-se um sujeito de ações políticas, ou seja, a relação com o mundo deve ser baseada na inicial reflexão sobre si, conhecendo suas próprias capacidades e limites, para, posteriormente, agir circunstanciadamente sobre o mundo. O enfermeiro encontra barreiras para por em prática sua reflexão sobre si e o autocuidado, principalmente no que tange à atenção hospitalar e o trabalho no contexto de morte. Nesse sentido, este estudo objetivou compreender o significado atribuído pelos enfermeiros sobre suas vivências de autocuidado em seu trabalho com pacientes em risco ou processo de morte, em um serviço hospitalar de hemato-oncologia. Tratou-se de um estudo clínico-qualitativo. Participaram do estudo 06 enfermeiros da unidade hemato-oncológica de um hospital universitário, contemplando os setores de ambulatório quimioterápico e internação infantil. Foram desenvolvidas entrevistas individuais a partir de um roteiro estruturado semidirigido, utilizando-se da saturação teórica como estratégia para delimitar a quantidade de participantes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 40608715.9.0000.5346. Os artigos de 01 e 02 são oriundos de reflexões teóricas acerca dos temas e o artigo 03 tratou de uma metassíntese qualitativa que fundamentou a análise dos resultados de campo. As categorias oriundas da análise dos dados são descritos e discutidas nos artigos 04 e 05 deste trabalho. A partir da análise dos resultados, pôde-se destacar a importância do trabalho com pacientes em risco ou processo de morte como gerador de angústias ao enfermeiro e, ainda, como estas angústias podem ser potenciais fontes de reflexão sobre si. Não encontrar no trabalho fontes de motivação ou referências de qualidade de vida, torna o enfermeiro vulnerável ao sofrimento no momento da morte ou na construção do vínculo com o paciente. A desesperança surge, por vezes, com tal peso que o risco de atentar à própria vida se torna real. Um dos grandes motivos é a pressão moral que o enfermeiros sofre para desenvolver e trabalhar com um saber-poder, o que causa angústia quando se depara com a situação de morte do paciente, que escancara o seu não-saber. O contraponto que foi percebido é o incentivo à fala e à escuta deste enfermeiro, tornando-o apto a pensar a sua prática e a desenvolver aprendizados e estratégias reflexivas de agir sobre seus dramas. Dessa forma o enfermeiro poderá desenvolver uma forma singular de lidar com o sofrimento e desenvolver as próprias potências, fugindo da moralização da sua prática que lhe é constantemente imposta. A partir dessas discussões, é possível inferir que é a partir dos fatores que causam sofrimento ao enfermeiro que o seu processo de reflexão sobre si pode ser iniciado. Iniciado como forma de resistência, percebendo que algo além do processo de cuidado rigidamente sistematizado pode e deve ser pensado.

Palavras-chave: Atitude Frente À Morte. Enfermagem. Qualidade De Vida. Autocuidado. Psicologia.

ABSTRACT

"LIGHT AT THE END OF THE TUNNEL": QUALITY OF LIFE AND SELF-CARE IN THE EXPERIENCES OF NURSES WITH PATIENTS IN RISK OF DYING OR IN DYING PROCESS

AUTHOR: Rodrigo Almeida Bastos

ADVISOR: Alberto Manuel Quintana

Self care is not to create coping strategies, but become yourself a political actions subject, that is, the relationship to the world should be based on the reflection on yourself, to know the own abilities and limits to subsequently act in detail over the world. Nurses find barriers to practice their reflection about themselves and self care, especially with regard to hospital care and work in the context of death. Therefore, this study aimed to understand the meaning attributed by nurses about their self-care experiences in their work with patients at risk or in death process, in a hospital department of hematology-oncology. It was a clinical-qualitative study with 06 nurses of the hematology-oncology unit from a university hospital, covering the sectors of chemotherapy clinic and children's hospital. Individual interviews were developed from a structured script, using the theoretical saturation as strategy to delimit the number of participants. This study was approved by the Research Ethics Committee CAAE 40608715.9.0000.5346. Articles 01 and 02 are from theoretical reflections about the themes and Article 03 dealt with a qualitative meta-synthesis that justified the analysis of field results. The categories derived from the data analysis are described and discussed in articles 04 and 05. From the analysis of the results, the importance of working with patients at risk or death process as the nurse anxieties generator was possible to highlight and also how these anxieties may be potential sources of reflection on you. Not find sources of motivation at work or quality of life references, makes it vulnerable nurse suffering at death or in building the relationship with the patient. Hopelessness comes sometimes with such burden that the risk of undermining the own life becomes real. A major reason is the moral pressure that nurses suffer to develop and work with a knowledge-power, which causes anxiety when faced with dying patient, who opens wide his not-knowing. The counterpoint that was perceived is encouraging the speaking and listening this nurse, making it apt to think their practices and develop learning and reflexive strategies to act on their dramas. Thus the nurse can develop a particular way of dealing with suffering and develop own powers, fleeing the moralization of your practice that is constantly imposed on him. From these discussions is possible infer that it is from the factors which cause suffering to the nurse that her reflection process on itself can be started. It can be started as a form of resistance, realizing that something beyond the rigidly systematic process of care can and must be thought of.

Keywords: Attitude To Death. Nursing. Quality Of Life. Self-Care. Psychology.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	INTRODUÇÃO	16
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	24
3.1	DESENHO DE PESQUISA	24
3.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA	25
3.3	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	31
3.4	CONSIDERAÇÕES E ASPÉCTOS ÉTICOS	34
4	ARTIGO 1 - DISCURSO DA QUALIDADE DE VIDA NA ATITUDE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO	36
5	ARTIGO 2 - ÉTICA, SOFRIMENTO MORAL E AUTOUIDADO: INTERRELAÇÕES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	52
6	ARTIGO 3 - VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS FRENTE AO PROCESSO DE MORRER: UMA METASSÍNTESE QUALITATIVA	76
7	ARTIGO 4 - ANGÚSTIAS VIVENCIADAS PELOS ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE HEMATO-ONCOLÓGICA NO TRABALHO COM PACIENTES EM RISCO OU PROCESSO DE MORTE	95
8	ARTIGO 5 - CUIDANDO DE SI: PRÁTICAS E APRENDIZADOS NAS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE HEMATO- ONCOLÓGICA NO TRABALHO COM PACIENTES EM RISCO OU PROCESSO DE MORTE	116
9	CONCLUSÕES INTEGRATIVAS	141
	REFERÊNCIAS	144
	ANEXO A	149
	ANEXO B	150
	APÊNDICE A	154

APRESENTAÇÃO

Este trabalho compõe a Dissertação de Mestrado intitulada: "Luz no fim do túnel": a qualidade de vida e o autocuidado nas vivências dos enfermeiros com pacientes em risco ou processo de morte". Em conformidade com o Manual de Estrutura de Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2015), foi optado pela configuração no formato de artigos científicos, seguindo todas as especificidades para tal formatação segundo o mesmo manual. A escolha se justifica pela melhor dinâmica que um artigo científico tem no curso da produção e divulgação de conhecimento. A própria Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) estimula esta dinâmica, quando trata a produção bibliográfica brasileira em Pós-graduação como indicativo de qualidade dos grupos de pesquisa (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2010).

Através das publicações presentes nesta dissertação entende-se que os objetivos de produção de conhecimento dos autores estejam alinhados com os da CAPES. Enquanto trabalho vinculado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), pretende-se, também, como fruto desta dissertação, o estímulo à produção dos pesquisadores docentes e discentes do referido programa para que se percorra o caminho da excelência em pesquisa. Considera-se que a energia dispensada aos trabalhos que compõem esta dissertação são passos complementares para se alcançar esta excelência, pois visa a formação de pesquisadores e o exercício da escrita científica para publicações em revistas de alto impacto em termos de produção científica. Complementar no sentido de que um caminho além das publicações precisa ser pensado para que haja mudanças concretas nos cenários onde os fenômenos estudados se fazem presentes. A postura ética do pesquisador ou grupo de pesquisa diante dos resultados e fenômenos será, portanto, o próximo complemento desta caminhada rumo à excelência em pesquisa. Tal esforço vai além do âmbito burocrático institucional, agregando valores a docentes, discentes e ao próprio PPGP.

Considerando tais contextos prático e ético, a dissertação foi configurada em oito capítulos. O primeiro capítulo refere-se a uma breve introdução, abordando teorias e epistemologias que embasam os argumentos e as discussões ao longo de todo o trabalho, a partir, principalmente, de aspectos filosóficos sobre saúde. O segundo capítulo discute questões metodológicas, descrevendo e especificando o método principal utilizado para a

busca e análise dos resultados desta pesquisa. Do terceiro ao sétimo capítulo, foram distribuídos os resultados desta pesquisa, a saber: uma metassíntese qualitativa, duas reflexões teóricas e dois artigos originais, todos em formato de artigo científico. O oitavo e último capítulo foi reservado à Conclusão Integrativa, onde se retoma algumas questões de pesquisa integrando os resultados encontrados da presente dissertação. A ideia é tecer uma interlocução entre os resultados que discutem aspectos da prática dos enfermeiros frente ao processo de morte dos pacientes e das práticas de cuidado de si, vivenciadas ou não em sua realidade moral e ética.

"Primeiro diga o que você deveria ser e, então, faça o que tem de ser feito" (Epictetus, 1952, tradução nossa).

INTRODUÇÃO

Uma narrativa grega conta que certo dia um pai de família, retornando para seu lar, encontra sua filha em seu leito doente. O homem, então desnortado, abandona seu lar. Epíteto, ao encontrá-lo, diz:

"Se você fugiu das tuas responsabilidades é porque você não cuidou direito de si mesmo; você se preocupou demais com sua filha e se impressionou demais com a doença, enquanto que se você tivesse cuidado de si mesmo, se antes de fazer qualquer coisa, você tivesse introduzido entre você e o mundo certa **distância**, certa defasagem, você poderia retomar a si mesmo, preocupar-se consigo mesmo, dizendo: 'o que está acontecendo, a doença de minha filha exige de mim **certo papel a desempenhar**: o do pai de família, e este papel impõe certo número de deveres como proteção, o cuidado dos seus, etc.'" (GROS, 2008, p.132).

Gros (2008) descreve esta narrativa estoica para ilustrar como o cuidado de si, descrito por Foucault (2005), é importante para propiciar ao sujeito uma ação política. Ou seja, viver as relações com o mundo de forma a não se precipitar, de imediato, diante do fato ou do objeto, ao passo que este sujeito aciona sua subjetividade e cria estratégias circunstanciadas para agir. Foucault quisera identificar por "subjetividade" a forma pela qual o sujeito relaciona-se consigo mesmo (eu ético), a fim de se construir continuamente, a partir de uma reflexividade prática (FOUCAULT, 2006a; GONÇALVES, 2012; GROS, 2008):

Eu chamaria de subjetivação o processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, mais precisamente de uma subjetividade, que evidentemente não passa de uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si (FOUCAULT, 2006b p.437).

Esta consciência de si não se trata, pois, de perceber-se enquanto objeto separado de si mesmo, para posterior análise introspectiva e afastada do mundo, pois, como reflete Gros, (2008), é uma tarefa inacessível. Refere-se, portanto, a conhecer as suas próprias capacidades e limites, agindo enquanto sujeito ético - aquele que age autonomamente -, exercendo a liberdade como forma de superar instintos e usar a racionalidade (GROS, 2008; SOLER, 2008). Há de se frisar que a ação deste sujeito ético não é solitária, individualista ou egoísta. O cuidado de si é modulado pelas relações sociais e propulsor de uma ação político-reflexiva sobre o mundo, denominada por Foucault de práticas de liberdade (GONÇALVES, 2012;

SOLER, 2008). Em outras palavras, cuidar de si não significa isolar-se do mundo pela introspecção a si, mas agir sobre o mundo a partir da reflexão de si.

Esta temática interage com o tecido contemporâneo da qualidade de vida quando se percebe que existe, ainda hoje, uma influência considerável da biopolítica na forma de se desenvolver saúde (GIMENES, 2013). Foucault (2008a) descreve o conceito de biopolítica, de forma macro, como a junção da ciência médica com a política, cujo alvo é a saúde da população e o objetivo é o controle sobre a vida e a morte, diante de um regime disciplinar (normalização social de vigilância) ou de controle (moralização dos riscos e agravo). Esse conceito surge da reflexão do poder enquanto prática social e não enquanto instância com base em relações legais. Significa dizer que, utilizando-se de dispositivos estratégicos, os mecanismos de poder podem alcançar a todos, na forma de relações baseadas em normalização e moralização. Atualmente, as políticas de saúde descarregam nos indivíduos a responsabilidade sobre sua saúde, sobre a gestão de si, constituindo, assim, sujeitos assujeitados por normas generalizadas de saúde e estilo de vida (DELEUZE, 1990; FOUCAULT, 1987; GIMENES, 2013; GONÇALVES, 2012).

Para entender melhor na prática essa noção de biopolítica, descrita por Foucault (2008a), é importante conhecer o seu processo histórico. A partir do século XVIII o Estado já objetivava elevar o poder e a riqueza de sua nação, tendo que, para tal, gerenciar os impasses de produtividade no governo (OSBORNE, 2005). Entre as estratégias estava o controle sobre a saúde da população, visto que um povo doente não é um povo produtivo (FOUCAULT, 2008b). A doença era o inimigo e a saúde era uma problemática populacional de governo.

Gimenes (2013, p.296) descreve este pensamento de controle do Estado sobre os corpos, que se configurava em um tipo de poder pastoral laico:

[...] se no poder soberano a morte era o momento de maior exercício de poder, na modernidade a morte passa a ser justamente o momento de fuga de qualquer poder. Dessa maneira, o governo assume como função política investir sobre a vida, para fazer viver o máximo possível.

É construído, pois, o regime disciplinar descrito por Foucault (2008b), onde o governo lança mão de aparatos de vigilância, introjetando normas na vida social dos sujeitos e quantificando a saúde populacional, pela lógica dos anos vividos. Rose (2007) discorre que a temática da qualidade era pensada, nesse momento, apenas no âmbito coletivo, não individual. A doença era vigiada por gestão epidemiológica e a saúde era promovida pelo

controle e ataque à incidência de doenças neste coletivo. Menos doenças, menos mortes, mais anos de vida à população: este era o cenário saudável ideal daquela sociedade disciplinar (GIMENES, 2013). Seria ela definitivamente eficaz? A análise histórica permite pensar que não completamente.

Já no final do século XIX e ao longo da primeira metade do século XX, houve mudanças na lógica de controle do Estado. As estratégias epidemiológicas de intervenção nas populações não deram conta de solucionar grande parte dos problemas de saúde de foro individual (OSBORNE, 2005). Isso fez com que o Estado dividisse ou alterasse o pensamento do regime disciplinar coletivo para um regime de controle individual, sob a lógica do risco (DELEUZE, 1990). A saúde não está mais, então, circunscrita às normas gerais do Estado, mas ao bem-estar e ao estilo de vida de cada sujeito, tornando-o autônomo nesse sentido. Não mais o Estado iria ser o controlador, mas cada indivíduo tornar-se-ia controlador de si e do outro. Essa noção de bem-estar e estilo de vida, segundo Gimenes (2013), foi decisiva para o desenvolvimento do que viria a ser chamado de Qualidade de Vida.

Diante do encontro conceitual entre a noção de riscos com a de autonomia do sujeito, existe uma resignificação do entendimento sobre saúde na segunda metade do século XX. Gimenes (2013) observa que, com a possibilidade do indivíduo se autoavaliar quanto ao seu estado de saúde, foi possível admitir fatores subjetivos à análise de uma condição saudável de vida. Eis que surge nesse contexto, através da Organização Mundial da Saúde, o conceito de saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez", junto ao conceito de qualidade de vida como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; SEIDL; ZANNON, 2004).

Dá-se, agora, uma pausa para uma importante advertência quanto aos rumos desta discussão. A direção da crítica, aqui em construção, aos regimes disciplinares e de controle não é, em si, relacionada à preocupação individual do sujeito com a qualidade de vida ou os cuidados com sua saúde. A crítica aqui construída é, de fato, ao moralismo, por parte do sistema de controle, sobre os conceitos de saúde e qualidade de vida, veiculados como uma meta rígida e absoluta, não mais como um modo singular de viver. Pretende-se construir uma crítica especificamente à imposição de um estilo de vida em detrimento de outro, baseado em normatização da saúde, o que fere as práticas de liberdade dos sujeitos e os culpabiliza, com o discurso de que a saúde pode sempre ser melhor do que é. Defende-se, então, que a avaliação da qualidade de vida deve perfilhar condutas e parâmetros em prol das políticas públicas, as

quais não vedem as práticas de resistência a um conceito hegemônico de saúde. Ao contrário, que sejam utilizados os conceitos de qualidade de vida e saúde para que se construa liberdade individual, percebendo outros modos possíveis de se viver com qualidade.

Haja vista as relações de força acima descritas entre o Estado de controle, para maior produtividade, e os sujeitos singularmente em busca de melhor qualidade de vida, o nicho da saúde ocupacional ganha natural destaque (VASCONCELOS, 2001). O reflexo desta polarização "poder-resistência" no setor trabalho pode ser observado na relação entre pressões organizacionais por capacidade produtiva e gestão dinâmica do bem-estar pelo próprio trabalhador (RAMOS, 2009). No setor trabalho em saúde, a subjetividade do trabalhador recebe demandas de um elemento extra a essa relação. Os profissionais da saúde gerenciam uma inexorável influência pelo tipo de trabalho realizado, tendo a vida e a morte como fontes de reflexões desafiadoras à sua subjetividade diariamente (BORGES, 2012). Nesse contexto surge a problematização: O que acontece neste gerenciamento diário e quais os desafios que interferem na qualidade de vida deste profissional?

O que se percebe é que o regime disciplinar de vigilância da biopolítica moderna, descrito por Foucault (2008b), deixou heranças na saúde contemporânea. Nesse modelo, idealizou-se a cura como propósito maior e instituiu-se o hospital como local ideal para os cuidados. É nesse ambiente hospitalar onde se executa o controle dos cuidados pelos profissionais da saúde, os quais se tornam atores da *política*, como sugere Osborne (2005), baseada em uma lógica de *polícia*. Aos olhos da população, esta visão se caracteriza como uma corrupção da real noção de saúde, visto que o cidadão passa a ter o dever, não mais o direito, de se cuidar (OSBORNE, 2005; RAMOS, 2009). Mas e aos olhos dos profissionais, expostos a uma formação e práticas orientadas a sempre salvar vidas? Como esta herança disciplinar moderna e o regime controlador contemporâneo pesam nestes sujeitos, que mourejam pela vida e são desafiados pela morte? Para desenvolver tais questões será interessante contextualizar o ambiente de trabalho hospitalar, pela ótica da saúde do trabalhador.

As relações e estrutura hospitalares atuais guardam resquícios de um padrão controlador, disciplinar. Um espaço para a cura, sendo esta então despreendida do caráter espiritual, passando a ser prioridade de instrumento da ciência sobre os sujeitos, a partir da classificação e evolução das doenças (SANTOS, 2010). Importante é a reflexão enfática à prática curativa hospitalar, visto que esta lógica acaba por suprimir outras questões concretas à saúde, como econômica, cultural ou política. Como reflete Fourez (1999), o "curar" passa a ter significado apenas se for "curar dentro do hospital".

Nesse sentido, o processo de trabalho hospitalar passa a ter um incentivo maior em recursos tecnológicos e de gestão de pessoas, pela alta complexidade que o processo de cura exige. Santos (2010) observa que essas novas estratégias criadas refletiram em uma instintiva reação de defesa do poder clássico hegemônico, pois novas áreas do conhecimento eram requisitadas ao processo de cuidado hospitalar. O resultado é expresso por interrelações profissionais prejudicadas pelo discurso de dominação sobre o corpo (MEHRY et al, 2006; SANTOS, 2010): Quem seria o vencedor pela cura e quem seria derrotado pela morte?

Paralelo (e talvez em contraponto) a essa situação, as discussões sobre as dimensões bioéticas no cuidado com a vida e no desafio da morte foram desenvolvidas. Floriani e Schramm (2008) explicam que as características da obstinação terapêutica e da qualidade de morte, utilizadas até então por linhas de pensamento divergentes, começam a conciliar características, na perspectiva de incluir nos planos de cuidados aqueles sujeitos sem possibilidades de cura. A tendência era a mudança da relação profissional-paciente, progredindo de um paternalismo (TAPIERO, 2004) ao diálogo com a autonomia do sujeito (ABREU, 2014). O resultado seria a aplicabilidade das medidas cabíveis para elevar a qualidade de vida do indivíduo, sem que isso signifique elevar ou reduzir a expectativa de vida.

Embora cada vez mais presente nos discursos entre as equipes e nas tentativas de se intervir de forma interdisciplinar no modelo assistencial hospitalar, o respeito e entendimento às questões relacionadas à morte do paciente pelos profissionais, na prática, não é habitual (ABREU, 2014). A morte ainda angustia os que foram formados para evitá-la, é exigido controle emocional pelo profissional para não ferir o regime disciplinar, vigilante da vida. O diálogo entre os atores sociais envolvidos no processo de morrer ainda são escassos (MENEZES, 2004; BORGES; MENDES, 2012; ABREU, 2014). As palavras de Rodrigues (2006, pp. 59-66) talvez reflitam pensamentos e sentimentos não raros entre os profissionais da saúde, os quais, por vezes, simplesmente não sabem o que pensar ou sentir: "[...] fechar a angústia da morte dentro de um discurso e localizar o pensamento sobre ela em um lugar seguro dentro da sociedade e fora de nós".

Diante de tão poucas certezas nessa seara filosófica, uma pode ser destacada: Não há um limite claro entre a dimensão pessoal e profissional, quando se trabalha com o cuidado sem perspectivas de cura (ARECO, 2011). A alta exigência passa a fluir não apenas da fonte profissional, mas dos próprios "córregos" emocionais, diante das vivências com a morte. Nesse momento, dá-se um direcionamento específico ao trabalho do enfermeiro, cuja vivência direta com o binômio vida/morte é ainda mais frequente, visto que gerencia e é responsável

por todo o processo de cuidado. Advêm, ainda, de uma formação de cobranças e postura firmes, quase impedidos de demonstrar sentimentos (SANTOS; BUENO, 2010). Assim, quando se verifica a falência dos meios habituais de tratamento e o doente se aproxima inexoravelmente da morte, dificilmente os enfermeiros estão preparados para cuidar do seu próprio sofrimento, bem como das famílias e do moribundo.

De fato, os fatores que dificultam o trabalho do enfermeiro nesse gerenciamento do cuidado, dentro do processo de morrer, foram evidenciados por diversos autores (SANTANA et al., 2010; PETERSON; CARVALHO, 2011; SILVA; ROCHA, 2011; SILVA; QUINTANA; NIETSCHE, 2012). O enfermeiro, enquanto ser humano, encontra dificuldades em lidar com sentimentos como tristeza, fracasso, angústia, impotência, culpa ou medo. Esses autores sugerem que a maturidade do profissional seja desenvolvida a partir do processo de gerenciamento destes sentimentos, tornando-o apto, então, a lidar melhor com os sentimentos de pacientes e familiares, bem como com seus próprios sentimentos.

No entanto, muitos autores revelam que existe "luz" no trabalho de enfrentamento do estresse em lidar com a morte (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005; STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005; HADDAD et al., 2011). Os fatores que motivam o trabalho do enfermeiro junto à morte não excluem a presença dos estressores laborais comumente encontrados, como pressão organizacional e do familiar por resultados. Comunicação, construção de vínculos e, ainda, desenvolver uma postura reflexiva às intempéries situacionais fazem parte do arsenal de proteção sugerido (FOUCAULT, 2005). Esta busca pelo autocuidado vai além da proteção às suas emoções, agindo em prol, também, de um autorreconhecimento.

Se o enfermeiro da era moderna, ao desenvolver o estudo do saber-cuidar, refletia dedicação ao paciente (KRUSE, 2006; SILVA et al., 2009), no contexto contemporâneo o que se notou foi o surgimento de uma obstinação epistemológica. Em prol da sistematização do cuidado, o processo de trabalho foi enrijecido, a equipe de enfermagem foi hierarquizada e a tomada de decisões burocratizada. Gradativamente, as práticas de cuidado do enfermeiro iam se adequando ao regime de controle, transformando-o de promotor da *política* em ator da *polícia* de saúde (BUB et al., 2006; KRUSE, 2006; BERNARDES; QUINHONES, 2009; SILVA et al., 2009; GIMENES, 2013;). Ao constatar que as raízes do cuidado humanizado, o qual desenvolveu ao longo de décadas de construção profissional, estavam se perdendo pelo embate no campo da biopolítica, o enfermeiro depara-se com a sua subjetividade em risco, exigindo estratégias de resistência e autocuidado contra o seu próprio sofrimento (BUB et al., 2006; FOUCAULT, 2008a; GIMENES, 2013).

Esta estratégia, entretanto, encontram barreiras importantes, relacionadas ao sofrimento moral do profissional; questão comumente encontrada nas práticas em saúde e tema de análises epistemológicas e éticas (CARVENALE, 2009). O trabalho com o processo de morrer gera conflitos éticos e desgaste psicológico, os quais sustentam o engajamento moral do sujeito, gerando sofrimento. Questiona-se, no entanto, se este tipo de sofrimento pode ser, de fato, avaliado por terceiros, senão pelo próprio sujeito exposto. Esta questão gera dúvidas, inclusive, sobre suas estratégias de mensuração, pelas características singulares sobre o que é, de fato, fonte de sofrimento moral para um indivíduo (CARNEVALE, 2009; BARLEM et al., 2012). Outro ponto influente no autocuidado é relacionado à formação ética do enfermeiro e à sua própria história enquanto profissional dedicado à defesa do paciente. Tal perspectiva direciona o foco do profissional para a sua responsabilidade em dedicar-se ao seu cliente, possivelmente turvando o reconhecimento do direito, da autopermissão para cuidar de si mesmo (CARNEVALE, 2013). Partindo desta razão, é prudente observar e entender o autocuidado destes profissionais, não como prática prescrita, mas como uma construção reflexiva de si.

Não obstante, o paradoxo que paira neste contexto não é turvo, ao contrário, é de uma clareza incomodante. O enfermeiro perceber-se enquanto profissional promotor do reestabelecimento da saúde e de práticas que valorizam o autocuidado dos pacientes, ao ponto de criar sistemas complexos de gerenciamento de incapacidades e educacional (SILVA et al., 2009). Mas em que momento deste processo ele se coloca como gerente de si mesmo? Como administrador das suas próprias incapacidades?

A discussão converge, novamente, ao ponto da autorresponsabilização do sujeito, agora contemplado no discurso do autocuidado. As relações de poder, discutidas no campo da biopolítica (FOUCAULT, 1999), voltam suas amarras agora ao enfermeiro, que, assim como o homem encontrado desnordeado por Epíteto (GROS, 2008), descredita a sua capacidade de priorizar o cuidar de si, defasando o seu senso de ação ética sobre a sua realidade. E o que lhe resta se lhe falta a reflexão diante de uma adversidade certa? Um enfrentamento duvidoso, talvez. Nesse sentido, convém investigar os enfrentamentos dos enfermeiros e motivar, quiçá, o desenvolvimento destes para a prática reflexiva.

Observa-se que esse contexto de enfrentamento vivido pelo enfermeiro no ambiente hospitalar é aduzido de diferentes formas, a depender, dentre outras questões, do tipo de paciente a ser cuidado. É importante perceber o tema da morte sendo trabalhado no mesmo processo de desenvolvimento das relações do enfermeiro com o paciente, família e consigo mesmo. Este não é um contexto comum entre setores hospitalares, porém é uma peculiaridade

das unidades hemato-oncológicas (UMANN et al., 2014). Além do prolongado plano terapêutico, exigindo conhecimento técnico-científico, a atenção hemato-oncológica expõe o profissional às relações sociais e emocionais com os sujeitos envolvidos no tratamento. O trabalho com o processo de morte expõe-no, ainda, a uma reflexão sobre a própria prática e, quiçá, sobre a própria vida (ABREU, 2014; UMANN et al., 2014).

A relevância do presente estudo está na necessidade de se conhecer o enfermeiro não apenas no campo do processo saúde-doença-trabalho, mas no processo de subjetivação enquanto sujeito exposto a adversidades constantes, tendo, no trabalho hospitalar contemporâneo, uma demanda especialmente desfavorável. Diante dos questionamentos e discussões descritos até aqui, a pergunta central deste estudo é: qual o significado das vivências de autocuidado para os enfermeiros que trabalham em contexto de morte. Nesse sentido, este estudo teve o objetivo geral de compreender o significado atribuído pelos enfermeiros sobre suas vivências de autocuidado em seu trabalho com pacientes em risco ou processo de morte. Dessa forma, pretendeu-se conhecer a realidade do trabalho deste profissional em contexto de morte e conhecer suas vivências, identificando as relações possíveis destas com a qualidade de vida atribuída por eles, a fim de se ter uma ampla noção situacional do enfermeiro, enquanto profissional do cuidado no terreno da biopolítica.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo visa esclarecer a compreensão do percurso realizado para a concretização desta pesquisa, bem como a proposta de trabalho aqui exposta. Cada artigo desta dissertação terá sua proposta metodológica descrita individualmente de acordo com suas especificidades, tendo este capítulo a pretensão de realizar, de forma ampla e não redundante, a explanação da trajetória metodológica percorrida.

O formato de artigo científico gera uma lacuna quanto à reflexão e aprofundamento do método em cada um deles. Este capítulo pretende suprir esta demanda reflexiva e discorrer sobre os detalhes pertencentes à proposta de trabalho escolhida para se alcançar os objetivos desta pesquisa. É importante enfatizar que, dentre os artigos científicos compondo o cerne desta dissertação, encontram-se duas reflexões teóricas, uma metassíntese qualitativa e dois artigos originais. As reflexões teóricas e a metassíntese qualitativa terão seus métodos específicos explanados nos respectivos artigos. Nesta seção, dar-se-á atenção ao percurso utilizado para a coleta e análise de informações que resultaram nos dois artigos originais.

Desenho de Pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo, tendo os sentidos e as significações dos fenômenos como fundamento para a pesquisa e para o pesquisador. Dentro desta abordagem qualitativa, foi proposto o direcionamento desta pesquisa para as peculiaridades do método clínico-qualitativo, descrito por Turato (2011). Segundo o autor, a estratégia clínico-qualitativa é uma união seletiva entre as áreas metodológicas das ciências humanas e das ciências da saúde:

Assim, temos, de um lado, as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos (compreensivo-interpretativos) de pesquisa desenvolvidos a partir das Ciências Humanas e, de outro lado, os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas desenvolvidos tanto no enfoque psicanalítico das relações interpessoais, como historicamente no campo da prática da medicina clínica (pp. 225-226).

O motor para a ação do pesquisador clínico-qualitativo é a ampla consciência dos elementos existenciais humanos, deixando-se mover por eles para a sua compreensão profunda, acolhendo, assim, as angústias e ansiedades do outro. Turato (2011) deixa claro que estes elementos estão presentes de forma geral no método qualitativo, porém defende que,

nesta abordagem clínica, o investigador tem consciência e postura amplas em relação a eles, participando dos pressupostos da pesquisa, objetivos e interpretação dos resultados:

Em nosso caso de pesquisadores dos problemas da saúde-doença, [...] assumir [...] esta escolha de temas ligados ao sofrimento humano revela a sensibilidade de ver a inexorável morte em cada momento agudizante em que consiste a manifestação dos problemas de saúde (pp. 226-227).

Acrescentando a estas elucubrações sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (2010) destaca a importância da investigação das histórias sociais sobre a ótica dos atores, das suas relações e percepções, pois são, estas, produtos das interpretações que os humanos fazem das suas vivências. Propõe-se, portanto, uma análise da relação entre o objetivo e o subjetivo, fatos e significados, reconhecendo a subjetividade e o simbólico como integrantes da realidade do sujeito.

O delineamento clínico-qualitativo propõe o reconhecimento do sujeito como portador de angústias e ansiedades, as quais impulsionam ao reconhecimento dos seus próprios desejos, sendo as manifestações existenciais desses sujeitos o foco do pesquisador. Assim sendo, o pesquisador é orientado a uma postura de acolhimento ao sofrimento emocional dos participantes ao passo que se utiliza de concepções psicanalíticas, valorizando a dinâmica inconsciente. Dessa forma, é de interesse do método valorizar a interação afetiva entre entrevistado-entrevistador e considera os significados atribuídos pelos participantes aos fenômenos discutidos (TURATO, 2011). Assim sendo, o pesquisador se torna um instrumento de pesquisa, mais que um coletor de informações, pois são suas percepções sobre o fenômeno e suas experiências pessoais que permitem o processo de compreensão da realidade que está sendo estudada.

Por todos estes pontos abordados, o método foi elencado pela necessidade de resposta à pergunta de pesquisa, a qual visa a compreensão de sentidos e significados de sujeitos cercados de angústias e ansiedades em suas vivências. Dá-se, pois, papel central à dinâmica subjetiva da realidade estudada.

Participantes da Pesquisa

Por utilizar a estratégia clínico-qualitativa de pesquisa, não há preocupação com a representatividade da amostra quanto à população geral, podendo ser caracterizada como

proposital, intencional ou deliberada (TURATO, 2011). O foco é escolher sujeitos aptos a expressarem-se sobre o fenômeno estudado, o qual eles vivenciam. Dessa forma, o pesquisador que se propõe a trabalhar com pesquisa qualitativa não define *a priori* sua amostra. Como discorre Turato (2011), os participantes irão emergir segundo as características e dinâmicas do próprio campo e o tamanho da amostra será percebido ao término da coleta:

Antes da entrada em campo, ou mesmo já no início da coleta dos dados, um pesquisador clínico-qualitativista não poderá dizer quantos indivíduos entrevistará, já que conta com a opção metodológica de trabalhar com amostragem proposital [...]. Assim, estando ambientado, por exemplo, num serviço de saúde, o pesquisador recorre à liberdade de estudar os casos que emergem naquele campo [...]. Somente após contemplar os passos indicados [...] e estando ao final da coleta de dados, é que o pesquisador poderá saber quantos casos acabaram por ser incluídos (p. 359).

Os participantes contemplados são enfermeiros trabalhadores do setor Hemato-Oncologia de um hospital universitário. Os critérios de inclusão são: exercer atividades profissionais com pacientes em risco de ou em processo de morte, ter aceitado participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Os enfermeiros em férias, licença maternidade, afastamento por licença médica ou para estudo de aperfeiçoamento acadêmico, bem como aqueles que não demonstraram interesse em participar do estudo ou não concordaram em assinar o TCLE, foram inseridos nos critérios de exclusão.

A instituição hospitalar que apoia o desenvolvimento deste estudo tem mais de quatro décadas de atuação. É um Hospital Universitário de grande porte, órgão integrante de uma universidade federal, atuando como hospital-escola em atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde. Outro fator que ressalta a importância deste Hospital Universitário é o fato de ser um dos únicos hospitais da sua região que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando esta perspectiva, participaram do presente estudo 06 enfermeiros da unidade hemato-oncológica de um hospital universitário, contemplando os setores de ambulatório quimioterápico e internação infantil. A unidade hemato-oncológica contempla quatro setores, a saber: Ambulatório de Quimioterapia, Internação Infantil, Internação Adulto e Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO), sendo participantes deste trabalho apenas os profissionais dos dois primeiros setores, visto critérios de disponibilidade ou interesse dos profissionais. Observar a recusa em participar desse tipo de pesquisa é um ponto importante

para entender o grupo de pessoas que foram convidadas e até entender o próprio campo de trabalho de onde elas emergiram. Entende-se que o trabalho cotidiano do enfermeiro com pacientes em risco ou processo de morte é um processo bastante ansiogênico, que desperta temores e frustrações (SANTOS; BUENO, 2010; SOUZA E SOUZA et al., 2013). Aceitar ou não falar sobre o tema pode significar, para alguns, uma situação de angústia, que não seria suportada no momento da abordagem do pesquisador. O resultado é a recusa direta ou a indisponibilidade proposital, como aconteceu nesta pesquisa.

Entre os entrevistados, 05 eram mulheres e 01 homem, com idades entre 30 e 50 anos. O tempo de formado variou entre 09 e 25 anos e o tempo de vivência profissional no setor hemato-oncológico entre 04 meses e 20 anos. Os participantes foram contatados via indicação dos enfermeiros que chefiavam cada setor da hemato-oncologia, não tendo havido qualquer distinção entre eles quanto a aspectos sociodemográficos. A escolha por participantes independente do tempo de vivência no setor hemato-oncológico é justificada por entender que não é o tempo de vivência que dita a importância do que é vivido, mas o significado desta vivência e os tipos de mobilizações que estas resultaram.

Levando em conta que a observação do pesquisador em relação ao entrevistado é importante no momento da análise das informações, foi traçado uma descrição subjetiva e particular do autor deste estudo sobre cada um dos enfermeiros entrevistados. Estas observações tiveram função de situar o pesquisador no momento da análise e pretende-se que tenha função contínua de situar os leitores diante das falas destacadas nos artigos. Adiante, seguem as caracterizações de cada participante, as quais foram julgadas importantes para a análise das informações.

Enfermeiro 01

Código	Idade	Tempo de Formado	Tempo de Trabalho com Hemato-oncologia
E1	Entre 40 e 50 anos	Entre 10 e 15 anos	Entre 10 e 15 anos
Observação do Pesquisador			
<p>O(a) enfermeiro(a) aceitou o convite para participar da entrevista e escolheu o horário que preferia, no final do seu turno de atividades. Foi escolhida pelo(a) entrevistado(a) uma sala de consultório do setor ambulatorial da hemato-oncologia. Estava aparentemente tranquilo(a) e sua fala se desenvolveu de forma a abordar inicialmente relações entre a sua vida pessoal e a vida no trabalho com pacientes em risco ou processo de morte. Alguns paradoxos foram sendo desvelados no discurso da(a) enfermeira(a) de forma que o(a) próprio(a) se da conta em determinados momentos. Um discurso voltado muito para a ênfase na mudança de postura profissional causado pelo tempo maior de serviço, somado a respostas do que pareceu ser politicamente correto e não necessariamente o que ele(a) estava</p>			

sentindo. No entanto, inclusive essas respostas prontas já diziam muito, pois as contradições nos discursos refletiam o significado que o sujeito dava para as questões conduzidas pelo pesquisador. As expressões emotivas foram pouco perceptíveis, porém no momento que iniciamos diretamente a discussão sobre a sua experiência com a morte de pacientes, ele(a) referiu um "bolo na garganta", que o(a) incomodou, forçando uma pausa na entrevista para que pudesse tomar um copo de água. Fiquei imaginando a possibilidade de ser uma somatização da angustia ao ser confrontado(a) com a situação de morte de um paciente ao qual criara vínculo mais evidente, afetuoso porém possivelmente hostil à sua psiquê. Foi observado que em apenas dois momentos em toda a entrevista, a qual durou cerca de 34 minutos, o(a) enfermeiro(a) verbalizou a palavra "morte", sendo constantemente trocada por eufemismos ou simplesmente pelo silêncio e interrupção da sentença, como algo subentendido dentro da frase.

Enfermeiro 02

Código	Idade	Tempo de Formado	Tempo de Trabalho com Hemato-oncologia
E2	Entre 40 e 50 anos	Entre 15 e 20 anos	Entre 15 e 20 anos
Observação do Pesquisador			
<p>O(a) enfermeiro(a) solicita que a entrevista seja feita em sua residência, referindo que no trabalho haveria horários limitados. O convite fora feito por telefone e, após ser informado(a) sobre o teor da entrevista, o(a) enfermeiro(a) se mostrou ansioso para falar sobre o assunto, adiantando algumas questões antes da gravação, as quais foram retomadas na própria entrevista. No dia da entrevista, o(a) profissional estava igualmente ansioso(a) e novamente adiantou muitas informações antes que a gravação fosse iniciada, com sua prévia autorização. No início das falas, o(a) entrevistado(a) parecia já ter em mente o que gostaria de dizer, num teor de desabafo sobre suas angústias vividas recentemente no trabalho. Enquanto falava, seu olhar fixo e as respostas muito longas pareciam denotar que viajava na necessidade de falar sobre o que o angustiava, por vezes fugindo do direcionamento dado pelo entrevistador. Constantemente as respostas afunilavam para o fato de que ele(a) passou por um período extremamente angustiante, onde quase atentou contra a própria vida. Nos instantes em que as perguntas direcionavam o sujeito a uma reflexão sobre si, as respostas eram mais curtas ou se redirecionavam ao "trabalhador" e menos ao "indivíduo". Talvez uma das dificuldades maiores desta entrevista: trazer o sujeito mais para a reflexão sobre si. A entrevista foi longa, durando 01 hora e 10 minutos, podendo ter relação com o ambiente (residência), que lhe permitia estar mais à vontade para tratar questões sobre o trabalho. Porém, tive a impressão que talvez este mesmo fator possa ter dificultado na discussão sobre as questões reflexivas acerca de si mesmo.</p>			

Enfermeiro 03

Código	Idade	Tempo de Formado	Tempo de Trabalho com Hemato-oncologia
E3	Entre 30 e 40 anos	Entre 05 e 10 anos	Entre 05 e 10 anos
Observação do Pesquisador			
<p>O(a) enfermeiro(a) se mostrou muito solícito(a) em participar da entrevista desde a resposta ao convite, enviado por e-mail pelo pesquisador. A entrevista foi realizada no local</p>			

e horário sugerido pelo(a) enfermeiro(a), que aparentou estar sem muitas atividades na ocasião. O local sugerido foi uma sala de exames cardiológicos, fora do ambiente do Ambulatório, onde trabalha. Com uma postura e tom de voz inicialmente passando segurança no que expunha, pouco gesticulava. Apesar de não aparentar estar ansioso(a) pelo tema, após ser informado(a) do que se tratava, parecia que o seu discurso buscava uma aceitação, pelo constante uso da palavra "né" ao final das sentenças. Observou-se que o seu discurso constantemente primava pela questão profissional, tentando, talvez, não expor as angústias pessoais que o tema lhe demandava, porém constantemente dava pistas em suas falas de que estava pessoalmente muito envolvido(a) com o tema. Foi possível notar que esta postura forçosamente profissional se manteve até o momento em que foi pedido que ele(a) explanasse sobre sua vivência próxima ao processo de morte na unidade hemato-oncológica. Neste momento, as respostas foram mais naturais, saindo do senso comum laboral, onde se falam de procedimentos, técnicas e protocolos de assistência. Foi possível observar que os pensamentos que precediam as falas começaram a incomodar, quebrando sua postura e tom de segurança, com gesticulações tensas aleatórias com as mãos e respostas mais longas e reflexivas. Talvez como mecanismo de defesa, o(a) entrevistado(a) tenta retomar a casca de segurança inicial, quando abordada sobre estratégias para lidar com o trabalho com pacientes em risco ou processo de morte. Esta casca, porém não dura e, ao ser contraposto(a) com a realidade das dificuldades de elaborar as diversas situações que ocorrem no trabalho, expressa sua angústia com um leve choro. O discurso parece mais natural e sem tentativas de fuga muito evidentes. Ao término dos discursos ele(a) confessa que pensar sobre isso é difícil, a menos que alguém o(a) confronte com estas questões, denotando o teor de angústia e sofrimento intrínseco ao seu trabalho com pacientes em risco ou em processo de morte.

Enfermeiro 04

Código	Idade	Tempo de Formado	Tempo de Trabalho com Hemato-oncologia
E4	Entre 30 e 40 anos	Entre 10 e 15 anos	Até 01 ano
Observação do Pesquisador			
<p>A entrevista foi realizada com local e horário escolhidos pelo(a) entrevistado(a). Uma sala dentro do CTCriaC, próximo ao corredor da enfermaria, por onde passavam muitas pessoas constantemente, dado o horário de escolha da entrevista, durante o seu plantão. A entrevista foi acompanhada por um pesquisador de iniciação científica com o devido consentimento. O(a) enfermeiro(a), apesar de longa data de formado(a), trabalhava no setor há poucos meses, sendo a primeira experiência direta com a angústia de pacientes em risco ou processo de morte. Demonstrava seriedade e tensão desde o momento em que aceitou participar da entrevista até o fim desta. Por estar pouco comunicativo(a) (ou "ser", como o(a) mesmo(a) se referiu ao longo do discurso), houve dificuldade em desenvolver os temas mais subjetivos relacionados à morte, com os quais ficava visivelmente incomodado(a). O horário e o local da entrevista escolhidos por ele(a) remeteram o entrevistador um possível desejo dele(a) de fazer tudo aquilo da forma mais rápida possível. Parecia expressão subjetiva do desconforto que lhe causava ter que falar sobre aquilo, porém havia aceitado falar sem resistência após o convite. No decorrer da entrevista não houve reações como choro ou outras somatizações claras, mas respostas curtas, as mais objetivas possíveis e, por vezes, pausas quando os pensamentos aparentemente acelerados não davam conta das respostas óbvias. Além de algumas contradições de informação, o discurso da curta entrevista foi marcado por um aparente e verbalizado desejo de reter os sentimentos de angústia e sofrimento para si, sem maiores estratégias de reflexão sobre a sua recente prática com pacientes em risco ou</p>			

processo de morte.

Enfermeiro 05

Código	Idade	Tempo de Formado	Tempo de Trabalho com Hemato-oncologia
E5	Entre 30 e 40 anos	Entre 05 e 10 anos	Entre 05 e 10 anos
Observação do Pesquisador			
<p>O(a) entrevistado(a) possui cargo de chefia, uma pessoa de fala e expressão tranquilas e seguras. A entrevista foi realizada numa sala de atendimento individual dentro da unidade, a qual estava liberada no momento da entrevista, momento este escolhido pelo(a) próprio(a) enfermeiro(a). A entrevista foi interrompida duas vezes: uma para que ele(a) pudesse resolver questões burocráticas e outra pela chegada curiosa de uma criança em tratamento. Em seu discurso, foi percebida pelo entrevistador uma intenção de se colocar em "modo de defesa". As respostas eram diretas e objetivas e deixavam perceptível que o(a) enfermeiro(a) estava em um estado de identificação forte com o local de trabalho e, naturalmente, como chefe do serviço, de proteção deste. A primeira impressão deste estado descrito foi quando, antes da entrevista, ele(a) perguntara se o entrevistador, também enfermeiro, já havia trabalhado em alguma unidade oncológica ou se tinha formação em oncologia para realizar este estudo. Após a resposta foi negativa, o entrevistador explicou que a motivação para a pesquisa não foi pela relação com a oncologia, mas com o tema do autocuidado no contexto da morte. Então a entrevista gravada foi iniciada. O conteúdo do discurso expõe uma pessoa envolvida no discurso de saúde hegemônico ligado a lutar pela vida, porém com uma sensibilidade interessante quanto ao trabalho com pacientes sem possibilidades terapêuticas. Parece entender que a vida não será salva a qualquer custo e que existe outro tipo de cuidado, além daquele que busca a cura. Apesar de nem sempre conseguir agir dessa forma, reflete, em sua fala, um profissional que procura pensar a sua prática.</p>			

Enfermeiro 06

Código	Idade	Tempo de Formado	Tempo de Trabalho com Hemato-oncologia
E6	Entre 40 e 50 anos	Entre 25 e 30 anos	Entre 20 e 25 anos
Observação do Pesquisador			
<p>A entrevista se deu no início do plantão de trabalho do(a) enfermeiro(a). Horário e local escolhidos por ele(a) para que a conversa se desenvolvesse sem atrapalhar os trabalhos na unidade. Entre algumas salas desocupadas, foi escolhida a mesma sala para as duas entrevistas anteriores a esta, sugerindo que ali era um local interessante para os profissionais falarem sobre a temática. É uma sala pequena, sala de atendimento individual às crianças com câncer para algum tipo de intervenção tecnologicamente simples. O(a) entrevistado(a) parece ser uma pessoa muito sensível às demandas psicológicas envolvidas no processo de trabalho do setor, apesar de não saber exatamente o que fazer com estas demandas quando chegam à sua responsabilidade. Uma pessoa com experiência grande de vivência no setor Oncológico, que não nega a necessidade de aproximação com a subjetividade do paciente e família, porém parece não conseguir lidar bem sozinha com essa dinâmica emocional. Agarra-se a uma filosofia de trabalho em grupo, ao mesmo tempo em que tem na sua</p>			

doutrina espiritual uma forma de lidar com essas demandas. A espiritualidade permeou boa parte das suas respostas, se relacionando com a questão do vínculo, da maturidade emocional, com as estratégias de enfrentamento individual, apoio ao familiar, etc.

Coleta e análise dos dados

Para que a coleta fosse iniciada, foi encaminhada cópia do projeto de pesquisa aos responsáveis pela unidade hemato-oncológica da instituição parceira deste estudo. Tendo sido julgado procedente pelos responsáveis, foi registrado na Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) (Anexo A) e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. Após parecer favorável pelo CEP (Anexo B), houve o primeiro contato com a unidade para o convite dos participantes. A fase de coleta das informações ocorreu no período de julho de 2015 a novembro de 2015, estando de acordo com o que foi proposto no projeto aprovado.

Foi realizada uma entrevista de aculturação, cuja finalidade é, segundo Turato (2011), "permitir ao pesquisador vivenciar seu processo de assimilação do modo de pensar daquela população-alvo, em cujo ambiente ficará imenso temporariamente." (p. 316). A estruturação do roteiro levou em consideração os seguintes tópicos norteadores relacionados a aspectos da Qualidade de Vida dos sujeitos e as vivências com o processo de morte no trabalho.

O instrumento utilizado para proceder com a coleta das informações dos participantes foi um roteiro de entrevista estruturado semidirigido (TURATO, 2011) para compreender as vivências de autocuidado dos enfermeiros, cujo trabalho é, dentre outros, a aproximação com o momento ou processo de morte dos pacientes internados na unidade de hemato-oncologia. Segundo Minayo (2010), este roteiro tem a função de delimitar as questões indispensáveis para a pesquisa durante a entrevista, orientando o pesquisador a estimular a fala do entrevistado acerca dos temas. Diante do objetivo de ter acesso às vivências subjetivas destes sujeitos, dar a ele o caminho para expressar sua experiência é fundamental para aprofundar aquilo que se deseja conhecer.

A estratégia utilizada para identificar a suficiência de informações dos participantes é a saturação teórica (FONTANELLA et al., 2011). Segundo os autores, a saturação teórica ocorre quando novos elementos e temáticas não mais são observados, de forma consistente, no campo de pesquisa para subsidiar a teorização desejada, havendo, portanto, interrupção no recrutamento de novos participantes.

Através de um prisma filosófico é possível se questionar a interrupção da série de entrevistas a partir da necessidade observada pelo investigador, visto que cada sujeito é único

em suas vivências e interpretações dos fenômenos. Dessa forma, até que ponto é possível afirmar que realmente houve uma saturação? Novas informações não poderiam ser acrescentadas por novas pessoas? É importante observar que este pensamento holístico e singular do ser humano pode seguir por um caminho de rigor científico se for utilizado de forma crua como crítica à estratégia de saturação teórica. Segundo Turato (2011), o principal objetivo da estratégia de saturação é a observância da repetição dos conteúdos correspondentes à questão norteadora da pesquisa, não sendo relevantes todos os detalhes referentes aos sujeitos, os quais naturalmente existirão:

[...] penso não ser pertinente, nem evidentemente útil, afirmar que o fenômeno de uma real saturação nunca ocorre [...]. Este raciocínio sempre comportaria mais uma entrevista, já que sempre se teria algo novo a ser visto e ouvido numa infindável fila de pessoas a serem estudadas. [...] esta posição cairia no rigorismo científico, já que o que está em jogo não é a ambição de abarcar o todo, mas o suficiente para atender à demanda de curiosidade científica (pp. 363-364).

Portanto, os participantes deste estudo foram incluídos pela decisão do investigador, até o momento em que este percebeu que existe informação suficiente para se trabalhar os objetivos propostos. Dessa forma, conseguiu-se organizar a abordagem ao entrevistado e a análise dos conteúdos que interessaram à proposta.

A entrevista realizada sob o prisma da pesquisa clínico-qualitativa evoca conceitos da fenomenologia e psicanálise, onde, utilizando-se do primeiro, ocorre observação do conteúdo manifesto do entrevistado e, sob a ótica do segundo, o conteúdo latente. Dessa forma, foi um encontro interpessoal estabelecido para obtenção de informações, levando-se em conta o "dito" *a priori* e o "não dito" *a posteriori* (TURATO, 2011). Foi assegurado o anonimato das entrevistas de forma a não expor os sujeitos a situações constrangedoras. Como preparação inicial dos dados, os discursos foram gravados em gravador digital e transcritos de forma literal imediatamente após a gravação. Tanto as transcrições quando os áudios foram armazenados em formato digital em computador de acesso exclusivo do pesquisador e assim foram trabalhos.

Para a observação destes fenômenos, foram consideradas todas as manifestações e ocasionalidades que envolveram os sujeitos, além dos silêncios e somatizações ocorridas durante os encontros. Como indicado por Turato (2011), a técnica utilizada para análises das entrevistas colhidas foi a análise de conteúdo, cuja ideia é transformar o estado bruto do

discurso em possíveis representações do seu conteúdo, com a finalidade de oferecer um significado.

Escolhida a técnica de análise de conteúdo, seguiu-se com a leitura flutuante das transcrições, uma referência ao conceito psicanalítico de "atenção flutuante", onde não se privilegia *a priori* qualquer elemento do discurso do sujeito e o permite expressar sua atividade inconsciente livremente (TURATO, 2011). A leitura flutuante é, pois, o exercício intuitivo de impregnação pelo conteúdo do texto, fazendo uma análise do implícito, contradições e o que foi silenciado.

Após a assimilação do material escrito, o pesquisador se preocupou com a categorização de tópicos emergentes, levando em conta critérios de relevância e repetição (TURATO, 2011). Pela grande quantidade de material para discussão, foi desenvolvida a estratégia de subcategorização, onde se colocou em destaque um tópico maior abrigando categorias menores, que, apesar de terem relevância particular e discussão própria, assumem papel de dependência temática com o tópico maior. Esta estratégia foi utilizada na construção do artigo 05 desta dissertação. Turato (2011) explica a proposta dos critérios utilizados para se construir categorias segundo a estratégia clínico-qualitativa:

Proponho que o processo de categorização, segundo diversos critérios possíveis, ocorra dentro de dois principais: o de repetição e o de relevância dos pontos constantes no discurso dos entrevistados. Impõe-se, neste momento, segundo o critério de repetição, a investigação que cada um deles tem em comum com os outros [...]. O outro critério, o da relevância, fugindo portanto a uma certa ortodoxia clássica da análise de conteúdo, trata-se de considerar um ponto falado sem que necessariamente apresente certa repetição no conjunto do material coletado [...], mas que, na ótica do pesquisador, constitui-se de uma fala rica em conteúdo[...] (p. 446).

Ambos os critérios foram seguidos para a construção das categorias que compõem os artigos originais desta dissertação. O nome das categorias foi definido após a operação de codificação do material, utilizando-se de duas partes: citação da fala de um participante e expressão explicativa do tema.

A validação externa foi feita mediante supervisão com o orientador desta investigação e grupo de pesquisa, bem como apresentação e debate dos resultados em eventos. Como última fase do processo de tratamento dos dados, foram construídos os artigos que compõem esta dissertação como forma de apresentação dos resultados (TURATO, 2011).

Considerações e aspectos éticos

Apesar de a epistemologia sustentar uma investigação, é importante que se reflita que esta ferramenta do saber não pode se desvincular do espaço ético, não pode ser resumida à descrição e seguimento de alguns caracteres normativo. Haja vista o direcionamento temático desta dissertação e, principalmente, a intenção de torná-lo reflexivo e crítico às relações dos sujeitos envolvidos, o autor enfatiza a necessidade de se conceituar a base ética a qual alicerçou toda esta investigação e que aqui deverá ser entendida.

O processo ético de pesquisa é o produto de uma análise crítica dos valores morais empreendidos, dando um significado à investigação para além do plano da lógica ou do método (RIOS, 2006). Se pudermos qualificar, então, a ciência como o olhar crítico que o pesquisador desenvolve sobre uma realidade, a ética na pesquisa seria, pois, a atitude crítica à própria ciência (LARROSA, 2003; RIOS, 2006). Nessa hierarquia de construtos, percebemos que sem a ética, o percurso científico se torna um aleatório formador de perguntas sem consistência em seus significados. Larrosa (2003) reflete que o sentido de uma investigação, sua finalidade, bem como as novas perguntas as quais ela se propõe a construir, só são alcançados quando o pesquisador guia sua epistemologia à luz da ética. É com esta iluminação pelo *ethos* que o pesquisador pode comunicar-se com outros saberes que envolvem a realidade e, finalmente, dar sentido a esta.

Nessa seara, o autor veio se perguntando ao longo da construção desta investigação: Qual o sentido desta pesquisa? Existe em seu horizonte a realização de um bem comum?

De fato, este estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora das pesquisas com seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos sujeitos, dando-lhes o tempo que fosse necessário para que cada um tenha completo entendimento do que seria feito, tendo, então, a liberdade de participar ou não da investigação. Para a fase de entrevistas, será acrescentado um termo de consentimento de gravação em áudio. Houve completo sigilo das informações coletadas, garantido pelo armazenamento dos questionários e gravações em espaço físico e digital de acesso restrito e uso exclusivo para esta pesquisa. A preservação da identidade dos sujeitos acompanhou todo o processo de investigação, bem como o suporte aos entrevistados diante dos riscos envolvidos na pesquisa, descritos no TCLE.

Ao discorrer sobre os benefícios da pesquisa, pretendeu-se ir além dos achados palpáveis. A prioridade benéfica desta investigação foi, antes de tudo, sensibilizar a subjetividade dos sujeitos, motivar a reflexão das suas práticas, profissionais e pessoais. Os

resultados que vieram a ser expostos ou subentendidos tinham o propósito de fortalecer o conhecimento dos indivíduos sobre si mesmo, ampliando o discurso e ação de enfrentamento de adversidades a uma prática reflexiva sobre elas. Este contexto geraria melhor relação dos sujeitos consigo mesmo, com o trabalho e, conseqüentemente, com sua qualidade de vida. Durante as entrevistas realizadas, foram observados, de fato, muitos momentos de reflexão sobre temas e situações que não estavam óbvias àqueles sujeitos. Questões sobre o falso controle sobre a vida e morte dos pacientes, bem como a necessidade de se refletir a sua prática para elaboração das angústias foram temas que mobilizaram os enfermeiros participantes deste estudo. Foram motivados a verbalizar a dificuldade de pensar e falar sobre isso, precisando que alguém fosse até eles e expusesse essas questões, como foi feito pelo pesquisador deste estudo e bem visto pelos pesquisados.

Este processo, apesar de ter buscado o completo benefício dos participantes, estava sujeito a riscos. Ao sensibilizá-los quanto ao discurso e reflexão sobre gerenciar o sofrimento alheio em seu trabalho com a morte, haveria o risco de desequilíbrio no manejo psicológico destas questões, de fato, angustiantes. Se elevado ou baixo risco, este trabalho não se propôs a julgar, visto que cada sujeito reagiria de acordo com seu arcabouço psíquico, no entanto, esteve presente nesta investigação a completa atenção aos que se sentissem afetados negativamente pelo delinear da pesquisa. Apesar de não ter havido necessidade de encaminhamentos, estava prevista e disponível a assistência gratuita, prestada pela CEIP (Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia), como descrito no TCLE.

No sentido de somar às normativas e, ainda, por trabalhar com (e não em) seres humanos, é que este trabalho se desenvolveu de forma ética, baseando-se nas questões supracitadas. Perguntas que guiam a eticidade mesmo sem respostas imediatas, visto que, como afirma Santos (2010), compreender verdadeiramente uma realidade nem sempre corresponde à ocupação do pesquisador em transformá-la para melhor.

Mas caminhar um percurso ético na ciência não é fazer perguntas sobre seu sentido? Não seria o fruto de uma visão crítica (ou reflexão ética) o questionamento? Esta dissertação foi, então, desenvolvida a fim de significar sua caminhada sobre questões, por vezes, ditas utópicas, como o bem comum, o respeito ao ser humano e a justiça nas ações, encorpando-se de princípios éticos. Refletindo, por fim, na íntegra, as palavras de Galeano (1994, p. 310): "Ela está no horizonte (...). Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para caminhar".

ARTIGO 01

Discurso da qualidade de vida na atitude profissional do enfermeiro¹

¹ Artigo formatado segundo normas da revista "Estudos de Psicologia (Natal)", Qualis A2. Cabe ressaltar que alguns dos artigos presentes nesta dissertação compreendem um número superior de laudas do que o permitido pelos periódicos aos quais se pretende submeter. Nesse sentido, entende-se que tais questões deverão ser retomadas após a apreciação da presente Banca de Defesa.

Resumo

A relevância desta reflexão parte do princípio que a qualidade de vida é um constructo subjetivo, multidimensional e que deve ser compreendido como tal pelos enfermeiros, enquanto importantes atores da educação em saúde. Este estudo propôs refletir sobre o processo histórico que gerou o atual discurso sobre qualidade de vida e sobre a postura dos enfermeiros diante deste discurso. O sentido atual que descreve a qualidade de vida está historicamente conectado a relações de poder de caráter normativo e moralizante. O enfermeiro tem um papel fundamental neste processo, pois, apesar das políticas ditarem protocolos de assistência, a reflexividade prática permite que as ações deste profissional se delineiem de forma ética. Para uma melhor prática em saúde, mais ética, reflexiva e fora dos padrões moralizantes do sistema de controle, o enfermeiro deve criar estratégias de desburocratização do seu cotidiano.

Palavras-chave: qualidade de vida; educação em saúde; normas de prática de enfermagem; enfermagem.

Abstract

The relevance of this reflection is based in the importance of the quality of live as a subjective and multidimensional concept, which must be understood as such by the nurses, as important agents of the health education. This study proposed reflect about the historical process that generated the current quality of life discourse and about the acts of the nurses in front of this discourse. The current means that describe quality of life is historically connected with normative and moralizing power relations. Nurse is an important agent in this situation, seen that, even though the policies dictate assistance protocols, practical reflexivity allows the ethical acts from this professionals. Nurse should be create strategies against the debureaucratization of the own routine for improve the health practice, disconnected of the moralizing standards of control system.

Keywords: quality of life; health education; nurse's practice patterns; nursing.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Discursar sobre qualidade de vida atualmente é um trabalho rotineiro na dinâmica profissional dos trabalhadores da saúde. Com o propósito de desenvolver práticas efetivas em saúde, estes profissionais despendem esforços numa busca constante por um ideal de hábitos saudáveis de vida, alimentação e estilos de viver, que, a princípio, serviriam para gerar bem-estar à população assistida. Entre estatísticas e conhecimentos acerca das doenças e agravos não transmissíveis, os estilos de vida, a alimentação e o sedentarismo começam a ser marcados como determinantes a serem combatidos (Andrade, Toledo, Lopes, Carmo & Lopes, 2012). O enfermeiro adentra nesta seara como um importante ator das políticas em prol da qualidade de vida, visto que a educação em saúde preventiva é uma importante e comum ferramenta do seu trabalho (Colomé & Oliveira, 2012).

As ações educativas em saúde são utilizadas pela enfermagem em contextos envolvendo o indivíduo, focando em desenvolvimento singular do sujeito, ou a coletividade, no controle de riscos e agravos às comunidades. Este é um trabalho que exige o conhecimento da realidade do sujeito, seus desejos, suas necessidades e as da sua comunidade, para que as ações gerem resultados em prol da qualidade de vida do indivíduo e do coletivo (Souza, Wegner & Gorini, 2007).

No entanto, há de se refletir sobre este processo de trabalho, no sentido de viabilizar um melhor entendimento sobre o que, de fato, gera saúde neste discurso e o que, na verdade, está tornando este processo ineficaz. Por que alguns indivíduos simplesmente não seguem as regras de uma alimentação saudável ou tem tamanha dificuldade em programar, em sua rotina, um estilo de vida saudável, em prol da qualidade de vida? Será interessante, *a priori*, refletir historicamente sobre esses conceitos.

A genealogia das discussões sobre o conceito de qualidade de vida está densamente relacionada às mudanças econômicas, ambientais, sociais e na saúde dos sujeitos, ocorridas ao

longo dos anos, principalmente no século XX (Fleck, 2000). Este conceito, então, foi sendo desenvolvido e reproduzido, tornando-se um indicador a ser avaliado nas diversas esferas da vida (Ramos, 2009; Seidl & Zannon, 2004). As múltiplas dimensões, deveras subjetivas, foram sendo racionalizadas a fim de se poder mensurar, instrumentalizar e intervir de forma mais concreta. Em contraponto ao modelo biomédico, o qual observa o ser humano prioritariamente sobre o caráter biopatológico, Reis (1992) reflete sobre a subjetividade e sua importante função na manutenção da qualidade nas diversas dimensões da vida:

A capacidade de construção de significações permite ao ser humano transcender os seus processos meramente biológicos e criar ideias, antecipações, sentimentos, emoções e ações, que colocam problemas às ciências humanas, que não se colocam quando se estudam seres vivos não humanos. As dimensões biológica, psicológica e social não estão, pois, separadas, mas integradas, sendo o ser humano uma totalidade biopsicossocial (p.153).

Essa abordagem subjetiva, admitida no cenário contemporâneo, sofreu mudanças importantes, necessitando de uma análise histórica para o entendimento da sua significância atual. O que se tem visto na contemporaneidade é uma ampla utilização desse conceito e uma consequente indeterminação do seu significado (Gimenes, 2013). Uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) revelou que, em pouco mais de 10 anos, as publicações científicas acerca da qualidade de vida duplicaram, porém sem maiores mudanças nas recomendações de ação e, talvez, uma possível liquidez do seu significado possa ser percebida diante disso.

A relevância desta reflexão parte do princípio que a qualidade de vida é um constructo subjetivo, multidimensional e que deve ser compreendido como tal pelos enfermeiros, enquanto importantes atores da educação em saúde. Embora a literatura documente tantas

questões acerca desta temática, pouco se discute criticamente sobre a postura do profissional enfermeiro, que se utiliza do discurso sobre hábitos saudáveis de vida para gerenciar o cuidado dos sujeitos (Colomé & Oliveira, 2012).

Convergindo estes pontos, percebe-se uma relação entre o percurso histórico do discurso sobre qualidade de vida e a postura dos profissionais de saúde na propagação deste discurso, bem como na implementação de ações baseadas neste. E o que seria de uma ação, sem uma reflexão crítica sobre o seu sentido? Talvez um tecnicismo, incompatível com uma postura ética profissional. Neste sentido, importa a este estudo definir duas categorias de reflexão: o processo histórico que gerou o atual discurso sobre qualidade de vida; e a postura dos enfermeiros diante deste discurso, enquanto atores das políticas de saúde.

RESULTADO

O processo histórico do discurso sobre qualidade de vida

O sentido que atualmente é utilizado para descrever qualidade de vida atravessou um caminho conjunto com os sentidos de saúde e bem-estar, através de contextos históricos diversos, até culminar na contemporaneidade (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). Um sentido o qual recebeu - e ainda recebe - influências de contextos sociopolíticos importantes e que esta reflexão pretende desvelar.

O que se percebe é a utilização de um conceito ampliado de qualidade de vida, sendo mais bem aceito pela comunidade científica e política global, facilitando, assim, estratégias científicas e estatais com fins de desenvolvimento humano e social. A outra face deste caminho é relacionada ao risco de banalização da discussão acerca da temática, a partir de ideais ditados pelo poder do Estado (Minayo, Hartz & Buss, 2000). Duas direções distintas de um mesmo caminho. É uma observação sugestiva para o pensamento de que não aparenta ser prudente a crítica crua ao caminho em si, ou seja, a crítica à ampliação do conceito e

avaliação da qualidade de vida, mas certamente parece importante o entendimento, sim, das motivações históricas que delineiam ambas as direções.

Porém, esta literatura, a qual relata a qualidade de vida como conceito de relação mutualística com a saúde, provém da literatura médica, construída a partir do início do século XX (Seidl & Zannon, 2004). Como era seu discurso antes das pretensões médicas ocidentais?

Na tradicional filosofia oriental, a qual se refere às dimensões da vida de forma cíclica e não linear, trabalha-se com a integração entre filosofia, sociedade, saúde, educação e ambiente. Quando um destes pilares desequilibrava, inexoravelmente os demais eram afetados, trazendo os conceitos de bom ou mal, positivo ou negativo delineando-se nas mesmas estruturas sociais, representados pelo Yin e Yang. O equilíbrio destas forças, as quais mantinham o ciclo vital estável, em um estado de nutrição e controle mútuo, gerava qualidade à vida do sujeito e, conseqüentemente, à sociedade na qual ele estava inserido (Kawakame & Miyadahira, 2005). Este pensamento se desdobrou pelo oriente e se encontrou no ocidente na visão Aristotélica de felicidade como fruto das atividades íntegras da alma. Ações, pensamentos e omissões que trariam satisfação com a vida, tornando o indivíduo realizado, ou seja, desenvolvendo sua qualidade de vida (Kawakame & Miyadahira, 2005; Pereira et al., 2012).

Alguns eventos históricos ao longo dos séculos, onde coexistiram distintas visões acerca de qual direção dever-se-ia seguir no caminho à qualidade de vida, permitem sintonizar a atenção, agora, para o final do século XVIII. Neste período, o Estado ocidental ansiava por estratégias de riqueza aos seus cofres, com planejamentos e ações políticas voltadas à priorização da produtividade (Osborne, 2005). Para fins de produção, pensou-se em abastecer a população de motivações e condições para se trabalhar. Em uma sociedade onde o trabalho intelectual produzia estratégia e o trabalho braçal produzia riqueza, o controle sobre a saúde da população se torna a estratégia política mais eficaz (Foucault, 2008a). O caminho era tão

simples quanto objetivo: o povo que está doente ou morrendo não é um potencial produtivo. As direções deste caminho refletiam, de um lado, o massivo combate às causas de morbimortalidade na sociedade e, por outro, a saúde tornou-se uma problemática populacional de governo, prescritiva e autoritária (Foucault, 2008a; Foucault, 2008b).

O objetivo principal desta relação de poder do Estado sobre os corpos sociais a partir do final do século XVIII é descrita por Gimenes (2013):

Se no poder soberano, a morte era o momento de maior exercício de poder, na modernidade a morte passa a ser justamente o momento de fuga de qualquer poder. Dessa maneira, o governo assume como função política investir sobre a vida, para fazer viver o máximo possível (p.296).

De certo, o conceito de uma sociedade saudável modificou-se, passando a ser regida pela lógica quantitativa dos anos vividos (Rose, 2007). O governo utiliza-se, então, de estratégias de vigilância, inserindo normas na vida social dos sujeitos, construindo um regime disciplinar, onde a qualidade de vida era planejada para o âmbito coletivo. A singularidade do indivíduo estava em risco (Foucault, 2008a). Desenvolvem-se, então, os pressupostos da epidemiologia, construindo uma gestão de vigilância às doenças e agravos de grupos populacionais. A saúde, portanto, até o fim do século XIX, era promovida através de políticas de controle e ataque à incidência e prevalência de doenças de grupos. Baixa morbidade, baixa mortalidade, estimativa de vida da população em crescimento: este era o cenário saudável idealizado para aquela sociedade (Gimenes, 2013). Seria ele definitivamente eficaz? Esta análise histórica permite pensar que não completamente.

Avança-se ao final do século XIX, onde algo mudou nas estratégias de intervenção do Estado. O exacerbado olhar coletivo sobre as populações não enxergavam os anseios individuais dos sujeitos nelas inseridos. Percebeu-se, então, que as estratégias

epidemiológicas de intervenção não conseguiram abarcar grande parte dos problemas de saúde de foro individual. Um problema para o estado, que perdia recursos humanos produtivos (Osborne, 2005). Estava em tempo de atualizar o regime disciplinar coletivo para um regime de controle individual. Neste regime de poder, que se desenvolveu até meados do século XX, a ferramenta utilizada era a lógica do risco (Deleuze, 1992):

Nas sociedades de disciplina não se parava de recomeçar (da escola à caserna, da caserna à fábrica), enquanto nas sociedades de controle nunca se termina nada, a empresa, a formação, o serviço sendo os estados metaestáveis e coexistentes de uma mesma modulação, como que de um deformador universal (p.3).

Disciplinar atitudes sociais não mais seria função do Estado, mas cada indivíduo tornar-se-ia controlador de si e do outro para, então, manter-se saudável, feliz e produtivo. Essa noção de bem-estar e estilo de vida, segundo Gimenes (2013), foi decisiva para o desenvolvimento do que viria a ser chamado contemporaneamente de Qualidade de Vida.

Rapidamente, avançando à segunda metade do século XX e culminando em uma nova resignificação do entendimento sobre saúde, um novo caminho se delineia, com duas direções distintas. De um lado, a sociedade de controle foi desenvolvida e a saúde resgata doentes potenciais e sujeitos a risco. Deleuze (1992) grifa esta situação de “medicina sem médico nem doente” (p.6). Por outro lado, observa-se que, com a possibilidade do indivíduo se autoavaliar quanto ao seu estado de saúde, foi possível admitir fatores subjetivos à análise de uma condição saudável de vida Gimenes (2013).

Eis que surge nesse contexto, através da Organização Mundial da Saúde, o conceito de saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez. Em conjunto, reflete-se o conceito de qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores

em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Seidl & Zannon, 2004; The WHOQOL Group, 1995).

Postura do Enfermeiro e desafios em prol da qualidade de vida

O contexto histórico da epidemiologia a partir de meados do século XIX, citado enquanto evento histórico na reflexão anterior, recebeu grande influência da enfermagem, pela qual foram sendo construídos instrumentos, estratégias e métodos de cuidado, baseados na epidemiologia, em combate a morbimortalidade (Gimenes, 2013). O período de guerras ao longo do século XIX abriu o espaço para que as enfermeiras desenvolvessem ações epidemiológicas para atenção humanizada aos soldados feridos, em contraponto às estratégias médicas de descarte humano belicamente improdutivo (Costa, Padilha, Amante, Costa & Bock, 2009). Essa prática, inclusive, foi fundamental para firmar a enfermagem como prática profissional autônoma e de ciência própria.

Portanto, as duas direções descritas no capítulo anterior - o regime controlador em busca de maior produtividade e o sujeito em busca de melhor qualidade de vida dentro de sua singularidade - culminam no nicho da saúde ocupacional (Vasconcelos, 2001). Ambas podem ser observadas no setor de trabalho em saúde, onde estão presentes as relações entre pressões organizacionais por capacidade produtiva e a gestão singular do bem-estar pelo próprio trabalhador (Ramos, 2009). Neste setor, a subjetividade do enfermeiro recebe diferentes demandas através dos tipos de trabalho realizados, tendo a vida e a morte sempre como fontes de reflexões desafiadoras em suas práticas (Borges & Mendes, 2012). Nesse contexto surge a problematização: O que acontece neste gerenciamento diário e quais os desafios que interferem nas ações de enfermagem em prol da qualidade de vida?

O enfermeiro da era moderna, no processo de se firmar como profissional entre os séculos XIX e XX, desenvolveu uma ciência até então observada como secundária e ineficaz: o Saber-Cuidar (Silva et al., 2009). Uma ciência holística, a qual se utiliza de teorias e

práticas de cuidado para construção de modelos de atendimento e gerenciamento, com comprometimento político, cultural e social para com o outro. Entretanto, no contexto contemporâneo o que se notou foi a utilização deste saber de forma deturpada. Em prol da sistematização do cuidado, o processo de trabalho foi enrijecido, a equipe de enfermagem foi hierarquizada e a tomada de decisões burocratizada. Gradativamente, as práticas de cuidado do enfermeiro iam se adequando ao regime de controle, transformando-o de promotor da política em ator da polícia de saúde (Gimenes, 2013; Silva et al., 2009). E como esta prática controladora se refletia nas ações em saúde e promoção da qualidade de vida?

Para iniciar a reflexão sobre uma resposta a essa questão, cabe expor o estudo de Toledo, Abreu e Lopes (2013), quanto à adesão a hábitos saudáveis de vida por usuários dos serviços de saúde, no Brasil. Em seu estudo, eles observaram que cerca de metade dos usuários dos serviços aderiram a algum tipo de orientação dos profissionais da saúde para a melhora dos hábitos de vida. Avaliando posteriormente as respostas dos usuários, visualizaram-se, novamente, duas direções - como esta reflexão vem constantemente observando: De um lado, houve associação à melhora, por parte da população aderente, na disposição às atividades diárias e autoestima; Por outro lado, os que não aderiram expuseram barreiras como dificuldades para mudar de hábitos e falta de condições financeiras.

Portanto, a primeira direção exposta - as respostas positivas - permite refletir que, de fato, as ações em saúde generalizadas atingem grande parte da população de forma prática, objetiva e eficaz, prevenindo agravos à saúde e promovendo qualidade e autoestima. A outra direção, porém, encaminha-se a uma reflexão crítica a esta prática. As dificuldades percebidas pelos usuários a não aderência às orientações gerais dos profissionais fogem do controle individual de resolução, tornando-se uma prática ineficaz a estes e, de certa forma, iníqua. Esse quadro de não adesão expõe uma dificuldade das políticas de saúde em acionar a subjetividade singular de metade da população estudada. Esse público, porém, não foi ouvido

ou direcionado à outra política singular de ação pública, mas, sim, identificado como "de risco" por não se adequar a um perfil idealizado como saudável. Percebe-se, portanto, a contradição na lógica do controle (Toledo et al., 2013), onde se propõe eliminar barreiras com um discurso de padronização de estratégias propostas:

O contexto sociodemográfico de baixa renda e escolaridade contribui para a percepção e existência de tais barreiras para adesão, haja vista serem esses fatores dificultantes à adoção de comportamentos mais saudáveis. Ressalta-se, portanto, que essas características não são incomuns entre usuários de serviços de atenção primária, devendo ser consideradas no desenvolvimento de ações de saúde, visando favorecer a adesão dos usuários às estratégias propostas (p.545).

A educação em saúde é utilizada pelo enfermeiro contemporâneo como uma ferramenta das mais importantes em suas ações. De fato, a literatura demonstra que é um trabalho fundamental para incentivar a promoção e proteção à saúde dos sujeitos e das comunidades, bem como na promoção da qualidade de vida (Barros, Carneiro & Santos, 2011; Souza et al., 2007). Os caminhos e direções desta seara, aqui refletidos, permitem questionar sobre o moralismo dos conceitos de educação em saúde, veiculados como uma meta absoluta, não mais como um modo singular de viver. Observa-se, portanto, que os conceitos de saúde e qualidade de vida, inseridos nas políticas públicas, tornam-se questionáveis ao se notar a moralização destes por parte dos profissionais de saúde.

O enfermeiro deve buscar as ferramentas da educação em saúde para promover o cuidado humanizado, porém sem perder sua capacidade reflexiva, enquanto sujeito ético (Foucault, 2006; Gonçalves, 2012). Essa ética permitirá a reflexão sobre a não utilização das práticas em saúde baseadas em normatizações, ferindo as práticas de liberdade dos sujeitos e

os culpabilizando, com o discurso de que a saúde pode sempre ser melhor do que é. Do contrário, utilizar dos conceitos de qualidade de vida e saúde para sensibilizar a construção da liberdade individual, possibilitando que o sujeito perceba modos próprios, singulares e possíveis de se viver com qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões construídas em relação às estratégias de promoção em saúde precisam ser desenvolvidas a partir de uma visão do coletivo e do indivíduo. Priorizar quaisquer das direções em detrimento da outra provoca um viés no caminho percorrido em prol da qualidade de vida dos sujeitos enquanto usuários dos serviços de saúde. Os profissionais de saúde mantêm um papel fundamental neste processo, pois, apesar das políticas ditarem protocolos de assistência, a autonomia profissional e a reflexividade prática permitem que as ações destes profissionais se delineiem de forma ética. Dentre estes profissionais, cuja função é integrar o ser humano enquanto ser social e singular, encontra-se o enfermeiro.

As diretrizes para a saúde, atualmente, estão conectadas a relações de poder normativas e moralizantes, de onde as práticas de educação em saúde precisam estar distantes. Os usuários dos serviços de saúde percebem sua qualidade de vida de acordo com a identidade que possuem com sua comunidade, bem como de acordo com sua singularidade. É um ponto reflexivo que precisa estar presente na rotina diária dos enfermeiros, que lidam diretamente com a coordenação das estratégias de governo. A mudança nos estilos de vida deve ser feita de forma consciente e singular, construída a partir das escutas interpessoais sem ferir a liberdade de resistência dos sujeitos envolvidos.

Para uma melhor prática em saúde, mais ética, reflexiva e fora dos padrões moralizantes do sistema de controle, o enfermeiro deve criar estratégias de desburocratização do seu cotidiano. Dessa forma, os problemas ou condições precárias do sistema de saúde terão menor

interferência no processo de trabalho em prol da construção de hábitos saudáveis de vida à população de forma integrativa, humanizada e singular.

REFERÊNCIAS

- Andrade, K. A., Toledo, M. T. T., Lopes, M. S., Carmo, G. E. S., & Lopes, A. C. S. (2012). Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1117-1124. doi: 10.1590/S0080-62342012000500012
- Barros, A. L. B. L., Carneiro, C. S., & Santos, V. B. (2011). A educação em saúde: um campo de atuação clínica e de pesquisa na enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(2), VII-VIII. doi: 10.1590/S0103-21002011000200001
- Borges, M. S., & Mendes, N. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 324-331. doi: 10.1590/S0034-71672012000200019
- Colomé, J. S., & Oliveira, D. L. L. C. (2012). Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(1), 177-184. doi: 10.1590/S0104-07072012000100020.
- Costa, R., Padilha, M. I., Amante, L. N., Costa, E., & Bock, L. F. (2009). O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(4), 661-669. doi: 10.1590/S0104-07072009000400007.
- Deleuze, G. (1992) *Post-scriptum Sobre as Sociedades de Controle*. Rio de Janeiro: Conversações.
- Fleck, M. P. A. (2000). The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38. doi: 10.1590/S1413-81232000000100004.

- Foucault, M. (2006). *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2008a). *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008b). *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Gimenes, G.F. (2013). Uses And Meanings Of Quality Of Life In The Contemporary Discourse On Health. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(2), 291-318. doi: 10.1590/S1981-77462013000200003.
- Gonçalves, D.L.C. (2012). *Foucault: Da resistência ao poder à prática refletida da liberdade* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina).
- Kawakame, P. M. G., & Miyadahira, A. M. K. (2005). Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 164-172. doi: 10.1590/S0080-62342005000200006.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. doi: 10.1590/S1413-81232000000100002.
- Osborne, T. (2005). *Of Health and Statecraft*. In: A. Petersen, & R. Bunton. (Orgs.), *Foucault, Health and Medicine* (pp. 173 - 188). Nova York: Routledge.
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. doi: 10.1590/S1807-55092012000200007.
- Ramos, E. L. (2009). *A Qualidade de Vida no Trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de Terapia Intensiva* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).

- Reis, J. (1992). Autonomia conceitual das pessoas nos processos de saúde e doença: desafios epistemológicos e metodológicos para a psicologia da saúde e para os cuidados de saúde. *Psychologica*, 8, 137-169.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself*. Nottingham: Theory, Culture & Society.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200027.
- Silva, I. J., Oliveira, M. F. V., Silva, S. E. D., Polaro, S. H. I., Radünz, V., Santos, E. K. A., & Santana, M. E. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 697-703. doi: 10.1590/S0080-62342009000300028.
- Souza, L. M., Wegner, W., & Gorini, M. I. P. C. (2007). Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(2), 337-343. doi: 10.1590/S0104-11692007000200022.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K.
- Toledo, M. T. T., Abreu, M. N., & Lopes, A. C. S. (2013). Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 47(3), 540-548. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047003936.
- Vasconcelos, A. (2001). Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 8(1), 23-35.

ARTIGO 02**Ética, sofrimento moral e autocuidado: interrelações na assistência de enfermagem²**

² Artigo formatado segundo normas da revista "Estudos de Psicologia (Natal)", Qualis A2, para posterior submissão.

Resumo

Trata-se de um estudo teórico reflexivo, cujo objetivo é refletir sobre as problemáticas éticas no trabalho do enfermeiro e o autocuidado diante do sofrimento moral, oriundo dos embates éticos laborais. Acredita-se que este estudo possa contribuir com a reflexão sobre ética, sofrimento moral e autocuidado e ressaltar sua importância para a prática e formação dos enfermeiros. A existência de vários conflitos éticos na prática profissional está relacionada com a organização do trabalho, humanização da assistência e formação profissional. No sofrimento moral, o profissional sente-se cooptado a agir de maneira eticamente incorreta, gerando sensações como frustração, culpa ou impotência. As estratégias discutidas pelos autores partem da educação da ética em saúde e o aprimoramento das relações interdisciplinares dentro do ambiente hospitalar, motivando o entendimento do enfermeiro enquanto agente moral.

Palavras-chave: bioética; estresse psicológico; enfermagem.

Abstract

This is a theoretical and reflective study, whose purpose is to reflect about the ethical issues in nurse work and about self-care before the moral distress, derived from the labor ethical conflicts. This study may contribute to the discussion about ethics, moral distress and self-care, emphasizing the importance of these for practice and training of nurses. The existence of several ethical conflicts in professional practice is related to the work organization, assistance humanization process and nurse training. In the moral distress process, the professional feels co-opted to act ethically incorrectly, generating feelings such as frustration, guilt or helplessness. The strategies discussed by the authors include ethics in health care education and improvement of interdisciplinary relations in the hospital environment, encouraging the understanding of nurse as a moral agent.

Keywords: bioethics; psychological stress; nursing.

INTRODUÇÃO

O enfermeiro da era moderna, ao desenvolver a ciência do saber-cuidar, refletia dedicação ao paciente (Kruse, 2006; Silva et al., 2009). O desenvolvimento desta prática gerou, no contexto contemporâneo, uma realidade deturpada no que diz respeito à sistematização do cuidado. Em prol dessa sistematização, o processo de trabalho assistencial foi enrijecido, a equipe de enfermagem foi hierarquizada e as tomadas de decisão burocratizadas.

Gradativamente, as práticas de cuidado do enfermeiro iam se adequando a um regime controlador, divergente da visão holística e humanizada, as quais embasaram o seu desenvolvimento, destacando-se nesse contexto o trabalho hospitalar (Bernardes & Quinhones, 2009; Gimenes, 2013; Kruse, 2006; Silva et al., 2009). É dentro deste sistema, o qual exige do enfermeiro uma postura controladora, que ocorre um embate ético entre sua prática - sistematizada, hierarquizada e produtivista - e suas teorias de cuidado de cunho humanizado. O problema em questão é que, ao trabalhar voltado para a técnica e produtividade, o enfermeiro afasta-se do cuidado humanizado, defendido no discurso construído em sua formação. É gerado, então, um conflito entre as necessidades da organização, processos de trabalho e o exercício profissional preconizado pelas teorias do cuidado, gerando embates éticos. Evidencia-se, portanto, a necessidade de um posicionamento reflexivo por parte dos enfermeiros, ao se depararem com questões éticas na sua prática hospitalar, a fim de se preservarem e se manterem no processo de trabalho de forma crítica e não mecanizados (Foucault, 2008; Gimenes, 2013).

Entretanto, esta autorreflexão no cotidiano laboral do enfermeiro encontra dificuldades. Os conflitos éticos da rotina de trabalho hospitalar propiciam angústias e frustrações, gerando sofrimento moral do profissional (Carnevale, 2009). Essas dificuldades têm características singulares a cada pessoa, gerando dúvidas, inclusive, nas estratégias para sua mensuração e

discussão sobre o que é, de fato, fonte de sofrimento moral para um indivíduo (Barlem, Lunardi, Lunardi, Dalmolin & Tomaschewski, 2012; Carnevale, 2009). No entanto, percebe-se que essas fontes de sofrimento têm influência do trabalho hospitalar, gerador de conflitos éticos e desgaste psicológico, os quais sustentam o engajamento moral do sujeito, gerando sofrimento.

A ética é entendida como uma arte de viver uma relação sólida consigo mesmo, dando forma ao modo de vida singular de um indivíduo, em oposição à adoção de modelos padronizados de verdades com relação a si. Dessa forma, a ação ética propicia uma melhor forma de se relacionar consigo mesmo e, conseqüentemente, um melhor cuidado ao outro (Foucault, 2006; Galvão, 2014). Portanto, considera-se ético o indivíduo de relação reflexiva sobre si, na medida em que este *ethos* é também uma maneira de relacionar-se com outro. O conflito ético tende a desgastar estas relações, exigindo do indivíduo um constante cuidado consigo, a fim de gerenciar os conflitos e controlar ou eliminar os possíveis desgastes (Wendhausen & Rivera, 2005).

Nesse sentido, outro ponto influente no processo reflexivo laboral é relacionado à formação ética do enfermeiro e à sua própria história enquanto profissional dedicado à defesa do paciente. Tal perspectiva direciona o foco do profissional para a sua responsabilidade em dedicar-se ao seu cliente, possivelmente turvando o reconhecimento do direito, da autopermissão para cuidar de si mesmo (Carnevale, 2013). Partindo desta razão, é prudente observar e entender o autocuidado destes profissionais, não como prática prescrita, mas como uma construção reflexiva de si.

A relevância deste estudo é destacada na medida em que, embora a literatura documente o sofrimento moral na prática clínica e suas conseqüências no processo de trabalho, são observadas poucas reflexões acerca do autocuidado frente aos conflitos éticos e como forma de resistir ao sofrimento moral. O enfermeiro percebe-se como um profissional

promotor do reestabelecimento da saúde, de práticas que valorizam o autocuidado dos pacientes, ao ponto de criar sistemas complexos de gerenciamento educacional e de incapacidades (Silva et al., 2009). Mas em que momento deste processo ele se coloca como gerente de si mesmo? Como administrador das suas próprias incapacidades?

A discussão converge, novamente, ao ponto da autorresponsabilização do indivíduo, agora contemplado no discurso do autocuidado. O sistema controlador da saúde, na figura da instituição hospitalar, volve suas amarras ao enfermeiro, que, descredita a sua capacidade de priorizar o cuidar de si, defasando o seu senso de ação ética sobre a sua realidade. E o que lhe resta se lhe falta a reflexão diante de um conflito iminente? Um enfrentamento duvidoso, talvez. Nesse sentido, convém definir duas categorias para a reflexão: as problemáticas éticas no trabalho do enfermeiro; e o autocuidado diante do sofrimento moral, oriundo dos embates éticos laborais.

RESULTADOS

As problemáticas éticas no trabalho do enfermeiro

Os trabalhadores de enfermagem, principalmente no âmbito hospitalar, representam uma das maiores forças de trabalho da saúde. De acordo com Lago e Codo (2010), as ocupações relativas a serviços humanos ou da área da saúde apresentam alta probabilidade de se tornarem estressores emocionais e interpessoais. Além disso, a organização do trabalho da enfermagem é influenciada pela fragmentação, ritmo acelerado, excesso e complexidade das ações executadas (Madeira, 2010).

Ao longo do tempo o trabalho de enfermagem foi profissionalizado e alocado em instituições de saúde, quer primárias, secundárias ou terciárias. O advento da tecnologia e do modelo de capital hegemônico transformou a saúde em um bem a ser consumido e os

trabalhadores, por vezes, se encontram enredados por este meio. Sobre isso, destacam Lunardi, Filho, Schwengber e Silva. (2010):

Grande parte dos trabalhadores da saúde sob a influência do modo hegemônico de produção vem sendo envolvida por um círculo vicioso em seus processos de trabalho. Eles desenvolvem rotinas extenuantes, realizando ações automatizadas e mecânicas, desfavorecendo as relações interpessoais tanto na produção quanto em um viver mais humanizado e saudável (p.74).

A fragmentação dos serviços de enfermagem em grande parte das instituições de saúde, de acordo com Lunardi et al. (2010), faz com que o trabalhador deixe de se sentir como parte de uma rede, o que vem influenciar a maneira como se relaciona consigo, com os outros e a responsabilidade e comprometimento com a promoção da saúde e o cuidado da vida. Para os autores, a fragmentação dos serviços de enfermagem e, conseqüentemente, do ser humano, dificulta as ações de cuidado dos usuários e também dos próprios trabalhadores e gestores. A divisão do trabalho e das pessoas em partes a serem tratadas, gera conflitos e insatisfação com o atendimento recebido e prestado. Além disso, deixa de ter como finalidade principal do trabalho a integralidade do cuidado às pessoas, perpetuando um modelo mecanicista e ignorando a singularidade dos ser humano (Lunardi et al., 2010).

Nesta perspectiva, não é difícil imaginar que o profissional enfermeiro vá se sentir enclausurado. De um lado, o desejo de fazer o trabalho de maneira humanizada, adequado às normas técnicas e dentro dos princípios éticos e, de outro, a necessidade de seguir as normas da organização do trabalho, a produtividade, a rotina extenuante e a desvalorização das relações interpessoais. A frustração do profissional tende a se acentuar, mas na maioria das vezes o trabalhador persiste na sua rotina, talvez por necessidade de ganho salarial, ou por

esperança de que futuramente algo possa mudar. O certo é que o trabalho, cada vez mais fragmentado e individualizado, deteriora o relacionamento e a união da equipe, dificultando o enfrentamento das questões éticas presentes no cotidiano do trabalho do enfermeiro no hospital.

Nessa perspectiva, um bom exemplo é a atuação da equipe frente ao paciente na terminalidade da vida, onde o profissional deixa de fazer o trabalho como gostaria por receio de questões éticas e legais. Para Silva, Quintana e Nietzsche (2012) o quesito legal, relacionado ao exercício da profissão é o maior temor no contexto da terminalidade de vida. Como resultado, são omitidas algumas informações nos prontuários, as quais são, tão somente, transmitidas de maneira verbal entre os membros da equipe.

Os profissionais mantêm receios no que se refere às repercussões éticas e/ou legais em relação aos seus registros e, apesar de se discutir o sofrimento do paciente e da família, não se comenta abertamente sobre o sofrimento da própria equipe, ainda que este seja evidente. Contudo, a falta de clareza na lei brasileira sobre as ações profissionais diante de um paciente em processo de morte, impede que os doentes tenham uma morte digna e contribui para que os profissionais instituam terapias inúteis, com a intenção de não sofrerem aborrecimento legal, ético, moral, religioso ou pessoal (Silva et al., 2012). Este contexto conduz à obstinação terapêutica, onde o receio de repercussões éticas e a solicitação de familiares por medidas extraordinárias, na tentativa de curar a morte, impedem a restrição da terapêutica ou a retirada de terapias fúteis.

Para Vasconcelos et al. (2013), ao respeitar os preceitos éticos o profissional valoriza o princípio da beneficência e não maleficência através da humanização do cuidado. Porém, como manter-se nesses princípios diante das necessidades da organização do trabalho e seu anseio por produtividade? Esta é uma questão que surge na rotina de muitos profissionais, ao tentarem desenvolver um trabalho ético.

Complementando esta questão, Medeiros, Pereira, Silva & Silva (2012), escrevem que a partir da transgressão dos valores éticos surge a desumanização, a desmoralização do homem e a decadência da pessoa, que se transforma em objeto. Para o autor, a humanização da assistência requer profissionais éticos, pois é a ética que garante a humanização da assistência. Não apenas a ética dos códigos profissionais, mas a ética advinda da tomada de consciência e da vivência de valores fundamentados numa reflexão profunda acerca do individual e do coletivo, para que, se descobrindo como sujeito de valor, seja capaz de defender o valor do outro em sua prática.

Outro princípio ético importante é o da autonomia. Para Vasconcelos et al. (2013), o diálogo é o elemento essencial para que o paciente e sua família compreendam a terapêutica, podendo assim decidir e colaborar ativamente com as ações de cuidado e autocuidado que as envolvem. Já o princípio da justiça evidencia-se no compromisso em realizar uma assistência igualitária, de respeito à dignidade humana, importante no contexto dos pacientes fora das possibilidades de cura, que se encontram, em geral, em sofrimento, vivenciando o processo da hospitalização.

Neste contexto, considerando a atuação do enfermeiro em nível hospitalar, uma questão que seguidamente desperta reflexões éticas é reanimar ou não reanimar pacientes terminais em parada cardiorrespiratória. Para França, Rego e Nunes (2010), a ordem de não reanimar encontra legitimidade ética nos princípios da beneficência e não maleficência, bem como da autonomia, quando a pessoa está envolvida na tomada de decisão ou manifesta livremente seu desejo. Esta decisão deve envolver todos que efetivamente cuidam do paciente terminal e primordialmente a vontade do paciente que deve ser respeitada sempre que possível. É responsabilidade da equipe de saúde proporcionar uma morte digna, com o maior conforto possível e no tempo certo, sem atrasá-la indevidamente (França et al., 2010; Medeiros et al., 2012). Destacar os aspectos éticos é essencial a todos que atuam na assistência, pois o

pensamento crítico e reflexivo nas tomadas de decisões implica os profissionais frente a seus colegas, pacientes e familiares (Bordignon et al., 2011).

Outro aspecto ético que deve ser posto em discussão é o direito a privacidade. Para Soares e Dall’Agnol (2011), a privacidade do paciente é uma obrigação ético-legal que deve ser respeitada nas comunicações orais, escritas e na relação entre a equipe, paciente e familiar. Contudo, considerando a superlotação de grande parte dos hospitais públicos do país, a privacidade, o tempo para o diálogo, o estabelecimento de vínculos com o paciente ou seus familiares e mesmo o tempo para fazer os registros de forma adequada, parecem cada vez mais distantes da realidade do trabalho do enfermeiro.

Ao prestar os cuidados sem ter tempo e local adequado o paciente acaba se tornando objeto de cuidados técnicos, por vezes desumanos, é excluído da tomada de decisões sobre seu próprio corpo e sua própria vida. Corroborando com este cenário, Soares e Dall’Agnol (2011), escrevem:

É por meio do corpo que o ser humano relaciona-se com o mundo. Ele é o núcleo da ação moral, no entanto, devido a fatores relacionados ao ambiente físico e à cultura institucional, por vezes, o paciente é desrespeitado em sua privacidade e dignidade (p. 688).

Ao enfermeiro cabe a difícil tarefa de resgatar os preceitos éticos e trabalhar para a efetiva autonomia dos pacientes, embora seja essa uma tarefa difícil e exaustiva. Reconhecer questões éticas é um passo simples, porém importante, pois muitas vezes não são percebidos os problemas, os conflitos e as dúvidas, resultando na indiferença, que passa a pautar as atitudes do enfermeiro. Segundo Vargas et al. (2013), a ação do enfermeiro na prática profissional deve ser embasada na reflexão ética, já que o agir ético contempla conhecimentos práticos, técnicos e teóricos. Isto se torna essencial quando o trabalho é marcado por

contingência de possuírem ou não tecnologia, estrutura física e recursos humanos necessários para manter a vida deste paciente, gerando dilemas éticos, no confronto do que a enfermagem considera ideal e o que de fato é a realidade. De acordo com Silveira e Berti (2011);

É possível que muitas das questões bioéticas relacionadas ao cuidado possam estar sendo negligenciadas em decorrência da constante preocupação com o cumprimento de prescrições de cuidado por um número deficitário de profissionais, gerando a mecanização do trabalho e a alienação dos profissionais em relação ao objeto do seu trabalho e, por conseguinte, concorrendo para a desmotivação, a insatisfação e o adoecimento (p. 15).

Somado a isto, não é incomum que os enfermeiros sejam vistos como insensíveis, pois direcionam o assistir priorizando o biológico e a dimensão mecanicista do cuidado. Esse contexto também está associado à complexidade da assistência e ao aporte tecnológico de materiais e equipamentos que o profissional tem de dar conta, principalmente na atenção ao paciente crítico (Bordignon et al., 2011).

Paralelo a esta realidade, mesmo quando não é o enfermeiro o agente de cuidados, este deve estar atento, principalmente quando se considera a assistência prestada a idosos. Para Almeida e Aguiar (2011), não é incomum surgirem relatos de agressão e negligência da parte de membros da equipe e de cuidadores informais contratados por familiares e às vezes por parte dos próprios familiares. Para as autoras, há situações onde a família discorda da alta do paciente por não sentir-se preparada para cuidar do idoso dependente. Existem, ainda, situações onde ela se exime da responsabilidade legal pelo cuidado. No outro extremo, temos

as famílias que superprotegem o idoso, limitando sua autonomia e liberdade, aumentando a dependência e gerando uma sobrecarga desnecessária à família (Almeida & Aguiar, 2011).

Outra questão ética importante atrelada ao cuidado ao idoso é a seleção de pacientes mais jovens e com "viabilidade de cura" para ocuparem os leitos de UTI, nos casos onde há número de vagas insuficientes para todos que necessitam. Para Almeida e Aguiar (2011), embora este possa ser um dos critérios, ele não é - e nem pode ser - o único. Para Medeiros et al. (2012), os enfermeiros demonstram uma ética cujos valores vitais e espirituais orientam a utilização dos recursos materiais, o que os torna capazes de direcionar o uso da tecnologia de maneira justa, devendo contribuir na toma de decisões nas equipes transdisciplinares.

Problemas bioéticos como a violação dos direitos do paciente e dos direitos do idoso, conflitos nas relações que permeiam o cuidado e na seleção de pacientes para a UTI, estão presentes no cotidiano. Mesmo que a situação dos hospitais públicos brasileiros submeta os profissionais de saúde a longas jornadas de trabalho, falta de leitos e recursos humanos ou material insuficiente, é possível lutar por melhores condições de trabalho, o que certamente contribuirá para a humanização do cuidado (Almeida & Aguiar, 2011).

As discussões éticas e bioéticas ainda são precárias na formação do enfermeiro, sendo o senso comum ainda muito utilizado nas suas atividades junto ao paciente hospitalizado. Sua preocupação remete principalmente ao resguardo da privacidade dos pacientes, à escuta sensível, mas deixa diversas lacunas onde o saber ético e bioético poderia ser associado, evidenciando a necessidade de aprofundamento teórico-conceitual (Bordignon et al., 2011; Rodrigues et al., 2014).

Encontrar um caminho que permita ao enfermeiro ser ético na sua assistência, tendo capacidade ou motivação para refletir sobre sua prática, podendo fazer enfrentamentos junto à organização do trabalho e aos processos de trabalho, passa pela sua formação ética e política. É essencial que a ética do cuidado seja mais difundida nas instituições de ensino, com vistas a

formar profissionais capacitados a cuidar da vida daquele que morre e não apenas prolongar o tempo de morrer (Santana et al., 2013). É necessária uma valorização e ampliação das discussões éticas durante o processo de formação, facilitando o enfrentamento dos problemas éticos e que enfatizasse o papel do enfermeiro como coordenador da sua equipe, sensível, atento e comprometido com tais questões (Bordignon et al., 2011).

A par de todos estes dilemas éticos até então citados, é inevitável que se levante um questionamento a cerca do sofrimento moral presente no dia a dia da assistência hospitalar e que inúmeras vezes passa despercebido. Assim, o seguinte capítulo abordará o sofrimento moral e as atitudes de autocuidado que o enfermeiro lança mão para tornar seu trabalho possível e resistir ao sofrimento.

Sufrimento moral, reflexões éticas e autocuidado

Os conflitos éticos afetam o sistema de valores e normas de um grupo social, sendo este sistema denominado de moral. A enfermagem fundamenta sua ética na percepção dos conflitos e gerenciamento destes, sendo, historicamente, uma profissão que se apropriou de conceitos como compromisso, senso de dever e julgamento. Assim sendo, o desejo de promover o cuidado ao paciente é resignificado, por este profissional, como uma responsabilidade moral. É gerado, então, um dilema moral sempre que a decisão de um enfermeiro sobre uma ação de sua responsabilidade recaia sobre paradoxos de valores ou curse com a escolha entre ações incompatíveis (Jameton, 1984; Lunardi et al., 2010).

Os conflitos e dilemas morais, gerados pelas questões éticas discutidas no capítulo anterior, são potencialmente fontes de sofrimento ao enfermeiro, pois criam um ambiente profissional desfavorável à reflexão e ação ética. Carnevale (2013) observa que, não raramente, os sinais e sintomas de sofrimento dos enfermeiros são considerados apenas incapacidades pessoais em lidar com a situação de conflito, podendo ser solucionados por estratégias de enfrentamento específicas. Porém, o autor reflete que pode haver, também, a

importante influência do ambiente profissional, o qual constantemente impede que as ações dos enfermeiros sejam baseadas em seus próprios princípios éticos. O resultado é uma prática onde o profissional, apesar de saber o que é certo ou errado, sente-se cooptado a agir de maneira eticamente incorreta (Carnevale, 2013; Jameton, 1984). Este conflituoso paradoxo, que cursa com sensações como frustração, culpa ou impotência, é denominado de sofrimento moral.

Ainda que, há décadas, a enfermagem já exerça autonomia legal e a competência técnica e científica para suas práticas de cuidado, as raízes do sofrimento moral entre os profissionais de enfermagem estão intimamente ligadas à sua história, baseada em autossacrifício, subserviência e deveres. Essa marca histórica provoca um sub-reconhecimento da complexidade das suas práticas e, conseqüentemente, uma subvalorização do profissional (Carnevale, 2013; Lamb & Storch, 2012). Em paralelo, o discurso biomédico ao longo da história disciplinava e formava a estrutura das instituições e o comportamento de muitas profissões da saúde. Nesse contexto, a enfermagem era configurada pelo sistema biomédico e docilizada pela Igreja, como a profissão que cuidaria dos doentes e organizaria o espaço hospitalar. A reflexão de Padilha, Sobral, Leite, Peres & Araújo (1997) exprime bem as características formadas na origem da prática do cuidado:

A enfermeira foi se configurando como o detalhe branco e silencioso, presente e indispensável, distante e impessoal, contida e contendo, obediente e servil - mulher ocupando o espaço público para o trabalho, mas ainda privada da liberdade de ser, fazer e sentir como desejasse (p.31).

Percebe-se, então, que esta privação da liberdade de agir e a ação fora do padrão disciplinado e servil são percebidas hoje na prática da enfermagem. Embora, atualmente, as relações tendam a uma prática interdisciplinar, ainda é possível observar enfermeiros sem a

devida noção dos seus direitos ante aos deveres, bem como a formação superior sendo estruturada em acordo ao modelo biomédico, como, talvez, uma forma de se equiparar à prática médica, historicamente hegemônica (Padilha et al., 1997; Pires, 2009).

O reconhecimento das práticas e saberes da enfermagem já estão mais bem difundidos atualmente, entretanto, as marcas históricas permanecem na prática de alguns profissionais e na gestão do trabalho de algumas instituições. A própria organização do trabalho da equipe de enfermagem já permite evidenciar um contrassenso no discurso do cuidado integral, visto que é uma equipe fragmentada entre técnicos, auxiliares e o enfermeiro, reforçando a hierarquização do trabalho manual e intelectual (Matos & Pires, 2009; Oro & Matos, 2013).

Interseccionando a cultura disciplinar histórica das instituições de saúde, à origem autorrestritiva e servil da enfermagem e, ainda, à fragmentação do seu processo de trabalho, é possível pôr a hipótese de que estão estes fatores relacionados à dificuldade do exercício do poder pelo enfermeiro. Essa dificuldade influencia as tomadas de decisão, fazendo com que os enfermeiros planejem ou executem ações muitas vezes divergentes aos seus valores, em negação ao seu conhecimento e ética (Dalmolin, Lunardi, Lunardi, Barlem & Silveira, 2014). Pode-se entender como poder a relação entre forças que se afrontam, neste caso, no contexto da prática hospitalar da enfermagem. O que caracteriza o estado de poder é a instabilidade na correlação dessas forças devido às desigualdades de relações (Foucault, 2008). Dessa forma, os enfermeiros experienciam o sofrimento por dificuldades de exercer poder da instabilidade de forças, causada pela baixa autonomia, restrição de recursos e sobrecarga de responsabilidades (Dalmolin et al., 2014; Huffman & Rittenmeyer, 2012).

Não obstante, como disse Foucault (1999), "onde há poder, há resistências" (p. 91). Como seria possível ao enfermeiro, então, adequar-se ou reagir a este sistema gerador de sofrimento moral constante? Como seria possível resistir?

Alguns autores defendem a ideia de se adequar o ambiente profissional a fim de minimizar os fatores externos que influenciam no sofrimento moral do profissional (Hardingham, 2004; Lunardi et al., 2010). Nessa perspectiva, a educação permanente em saúde do trabalhador se torna um ponto chave. Os autores defendem programas de educação e ética com foco nos serviços de enfermagem, sendo moldados a depender da filosofia institucional e do tipo de trabalho realizado. De fato, abordar temas éticos do cotidiano profissional de difícil manejo talvez forneça subsídios para uma melhor prevenção da integridade moral do enfermeiro diante das relações de poder (Aiken, 1994; Lunardi et al., 2010). Ainda sob a ótica da educação em saúde, é sabido que grande parte das dificuldades profissionais em lidar com questões éticas tem origem na formação insuficiente neste quesito. Nesse sentido, propor estratégias que contemplem a interação, não apenas técnico-científica, mas éticas e bioéticas são esperançosas. A integração entre estudantes e profissionais no campo de prática poderá, ainda, fortalecer a relação interdisciplinar com outros profissionais envolvidos no processo de trabalho, potencial gerador de sofrimento ao enfermeiro (Gutierrez, 2005; Lunardi et al., 2010).

Porém, ao enriquecer a literatura de enfrentamento dos enfermeiros ao sofrimento moral, Carnevale (2013) reflete que as regras deontológicas dos códigos de ética profissional não são suficientes para intervir na raiz das questões morais e éticas do enfermeiro. Apesar de importantes instrumentos de conduta profissional, são limitados em aprofundar nos dilemas enfrentados pelos profissionais, os quais envolvem questões de justo ou injusto, bom ou mal, sendo necessário que o enfermeiro seja reconhecido como agente moral. Para o autor, os enfermeiros, bem como as pessoas em geral, não tomam decisões baseadas apenas nos seus próprios interesses, mas recebem influência do contexto sociopolítico - que delinea os caminhos possíveis a seguir - e da sua rede de relações, na qual se percebe que os interesses

dos outros também são importantes. Esta linha de pensamento ético descreve o enfermeiro enquanto agente moral.

Neste sentido, como garantir eticamente a qualidade da assistência de enfermagem ao identificar problemas que comprometam a saúde e segurança do paciente e familiar?

Uma das ferramentas fundamentais para o reconhecimento dos enfermeiros enquanto agentes morais é a atenção ao que o enfermeiro verbaliza em sua prática. Por um lado, a instituição deve dar ouvidos às questões expressas pelo enfermeiro e toda a equipe de enfermagem, haja vista que este profissional não carece de conhecimento de causa, mas de reconhecimento de sua importância no setor saúde. Por outro lado, o enfermeiro deve se reconhecer enquanto profissional que tem voz ativa no ambiente de trabalho, criando estratégias para que suas deliberações ou sugestões sejam ouvidas, principalmente quando interferem diretamente na resolução ou prevenção dos problemas identificados ou previstos (Carnevale, 2013).

De fato, esta estratégia é eficaz quando se pensa na necessidade de comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional, na execução de ações que exigem colaboração interdisciplinar. Quando se entende o outro ao passo que o próprio enfermeiro se faz entender, aperfeiçoa-se o processo de comunicação, pois através desse entendimento mútuo há maior possibilidade de se construir coletivamente o processo de cuidado (Broca & Ferreira, 2012). Neste contexto e agregando valor às estratégias de educação permanente, afirmadas anteriormente, a educação em saúde voltada à comunicação dos profissionais de enfermagem desde sua formação inicial ao acompanhamento das práticas hospitalares deve ser motivada (Barra, Waterkemper, Kempfer, Carraro & Radünz, 2010; Broca & Ferreira, 2012).

Carnevale (2013) refere-se, portanto, a uma responsabilidade compartilhada, ao se tratar de sofrimento moral e de estratégias de agenciamento moral dos enfermeiros, facilitando, assim, a prática do cuidado humanizado e a qualidade de vida no trabalho destes profissionais:

No entanto, a responsabilidade pela resolução dos problemas moralmente angustiantes não deve ser posta totalmente sobre os ombros dos enfermeiros. Embora os enfermeiros devam aprender a potencializar sua capacidade de identificar e agir diante dos problemas morais, os ambientes de prática também precisam desenvolver estruturas e processos para a prevenção e resolução de tais problemas (p. 37).

Dessa forma, além de um embate ético, um enfrentamento político precisa ser feito. A conquista de espaço nas relações profissionais e interdisciplinares necessita ser buscado, para que o enfermeiro tenha vez e voz nas decisões éticas de seu cotidiano laboral, tanto frente à equipe de enfermagem e multiprofissional, quanto à instituição hospitalar. Também, a organização do trabalho e seus processos devem ser pensados para que o paciente seja o centro nas tomadas de decisões e não o aspecto econômico. A ética na assistência extrapola o âmbito hospitalar, haja vista a carência de recursos financeiros e de profissionais em diversos hospitais brasileiros. Assim, é compreensível que o enfermeiro, ao se deparar com condições adversas de trabalho, reflita sobre as políticas de estado, os investimentos em saúde e os interesses privados e corporativos, que há tempos fazem parte do cotidiano do trabalhador de enfermagem, quem eles percebam ou não.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos éticos são inerentes à profissão do enfermeiro, na sua prática os conflitos vão estar presentes em diversas situações. É importante que cada profissional possa

reconhecê-las e refletir sobre a sua postura e da sua equipe, e para isso, é fundamental que sua formação tenha contemplado os saberes da ética e da bioética. Questões como a frustração frente à limitação das condições de cuidado, a desumanização da assistência em face da divisão de tarefas, o cuidado na terminalidade da vida, a assistência ao idoso, as relações entre a equipe e família, entre tantas outras situações geradoras de conflitos éticos, fazem parte do cotidiano laboral e precisam ser pensadas desde a formação até no dia-a-dia da prática.

O sofrimento moral é o desequilíbrio desta tentativa de se trabalhar eticamente com conflitos. O enfermeiro assume este risco constantemente, visto a gama frequente de dilemas a serem solucionados, os quais, de forma não rara, desagradam alguma das partes envolvidas. O ambiente hospitalar é um campo de trabalho com uma rede de conflitos éticos importante, necessitando que o enfermeiro crie estratégias de reflexão sobre suas ações e sobre as questões sociopolíticas envolvidas nas tomadas de decisão.

As estratégias descritas como eficazes neste estudo partem do princípio da corresponsabilização de ações entre o profissional enfermeiro e a instituição, visto que o sofrimento moral parte mais de uma problemática de ambiente de trabalho do que de uma imaturidade emocional do profissional. Não se trata, pois, de aplicar apenas estratégias de enfrentamento, visto que o sofrimento moral não envolve apenas a relação entre demanda de estresse e controle sobre este. As demandas do sofrimento moral perpassam pelos campos abstratos da ética e da moral, sendo influenciado não apenas pela vontade e conhecimento do profissional, mas pelo ambiente estrutural, legal, social e político no qual este está inserido.

Neste sentido, as estratégias da educação da ética em saúde e o aprimoramento das relações interdisciplinares dentro do ambiente hospitalar se mostraram eficazes entre os autores que discutem sofrimento moral. Por fim, motiva-se o entendimento do enfermeiro enquanto agente moral, ou seja, aquele que se reconhece e se faz reconhecer enquanto sujeito de ação política, influenciado naturalmente pelo contexto sociopolítico no qual está inserido,

não apenas por decisão própria. Elimina-se, assim, a autorresponsabilização do profissional e divide-se o peso das questões éticas entre toda a equipe e a instituição. Para tanto, as estratégias de comunicação entre a enfermagem e a equipe de saúde se tornam fundamentais. Amplia-se, portanto, a educação em saúde voltada à comunicação dos profissionais de enfermagem desde sua formação inicial, para que a sua prática, cercada por inexoráveis dilemas, seja perpassada com risco reduzido de sofrimento de cunho físico, psíquico ou moral.

REFERÊNCIAS

- Aiken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care*, 32(8), 771-787.
- Almeida, A. B. A., & Aguiar, M. G. G. (2011). O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. *Revista Bioética (Impressa)*, 19(1), 197-217.
- Barlem, E. L. D., Lunardi, V. L., Lunardi, G. L., Dalmolin, G. L., & Tomaschewski, J. G. (2012). Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 681-688. doi: 10.1590/S0080-62342012000300021
- Barra, D. C. C., Waterkemper, R., Kempfer, S. S., Carraro, T. E., & Radünz, V. (2010). Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 203-208. doi: 10.1590/S0034-71672010000200006.
- Bernardes, A. G., & Quinhones, D. G. (2009). Práticas de cuidado e produção de saúde: Formas de governamentalidade e alteridade. *Psico*, 40(2), 153-161.
- Bordignon, S. S., Lunardi, V. L., Dalmolin, G. L., Tomaschewski, J. G., Filho, W. D. L., Barlem, E. L. D., & Zacarias, C. C. (2011). Questões éticas do cotidiano profissional e a formação do enfermeiro. *Revista Enfermagem UERJ*, 19(1), 94-99.

- Broca, P. V., & Ferreira, M. A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 97-103. doi: 10.1590/S0034-71672012000100014
- Carnevale, F. A. (2009). A Conceptual and Moral Analysis of Suffering. *Nursing Ethics*, 16(2), 174-183.
- Carnevale, F. A. (2013). Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 33-38. doi: 10.1590/S0034-71672013000700004
- Dalmolin, G. L., Lunardi, V. L., Lunardi, G. L., Barlem, E. L. D., & Silveira, R. S. (2014). Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 521-529. doi: 10.1590/S0080-623420140000300019.
- Foucault, M. (1999). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2006). *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- França, D., Rego, G., & Nunes, R. (2010). Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. *Revista Bioética*, 18(2), 469-481.
- Galvão, B. A. (2014). A ética em Michel Foucault: Do cuidado de si à estética da existência. *Intuitio*, 7(1), 157-168.
- Gimenes, G. F. (2013). Uses And Meanings Of Quality Of Life In The Contemporary Discourse On Health. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(2), 291-318. doi: 10.1590/S1981-77462013000200003.
- Gutierrez, K. M. (2005) Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229-241.

- Hardingham, L. B. (2004). Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy*, 5(1), 127-134.
- Huffman, D. M., & Rittenmeyer, L. (2012). How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 24(1), 91-100.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kruse, M. H. L. (2006). Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(spe), 403-410. doi: 10.1590/S0034-71672006000700004.
- Lago, K., & Codo, W. (2010). *Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis: Vozes.
- Lamb, M., & Storch, J. L. (2012). *A historical perspective on nursing and nursing ethics*. In: J. L. Storch, P. Rodney, & R. Starzomski (Org.), *Toward a moral horizon: nursing ethics for leadership and practice* (pp. 20-40). Toronto: Pearson Education.
- Lara, S. R., & Berti, H. W. (2011). Dimensão ética do gerenciamento em enfermagem. *CuidArte Enfermagem*, 5(1), 7-15.
- Lunardi, V. L., Filho, W. D. L., Schwengber, A. I., & Silva, C. R. A. (2010). Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. *Enfermagem em Foco*, 1(2), 73-76.
- Madeira, N. V. (2010). Interface dos riscos psicossociais e estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem: revisão da literatura. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental*, 2(spe), 405-409.
- Matos, E., & Pires, D. E. P. (2009). Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(2), 338-346. doi: 10.1590/S0104-07072009000200018.

- Medeiros, M. B., Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., & Silva, M. A. (2012). Dilemas éticos em UTI: contribuições da Teoria dos Valores de Max Scheler. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 276-284. doi: 10.1590/S0034-71672012000200012.
- Oro, J., & Matos, E. (2013). Possibilidades e limites de organização do trabalho de enfermagem no modelo de cuidados integrais em instituição hospitalar. *Texto e Contexto Enfermagem*, 22(2), 500-508. doi: 10.1590/S0104-07072013000200028.
- Padilha, M., Sobral, V., Leite, L., Peres, M., & Araújo, A. (1997). Enfermeira: a construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos do início do século. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(4), 25-33. doi: 10.1590/S0104-11691997000400004.
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739-744. doi: 10.1590/S0034-71672009000500015.
- Rodrigues, B., Pacheco, S., Dias, M., Cabral, J., Luz, G., & Silva, T. (2014). Perspectiva ética no cuidar em enfermagem pediátrica: visão dos enfermeiros. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(6), 743-747.
- Santana, J. C. B., Santos, A. V., Silva, B. R., Oliveira, D. C. A., Caminha, E. M., Peres, F. S., Andrade, C. C. D., & Viana, M. B. O. (2013). Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Revista Bioética (Impressa)*, 21 (2), 298-307. doi: 10.1590/S1983-80422013000200013.
- Silva, I. J., Oliveira, M. F. V., Silva, S. E. D., Polaro, S. H. I., Radünz, V., Santos, E. K. A., & Santana, M. E. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 697-703. doi: 10.1590/S0080-62342009000300028.

- Silva, K. C. O., Quintana, A. M., & Nietzsche, E. A. (2012). Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: Perspectiva de médicos e enfermeiros. *Escola Anna Nery (impresso)*, 16(4), 697-703. doi: 10.1590/S1414-81452012000400008.
- Soares, N. V., & Dall’Agnol, C. M. (2011). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 683-688. doi: 10.1590/S0103-21002011000500014.
- Vargas, M. A. O., Ramos, F. R. S., Schneider, D. G., Schneider, N., Santos, A. C., & Leal, S. M. C. (2013). Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 119-125. doi: 10.1590/S1983-14472013000100015.
- Vasconcelos, M. F., Costa, S. F. G., Lopes, M. E. L., Abrão, F. M. S., Batista, P. S. S., & Oliveira, R. C. (2013). Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2559-2566. doi: 10.1590/S1413-81232013000900010.
- Wendhausen, A. L. P., & Rivera, S. (2005). O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(1), 111-119.

ARTIGO 03**Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa³**

³ Artigo formatado segundo normas da revista "Estudos de Psicologia (Natal)", Qualis A2, para posterior submissão.

Resumo

Objetivo: realizar uma metassíntese das pesquisas qualitativas dos últimos cinco anos acerca das vivências hospitalares do Enfermeiro frente à morte e o processo de morrer, com foco nos fatores que facilitam e dificultam sua atuação. Método: realizada revisão sistemática da literatura em maio de 2014, na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores Enfermagem, Atitude frente à morte e Enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida, em português. Foram encontrados 170 artigos e selecionados 23 artigos, publicados nos últimos cinco anos. Resultados: identificou-se grande parte dos fatores estressores são advindos da atuação do Enfermeiro junto aos familiares de pacientes terminais. Os fatores facilitadores são subjetivos, relacionados à religiosidade, resistência profissional e comunicação efetiva. Conclusão: houve predomínio de fatores dificultantes e reações de sofrimento dos Enfermeiros. Os fatores facilitadores foram observados como fontes de motivação para a construção de um processo de trabalho menos desgastante e mais produtivo. Palavras-chave: enfermagem; atitude frente à morte; enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Palavras-chave: enfermagem; atitude frente à morte; enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Abstract

The aim of this study was to develop a qualitative meta-synthesis about the experiences of nurses in the dying process. It focuses on factors that facilitate and complicate the work of the nurses. A systematic revision of the literature, which used the Virtual Health Library database, was conducted in May of 2014. The descriptors utilized were Nursing, Attitude to Death and Hospices and Palliative Care Nursing, written in Portuguese. One hundred and seventy papers were found and twenty-three papers were selected, published in the last 5 years. The most distressful factors arose from the nurse's work with the families of dying patients. Factors that facilitate the process are subjective, related to religiousness, professional resistance and effective communication. Concluding, there was predominance of the distress factors and the suffering reactions of nurses. However, facilitating factors were observed as sources of motivation for developing a work process, less suffering and more productivity.

Keywords: nursing; attitude to death; hospice and palliative care nursing.

INTRODUÇÃO

O significado da morte tem variado não apenas de acordo com a época na qual é discutido, mas também por contextos sociais, históricos e culturais distintos. Dessa forma, pode-se observar que os modos de vida de uma sociedade refletem a forma como esta significa a morte.

Na idade média, o homem mantinha aguçada sua capacidade de perceber sinais naturais ou convicções íntimas de sua própria morte. Nesta sociedade, a morte era domada e sem espaço para negações do seu reconhecimento. O medo era de não conseguir identificar estes sinais e, então, morrer solitário. Os profissionais não se preocupavam em retardar o momento da morte, mas preparar o moribundo e a família para a partida, como se esta tratasse apenas de uma mudança de lar (Ariés, 2003; Veras & Moreira, 2012).

A partir do século XVIII, a morte já tem um teor mais dramático, com sentimentos saudosistas e dolorosos da perda. As atitudes diante da morte sofrem mudanças e o luto se torna mais exagerado, sendo que o sentimento de negação e vergonha diante do processo de morte confere a ela o caráter de interdita ou velada. Ao longo do século XIX e XX, o hospital passa a ser o local ideal para se morrer, tornando-se um fenômeno meramente técnico, em uma tentativa de esvaziar sua carga dramática. A morte do sujeito já não mais lhe pertence, nem à família, mas aos médicos que decidem quando, como e onde morrer (Ariés, 2003; Carvalho et al., 2006).

Ao término da década de 1960, iniciou-se um movimento para se construir estratégias de cuidado integral ao paciente sem possibilidades de cura, por meio do trabalho da enfermeira inglesa Cecily Saunders (Borges & Mendes, 2012). Estes movimentos pró-humanização da morte refletem a resistência aos excessos de poder da instituição médica que realizava uma assistência que inibia a autonomia do enfermo. Esta nova filosofia de trabalho foi sendo desenvolvida, necessitando de uma mudança na forma como o profissional de saúde

perceberia o processo de morrer. Modifica-se, portanto, a forma com que o mesmo digere emocionalmente todas as questões éticas envolvidas neste processo (Borges & Mendes, 2012; Santos & Bueno, 2010).

Após décadas das proposições de mudanças do modelo contemporâneo do morrer, observa-se que, durante seu processo formativo, o profissional de saúde, normalmente, não recebe treinamento suficiente para acompanhar processo de morrer. Isso é observado, em especial, nos Enfermeiros, visto que convivem direta e periodicamente com o binômio vida/morte e são cobrados a manterem uma postura firme e quase insensível (Santos & Bueno, 2010). Assim, quando se verifica a falência dos meios habituais de tratamento e o indivíduo se aproxima da morte, dificilmente os Enfermeiros estão preparados para o cuidado de si mesmo, bem como das famílias envolvidas.

A vivência do enfermeiro com a morte é potencializadora de sofrimento, especialmente quando o profissional não desenvolve estratégias pessoais ou profissionais. Essa dificuldade no processo de trabalho se reflete diretamente na qualidade da atenção prestada, gerando sofrimento. Por outro lado, ao desenvolver práticas que lhe permitam entender ou processar este contexto adverso como um fator de resistência, o profissional pode construir um terreno fértil para o seu crescimento profissional e pessoal (Borges & Mendes, 2012).

A partir desta realidade objetiva-se, nesse estudo, realizar uma metassíntese das pesquisas qualitativas dos últimos cinco anos acerca das vivências hospitalares do Enfermeiro frente à morte e o processo de morrer, com foco nos fatores que facilitam e dificultam sua atuação. Acredita-se que o levantamento bibliográfico de aspectos facilitadores e dificultantes no trabalho com a morte poderá viabilizar a reflexão acerca de suportes e demandas laborais e pessoais do Enfermeiro.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura sendo um tipo de investigação que disponibiliza um resumo das evidências através da aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, da apreciação crítica e da síntese das informações. A pesquisa bibliográfica eletrônica foi realizada utilizando como fonte de busca as bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), acessados em maio de 2014. Utilizou-se da associação dos descritores Enfermagem e Atitude frente à morte em uma primeira busca, e, posteriormente, Enfermagem e Enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Os critérios de inclusão contemplaram artigos completos com descritores em português, publicados nos últimos cinco anos (entre 2009 e 2014), os quais abordavam as percepções e vivências hospitalares de Enfermeiros frente à morte e o processo de morrer. Os critérios de exclusão descartaram textos científicos que não se caracterizam como artigos originais qualitativos ou com deficiência na descrição metodológica.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra, sendo sistematizadas suas principais características. Inicialmente foram construídas três tabelas, sendo que a primeira tabela continha a identificação dos artigos selecionados, a segunda continha os dados relativos aos métodos utilizados em cada pesquisa e a terceira, a análise propriamente dita dos dados obtidos.

A análise dos dados deu-se a partir da análise sistemática, a qual compreende a metassíntese qualitativa. Esta é definida como a integração interpretativa de achados qualitativos com metodologias diversas, possibilitando a integração dos achados e oferecendo uma nova interpretação dos resultados (Sandelowski, Docherty & Emden, 1997).

Para compor os resultados desta metassíntese optou-se por uma visão integrativa dos resultados, seguindo a sequência metodológica: 1) Metamétodo, onde foi realizada uma análise dos percursos metodológicos adotados em cada estudo e de suas consequências para a perspectiva lançada sobre o problema investigado; 2) Meta-análise dos dados, onde foi

realizada a análise das análises, confrontando as interpretações realizadas pelos autores, reinterpretando os dados à luz dos achados dos demais estudos que compuseram o universo bibliográfico investigado. Após a descrição dos resultados oriundos da metassíntese, realizou-se a discussão das informações, destacando-se as principais implicações das análises realizadas para o contexto científico e assistencial.

RESULTADOS

Foram encontrados 119 artigos para os descritores associados Enfermagem e Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida e 51 artigos para os descritores associados Enfermagem e Atitude Frente à Morte, totalizando 170 artigos. Identificando os artigos que apareciam em mais de uma base de dados, excluiu-se 35 artigos da primeira associação de descritores e 15 da segunda. Os 120 artigos restantes foram avaliados quanto ao título e resumo, verificando-se a aproximação destes com o tema. Destes, 46 artigos foram selecionados e 74 foram descartados por não preencherem os critérios de inclusão. Após a análise na íntegra quanto à pertinência do tema, foram identificados 23 artigos aptos a integrarem-se ao estudo.

Os artigos eliminados, em sua maioria, correspondiam à vivência de auxiliares e técnicos de enfermagem e/ou abordavam o tema na perspectiva de pacientes e familiares. As revistas contempladas foram: Escola Anna Nery, Ciência & Saúde Coletiva, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Cuidado Fundamental Online, Revista de Eletrônica de Enfermagem, Revista Bioética, Revista Escola de enfermagem USP e Revista Rene.

Metamétodo

A coleta e análise de dados utilizados dependeram da perspectiva metodológica de cada estudo, dos objetivos e do referencial teórico utilizado por cada autor. O método de coleta de dados mais frequentemente encontrado nos artigos foi a entrevista semiestruturada (sete) que consiste em um instrumento que possibilita a revelação da fala sob condições estruturais, de sistemas de valores e

normas (Minayo, 2010). Ainda, três estudos associaram a observação participante à entrevista. Outros métodos utilizados foram o da Pesquisa Fenomenológica (quatro), das Representações Sociais (dois), Arco de Juan Charles Magueres (dois), Grupo Focal (dois), pesquisa narrativa (um) e incidente crítico (um).

Na análise dos dados, nove estudos fizeram uso da Análise de Conteúdo de Bardin, que visa a obtenção sistemática de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens das falas (Bardin, 2007). O segundo método mais utilizado foi a Análise Temática de Minayo, com cinco estudos, sendo uma técnica da análise de conteúdo que consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação (Minayo, 2010). Também apareceram as técnicas do Discurso do Sujeito Coletivo (um), Estrutura do Fenômeno Estruturado (um), Pedagogia Problematicadora de Paulo Freire (um), Análise Fenomenológica (dois) e Teoria das Representações Sociais (dois) e um estudo não especificou a metodologia de análise dos dados.

Embora existam diferentes formas de coleta, análise e interpretação dos dados, os resultados obtidos podem influenciar o caminho do conhecimento e auxiliar na tomada de decisões sobre a temática estudada (Lopes & Fracolli, 2008).

Meta-análise dos dados qualitativos

Os dados que emergiram foram agrupados em dois grupos. O primeiro faz referência às características facilitadoras deste processo e o segundo às dificuldades encontradas por Enfermeiros na sua atuação profissional frente à morte e o processo de morrer.

Fatores que facilitam a atuação dos Enfermeiros

Os trabalhos analisados demonstram menor observância dos fatores facilitadores do trabalho do Enfermeiro em comparação aos fatores dificultantes. No entanto, é certo que os achados sistematizados dos aspectos positivos são importantes no processo de motivação e sustentação do profissional neste lócus de trabalho. A primeira categoria observada foi

referente à importância da comunicação como fonte promotora de boas relações com a equipe de enfermagem, o paciente e a família.

O humor foi usado como ferramenta comunicativa entre a equipe de trabalho, na forma de riso e comentários nos momentos de integração do grupo de trabalho. Para os instantes de atenção ao paciente, é destacado nos estudos que as habilidades de comunicação abordando o processo de morte são necessárias enquanto instrumento para identificação da fase de luto na qual o paciente está inserido. Dessa forma, consegue-se desenvolver um cuidado integral mais efetivo. Em relação à família, a comunicação se torna fundamental no sentido de manter a boa relação interpessoal entre os mesmos. O Enfermeiro poderá desenvolver este vínculo em momento de dor e tensão ao permitir, sempre que possível, o contato do paciente com o familiar, bem como informações clínicas precisas e sinceras, promovendo conforto e confiança (Abrão et al., 2013; Pai & Lautert, 2009; Silva, Campos & Pereira, 2011; Silva & Rocha, 2011).

Outra categoria discutida pelos autores se refere à esperança religiosa dos profissionais nos momentos de perda e de sofrimento assistidos e, por vezes, assumidos como seus. A fé, neste sentido, tem a função de proporcionar sensação de bem-estar ao paciente e familiar, ao passo que promove a satisfação espiritual do próprio profissional que dela lança mão (Moro, Almeida, Rodrigues & Ribeiro, 2010).

A influência religiosa na prática profissional remete à concepção de morte como o fim do sofrimento e princípio do eterno descanso. Nesta dimensão filosófica, não há espaço para pensamentos negativos e o profissional poderá encontrar conforto e ferramentas para reconfortar o moribundo que está partindo e a família que ele está deixando (Abrão et al., 2013; Moro et al., 2010).

Por fim, alguns artigos trazem como categoria a resistência ao trabalho com a morte. O Enfermeiro passa a ter uma atitude de ressignificação da própria vida, proporcionando

crescimento pessoal e profissional, a partir do trabalho com a morte (Moro et al.,2010; Silva, Valença & Germano, 2010).

Neste processo de resistência, os profissionais não negavam as dificuldades e o sofrimento em trabalhar com o morrer e os momentos de perda, mas trabalhavam com estas dificuldades para promover sua própria saúde. Trabalhavam com o olhar para a vida, incluindo o processo de morte dentro desta. Dessa forma, valoriza-se a dignidade do paciente antes e depois de sua morte, gerando, por vezes, satisfação e conforto pelo trabalho realizado (Mota, Gomes, Coelho, Filho & Sousa, 2011; Silva et al., 2010).

Este pensamento de resistência à dor e ao sofrimento, da não negação, por parte do profissional, das suas limitações individuais enquanto pessoa, favorecem um amadurecimento pessoal e espiritual. As falas dos entrevistados, descritas e avaliadas pelos autores trabalhados, apontam que esta forma de agir e resistir estimula, por parte dos Enfermeiros, a adoção de atitudes zelosas. O resultado é o cuidado humanizado e sincero ao moribundo e sua família, bem como a minimização do sofrimento profissional e a maximização do crescimento pessoal (Borges & Mendes, 2012, Mota et al., 2011).

Fatores dificultantes à atuação dos Enfermeiros

Através dos relatos dos Enfermeiros, trazidos pelos autores, pôde-se observar que os pedidos incessantes dos familiares para que sejam aplicadas todas as terapias possíveis para retardar a morte dos pacientes, sem perspectiva de melhora, leva a obstinação terapêutica também chamada de distanásia (Silva, Quintana & Nietzsche, 2012). Uma das consequências dessa atitude é o receio gerado entre os profissionais em relação às repercussões bioéticas e legais acerca da restrição terapêutica ou suspensão da terapia fútil (Silva et al., 2012; Souza et al., 2013). Isto se reflete na omissão de algumas informações nos prontuários, as quais são passadas verbalmente entre os membros da equipe. Colabora neste sentido a inexistência de leis jurídicas claras, no Brasil, sobre este assunto (Silva et al., 2012).

Outro aspecto importante trazido pelos estudos foi a dificuldade do Enfermeiro em lidar com seus sentimentos, relacionados à situação de morte iminente. Desta maneira, evita-se o contato verbal com o paciente, o que pode prejudicar a assistência integral (Fernandes et al., 2013; Silva et al., 2012).

Nestas condições o Enfermeiro é confrontado com a sua própria possibilidade de sofrer sua finitude, bem como de pessoas próximas (Moro et al., 2010; Peterson & Carvalho, 2011; Silva et al., 2010; Silva & Rocha, 2011). Ainda, os sentimentos são mais conflituosos quando a morte é de uma criança, gerando até um questionamento do seu papel profissional, visto que esta morte não é tida como algo natural (Monteiro, Rodrigues & Pacheco, 2012; Silva et al., 2010; Souza et al., 2013).

Frente às situações de morte e morrer algumas reações de defesa foram apresentadas pelos estudos. A negação, manifestada pela aparente insensibilidade e frieza, foi observada como fator dificultante do amadurecimento pessoal e profissional do Enfermeiro (Mota et al., 2011). Outras formas de defesa relatadas são a assistência baseada exclusivamente na técnica (Borges & Mendes, 2012) e o prolongamento do processo de morrer (Souza et al., 2013).

Muitas das dificuldades encontradas pelos Enfermeiros na sua atuação poderiam ter sido evitadas ou ao menos atenuadas por uma melhor formação profissional. Esta é a conclusão que muitos autores chegaram, relatando a falta de oportunidades na graduação para adquirir habilidades, a falta de disseminação de conhecimentos acerca da temática, de discussões nas instituições de ensino e de espaço para expor o medo, as angústias, as frustrações e a insegurança (Barros et al., 2013; Peterson & Carvalho, 2011; Santana et al., 2013; Silva & Rocha, 2011; Souza et al., 2013).

Outro aspecto ligado à formação profissional é o seu direcionamento para a cura, na busca de salvar e prolongar a vida. A morte passa a ser evitada a todo custo, a ser percebida como uma frustração profissional e a não ser aceita (Mota et al., 2011; Santana et al., 2013;

Silva et al., 2012) o que gera angústia e medo de que o paciente não possa ser salvo (Borges & Mendes, 2012; Mota et al., 2011; Pai & Lautert, 2009).

Por fim, foi relatado nos estudos que, para atuar frente a pacientes e familiares que vivenciam o processo de morte e morrer, é necessário uma atuação multidisciplinar. Tal afirmação foi embasada na complexidade do tema o qual envolve dimensões sociais e psicológicas (Waterkemper & Reibnitz, 2010; Waterkemper, Reibnitz & Monticelli, 2010). Todos os profissionais da saúde tem sua responsabilidade frente a pacientes e familiares e o Enfermeiro por estar mais próximo dos pacientes e familiares também tem o encargo de preparar a família para o prognóstico (Silva, Campos & Pereira, 2011).

DISCUSSÃO

Neste estudo fica evidente a relação de estresse frequente entre o Enfermeiro e a família do paciente em situação de terminalidade. O Enfermeiro vê-se numa encruzilhada entre o não uso da obstinação terapêutica e os aspectos legais e éticos. Logo, muitos profissionais optam pelo caminho de atender o desejo do familiar ao invés de trabalhar com ele a compreensão e aceitação da condição do paciente (Silva et al., 2012). Pensando a esse respeito, criar um ambiente adequado para dialogar com a família, oportunizar um momento de escuta e formar um vínculo terapêutico pode ajudar na compreensão do estado de saúde do familiar e na tomada de decisões, minimizando a ocorrência de obstinação terapêutica.

Oportunizar ajuda para que os profissionais entrem em contato com seus sentimentos e possam trabalha-los é essencial, pois, a fim de se distanciarem de seus sentimentos negativos, os Enfermeiros durante a assistência criam um afastamento tanto físico quanto emocional do paciente em situação de terminalidade (Peterson & Carvalho, 2011).

Não negar o processo de morte contribui para que o Enfermeiro possa pensar o uso adequado de tecnologias e terapêuticas, bem como evitar o sofrimento desnecessário e o

prolongamento do processo de morrer. A morte precisa voltar a ser vista como algo natural e não como fracasso profissional sempre envolto em sentimentos de impotência e frustração.

A morte, enquanto fracasso profissional, está atrelada à formação profissional voltada para a cura e negligente na discussão acerca da terminalidade da vida na formação acadêmica. A vivência de sentimentos negativos está atrelada à formação insuficiente em preparar os profissionais para lidar com o sofrimento e a morte e a ênfase dada apenas na recuperação da vida. Trazer para as salas de aula da graduação as questões vinculadas à morte e ao processo de morrer é essencial para que os futuros profissionais possam intervir junto aos pacientes e familiares de maneira holística e com menos sofrimento (Silva & Rocha, 2011).

Fortalecer a formação dos Enfermeiros pode refletir na satisfação no trabalho e na qualidade da assistência, possibilitando a compreensão das vivências enfrentadas pelos pacientes e familiares, propiciando uma melhor sistematização da assistência prestada. É preciso pensar a Sistematização da Assistência de Enfermagem de forma flexível, com empatia e livre da rigidez dos padrões convencionais para atender as demandas de cuidado do cliente e familiares (Silva & Moreira, 2011).

As vivências ligadas à morte são sempre multifacetadas, envolvendo diversos aspectos familiares, sociais, psicológicos e, para tanto, necessitam de atuação multidisciplinar. Quando se faz referência aos cuidados paliativos e na terminalidade da vida, um dos fatores importantes frente ao alívio da dor emocional e física é a presença de uma equipe multiprofissional (Waterkemper et al., 2010). Por melhor que seja a atuação do Enfermeiro, o trabalho em equipe, o apoio entre os pares e a presença de outros profissionais de diferentes áreas de conhecimento mostra-se essencial na qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, se refletirá na satisfação do profissional Enfermeiro.

Observou-se, neste estudo, que os fatores facilitadores são deveras subjetivos, necessitando de análises conceituais pouco evidenciadas na literatura pesquisada, relacionadas

à religiosidade. Aspectos como a resistência profissional diante das vivências com a morte e a comunicação efetiva com a equipe e com o binômio paciente-família, já vêm sendo problematizados na literatura, ganhando destaque na discussão deste estudo.

As discussões acerca da importância da comunicação em quaisquer planos de cuidado para fins de construção de vínculo estão evoluídas enquanto teoria. A prática ainda depende de que tipo de serviço esteja-se discutindo, porém, sempre a competência da comunicação será fundamental para que a assistência seja realizada com caráter humanitário e de qualidade, comparado, inclusive, à competência clínica (Stefanelli, Carvalho & Arantes, 2005). No caso do trabalho dos Enfermeiros com a morte, a tensão entre o profissional e o binômio paciente-família é um fator complicador, tornando o profissional, por vezes, alheio ao sofrimento e prioritariamente tecnicista. No entanto, para se construir vínculo e manter o processo de cuidado, a construção de ferramentas para a comunicação é fundamental para a atenção ao paciente e à família (Haddad, Machado, Neves-Amado & Zoboli, 2011).

Ao analisar, neste estudo, os autores que trabalham com a temática da resistência profissional, percebe-se que a resistência observada nos Enfermeiros tem um significado além do ser positivo ou ser negativo. Uma resistência que parte de relações em que não se nega o sofrimento, mas se reflete sobre ele, tornando-o fonte de crescimento pessoal. Este tipo de resistência é descrita por Michel Foucault como práticas de liberdade (Foucault, 2005; Foucault, 2004). Estas práticas são ferramentas fundamentais para a construção do cuidado de si. Implica na estruturação de uma verdade individual, que permitirá ao indivíduo observar e reagir às relações de poder. Esta relação com a verdade é denominado Estética da Existência, na qual o sujeito tem uma relação sólida consigo mesmo, tomando decisões próprias, baseadas em uma postura ético-reflexiva diante de situações adversas (Foucault, 2004).

O processo de cuidar se integra perfeitamente neste contexto, no qual o Enfermeiro assume o papel de líder na resistência natural da equipe às vivências com os processos de morte e morrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a descrição e discussão dos fatores dificultantes e facilitadores do trabalho do Enfermeiro com a morte, baseado em uma revisão da literatura sobre o tema. Observou-se um predomínio de fatores estressores e manifestações de sofrimento por parte dos enfermeiros diante das tensões naturalmente existentes no trabalho com sujeitos sem possibilidades de cura. No entanto, os fatores facilitadores foram encontrados e podem ser fontes de motivação para a construção de um processo de trabalho menos desgastante e mais produtivo.

Pôde-se observar que um aspecto importante trazido pelos estudos foi a dificuldade do Enfermeiro, enquanto ser humano, de lidar com seus sentimentos. Relatados pelos autores nas falas dos profissionais, a tristeza, fracasso, angústia, impotência, insegurança, culpa, dor ou medo são componentes a serem trabalhados. A maturidade do profissional é desenvolvida a partir do processo de gerenciamento destes componentes, tornando-o apto, então, a lidar melhor com os sentimentos de pacientes e familiares, bem como com seus próprios sentimentos.

Os fatores que facilitam ou motivam o trabalho do Enfermeiro com a morte não exclui a presença dos estressores. Ao contrário, o gerenciamento eficaz destes fatores é o propulsor de um ambiente de trabalho saudável e produtivo. Comunicar-se, criar vínculos e, ainda, desenvolver resistência às situações problema, são formas, não apenas de proteger suas emoções, mas de agir em prol de um autorreconhecimento.

A partir desta realidade, este levantamento bibliográfico possibilitou a discussão de suportes motivacionais e produtivos para os Enfermeiros que abarcam esta demanda.

Traduziu, ainda, um alerta sobre as barreiras que estes profissionais deverão gerenciar nos momentos de tensão e resistência, naturalmente presentes frente aos leitos de morte.

REFERÊNCIAS

- Abrão, F.M.S., Góis, A.R.S., Souza, M.S.B., Araujo, R.A., Cartaxo, C.M.B., & Oliveira, D.C. (2013). Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 730-737.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo*. Lisboa(PO): Edições 70.
- Barros, N.C.B., Alves, E.R.P., Oliveira, C.D.B., Dias, M.D., França, I.S.X., & Freire, M.E.M. (2013). Cuidados paliativos na uti: compreensão dos enfermeiros. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)*. 5(1), 3293-3301.
- Borges, M.S., & Mendes, N. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 324-331.
- Carvalho, L., Silva, C., Oliveira Santos, A., Oliveira, M., Portela, S., & Regebe, C. (2006). Perception of the death and dying of the nursing students. A qualitative study.. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 5(3). doi:10.5935/1676-4285.2006507
- Fernandes, M.A., Evangelista, C.B., Platel, I.C.S., Agra, G., Lopes, M.S., & Rodrigues, F.A. (2013). Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(9), 2589-2596.
- Foucault, M. (2004). *A ética do cuidado de si como prática da liberdade*. In: M. Foucault (Org.) *Ditos & Escritos V - Ética Sexualidade Política* (pp. 264-287). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2005). *História da Sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal.

- Haddad, J.G.V., Machado, E.P., Neves-Amado, J., & Zoboli, E.L.C.P. (2011). A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. *O Mundo da Saúde*. 35(2), 145-155.
- Lopes, A.L.M., & Fracolli, L.A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 17(4), 771-8.
- Minayo, M.C. (2010). *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Monteiro, A.C.M., Rodrigues, B.M.R.D., & Pacheco, S.T.A. (2012). O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. *Escola Anna Nery*. 16(4), 741-746.
- Moro, C.R., Almeida, I.S., Rodrigues, B.M.R.D. & Ribeiro, I.B. (2010). Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de enfermagem. *Revista Rene*. 11(1), 48-57.
- Mota, M.S., Gomes, G.C., Coelho, M.F., Filho, W.D.L., & Sousa, L.D. (2011). Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 32(1), 129-135.
- Pai, D.D., & Lautert, L. (2009). Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22(1), 60-5.
- Peterson, A. A., & Carvalho, E. C. (2011). Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 692-697.

Sandelowski, M., Docherty, S. & Emden, C. (1997). Focus on qualitative methods.

Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Research in Nursing & Health*. 20(4), 365-71.

Santana, J., Santos, A., Silva, B., Oliveira, D., Caminha, E., Peres, F., Andrade, C., & Viana, M. (2013). Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Revista Bioética*, 21(2) 298-307.

Santos, J.L. & Bueno, S.M.V. (2010). A questão da morte e os profissionais de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*. 18(3), 484-7.

Silva, C.A.X., Morais, F.R.R., Oliveira, L.C., Queiroz, J.C., Soares, F.R.R., & Carvalho, F.P.B. (2012). Cuidados paliativos: uma alternativa para os usuários oncológicos fora de possibilidades terapêuticas. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)*. 4(4), 2797-2804.

Silva, K.C.O., Quintana, A.M., & Nietzsche, E.A. (2012). Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. *Escola Anna Nery*. 16(4), 697-703.

Silva, L.C.S.P., Valença, C.N., & Germano, R.M. (2010). Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(2), 238-242.

Silva, M.K.G., & Rocha, S.S. (2011). O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. *Revista Rene*. 12 (1), 97-103.

Silva, M.M., & Moreira, M.C. (2011). Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*. 24(2), 172-178.

- Silva, R.S., Campos, A.E.R., & Pereira, A. (2011). Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Escola de enfermagem USP*. 45(3), 738-44.
- Souza, L.F., Misko, M.D., Silva, L., Poles, K., Santos, M.R., & Bousso, R.S. (2013). Dignified death for children: perceptions of nurses from an oncology unit. *Revista Escola de enfermagem USP*. 47(1), 30-37.
- Stefanelli, M.C., Carvalho, E.C., & Arantes, E.C. (2005). *Comunicação e enfermagem*. In: M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho (Org.), *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 1-8). Barueri, SP: Manole.
- Veras, L., & Moreira, V. (2012). A morte na visão do sertanejo nordestino em tratamento oncológico. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(2), 291-298.
- Waterkemper, R., & Reibnitz, K.S. (2010). Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(1), 84-91.
- Waterkemper, R., Reibnitz, K.S., & Monticelli, M. (2010). Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(2), 334-339.

ARTIGO 04

Angústias vivenciadas pelos enfermeiros de uma unidade hemato-oncológica no trabalho com pacientes em risco ou processo de morte⁴

⁴ Artigo formatado segundo normas da "Revista Eletrônica de Enfermagem", Qualis psicologia B1, para posterior submissão.

Resumo

Falar sobre as vivências angustiantes torna o enfermeiro reflexivo à sua prática e a melhoria da assistência passa a ser uma consequência da melhoria do enfermeiro enquanto sujeito.

Considerando este contexto, este artigo objetivou conhecer as angústias vivenciadas pelos enfermeiros no trabalho com pacientes em risco ou em processo de morte em uma unidade hemato-oncológica. Este é um estudo qualitativo com direcionamento metodológico clínico-qualitativo, realizado através de entrevistas individuais. Participaram do estudo 06 enfermeiros da unidade hemato-oncológica de um hospital universitário, contemplando os setores de ambulatório quimioterápico e internação infantil. Os resultados chamam a atenção para o impacto que o trabalho com pacientes em risco ou processo de morte tem em termos de sofrimento psíquico do enfermeiro. Os resultados remetem à perda da autonomia profissional quando o sujeito enfermeiro se depara com a dificuldade de pensar o seu próprio trabalho. O trabalho com a criança com câncer parece ser símbolo de uma angústia maior em lidar com a morte. Ao mesmo tempo em que a melhora ou a esperança de cura da motivação ao enfermeiro, a morte do paciente infantil tem o significado de impotência, tristeza e desesperança. É notória a necessidade de que instituições de saúde, equipes e o próprio enfermeiro percebam este profissional como um sujeito ético, que necessita refletir seu trabalho para que haja possibilidade de planejar alguma forma de digerir a angústia do trabalho com pacientes em risco ou em processo de morte.

Palavras-chave: Atitude Frente à Morte; Enfermagem; Filosofia em Enfermagem; Estresse Psicológico

Abstract

Discourse about the harrowing experiences makes nurses reflective to their practice and improve care becomes a consequence of the improvement of nurses as subjects. Considering this context, this article aimed to know the anguish experienced by nurses who work with patients in risk or in dying process in a hematology-oncology unit. This is a clinical-qualitative study, conducted through individual interviews. The participants were 06 nurses from hematology-oncology unit of a university hospital, covering the sectors of chemotherapy clinic and children's unit. The results refer to the loss of professional autonomy when the nurse is faced with the difficulty of thinking about their own work. Working with children affected by cancer seems to be a symbol of greater anxiety in dealing with death. While that, the improvement or cure of hope brings motivation to nurse, the death of the child patient has the meaning of helplessness, sadness and hopelessness. These findings emphasize the need for health care organizations, teams and even the nurses perceive this professional as an ethical subject, who needs to reflect their work to be able to plan some way to digest the anguish of working with patients at risk or in the process of death.

Keywords: Attitude to Death; Nursing; Nursing Philosophy; Psychological Stress.

Introdução

Contextos socioculturais distintos ao longo da história vêm moldando a ideia que o homem tem da morte. Essa ideia dinâmica tem a força de transformar, ainda, os modos de vida de uma sociedade, tornando o significado da morte e do morrer um interessante reflexo do significado da própria vida para esta sociedade ou para o sujeito que a compõe. Da morte escancarada na idade média à morte interdita nos tempos atuais, o que se percebe é que sempre houve temor diante deste fenômeno. Temor este traduzido em angústias vivenciadas pelo homem relacionadas à sua falta de controle sobre a morte e seus sinais (Ariès, 2003).

As últimas significações da morte, na dimensão histórica, como foi dito, dão a ela o caráter mais dramático e doloroso, tornando o discurso sobre ela mais velado e os sentimentos conectados ao fenômeno da perda mais dolorosos (Ariès, 2003; Souza e Souza et al, 2013). Lidar com a morte do outro passa a significar lidar com a própria morte e tudo o que o sujeito deixará para trás. O desenho que se faz neste contexto é de uma sociedade onde os sujeitos têm dificuldade em se afeiçoar àqueles que falecem ou mesmo que necessitam de cuidados anteriores ao momento da morte, bem como uma angústia singular pelo momento da despedida (Souza e Souza et al, 2013).

Cuidar de quem está diante da morte é, dessa forma, um desafio particular do paradigma contemporâneo. O que antes era função da família passa a ser responsabilidade dos profissionais da saúde, embebidos de ciência e técnicas, teoricamente suficientes para o trabalho com pacientes em risco ou processo de morte (Ariès, 2003; Silva Junior et al, 2011). Porém, nem só de ciência e técnica vive o homem. O profissional da saúde é, antes de tudo, um sujeito integrado ao paradigma político-social de que a morte deve ser evitada e a vida deve ser salva a qualquer custo (Borges & Mendes, 2012). E é assim que a história da angústia desse profissional no contexto de morte tem sua gênese.

Para contextualizar essa história na biopolítica (Foucault, 2002), importa entender o modelo que idealizou a cura como propósito maior da saúde contemporânea e instituiu o hospital como local ideal para este fim. Quando o espaço para a cura deixou de ter um caráter espiritual e passou a fazer parte da ciência sobre os sujeitos, as relações de trabalho e a estrutura hospitalar desenvolvem um padrão controlador e disciplinar de funcionamento (Osborne, 2005; Ramos, 2009). A formação e a prática profissional da saúde passam a ter um caráter também vigilante, dadas as normas criadas para este funcionamento fluir. O resultado é um profissional agindo como polícia da saúde, o paciente e seu familiar percebendo-se no

dever de obediência para serem cuidados e a prática em saúde, como resumo da obra, subjetivamente comprometida.

Como personagem ativo nesse processo de angústia no cuidado com o outro está o enfermeiro. A vivência deste profissional no âmbito hospitalar, onde a morte espreita com maior proximidade, é caracterizada por uma batalha direta entre a vida e a morte do outro, com o agravante de ser responsável direto pela gerencia e todo o processo de cuidado de todos os pacientes da unidade. Sua formação é caracterizada por cobranças e postura firme, sendo, frequentemente quase impedidos de expressar o que realmente sentem sobre tudo isso (Santos & Bueno, 2010).

No caminhar das suas vivências, frequentemente os enfermeiros se expõem a casos de enfrentamento da morte de sujeitos sob seus cuidados, encontrando dificuldades em encará-la como parte integrante da vida, pois refletem suas próprias angústias pessoais sobre o tema. Essa convivência não isenta estes profissionais da expressão de sentimentos de angústia e sofrimento perante a situação de morte, sendo necessária a compreensão destas vivências para perceber o que, afinal, significa este convívio para o enfermeiro (Souza e Souza et al, 2013). A necessidade desta compreensão vai muito além da sempre desejada melhoria da assistência de enfermagem. Ela objetiva dar voz a este sujeito cuidador, que geralmente se cala diante da angústia de cuidar da dor do outro. Falar sobre as vivências angustiantes torna o sujeito reflexivo à sua prática e a melhoria da assistência passa a ser uma consequência da melhoria do enfermeiro enquanto sujeito.

Considerando este contexto, porém, privilegiando a investigação sobre a fala e reflexão do sujeito, este artigo objetivou conhecer as angústias vivenciadas pelos enfermeiros no trabalho com pacientes em risco ou em processo de morte em uma unidade hemato-oncológica. O setor hemato-oncológico foi um campo de estudo interessante para alcançar este objetivo, visto que se trata de um ambiente de plano terapêutico prolongado e exigente em termos de conhecimento técnico-científico. A atenção hemato-oncológica expõe o profissional às relações sociais e emocionais com os sujeitos envolvidos no tratamento. O processo de trabalho neste setor expõe o sujeito cuidador a uma reflexão sobre a própria prática e, ainda, sobre a própria vida (Abreu, 2014; Umann, Silva, Benavente & Guido, 2014).

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, tendo os sentidos e as significações dos fenômenos como fundamento para a pesquisa e para o pesquisador. Dentro desta abordagem qualitativa,

será proposto o direcionamento desta pesquisa para as peculiaridades do método clínico-qualitativo, descrito por Turato (2011). O estudo foi realizado na clínica hemato-oncológica de um hospital universitário no estado Rio Grande do Sul, ao longo do ano de 2015. A clínica hemato-oncológica foi escolhida para este trabalho dada a particularidade existente nessa unidade quanto às relações entre o enfermeiro, os pacientes/famíliares e a equipe cuidadora. A maior proximidade entre estes atores do cuidado torna as vivências com o processo de morte mais ricas e peculiares.

Participaram do estudo 06 enfermeiros da unidade hemato-oncológica de um hospital universitário, contemplando os setores de ambulatório quimioterápico e internação infantil. A unidade hemato-oncológica contempla quatro setores, a saber: Ambulatório de Quimioterapia, Internação Infantil, Internação Adulto e Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO), sendo participantes deste trabalho apenas os profissionais dos dois primeiros setores, visto critérios de disponibilidade ou interesse dos profissionais.

Entre os entrevistados, 05 eram mulheres e 01 homem, com idades entre 30 e 50 anos. O tempo de formado variou entre 09 e 25 anos e o tempo de vivência profissional no setor hemato-oncológico entre 04 meses e 20 anos. Os critérios de inclusão foram: exercer atividades profissionais com pacientes em risco de ou em processo de morte, ter aceitado participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os enfermeiros em férias, licença maternidade, afastamento por licença médica ou para estudo de aperfeiçoamento acadêmico, bem como aqueles que não demonstraram interesse em participar do estudo ou não concordaram em assinar o TCLE, foram inseridos nos critérios de exclusão.

A coleta de informações foi realizada através de entrevistas individuais, a partir de um roteiro estruturado semidirigido (Turato, 2011). A estratégia utilizada para identificar a o número de participantes é a saturação teórica (Turato, 2011; Fontanella et al., 2011). O roteiro de entrevista, comum a todos, abordou aspectos da qualidade de vida e do trabalho com pacientes em risco ou processo de morte. As entrevistas foram realizadas em locais que asseguraram a privacidade dos sujeitos, sendo sugeridos pelos próprios enfermeiros. As falas foram gravadas em meio digital, sendo transcritas e submetidas a análise de conteúdo, na perspectiva clínico-qualitativa.

O processo de categorização, subsidiados pelo referencial teórico já citado, resultou nas categorias temáticas *"Para além do Arco": a qualidade de vida está fora do trabalho*; *"Não sei como eu lido": a ocorrência do óbito como fator de angústia profissional*; *"Prefiro me afastar": o vínculo hostil*; *"Porque uma criança?": o emblema da criança com câncer*; e *"Qual o motivo de tanta angústia? Desesperança": o sofrimento moral*.

Este estudo comprometeu-se em seguir a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora das pesquisas com seres humanos. As atividades de campo ocorreram após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada, sendo o projeto aprovado sob o número CAAE 40608715.9.0000.5346. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos sujeitos, dando-lhes o tempo que fosse necessário para que cada um tivesse completo entendimento deste, tendo, então, a liberdade de participar ou não da investigação. Com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes, as falas que ilustram as categorias serão seguidas da seguinte legenda: E (Enfermeiro), seguido da numeração entre 1 e 6, bem como do tempo de vivência no serviço de hemato-oncologia no formato de estimativa.

Resultados e Discussão

A partir da análise das informações colhidas ao longo das entrevistas, emergiram algumas categorias que fazem referência às dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros que trabalham no contexto da morte em hemato-oncologia. As categorias serão expostas e discutidas a seguir, de forma a perceber a correlação entre as várias angústias vividas pelos enfermeiros, diante dos diversos fatores que permeiam seu trabalho com pacientes em risco ou em processo de morte.

“Para além do Arco”: a qualidade de vida está fora do trabalho

Esta categoria traz os relatos que fazem referência à qualidade de vida como resultado de experiências vividas fora do ambiente de trabalho. Além deste “Arco” que, enquanto estrutura física presente na via de acesso ao espaço hospitalar, simboliza para os enfermeiros o limite entre a entrada e a saída do ambiente de trabalho. Os relatos sugerem que existe dificuldade em refletir sobre os momentos que interferem na própria qualidade de vida. O desejo é de encontrar fora do espaço laboral os momentos de satisfação e a tranquilidade que o hospital não contempla. A qualidade de vida é um constructo subjetivo e multidimensional, sendo vivenciado de forma singular pelo sujeito, ao acionar sua subjetividade, sua relação consigo mesmo (Colomé & Oliveira, 2012).

E assim, tu pensar em ter momentos de lazer, de fazer coisas fora do ambiente de trabalho... então eu acho que é uma coisa que a gente deveria pensar mais, mas a

gente só para pra pensar quando vem alguém e pergunta... como aqui nesse momento (E3, entre 05 e 10 anos no serviço).

No trabalho hospitalar, a subjetividade do enfermeiro recebe diferentes demandas através do tipo de trabalho realizado, tendo a vida e a morte como fontes de reflexão desafiadora em sua prática (Borges & Mendes, 2012). Se o trabalho com a morte causa incômodo, agressão e peso ao dia-a-dia, o depoimento sugere que a qualidade de vida, enquanto significado de paz de espírito e tranquilidade, está localizada fora do ambiente de trabalho.

A gente convive num lugar tão... pesado com... com... Tanto fisicamente, né, que a gente vê situações...(suspira)... verdadeiras aberrações, né, de questão anatômica, tumorações e tudo.. e isso agride. [...].Ter tranquilidade, paz de espírito. Isso é qualidade de vida pra mim (E1, entre 05 e 10 anos no serviço).

O significado do trabalho como fator de angústia para os entrevistados pode ser compreendido como uma consequência da filosofia institucional hospitalar e do tipo de trabalho realizado. Os hospitais geralmente procuram modelos assistenciais e de gestão a fim de alcançarem resultados capazes de otimizar recursos e garantir a melhoria do serviço oferecido. Este pensamento institucional limita a participação do trabalhador de saúde nas discussões sobre a melhoria dos serviços, pois é este trabalhador que deve se adaptar à instituição e não o contrário. Esse contexto propicia a uma baixa associação, por parte do trabalhador, entre seu processo de trabalho e sua qualidade de vida, fazendo com que este sujeito procure fora do ambiente de trabalho os recursos de satisfação com a vida (Henriques, Barros & Morais, 2015). O resultado gera, nesse profissional, conflitos e desgaste psíquico, comprometendo, inclusive, a capacidade de pensar sobre o cuidado de si.

Acho que hoje em dia eu consigo ter um pouco mais (de qualidade de vida). Mas eu acho que às vezes a instituição poderia ofertar algumas coisas que ajudassem mais. [...]Eu acho que deveriam ter coisas aqui dentro do hospital (E3, entre 05 e 10 anos no serviço).

[...] porque é a velha história, né, que tu cuida, cuida e quem cuida de ti? Porque a gente não cuida da gente. A gente tenta. É como eu te disse, eu acho que eu tenho

uma boa qualidade de vida, mas olha o que eu já estou te falando sobre o que acontece aqui dentro... (E1, entre 05 e 10 anos no serviço).

Não é à toa que o tipo de trabalho exercido pelo enfermeiro na hemato-oncologia tem tamanha competência em angustiá-lo e provocar esse desgaste psíquico. A particularidade deste serviço é a constante tensão pela espera da ocorrência daquela que é tão frequente quanto indesejada: a morte.

"Não sei como eu lido": a ocorrência do óbito como fator de angústia profissional

A ocorrência do óbito: o ápice da angústia do profissional que trabalha com o vínculo e com os afetos advindos da relação com o paciente. Entre os relatos, um dilema surge e é respondido logo em seguida. A maturidade profissional leva a trabalhar melhor ou torna o profissional mais insensível à ocorrência do óbito? As falas sugerem que no princípio da vida profissional o enfermeiro ainda tem a oportunidade de lançar mão de estratégias para elaborar a perda de um paciente, porém, com o passar do tempo, o convívio com situações de morte parece enrijecer o processo de elaboração do luto profissional, tornando-o insensível como em um mecanismo de defesa. Importa perceber que a sensibilidade para as manifestações verbais e não verbais do paciente é uma ferramenta importante na identificação de necessidades singulares a cada um (Peterson & Carvalho, 2011). Porém, perceber o imperceptível e lidar com as mobilizações que esta percepção gera no enfermeiro é fonte de uma angústia que nem sempre se consegue elaborar.

E depois... depois era tanto óbito, que.. não sei.. não sei se tu se acostuma ou se tu vai trabalhando melhor, assim.. E eu lembro que eu sempre dizia (aos familiares): "Fala.. fala com ele.. Fala com ele, toca. Diz que você ama, pede desculpa". Eu lembro, assim, que eu trabalhava (antigamente na UTI) melhor essas questões, assim (E1, entre 05 e 10 anos no serviço).

O que acaba acontecendo é que, na verdade, esse cuidador, principalmente da enfermagem, num primeiro momento até aguenta, mas depois acaba sofrendo (E2, entre 15 e 20 anos no serviço).

A convivência frequente com a morte dos pacientes não isenta os profissionais da mobilização de sentimentos de angústia, mas do contrário, desta angústia devem surgir uma resignificação da morte e da própria vida do profissional. Porém, suportes são necessários para que haja meios de resignificação deste sofrimento, caso contrário, a impotência e a tristeza são geradas a partir da perda do controle sobre a vida. (Souza e Souza, 2013; Sanches & Carvalho, 2009).

Sentimento de tristeza, né... e sentimento de impotência, que não tem o que tu fazer. De tu ta ali e não poder fazer nada.. e ele vinha fazendo medicações, os analgésicos, morfina direto, dipirona, tudo que pudesse imaginar pra dor e não resolvia (E4, até 01 ano no serviço).

Não sei como que eu lido... eu acho que... que é o tempo que vai.. que vai passando, sabe.. que vai amenizando aquele sentimento. Aquela pensamento... (E4, até 01 ano no serviço).

O enfermeiro é, portanto, ator de um ciclo de angústia profissional, onde não recebe formação adequada para enfrentar a frustração pelo óbito do seu paciente, reduzindo seu arsenal de estratégias de elaboração, tornando-o psicologicamente vulnerável no campo de prática (Souza e Souza, 2013). Este campo, na figura da instituição hospitalar, cobra uma rotina de produtividade e racionalidade incompatíveis com a necessidade de se refletir sobre a sua prática, sobre suas limitações e seus desejos enquanto ser humano, que cuida de outro ser humano em um leito de morte.

Tu tem que.. Tu tem que, na verdade, estar bem porque quem vai ficar ruim vai ser [...] o familiar. Ai se tu ficar ruim também, como é que tu vai poder ajudar, né. Então acho que por mais que de repente tu esteja chorando por dentro, tu tem que pelo menos transparecer um pouco de calma pra pessoa que vai ta ali na tua frente, pra mãe que está chorando. Imagina se tu chora junto com a mãe? Tem que parecer um pouco mais forte perante o familiar (E4, até 01 ano no serviço).

A consequência dessa incompatibilidade ética, percebida nas falas dos entrevistados, é o sofrimento que se expressa através da insensibilidade ao contexto da morte e o surgimento de uma nova angústia: a de perceber um grau de toxicidade psíquica pelo vínculo criado.

"Prefiro me afastar": o vínculo hostil

Mesmo que a percepção sobre as angústias dos pacientes ou familiares seja prejudicada, a intenção é postergar ou descartar a ideia do vínculo e tentar não sofrer. É importante observar que esse fenômeno descrito nas falas a seguir sugere um grau de descaracterização do trabalho do enfermeiro. O enfermeiro cuida das necessidades biológicas e subjetivas dos sujeitos, necessitando calibrar regularmente sua capacidade em perceber as questões evidenciadas ou não-ditas pelos pacientes e familiares. Ao abrir mão desta habilidade para seu trabalho, pode se pensar em um tipo de despersonalização, ou seja, ela deixa de ter participação ativa na própria vida laboral, se tornando passiva, efetuando as atividades de forma quase automática, como sendo uma estranha a si mesmo.

Às vezes eu até tento me manter um pouco mais distante, né. Pra não sentir tanto o baque, né. Porque, por exemplo, tem colegas que... que sabem da vida do familiar, que conhecem, que sabem historia de vida, né.. eu tento não me aprofundar muito. Eu acho que de repente sofra menos ou perceba menos isso, né (E4, até 01 ano no serviço).

o cuidador vai vir, passa a noite inteira, passa o dia inteiro cuidando desse paciente, correto? Aí ele sai dali, vai pra casa, mas ele não esquece desse paciente. Não esquece dos familiares, porque ele acaba criando esse vínculo (E2, entre 15 e 20 anos no serviço).

Vieira e Marques (2012) refletem que a equipe de saúde não utiliza a ferramenta da escuta no contexto de morte ou sofrimento geralmente porque isso remete a um sentimento de impotência diante do "não saber". Dessa forma, é possível que o sentimento de impotência por parte de um profissional de saúde diante da morte de um paciente advinha da fala e escuta do outro, pois remete à falta de respostas sobre o que acontecerá. A escuta passa a ter, não de forma consciente, um caráter tóxico para o enfermeiro. Essa ideia de suposto saber inserida no profissional de saúde, que provoca essa frustração pelo "não saber", encontra sua gênese na formação profissional organocêntrica, na filosofia institucional hospitalar e da própria cultura social, a qual orientam os indivíduos a se submeterem ao saber-poder na área da saúde,

lançando ao profissional a obrigatoriedade do saber, o qual compra essa ideia (Foucault, 2006; Gimenes, 2013).

A gente não pergunta, mas eles fazem questão de contar algumas coisas pra gente. Então acaba criando um vínculo... Por isso que é um pouco difícil trabalhar aqui. Porque emocionalmente acaba querendo não... acaba te envolvendo com eles (E6, entre 15 e 20 anos no serviço).

Então... a gente tem mais contato com eles, tu vive mais com eles, sabe.. esse período. UTI geralmente tu já recebe uns politraumatizados, né, os infartados [...]. Aqui é contato direto. Tu conhece a família, tu conhece a história da pessoa. Tu convive dia a dia, então... eu acho bem difícil (E1, entre 5 e 10 anos no serviço).

De fato, a escuta do paciente/familiar deve ser desenvolvida e estimulada através da equipe, porém a dificuldade e até negação desta escuta por parte dos profissionais da enfermagem parece ter a necessidade de ser melhor compreendida, pois parece se tratar de uma proteção psíquica contra a carga de angústia que recebe o enfermeiro ao entrar em contato com o sofrimento do outro. Daí a importância da equipe multiprofissional no apoio às deficiências não apenas técnicas, mas subjetivas da própria equipe. E, ao que parece nas falas que seguem, a carga de angústia é especialmente produzida no trabalho com a criança com câncer.

"Porque uma criança?": o emblema da criança com câncer

A chegada abrupta da morte de uma criança se torna potencialmente danosa à psique do enfermeiro pela constante variação de sentimentos contraditórios, entre o conforto dos sorrisos em momentos de estabilidade terapêutica e a frustração pela piora do quadro clínico e a chegada da morte (Santos, Jesus & Portela, 2013). Em uma avaliação biopolítica, o conforto dos sorrisos da criança e a esperança de uma provável cura de um paciente clinicamente em processo terminal remetem ao retrado da dificuldade de aceitação da morte pelo profissional da saúde, formado para salvar vidas a qualquer custo. A relação entre o poder sobre a vida e aceitação da morte pelo enfermeiro, é de invasão ou violação deste fantasioso poder (Pelbart, 2008). A morte da criança parece ter um diferencial ainda mais angustiante ao se perceber essa violação do controle sobre a vida.

Porque no meu entendimento, uma pessoa de.. adulta ir a óbito.. é.. consegue assim entender de uma forma mais tranquila, mas tu não consegue se confortar ou tu não consegue confortar a equipe se uma criança de 1 ano, 1 ano e meio, uma criança que... chega uma criança de 3 aninhos, né, 2 a 3 dias ta indo a óbito (E2, entre 15 e 20 anos no serviço).

Então eu acho que é... a ordem cronológica que a gente espera que aconteça. Então a morte numa criança eu acho que inverte esse período que a gente considera normal. Então por isso eu acho que muitas pessoas veem como mais sofrido isso, né? Mais sensibilizador, assim... (E3, entre 05 e 10 anos no serviço)

As relações de poder existem ativamente na nossa vida, influenciando a nossa visão sobre o corpo e a mente e, na área da saúde, utiliza as ciências naturais como ferramenta de manutenção do poder. Com isso, ele incide mais diretamente sobre nossas maneiras de perceber, de sentir e de pensar. A velha potência da morte como símbolo do poder soberano, quando o "fazer morrer" era símbolo de poder, é recoberta pela administração dos corpos e pela gestão da vida, onde o "fazer viver" se torna hegemônico. Segundo Pelbart (2008), o corpo infantil ou adolescente é visto nesse sistema de poder sobre a vida como potencialmente produtivo, construindo para os profissionais da saúde uma formação baseada nesta gestão da vida. Dessa forma, o raciocínio clínico e as ações pessoais do profissional da saúde ponderam a potência produtiva da criança, percebendo-a em um ciclo natural de vida, objetivando a cura a qualquer custo e fazendo o profissional se perguntar no momento da morte: "por que uma criança?".

Enquanto tem tanta coisa acontecendo por ai, porque uma criança? porque um adolescente? A gente acaba sofrendo muito [...] É impressionante como essas coisas são cíclicas. De repente não tem ninguém, ninguém passando mal. Dali a pouco é um ciclo de cinco, seis morrendo e, sabe... 5, 6 num período que a gente sabe que é de terminalidade, onde as reincidivas chegaram, onde não houve a cura, então é.. é bastante complicado e é impressionante (E2, entre 15 e 20 anos no serviço).

Morte fora de lugar evidencia a total impotência em exercer um controle sobre ela. Em meio a discursos de sofrimento ante a morte de crianças, algumas contradições não são raras, justamente pelo fato da criança ter um papel consolador em momentos de estabilidade ou recuperação (Poles & Bousso, 2006). Porém, ao se deparar com a morte dela, o enfermeiro tende a reaver o sofrimento de perda de forma, talvez, mais intensa. O "melhor contato de todos", passa a se tornar "a pior de todas" as experiências.

Ele (a criança) vinha e pedia pra chamar meu nome. E daí foi o contato melhor que eu tive de todos. E aí também, ele nesse dia... ele passou mal, ele ficou ruim, aí acabou indo pra CTI comigo, né. [...] Então acho que essa ainda foi a.. pior de todas assim... que foi com quem eu mais tive contato, né. Me envolvi, assim... (E4, até 01 ano no serviço).

Estes são conflitos que enfrentados pelo enfermeiro em sua prática que deveriam ser acompanhados de apoio, seja pela gestão ou pela própria equipe de trabalho. Quando existe uma má resposta de apoio a estes conflitos morais, o profissional passa a sofrer de forma a sentir-se culpado, frustrado ou impotente (Balem et al, 2013). Os discursos que seguem, sugerem um sofrimento na dimensão moral da atividade do enfermeiro.

"Qual o motivo de tanta angústia? Desesperança": o sofrimento moral

A angústia provocada na dimensão moral do sujeito, chamado de sofrimento moral, é decorrente da incoerência entre as convicções éticas e morais deste sujeito e suas ações. Na prática, o sujeito sabe o que é deveria ser feito segundo seus valores, mas se percebe impossibilitado de agir, seja por erros de julgamento, falhas pessoais ou mesmo circunstâncias alheias ao controle pessoal (Barlem, Lunardi, Lunardi, Dalmolin, & Tomaschewski, 2012).

Nos discursos que seguem, é percebido que dificilmente se pode escolher, pensar, refletir sobre o que é melhor a ser feito diante de tantas normas e rotinas que regem a vida do profissional. O enfermeiro é conduzido a agir mais em vigilância às normas e menos como cuidador. O resultado é um paciente coibido, que engole seus medos envolto a tecnologias duras, e um profissional ou equipe que sofre pelo tipo de trabalho e pela impossibilidade de mudar sua rotina.

Ah mas qual é o motivo de tanta angústia? sim... coisa que mais me deixa dessa forma assim.. desesperança.. é que a gente não tinha condições de mudar a situação. Essa.. essa ausência de poder mudar algumas coisas. Que a gente via, tava ali, tava na nossa cara que tinha que mudar. Mas a gente não conseguia fazer.. mudar essa realidade (E2, entre 15 e 20 anos no serviço).

Daí tu tá preparado pra receber uma mãezinha que ganhou bebê? Que ta com câncer e o nenê ta na UTI? [...] Olha a cabeça dessa paciente como deve tá. Ela chega aqui e tu não tem tempo pra isso porque tu tem que puncionar, tu tem que fazer os preparos, tem que medicar.. mas ao mesmo tempo.. tu deveria ter uma sala, ou um local que pudesse conversar e ouvir essa pessoa. Pelo menos ouvir, né (E1, entre 05 e 10 anos no serviço).

Desesperança e impotência perante os protocolos de assistência. Os profissionais são conduzidos a agirem em parceria com a incoerência do que acreditam ser o certo naquele instante. Situações pequenas que ao longo dos anos elevam a carga de angústia e sofrimento, pois não há por onde escoar. O dano psíquico é chegado de tal dimensão que as ideias começam a ter um caráter de doença mental (Barbosa, Vieira, Alves, & Virgínio, 2012). A angústia e o sofrimento precisam sair de alguma forma, nem que seja através da extinção da própria vida.

Te dizer com toda franqueza que se eu não fiz merda com minha vida algum dia foi... por... não sei porque. Mas sabe... a gente começa a se frustrar com muita coisa [...], toda uma situação muito ruim que a gente passa.. então eu passei por esse momento de estresse, claro que também não.. não procurei ajuda fora... mas que precisava sair, que precisava parar um momento.. (E2, entre 15 e 20 anos no serviço).

Parar um momento para pensar, fazer o exercício da reflexão, tão difícil quando se trabalha nas tensões do contexto da morte e na impossibilidade de mudanças. É bem nítida na literatura a ideia de que as situações geradoras de sofrimento moral como o ambiente de trabalho angustiante, papéis ambíguos e a falta de clareza quanto às tarefas a serem realizadas têm efeitos adversos na saúde mental dos profissionais da saúde que lidam com a angústia do outro, em especial dos enfermeiros (Barbosa et al, 2012; Manetti & Marziale, 2007). Estas

situações são potencialmente geradoras de fenômenos como a depressão e ideação suicida, haja vista a sentimentos de vazio, de perda de identidade e dificuldade de nomear as experiências (Lowenkron, 2003).

Essas experiências de sofrimento geradas por não conseguir agir em conformidade com o que se espera no trabalho com pacientes em risco e processo de morte parece ser uma característica da equipe, não apenas pontual. A tensão gerada pode ser tamanha que a fantasia do fazer sofrer acaba surgindo, gerando sentimentos de culpa e impotência em situações corriqueiras, sem realmente ter potencial de negligencia, imprudência ou imperícia.

Teve uma vez uma situação que eu fui, que daí eu entrei em sofrimento, mas... nem era por uma questão.. não era por óbito, mas era por um.. por um procedimento uma administração numa química que eu fiz e que extravasou. Daí deu uma lesão no paciente e eu fiquei com aquela coisa que a culpa tinha sido minha, mas na verdade a rede venosa do paciente era muito difícil, né, as outras colegas também ajudaram a fazer.. não era nada assim que fosse minha culpa. Mas daí eu fiquei com aquilo me causando um sofrimento tão grande de responsabilidade pelo paciente [...] (E3, entre 05 e 10 anos no serviço).

Os enfermeiros não tem liberdade para moldar os padrões éticos de sua própria profissão ou para agir de forma autônoma, justamente por uma questão sociopolítica (Carnevale, 2013) ou de relações de poder (Foucault, 1984). É importante que essa complexidade moral da prática da enfermagem seja reconhecida para que se possa perceber a influência na saúde psíquica do profissional e as consequências para a própria assistência (Carnevale, 2013). É perceptível, ao longo dos discursos dessa categoria, que os profissionais, concomitante à descrição do seu próprio sofrimento, resoavam autorreflexões sobre eles. Eles conheciam o motivo da angústia, descreviam o conflito ético ao qual estavam inseridos e do qual, naquele momento, não conseguiam sair. Há a reflexão, como visto neste último discurso, de uma autodefesa sobre a culpa que ela mesma havia significado para si naquela dada situação. Ou seja, os enfermeiros tiveram insights de como a sua assistência ou como a sua relação com o trabalho poderiam ser melhoradas, porém, no momento do sofrimento, a preocupação dos enfermeiros não foram ouvidas. Dar voz ao enfermeiro, espaço para a expressão dos sentimentos sobre a agência moral (Carnevale, 2013; Rodney et al, 2012), que envolve seu trabalho, o faz perceber que ele não está sozinho na seara do sofrimento diante do contexto de morte.

[...] da pra perceber que não sou só eu que to com aquele sentimento, com.. né.. que os colegas também sentem aquilo, né. Que não sou só eu que não consigo fazer algo a mais. (E4, até 01 ano no serviço).

Conclusão

A partir das considerações desenvolvidas na discussão dos resultados, pôde-se destacar a importância do trabalho com pacientes em risco ou processo de morte como gerador de angústias em dimensões diversas da vida laboral e pessoal do enfermeiro. Uma série de repercussões psíquicas que extravasam na forma de sofrimento, muitas vezes silenciado, segundo os significados atribuídos pelos enfermeiros às suas vivências neste tipo de trabalho.

Tais repercussões dizem respeito aos significados atribuídos ao trabalho de cuidador em uma unidade de internação oncológica, onde a sua responsabilidade enquanto enfermeiro é evidenciada através das normas e rotinas e confrontada com sua própria ética pessoal. Desequilibrar o aparelho psíquico deste trabalhador não parece ter, portanto, influência apenas no processo de trabalho ou na assistência prestada, mas também diz respeito aos aspectos simbólicos que o trabalho no contexto da morte assume nas vivências destes sujeitos.

Nesse contexto, os resultados chamam a atenção para o impacto que o trabalho com pacientes em risco ou processo de morte tem em termos de sofrimento psíquico do enfermeiro. Os resultados remetem à perda da autonomia profissional quando o sujeito enfermeiro se depara com a dificuldade de pensar o seu próprio trabalho. Esse conflito moral afeta negativamente a sua percepção de qualidade de vida no ambiente de trabalho e a relação com o próprio paciente e familiar. Existe um significativo sentimento de angústia relacionada ao tipo de trabalho no contexto da morte, onde, além de ter que lidar com o cuidado à dor do outro, remete às suas próprias dores. O trabalho com a criança com câncer parece ser símbolo dessa angústia e das contradições que se evidenciam no trabalho junto ao processo de morte. Ao mesmo tempo em que a melhora ou a esperança de cura da motivação ao enfermeiro, a morte do paciente infantil tem o significado de impotência, tristeza e desesperança.

Diante de tal realidade, é notória a necessidade de que instituições de saúde, equipes e o próprio enfermeiro percebam este profissional como um sujeito ético, que necessita refletir seu trabalho para que haja possibilidade de planejar alguma forma de digerir a angústia do trabalho com pacientes em risco ou em processo de morte. Favorecer espaços de escuta deste sujeito cuidador, acreditando que, a partir desta fala, possam ser permitidos momentos de

reflexão e escoamento do sofrimento. Além disso, perceber a importância da autonomia profissional do enfermeiro para aliviar a angústia de se deparar com os conflitos morais, inerentes a sua prática, a qual demanda questões normativas e subjetivas.

É interessante perceber que as limitações deste estudo são previstas desde a escolha do tema, o qual mobiliza uma carga emocional grande sobre aqueles que são convidados a falar sobre suas angústias no trabalho em contexto de risco ou processo de morte. O número menor que o previsto de participantes, ocorrido pela negação ou indisponibilidade de alguns sujeitos em participar reflete o que de fato é o trabalho com estes pacientes e suas dores, inclusive expostos nos resultados deste estudo. Um trabalho angustiante, silenciado pela inabilidade em lidar com as circunstâncias e, ainda, com um possível temor em falar sobre. A fala de um sujeito que sofre gera a necessidade de reflexão sobre suas próprias limitações, o que pode ser causa de negação ao discurso sobre o tema. No entanto, é possível perceber que os participantes deste estudo foram profundos em suas reflexões e palavras, tornando rica a abordagem dos significados que o trabalho tem para cada um deles. Os objetivos da pesquisa clínico-qualitativa são contemplados quando estes significados são captados e os fenômenos devidamente explorados de forma singular.

Os trabalhos subsequentes a estes resultados podem enriquecer as estratégias que favoreçam as práticas de escuta destes profissionais do cuidado. Isso porque, ainda que seja possível que a angústia permeie a prática do enfermeiro no contexto da morte, ao lado do sujeito que sofre há sempre uma potência a ser desenvolvida.

Referências

- Abreu, C.B.B. (2014). *Questões éticas em Cuidados Paliativos*. Tese de Doutorado, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Barbosa, K.K.S., Vieira, K.F.L., Alves, E.R.P., & Virgínio, N.A. (2012). Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Rev Enferm UFSC*, 2(3), 515-522.
- Barlem, E.D., Lunardi, V.L., Tomaschewski, J.G., Lunardi, G.L., Lunardi Filho, W.D., & Schwonke, C.R.G.B.. (2013). Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 506-510.
- Barlem, E.L.D., Lunardi, V.L., Lunardi, G.L., Dalmolin, G.L., & Tomaschewski, J.G. (2012). Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 681-688.
- Borges, M. S., & Mendes, N. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 324-331.
- Carnevale, F.A. (2013). Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 33-38.
- Colomé, J. S. & Oliveira, D. L. L. C. (2012). Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 177-184.
- Fontanella, B.J.B., Luchesi, B.M., Saidel, M.G.B; Ricas, J., Turato, E.R., & Melo, D.G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, 27(2), 389-394.
- Foucault, M. (1984). *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Foucault, M. (2002). *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes
- Foucault, M. (2006). *A Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Gimenes, G.F. (2013). Uses and meanings of quality of life in the contemporary discourse on health. *Trab. Educ. Saúde*, 11(2), 291-318.
- Henriques, A.H.B., Barros, R.F., & Moraes, G.S.N. (2015). Cuidado ao cuidador na busca de um cuidado humanizado em saúde: um resgate bibliográfico. In *ANAIS do 18º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem*. João Pessoa, PB.
- Lowenkron, A.M. Sobre a clínica psicanalítica da atualidade: novos sintomas ou novas patologias? (2003). *Rev Bras Psicanál.*, 37(4).

- Manetti, M.L., & Marziale, M.H.P. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 12(1), 79-85.
- Osborne, T. (2005). *Of Health and Statecraft*. In: PETERSEN, Alan; BUNTON, R. (Org.). Foucault, Health and Medicine. Nova York: Routledge, p. 173-188.
- Pelbart, P. (2008). Vida e morte em contexto de dominação biopolítica. [Conferência proferida no Ciclo "O Fundamentalismo Contemporâneo em Questão"]. *Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP*, 20.
- Peterson, A.A., & Carvalho, E.C. (2011). Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4):692-697.
- Poles, K., & Bousso, R.S. (2006). Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 207-213.
- Ramos, E.L. (2009). *A Qualidade de Vida no Trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de Terapia Intensiva*. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.
- Rodney, P., Kadyschuck, S., Liaschenko, J., Brown, H., Musto, L., & Snyder N. (2012). Moral agency: Relational connections and support. In J.L. Storch, P. Rodney, & R. Starzomski (Orgs.), *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice*. (pp. 160-187). Toronto: Pearson Education.
- Sanches, P.G., & Carvalho, M.D.B. (2009). Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. *Rev gaúch enferm.* 30(2), 289-296.
- Santos, J.L., & Bueno, S.M.V. (2010). A questão da morte e os profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 18(3), 484-487.
- Santos, Y.S., Jesus, L.C., & Portella, S.D.C. (2013). A enfermagem e a abordagem da morte infantil: um estudo de trabalhos qualis A. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2(1), 112-131.
- Silva Júnior, F.J.G., Santos, L.C.S., Moura, P.V.S., Melo, B.M.S., & Monteiro, C.F.S. (2011). Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1122-1126.
- Souza e Souza, L.P. et al. (2013). A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Enferm. glob.*, 12(32), 222-229.
- Turato, E. (2011). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Umann, J., Silva, R.M., Benavente, S.B.T., & Guido, L.A. (2014). O impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse de enfermeiras de hemato-oncologia. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 103-110.

Vieira, C.A.L., & Marques, G.H. (2012). Morte, Angústia e Família: considerações psicanalíticas a partir da Unidade de Terapia Intensiva. *Psicanálise & Barroco em revista*, 10(1), 97-108.

ARTIGO 05

Cuidando de si: práticas e aprendizados nas vivências dos enfermeiros de uma unidade hemato-oncológica no trabalho com pacientes em risco ou processo de morte⁵

⁵ Artigo formatado segundo normas da "Revista Eletrônica de Enfermagem", Qualis psicologia B1, para posterior submissão.

Resumo

Diante das angústias que inexoravelmente o cercam o enfermeiro no contexto de morte, este artigo objetivou conhecer os aprendizados e práticas do cuidado de si vivenciado pelos enfermeiros no trabalho com pacientes em risco ou processo de morte, em uma unidade hemato-oncológica. Este é um estudo qualitativo com direcionamento metodológico clínico-qualitativo, realizado através de entrevistas individuais. Participaram do estudo 06 enfermeiros da unidade hemato-oncológica de um hospital universitário, contemplando os setores de ambulatório quimioterápico e internação infantil. Os resultados destacam dois fenômenos construídos pelas vivências dos enfermeiros: o aprendizado ao longo das vivências com a equipe de trabalho, através da maturidade advinda com o tempo ou, ainda, com o acompanhamento constante das situações de morte; e as práticas de autocuidado como fenômeno de autopreservação através da elaboração da dor pela fala e escuta em grupo, pela motivação através da realização profissional e pelo bem estar causado através da beneficência no cuidar com o outro. Os trabalhos em prol do aperfeiçoamento pessoal do enfermeiro enquanto sujeito ético e não moralizado deve ser voltada à promoção de abertura de espaços para a fala e escuta dos enfermeiros, permitindo que eles mesmos criem suas formas de lidar com as situações de morte, das quais são profissionalmente responsáveis.

Palavras-chave: Atitude Frente à Morte; Enfermagem; Filosofia em Enfermagem; Autocuidado.

Abstract

In face of troubles which surround the nurse in the context of death, this article aimed to identify the learning and self-care practices experienced by nurses who work with patients in risk or in death process, in a hematology-oncology unit. This is a clinical-qualitative study, conducted through individual interviews. The participants were 06 nurses from hematology-oncology unit of a university hospital, covering the sectors of chemotherapy clinic and children's unit. The results highlight two phenomena built by the experiences of nurses: long learning experiences with the team work through the maturity arising over time or even with constant monitoring of the death situations; and self-care practices as self-preservation phenomenon through the development of pain by speaking and listening in groups, the motivation through professional achievement and the well-being caused by the charity care each other. Work towards the personal development of nurses as ethical subject and not moralized should be focused on promoting opening spaces for speaking and listening nurses, allowing themselves to create their ways of dealing with situations of death, which are professionally responsible.

Keywords: Attitude to Death; Nursing; Nursing Philosophy; Self Care.

Introdução

O trabalhador da saúde vivencia, constantemente, o mesmo dilema básico de tantos trabalhadores expostos aos meios de produção ocidental: pressão organizacional por capacidade produtiva e a busca pelo seu próprio bem-estar (Ramos, 2009; Borges & Mendes, 2012). Essa relação, geralmente conflituosa, gera demandas com forte potencial de subjetivação desses profissionais, ou seja, tem potencial de definir determinados modos de comportamento (Foucault, 2006). No trabalho em saúde, existem elementos específicos que agem nesse processo de subjetivação do sujeito, como a filosofia de trabalho hospitalar, o constante embate pelo controle sobre a vida e o temor pelo cuidado no contexto de morte (Borges & Mendes, 2012).

É possível perceber, então, que a inquietação diante da morte não é algo dado, mas construído continuamente ao longo da história da sociedade ocidental e subjetivado nos sujeitos. Junto a essa noção de morte indigesta, vem a idealização da cura como propósito maior e o hospital como local ideal para os cuidados (Osborne, 2005; Ramos, 2009). Dessa forma, os profissionais de saúde são expostos à formação para práticas orientadas a sempre salvar vidas. Guiam-se pelas tecnologias duras e pelos protocolos de conduta profissional, tornando-os pseudocontroladores da vida dos pacientes e condicionados a limitar a reflexão sobre a própria vida (Santos & Bueno, 2010).

É importante perceber que essa sequência histórica de processos sobre conceitos de vida e morte ajudou a construir uma obstinação terapêutica na saúde e discursos de dominação sobre o corpo pelos profissionais. Os resultados mais evidentes são percebidos quando o profissional trabalha junto a pacientes em risco ou processo de morte, sendo expressas interrelações profissionais prejudicadas, autonomia do paciente descredenciada e sentimentos de angústia e frustração dos profissionais, ao se darem conta que o controle sobre a vida é uma ilusão (Abreu, 2014; Borges & Mendes, 2012; Floriani & Schramm, 2008).

Diante de tantos processos subjetivantes do trabalho no contexto da morte, a dimensão pessoal parece ter sido esquecida, mas é igualmente afetada. Não há um limite claro entre a dimensão pessoal e profissional, quando se trabalha com o cuidado de pacientes sem perspectivas de cura (Areco, 2011). Esse sobreamento da dimensão pessoal provoca alta exigência emocional do profissional diante das vivências com a morte. Nesse momento, dá-se um direcionamento específico ao trabalho do enfermeiro, cuja vivência direta com o binômio vida/morte é ainda mais frequente, visto que gerencia e é responsável por todo o processo de cuidado. Vem, ainda, de uma formação de cobranças e postura firme, pressionados a não demonstrar sentimentos (Santos & Bueno, 2010).

Chegamos ao ponto crítico da discussão, onde conhecemos uma das principais gêneses do sofrimento do enfermeiro, que trabalha com pacientes em processo de terminalidade. A partir daqui, é natural percebermos um processo de adoecimento psíquico desse profissional e dificuldade em lidar com sentimentos como tristeza, fracasso, angústia, impotência, culpa ou medo (Peterson & Carvalho, 2011; Silva, Quintana & Nietzsche, 2012). Porém, o direcionamento da discussão será justamente perceber o contraponto deste processo. Os meios de autopreservação do enfermeiro, diante de tantos motivos para sofrer no trabalho, não excluem a presença das angústias e vão além da proteção de suas emoções. A busca pelo autocuidado significa agir em prol, também, de um autorreconhecimento e de uma postura reflexiva em relação às suas práticas (Foucault, 2004).

Ao pensar em autocuidado do enfermeiro no contexto de morte do paciente, percebe-se um paradoxo incomodativo. O profissional identifica-se como promotor do reestabelecimento da saúde e executor de práticas que valorizam o autocuidado dos pacientes, criando sistemas de gerenciamento deste cuidado ao outro (Silva, 2009). A questão principal deste cenário é perceber se o enfermeiro se coloca também como gerente de si mesmo em algum momento deste processo. Diante das angústias que inexoravelmente o cercam no trabalho com pacientes em risco ou processo de morte, como ele se autopreserva. Neste sentido, este artigo objetivou conhecer os aprendizados e práticas do cuidado de si vivenciado pelos enfermeiros no trabalho com pacientes em risco ou processo de morte, em uma unidade hemato-oncológica.

O setor hemato-oncológico foi um campo de interesse deste estudo pela característica dos planos terapêuticos nele executados. Além das internações prolongadas e alta exigência de conhecimento técnico-científico, a atenção hemato-oncológica expõe o profissional às relações sociais e emocionais com os sujeitos envolvidos no tratamento. A reflexão sobre a sua prática e à sua própria vida são convites inexoráveis desse tipo de serviço (Abreu, 2014; Umann, Silva, Benavente & Guido, 2014).

Método

Este é um estudo qualitativo com direcionamento metodológico clínico-qualitativo (Turato, 2011), tendo como fundamento para a investigação, os sentidos e as significações dos fenômenos. O estudo foi realizado na clínica hemato-oncológica de um hospital universitário no estado Rio Grande do Sul, ao longo do ano de 2015. A clínica hemato-oncológica foi escolhida para este trabalho dada a maior proximidade entre o enfermeiro, os pacientes/familiares e a equipe cuidadora, tornando as vivências com o processo de morte mais ricas e peculiares.

Participaram do estudo 06 enfermeiros da unidade hemato-oncológica de um hospital universitário, contemplando os setores de ambulatório quimioterápico e internação infantil. A unidade hemato-oncológica contempla quatro setores, a saber: Ambulatório de Quimioterapia, Internação Infantil, Internação Adulto e Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO), sendo participantes deste trabalho apenas os profissionais dos dois primeiros setores, visto critérios de disponibilidade ou interesse dos profissionais.

Entre os entrevistados, 05 eram mulheres e 01 homem, com idades entre 30 e 50 anos. O tempo de formado variou entre 09 e 25 anos e o tempo de vivência profissional no setor hemato-oncológico entre 04 meses e 20 anos. Os critérios de inclusão foram: exercer atividades profissionais com pacientes em risco de ou em processo de morte, ter aceitado participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os enfermeiros em férias, licença maternidade, afastamento por licença médica ou para estudo de aperfeiçoamento acadêmico, bem como aqueles que não demonstraram interesse em participar do estudo ou não concordaram em assinar o TCLE, foram inseridos nos critérios de exclusão.

A coleta de informações foi realizada através de entrevistas individuais, a partir de um roteiro estruturado semidirigido (Turato, 2011). A estratégia utilizada para identificar a o número de participantes foi a saturação teórica (Turato, 2011; Fontanella et al., 2011). O roteiro de entrevista, comum a todos, abordou aspectos da qualidade de vida e do trabalho com pacientes em risco ou processo de morte. As entrevistas foram realizadas em locais que asseguraram a privacidade dos sujeitos, sendo sugeridos pelos próprios enfermeiros. As falas foram gravadas em meio digital, sendo transcritas e submetidas à análise de conteúdo, na perspectiva clínico-qualitativa.

O processo de categorização resultou em dois fenômenos. O primeiro diz respeito ao aprendizado do enfermeiro através das vivências com o moribundo e suas angústias de morte, cujas categorias temáticas são *"Em reunião descobrimos um artifício": Aprendendo com a equipe*; *"Dar-se o direito de se lapidar": Aprendendo com o tempo*; *"Nem sempre a morte é o pior": Aprendendo com a Morte e a impossibilidade de cura*. O segundo fenômeno é referente ao cuidado de si mesmo nas vivências dos enfermeiros com pacientes em risco ou processo de morte, cujas categorias temáticas são *"Essa escuta por outra pessoa ajuda": Compartilhando a dor*; *"Nosso trabalho também faz sentido": Alegria pelo reconhecimento do outro*; *"Posso fazer a diferença no cuidado deles": Enxergando as próprias potências*.

Este estudo comprometeu-se em seguir a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora das pesquisas com seres humanos. As atividades de campo ocorreram após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi

realizada, sendo o projeto aprovado sob o número CAAE 40608715.9.0000.5346. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos sujeitos, dando-lhes o tempo que fosse necessário para que cada um tivesse completo entendimento deste, tendo, então, a liberdade de participar ou não da investigação. Com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes, as falas que ilustram as categorias serão seguidas da seguinte legenda: E (Enfermeiro), seguido da numeração entre 1 e 6, bem como do tempo de vivência no serviço de hemato-oncologia em formato de estimativa.

Resultados e Discussão

A partir da análise das informações colhidas ao longo das entrevistas, emergiram algumas categorias que fazem referência a dois fenômenos distintos, porém diretamente relacionados às vivências de autocuidado do enfermeiro ao lidar com o trabalho no contexto de morte. Os fenômenos observados são: 1) "O aprendizado do enfermeiro através das vivências com o moribundo e suas angústias de morte" e 2) "O cuidado de si nas vivências dos enfermeiros com pacientes em risco ou processo de morte". Ambos os fenômenos serão expostos e discutidos a seguir a partir de suas respectivas categorias, de forma a conhecer as os aprendizados e práticas do cuidado de si referidos pelos enfermeiros, diante do seu trabalho com pacientes em risco ou processo de morte.

O aprendizado do enfermeiro através das vivências com o moribundo e suas angústias de morte

Este fenômeno, observado nos discursos dos entrevistados, diz respeito às vivências de aprendizado, possibilitado pelas peculiaridades das situações de cuidado ao paciente em processo de terminalidade. Essas situações foram possíveis a partir da experiência de situações angustiantes, onde, ainda que não houvesse certeza da melhor estratégia para enfrentá-la, uma postura reflexiva de resistência foi adotada.

"Em reunião descobrimos um artifício": Aprendendo com a equipe

Observou-se a importância da chefia nas situações críticas. Ao relatar sua história profissional no acompanhamento dos primeiros óbitos, a entrevistada se refere à chefia de enfermagem como exemplo a ser seguido. Observa-se a valorização do sentimento de empatia e o trabalho de auxílio à elaboração do luto profissional por parte da chefia. Este apoio

contribuiu não apenas para o desenvolvimento da identidade profissional do enfermeiro, mas para a superação pessoal das angústias que surgiriam ao longo da carreira. Na literatura, constantemente são encontrados relatos de profissionais da enfermagem que são repreendidos por seus supervisores, os quais associam liderança de equipe com insensibilidade à dor do outro. A consequência é o acúmulo de angústia pelos profissionais de saúde, dificilmente relacionando este sentimento com a morte vivenciada no dia-a-dia e pouco verbalizam sobre o tema (Bosco, 2008; Nishio e Franco, 2011).

Neste relato, o apoio ao desenvolvimento das habilidades subjetivas do profissional parece auxiliar uma nova postura profissional, agora com a sensibilidade como ferramenta de trabalho. Ferramenta não apenas como suporte à melhoria da assistência, mas como suporte ao próprio trabalhador, que poderá se sentir mais amparado quando precisar naturalmente demonstrar sentimentos.

A enfermeira, a chefe. Eu lembro assim dela, vai ser uma referência na minha vida. Porque ela tinha essa sensibilidade, sabe, de.. de trabalhar isso.. No cursinho (atendente de enfermagem) a gente já tinha trabalhado isso.. do sentimento do perda, da gente se colocar no lugar.. da empatia, sabe. Ela.. ela, me lembra muito nesse sentido, assim, a postura dela, do carinho. (E1, entre 05 e 10 anos no serviço).

Trabalhar com o drama de pacientes e familiares junto à morte requer uma abordagem subjetiva, além da técnica, o que dificilmente se consegue em uma formação profissional. A habilidade de se trabalhar questões subjetivas ou angustiantes do processo de morte requer a vivência do contexto e o apoio das lideranças no setor como suporte (Nishio e Franco, 2011). Uma das ferramentas da liderança para preparar e amparar melhor a equipe diante da tarefa de cuidar da dor do outro foi relatada como aprendizado em grupo, a partir das reuniões de equipe.

É uma unidade onde a permanência é prolongada, deve ser um dos locais no hospital onde existe o maior período de confinamento destes seres humanos, e onde eles pouco têm de contato com o mundo exterior. Mas nossa preocupação naquele momento era como a gente conseguiria se preparar melhor para esses eventos diferentes.[...] Então nessas reuniões a gente acabou descobrindo um artifício (E2, entre 15 e 20 anos no serviço).

A ideia das reuniões de grupo começou da dificuldade em lidar com a singularidade dos sujeitos. Cuidar do sofrimento do outro causa angústia e isso precisa ser verbalizado, compartilhado com a equipe. A reflexão em grupo se torna um suporte para uma possível reflexão individual.

A gente nunca tá preparado pra situações assim. Até porque cada ser humano é um... cada família é algo singular. Então não tem como tá preparado pra situações tão complexas como essa. E a gente a partir daquele dia começou a fazer reuniões (E2, entre 15 e 20 anos no serviço).

O processo de cuidado junto a pacientes em risco ou processo de morte exige que o enfermeiro consiga trabalhar tanto as questões burocráticas e técnicas do serviço quanto com as questões subjetivas, inerentes a esse contexto (Lima, Batista & Barbosa, 2013). Os discursos dos enfermeiros ouvidos neste estudo supõe que o suporte da equipe é fundamental para aprender a lidar com estas demandas. Construir suporte para si é importante para posteriormente ser suporte ao outro. E assim o enfermeiro aprende, seja em grupo junto à equipe, seja sozinho, ao longo do tempo, como vemos a seguir.

"Dar-se o direito de se lapidar": Aprendendo com o tempo

A maturidade no trabalho aqui é referida pelos entrevistados como melhor compreensão sobre estratégias eficazes de autocuidado. Então, com o tempo, o enfermeiro que trabalha no contexto da morte passa a perder as ilusões do início da profissão, onde se maltratava ao trabalhar em excesso, se desgastava nos encantos de poder "salvar vidas", assumindo a identidade de um profissional que deve se doar ao máximo ao seu trabalho e ao seu paciente. Nesse contexto de doação, os entrevistados entendiam que o cuidado era uma obrigação e se cobravam a ponto de negar a si em prol do outro. O "encanto" inicial parece ser uma falta de reflexão sobre si, defasando seu senso de ação ética sobre sua realidade. O "Amadurecer com o tempo" parece significar "perder as ilusões" ou uma oportunidade de reflexão sobre si, a fim de criar estratégias de resistência ou enfrentamento.

Então, é a mim que eu tenho que cuidar em primeiro lugar pra poder cuidar de alguém. Mas teve períodos que eu não... Eu me maltratei! (fala sorrindo) Então...

eu acho que a gente... Amadurece com o tempo, sabe (E2, entre 15 e 20 anos no serviço).

Por isso que eu te digo, tem momentos.. teve momentos lá atrás na minha vida que eu não tinha essa maturidade que hoje eu tenho que eu acho que isso se chama autoconhecimento, né. De pensar que, o que eu posso fazer nesse momento (da morte) é isso e eu vou fazer (E1, entre 05 e 10 anos no serviço).

Autoconhecimento e capacidade de pensar. Os dois frutos que o tempo permitiu amadurecer nos profissionais a partir das vivências e da reflexão sobre si no contexto da morte, não apenas em prol da dimensão laboral, mas também da dimensão pessoal. Se perguntar "o que eu posso fazer neste momento (da morte)" é entender que, enquanto ser humano, o enfermeiro tem limitações que precisam ser respeitadas por ele mesmo. Isso só se torna possível a partir de uma reflexão sobre as demandas do seu trabalho, fonte inerente de angústias. Esse tipo de resistência, caracterizado pela reflexão das práticas diárias foi descrito por Foucault (2005) como práticas de liberdade. São exercícios de reflexão que permitem que o sujeito reaja à(s) relação(ões) de poder que o tenciona(m) (Foucault, 2004; Wendhausen & Rivera, 2005). No caso dos enfermeiros entrevistados, as relações de poder envolvidas estão diretamente relacionadas ao conhecimento científico e à autonomia na tomada de decisões.

Então a gente tinha que ter mais poder de argumentação, de poder... eu acho que a gente até consegue, sabe, com conhecimento (E5, entre 05 e 10 anos no serviço).

Sabe, então, muitas vezes a gente precisa primeiro se enriquecer nesse sentido, estudar, ter conhecimento e mostrar que tu sabe. Só nesse momento que a gente vai ser respeitado e valorizado. E isso a gente consegue com o tempo, com autoconhecimento (E5, entre 05 e 10 anos no serviço).

Segundo os enfermeiros, a vivência da angústia é natural quando se trabalha no contexto de morte enquanto cuidador. Porém, esta angústia é fonte de "novos começos", sugerindo que a cada recomeço o indivíduo está mais apto a lidar com pacientes em risco ou processo de morte. É interessante como a maturidade profissional é vista neste discurso, não como uma perda de ilusões em querer "salvar vidas", mas como uma oportunidade de refletir melhor sobre as vivências com a morte. Talvez, o principal equívoco no direcionamento da formação

do enfermeiro seja a associação entre o cuidado e a manutenção da vida (Oliveira, Brêtas & Yamaguti, 2007).

A formação em prol do cuidado, diferente da formação em prol da cura, é uma das ferramentas essenciais usadas na formação de um enfermeiro. O processo de trabalho pautado no cuidado do outro prioriza a construção da qualidade de vida singular a cada indivíduo. Porém, essa construção de cuidado é frequentemente associada ao processo de assegurar que a vida continue. Associação direta entre qualidade de vida e manutenção da vida é, por sua vez, diretamente relacionado à dificuldade que o estudante tem em vivenciar este evento tão complexo como é o processo de morte (Oliveira, Brêtas & Yamaguti, 2007; Oliveira & Amorim, 2008; Borges & Mendes, 2012). O resultado desta série de associações equivocadas é um profissional que chega iludido em desejar salvar tantas vidas quanto possível, necessitando maturar sua habilidade de repensar a vida e a morte.

Quando a gente tem esse momento, quando a gente tem esse querer que as coisas saiam o melhor possível, que a gente dá o melhor da gente e um momento ou outro tu acaba se fragilizando com as situações, mas ao mesmo tempo acaba se reerguendo pra começar tudo de novo, né. Eu acho que é difícil alguém assim não se fragilizar em algum momento no sentido de ficar um pouco mais abalado, um pouco mais triste, um pouco mais frustrado, mas depois [...] consegue se reerguer e continuar (E5, entre 05 e 10 anos no serviço).

A gente tem que se dar o direito de se lapidar, de ir aprendendo com as coisas. E não achando que tudo é um problema, [...] não é muito fácil, né. E a gente tem que ter os apoios também, porque sozinha a gente não consegue fazer nada, né. Acho que isso é com a idade juntamente com eu ir buscando as coisas. A maturidade.. não só de idade, mas a maturidade é questão de aprendizado, de vivências, né, que vai levando a gente a entender melhor as coisas (E6, entre 15 e 20 anos no serviço).

O aprendizado maior está na vivência do sofrimento do outro e na vivência e enfrentamento do seu próprio sofrimento. Os enfermeiros referem que é um aprendizado além dos livros, quiçá além da formação profissional. Neste último depoimento, a enfermeira utiliza as angústias da vida, inclusive do trabalho, como formas de se lapidar. Um processo que não é simples nem confortável, mas dá a esperança do entendimento, dá a possibilidade

de elevar a capacidade singular de lidar com as angústias do outro e das próprias angústias. É interessante como ela revela que esse aprendizado em lidar com o contexto de morte se relaciona mais com as vivências na vida que com a idade propriamente dita. Um aprendizado que é construído em conjunto com o outro, não em isolamento reflexivo, pensando que a morte nem sempre é a pior das experiências.

"Nem sempre a morte é o pior": Aprendendo com a Morte e a impossibilidade de cura

O que se compreende dos relatos desta categoria é que elaborar as questões angustiantes do trabalho ou se atentar às próprias limitações no contexto de morte, provém do confronto com a morte do outro. O primeiro relato discorre sobre a importância que a vivência da morte do pai pôde ensinar à enfermeira a, hoje, trabalhar com uma capacidade de elaboração melhor das situações de morte. De fato, as experiências pessoais, onde a morte é vivenciada de forma mais próxima, ensinam ou sensibilizam o sujeito a desenvolver outra postura diante dela (Oliveira & Amorim, 2008).

E até isso (a vivência de trabalho com pacientes com câncer) me ajudou a enfrentar quando eu tive um problema na família. Eu tive... O meu pai teve câncer de pâncreas e veio a falecer, ficou 1 ano em tratamento. Então como fazia tempo que eu trabalhava aqui, também eu acho que me ajudou na minha forma pessoal de ver isso também, assim, sabe, ter vivido assim com muitos pacientes, assim, essa perspectiva, então nem sempre a morte é algo ruim (E3, entre 05 e 10 anos no serviço).

No geral, a morte do outro desconhecido é mais distante, porém a morte, quando próxima, se torna mais angustiante. As peculiaridades do trabalho diário no cuidado a pacientes em terminalidade torna a morte do outro mais próxima, pois o vínculo diário torna o outro mais próximo. Dessa forma, o enfermeiro vivencia as angústias do processo de morte do paciente, limitando-se a expressar sua dor, pois ela é interdita pela relação profissional, que distancia o outro de si (Ariès, 1990; 2003). Em suma, o profissional precisa manter uma postura evidente de distanciamento da morte do outro, enquanto subjetivamente sofre como alguém próximo que faleceu. Como contraponto a essa realidade angustiante, encontramos no relato anterior que a vivência da morte próxima, como a morte de um ente querido, auxilia a vivenciar este processo de morte do paciente de forma mais natural ou menos interdita. Isso

facilita a elaboração do luto e promove o crescimento pessoal do enfermeiro. Este aprendizado no campo de trabalho, no relato que segue, sugere a influência desta vivência com o momento da morte do outro como reflexão sobre a vida.

Pensar o que tu pode levar pela tua vida, o que.. né.. não ficar esperando sempre pro futuro fazer alguma coisa, mas viver o momento, aproveitar mais a família... eu acho que muda bem assim a tua perspectiva, né, em relação a vida (E3, entre 05 e 10 anos no serviço).

Porém nem sempre esse momento da morte vem de forma inesperada. Segundo os relatos a seguir, quando o cuidado é dirigido a pacientes internados sem possibilidades terapêuticas, são geradas mudanças nas fontes de satisfação profissional, pois a cura já não pode ser alcançada. É o momento em que a frustração torna-se potencial fonte de uma mudança de postura relacionada ao processo de cuidado, pois a pergunta muda: de "O que podemos fazer para salvar a vida?" para "Se não há cura, o que podemos fazer pela qualidade de vida?". A entrevistada refere-se a esse momento como uma "rompida" na forma de pensamento sobre seu trabalho, saindo da lógica das normas e rotinas rígidas, passando a um plano de ação mais flexível. Parece haver uma diferenciação na forma de cuidar. Uma parcialidade refletida, não por interesses pessoais, mas pela necessidade trazida pelo outro. Essa mudança de pensamento sobre a sistematização da assistência de enfermagem é também uma mudança de requisito para satisfação no trabalho, sendo, também, causa de realização profissional.

Não tem a possibilidade de cura, o que pode ser feito a partir de agora? [...] Se não é a cura, o que a gente pode fazer para melhorar a qualidade de vida? Acho que é isso que a gente fica preocupado né com esse outro lado. [...] Você tem quer uma "rompida" [...]. E a gente fica assim muito mais maleável [...] nas nossas rotinas [...], com pacientes em cuidados paliativos. Então, aí eu acho como o nosso cuidado a esse paciente vai ter outro olhar, a nossa realização também muda de forma (E5, entre 05 e 10 anos no serviço).

Então dependendo da situação, nem sempre a morte é o pior, então tem que ser avaliado em cada situação (E3, entre 05 e 10 anos no serviço).

O "outro lado" do cuidado é visto na prática, quando se passa e se supera a frustração de não conseguir curar um paciente. É um relato que transmite a importância dos momentos de angústia profissional e superação destes momentos pelo enfermeiro, processo que tende a ampliar sua visão para além da cura (Salomé, Martins & Espósito, 2009). Porém, certamente não falamos de um processo simples ou rápido. Historicamente, foi construída a ideia que hoje temos de morte desejável como aquela que não é percebida e é essa a forma que comumente entendemos este o fenômeno da morte (Ariès, 2003). Porém, esta categoria foi pensada para este estudo justamente pela característica de rompimento desse pensamento observado nos discursos dos enfermeiros. Romper este paradigma de negação da situação de morte é possível e não se dá através de formação profissional, mas através das vivências diárias e o constante enfrentamento reflexivo da prática.

A gente não aprende esse "outro lado" que o nosso cuidado também pode ser direcionado para aqueles que não tem mais possibilidade de cura. É um cuidado também. Eu acho que isso ninguém nos ensina (E5, entre 05 e 10 anos no serviço).

O confronto com a situação de morte do outro pode ser, de fato, potencial destrutivo, porém, tem igual potência de estruturar o sujeito para a vida (Hennezel, 2006). Negar a realidade da morte ou enfrentá-la são caminhos que o enfermeiro percorre após o aprendizado a partir das suas vivências com pacientes em risco ou processo de morte. Daí então constrói, de forma reflexiva, as práticas do cuidado de si.

O cuidado de si nas vivências dos enfermeiros com pacientes em risco ou processo de morte

Em meio a discursos de angústia e impotência, foram observadas práticas de cuidado sobre si mesmo referidas pelos enfermeiros. Este fenômeno diz respeito às estratégias de autocuidado, possibilitadas pelas vivências e reflexões das situações diversas com pacientes em risco ou processo de morte. Estratégias referidas e observadas como formas de autopreservação na postura reflexiva do cuidado de si mesmo.

"Essa escuta por outra pessoa ajuda": Compartilhando a dor

O ponto gerador desta categoria foi a observância nos discursos sobre o agravo do sofrimento quando ele é solitário, quando não se tem o suporte do outro, o qual também sofre. Na inabilidade em lidar com o sofrimento, o suporte é pensado como advindo de uma socialização da dor. Saber que o outro sofre no mesmo contexto traz o alívio em perceber que não se trata de uma fraqueza individual, trazendo a identidade de grupo como resistência às fontes de angústia.

Esse sofrimento, quando é solidário... solitário..., ele é muito ruim e a gente, por exemplo, não tinha estratégias de socializar esse sofrimento. De fazer com que os servidores e o pessoal, principalmente da enfermagem, que fica muito tempo com esses pacientes, tenha um momento de externar esses sentimentos, ou de ter uma forma de apoio, de suporte (E2, entre 15 e 20 anos no serviço).

Tu para e conversa sobre a morte, sobre aquela situação. E às vezes ameniza um pouquinho porque daí tu vê que o outro às vezes pensa a mesma coisa que tu, ta sentindo a mesma coisa que tu ou não, tem visões diferentes.. então eu acho que isso ajuda (E3, entre 05 e 10 anos no serviço).

Interessante perceber a identificação com o grupo como estratégia de suporte a si mesmo e resistência. Este tema foi discutido por Foucault (1994), ao referir que "eu não creio que a individualização se oponha ao poder, mas, pelo contrário, eu diria que nossa individualidade, a identidade obrigatória de cada um é efeito e instrumento do poder." (p.663). O enfermeiro se coloca na posição de profissional que não pode expressar sua dor por esta denotar fraqueza em um trabalho que lhe é exigido liderança, gerenciamento e cuidado com as demandas biopsicossociais do outro (Silva & Cruz, 2011). Os primeiros relatos desta categoria referem esta atividade como solitária e, conseqüentemente, angustiante. Este perfil encaixa-se nessa lógica foucaultiana de relações de poder. Porém, a referência ao grupo enquanto suporte de resistência é igualmente exaltada pelo filósofo quando diz: "o que este [o poder] mais teme é: a força [...] dos grupos." (Foucault, 1994, p.663).

Foi um momento, onde a gente parou, fechou o ambulatório e fomos lá na sala [...], onde a gente conversou [...] e falamos do ambiente, do trabalho. Mas era num local diferente, um momento diferente, sabe. Todo mundo se abraça, todo

mundo... se cuida, né [...]. Acho que é nesse sentido (E1, entre 05 e 10 anos no serviço).

Essa escuta de outra pessoa eu acho que ajuda... Também entre nós na equipe, eu acho que conversar com a equipe de enfermagem, com a equipe médica, com a psicóloga que atende [...]. Eu acho que tu falar, tu trazer assim, já ameniza um pouco daquela angústia, daquele sofrimento (E3, entre 05 e 10 anos no serviço).

Tomar parte do sofrimento do outro é chamado de compaixão (Siqueira e Shcruamm, 2009). A ideia é a de que o enfermeiro possa vivenciar a angústia com o compadecimento do outro e seja igualmente compadecido com a dor do outro, endereçando a sua palavra para ter o efeito de elaboração do real (a morte escancarada) com os recursos dados pelo simbólico, através da palavra (Castro-Arantes et al, 2013). Esse processo de elaboração dá sentido às vivências, de forma ao enfermeiro sentir-se motivado, sendo reconhecido pelo seu trabalho.

"Nosso trabalho também faz sentido": Alegria pelo reconhecimento do outro

Esta categoria foi pensada ao observar que, em meio a tantas fontes de angústia no trabalho com pacientes em processo de morte, o enfermeiro encontra motivações para sentir-se satisfeito consigo mesmo, sendo reconhecido pelo outro por seu trabalho. O relato que segue fala desta motivação e realização pessoal no trabalho com a criança com câncer. O fato da criança com câncer expressar-se com menor angústia do que os adultos parece ser uma das causas de motivação, visto que, dessa forma, a enfermeira alivia a sua necessidade de lidar com o drama da morte escancarada. Esse drama é encontrado nos pais das crianças, que vivem o luto e o processo de morte do(a) filho(a) de forma mais dramática e angustiante.

Ela (a criança) consegue contornar as situações muito mais fácil que os adultos e os idosos. Elas acabam fazendo disso aqui o universo delas, elas tem o jeito delas pra vencer isso aqui. E eu acho que a criança... a gente vê mais a retribuição da criança, sabe [...]. A gente tem um reconhecimento bom do paciente. Acho que assim, aqui o enfermeiro é bem valorizado e a gente tem uma autonomia bem legal, sabe. Então eu acho que a gente tem essa realização profissional e uma realização pessoal, também (E5, entre 05 e 10 anos no serviço).

Através dos discursos é possível perceber que o sentido do cuidar em enfermagem está na noção de vencer pela conquista da cura. A qualidade de morte não parece ser prioridade no processo de cuidado e isso ajuda a definir o que pode causar alegria ou entristecer o enfermeiro. Este parece ser um contexto subjetivado nos profissionais entrevistados, não apenas neles, mas também na sociedade como um todo, dada a construção histórica da visão sobre a morte na contemporaneidade (Aries, 2003). Nesse sentido, é nessa consciência sobre a morte que o enfermeiro constrói ou percebe as fontes de motivação e realização pessoal.

O processo de morte é uma designação genérica aos acontecimentos que marcam o limiar da vida. É, portanto, aquilo que dá forma à vida e não o seu oposto negativo (Spinoza, 2010). A vivência constante com a morte do outro é, portanto, oportunidade para o enfermeiro ressignificar os paradigmas sobre salvar vidas e suas frustrações, permitindo estar mais atento às questões de cuidado com a qualidade de morte do paciente. A realidade que se cria a partir disso é a aceitação do natural mal-estar no contexto de morte e o encontro com fontes particulares de motivação, tornando o enfermeiro capaz de pensar a sua prática e construir ilhas de alegria no oceano de sofrimento, onde diariamente mergulha (Oliveira & Amorim, 2008; Spinoza, 2010). Os discursos que seguem trazem essa alegria como resultado da realização profissional e da boa relação com a equipe de trabalho, mesmo em um ambiente potencialmente entristecedor.

Aqui a gente tem sim um ambiente que nos proporciona também alegria. A gente tem um relacionamento interpessoal entre a equipe muito boa. A gente se sente bem aqui. Então esse é o outro lado da Oncologia, né [...]. Acho que a alegria é em você se realizar profissionalmente [...] (E5, entre 05 e 10 anos no serviço).

Muitos dos momentos que a gente fica mais alegre é quando o paciente vem nos visitar fora do tratamento. Acho que daí a gente vê que o nosso trabalho também faz sentido ou que fez sentido pra vida dessas pessoas. [...] eu acho que isso é a alegria de realização profissional (E5, entre 05 e 10 anos no serviço).

Escassos são os estudos que falam em fontes de motivações e realização profissional no trabalho de enfermeiros com pacientes em risco ou processo de morte. Escassos também foram os discursos dos profissionais que se referiam dessa forma ao trabalho, talvez justamente pelo sentimento constante de esperança pela vida ou temor pela morte, mas foram categorizados neste estudo justamente pelo seu aparente ineditismo. Spinoza (2010) toma

estas duas dimensões (Esperança e Temor) como meras ilusões, pois são afetos motivados por possibilidades e não pela realidade. Na prática, o enfermeiro que guia sua atividade diária a partir destas duas dimensões, dificilmente sairá do clima de angústia e frustração. Ele nos convida à percepção do real, que está diante do sujeito a cada encontro vivido e é promotor de alegrias ou tristezas. Nesta categoria, a alegria pela realização profissional foi resultado dos encontros de motivação dentro da realidade da enfermeira, em seu dia-a-dia. Aceitar-se na alegria pela vida salva ou na tristeza pela morte irrevogável, assim o enfermeiro vai aprendendo a enxergar as suas próprias potências e criar novas práticas de cuidado de si.

"Posso fazer a diferença no cuidado deles": Enxergando as próprias potências

Conhecer seus próprios limites e fazer o que pode ser feito com os recursos que estão à disposição naquele instante. Esta é a essência dos discursos que deram origem a esta categoria. Enxergando o potencial de cada um, encontravam satisfação em fazer alguma diferença na vida do outro, seja ressignificando a culpa, explorando sua espiritualidade ou simplesmente dando o melhor de si.

Oferecer o meu melhor como profissional, o melhor como pessoa, pros pacientes que estão aqui. Então eu acho que eu posso sim fazer a diferença no tratamento deles. E isso faz com que a gente dê o melhor pra gente, né, que a gente se esforce e queira realmente que as coisas funcionem, que eles melhorem, que a gente se cruze lá na frente. Eu acho que é isso que também a equipe tem que tentar trabalhar. Tem que tentar pensar dessa maneira. O quanto eles podem fazer, o quanto eles são capaz de realmente cuidar dessas crianças e o quanto eles tentam fazer isso com amor (E5, entre 05 e 10 anos no serviço).

Pode-se notar o desejo pela cura e pela melhora do paciente, visão que reflete um paradigma atual da sociedade, que constantemente viemos referindo neste estudo (Áries, 1990; 2003). Porém, o que se destaca na fala é o caráter reflexivo sobre três tipos de relação: do enfermeiro com o paciente/familiar "*Fazer a diferença no cuidado deles*"; do enfermeiro consigo mesmo "*isso faz com que a gente dê o melhor pra gente*"; e da relação do enfermeiro com a equipe "*é isso que também a equipe tem que tentar trabalhar*". É uma visão das relações em saúde envolvendo todos os atores do cuidado (paciente, família, profissional e equipe). A enfermeira discorre sobre como cuidar de si mesma está diretamente ligado com o

cuidado ao outro. O cuidar do outro é razão do cuidar de si e o cuidar de si é a causa do seu prazer em trabalhar com o outro. Uma relação que inclui a equipe como organismo cuidador e também organismo a ser cuidado.

Novamente observamos conceitos pouco discutidos na literatura quando se trata de sentimentos dos profissionais no manejo de pacientes em risco ou processo de morte: dar o melhor de si e fazer a diferença na vida do outro como significados de satisfação no trabalho. Estes temas podem ser discutidos à luz de Foucault, quando ele percebe no cuidado de si um princípio ético para a vida, incluindo a vida no trabalho (Foucault, 1997; 1998; 2005). E o que significa isso na prática? As condições sobre as quais se constroem a identidade profissional do enfermeiro são adversas, como visto ao longo deste estudo. Essas adversidades, em especial no trabalho em contexto de morte, gera frequentemente perda de sentido no que se faz, compelindo o profissional a simplesmente realizar aquilo que lhe é imposto, escondendo seus sentimentos e potências (Wendhausen & Rivera, 2005). Ao encarar o trabalho como uma obra de arte, uma construção baseada na reflexão da sua prática, o enfermeiro tem o potencial de criar e recriar as relações com o seu trabalho, conhecendo seus limites e dando sentido ao melhor que pode ser feito. É um processo de transformação da sua atividade diária em algo potencialmente prazeroso, ainda que cercada de adversidades.

tu tenta fazer tudo no melhor de si, mas se acontecer (a morte do paciente) não ficar se culpando, pensando no que poderia ter sido feito ou não, mas pensar que foi feito o possível, que geralmente não é incompetência de ninguém ou culpa (E3, entre 05 e 10 anos no serviço).

[...] saber que eu posso fazer a diferença no cuidado deles. Eu acho que é isso que faz a gente vir todos os dias trabalhar. Eu sei que estando aqui eu posso oferecer alguma coisa pra eles. Enquanto a gente estiver trabalhando é assim que a gente tem que pensar (E5, entre 05 e 10 anos no serviço).

O sentimento de dever cumprido no cuidado ao paciente sem possibilidades terapêuticas ou com risco de morte também está relacionado ao uso das crenças como ferramenta. Nos discursos que seguem, a tentativa de ressignificar a morte na relação com a família ou paciente está presente como forma de melhorar a elaboração do luto. Os discursos contêm significados tanto para o paciente e família quanto para a aceitação do próprio profissional, que reza em favor do moribundo e por si mesmo.

Quando os pacientes estão naquela fase de cuidados paliativos, muito ruim, que não conseguem se desprender, eu vou lá, rezo pra eles, que eles entendam que o período deles acabou aqui [...]. Isso me faz bem. Eu acho que também faz parte do meu trabalho isso. Meu trabalho aqui não como enfermeira, meu trabalho aqui nessa missão que eu to [...].Essa minha crença me ajuda bastante [...]. Eu leio muito essa questão pra me trabalhar nesse ponto. De entender essa transição espiritual. Foi uma forma que eu encontrei de lidar com essas emoções (E6, entre 15 e 20 anos no serviço).

eu não esqueço o que eu disse pra ele (familiar de um paciente terminal) assim: "Seu fulano, deixa ele ir. Deixa ele ir que ele já fez a parte dele. O senhor fez muito bem feito a sua parte. Deixa ele ir que ele precisa ir pra outro lugar. Não pensa mais ele aqui. Deixa ele ir...". [...] Ele parou assim, chorando, e disse pro filho "Vai... meu filho... vai" (E6, entre 15 e 20 anos no serviço).

As práticas que favorecem a aceitação da morte por parte do paciente terminal, bem como da família, e também pelo enfermeiro, favorecem o desenvolvimento dos cuidados paliativos nos serviços de saúde. Isso se dá pelo maior estímulo ao foco terapêutico no conforto do paciente e de sua família, utilizando a escuta e a comunicação, além das medicações (Oliveira, Quintana & Bertolino, 2010). Nos relatos, a oração e o pensamento positivo parecem se encaixar no princípio ético da beneficência, pois traz o significado destas ferramentas como suporte de ação em benefício do outro. A busca pelo divino como ferramenta terapêutica não é tratada como uma forma de barganha, buscando salvar a vida, mas como uma medida de conforto, como um instrumento terapêutico paliativo. Além disso, refere que desenvolver a espiritualidade a faz trabalhar melhor as angústias oriundas do trabalho com pacientes em risco ou processo de morte.

A dimensão espiritual tende a mobilizar qualidades do ser humano como compaixão, perdão e responsabilidade, sendo vivenciada de forma mais intensa nas situações de crise, como no cuidado a pacientes sem possibilidades terapêuticas (Brito et al., 2014). Nesse sentido, a espiritualidade foi observada nos discursos como uma ferramenta para o profissional desenvolver suas potências e promover uma melhoria no fim de vida dos sujeitos sob seus cuidados.

Conclusão

A partir das considerações deste estudo, pôde-se destacar a importância de enfrentar a realidade do trabalho com pacientes em processo de morte, enquanto promotor de aprendizados e práticas de cuidado consigo mesmo pelos enfermeiros. Estes aprendizados e práticas de cuidado de si são produtos de reflexões acerca das angústias diárias do enfermeiro, cujas repercussões psíquicas tendem a ter um caráter de elaboração. Segundo os significados atribuídos pelos enfermeiros às suas vivências neste tipo de trabalho, não se trata de negar suas crises, mas de criar formas de reflexão sobre elas.

O confronto do enfermeiro com os conflitos éticos, com os dramas de pessoas ou famílias e até com as suas próprias crises na relação com o outro são características do trabalho na unidade de internação hemato-oncológica. Os significados atribuídos pelos enfermeiros neste estudo dizem respeito, portanto, à influência que esse confronto tem sobre suas práticas de autocuidado, de aprendizado com os momentos de mal-estar psíquico. Este processo dá suporte para que o enfermeiro possa, então, enxergar suas potências ou, ao menos, elaborar sua dor.

Os resultados destacam dois fenômenos construídos pelas vivências dos enfermeiros: o aprendizado ao longo das vivências com a equipe de trabalho, através da maturidade advinda com o tempo ou, ainda, com o acompanhamento constante das situações de morte; e as práticas de autocuidado como fenômeno de autopreservação através da elaboração da dor pela fala e escuta em grupo, pela motivação através da realização profissional e pelo bem estar causado através da beneficência no cuidar com o outro.

Existe um significativo aprendizado relacionado à equipe de trabalho, principalmente no que se refere à figura da chefia como exemplo de postura nos momentos críticos e ao compartilhamento das inseguranças em reuniões com os colegas de trabalho. Além da equipe enquanto suporte, as vivências de aprendizado individual foram observadas na perda das ilusões do início da carreira profissional, onde o enfermeiro se identificava como alguém preparado para salvar vidas, mas despreparado para lidar com a morte. A maturidade profissional o torna mais exposto às intempéries do trabalho no contexto de morte, permitindo seu aprendizado sobre cuidar do outro visando promover qualidade e não controle sobre a vida. A vivência da morte, seja no contexto pessoal ou profissional, possibilita, ainda, um aprendizado sobre o significado da própria morte pelo enfermeiro. Isso possibilita a ele perceber que a morte nem sempre é o pior.

Destes aprendizados podem surgir práticas de autocuidado referidas como formas de autopreservação. Estas práticas quando criadas em reflexão às adversidades do contexto de morte hospitalar, ganham um caráter ético de cuidado de si. Os discursos dos enfermeiros permitem observar que as angústias do dia-a-dia de trabalho são fatores motivadores de práticas de cuidado da própria saúde psíquica. A socialização da dor com seu grupo de trabalho, que também sofre estímulos do ambiente de internação hemato-oncológica, foi uma forma referida como eficaz de elaboração da dor. Outra fonte de motivação é o reconhecimento do seu trabalho, seja pelos pacientes em processo de morte, seja pelos curados ou por outros externos à realidade do trabalho, como os próprios familiares. O bem estar encontrado em se trabalhar no contexto da morte na hemato-oncologia foi observado, ainda, na ressignificação do trabalho pelo próprio enfermeiro. Ao perceber-se como um ser limitado, sem onipotência sobre a vida e a morte, as potências de cada um podem ser desenvolvidas no sentido de perceber que o melhor de si pode fazer a diferença na vida ou na morte do outro sob seus cuidados.

Desde a escolha do tema de pesquisa, o qual gera grande mobilização psíquica por aqueles convidados a falar sobre suas vivências no trabalho com pessoas em processo de morte, foi perceptível que limitações poderiam ser encontradas no estudo. Dentre as limitações encontradas, houve recusa ou indisponibilidade dos enfermeiros em maior quantidade que o esperado pelo pesquisador, refletindo o que possivelmente significa o trabalho com estes pacientes e suas dores. Reflete, ainda, a necessidade de enfatizar o discurso dos poucos interessados em expor seus aprendizados e estratégias para elaborar a própria dor ou motivar-se no dia-a-dia com o sofrimento. O fato das recusas dos enfermeiros em falar nos faz pensar sobre o sentimento de angústia em aceitar suas limitações e falta de controle sobre a vida e morte. A profundidade dos discursos que foram registrados nesse estudo tornou rica a abordagem dos significados que o trabalho, as pessoas e a morte têm para cada um deles. Os objetivos da pesquisa clínico-qualitativa são contemplados quando estes significados são captados e os fenômenos devidamente explorados de forma singular.

A sequência de trabalho após este estudo deve ser voltada à promoção de abertura de espaços para a fala e escuta dos enfermeiros, permitindo que eles mesmos criem suas formas de lidar com as situações de morte das quais são profissionalmente responsáveis. Ainda que a angústia permeie a prática desses enfermeiros, cada um pode ser estimulado a criar passagens para estados mais potentes de si.

Referências

- Abreu, C.B.B. (2014). *Questões éticas em Cuidados Paliativos*. Tese de Doutorado, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Areco, N. M. (2011). *Cuidados Paliativos: a vivência de profissionais de uma equipe interdisciplinar na assistência a crianças e adolescentes com câncer*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Ariès, P. (1990). *O Homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Barlem, E.L.D., Lunardi, V.L., Lunardi, G.L., Dalmolin, G.L., & Tomaschewski, J.G. (2012). Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 681-688.
- Bosco, A.G. (2008). *Perda e Luto da equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico de urgência e emergência*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- Borges, M. S., & Mendes, N. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 324-331.
- Brito, F., Costa, I., de Andrade, C., de Lima, K., da Costa, S., & Lopes, M. (2014). Espiritualidade na iminência da morte: estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(4), 483-489.
- Carnevale, F.A. (2009). A Conceptual and Moral Analysis of Suffering. *Nursing Ethics*, 16(2), 174-183.
- Carnevale, F.A. (2013). Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 33-38.
- Castro-Arantes, J.M., & Lo Bianco, A.C. (2013). Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2515-2522.
- Floriani, C.A., & Schramm, F.R. (2008). Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Suppl. 2), 2123-2132.
- Fontanella, B.J.B., Luchesi, B.M., Saidel, M.G.B; Ricas, J., Turato, E.R., & Melo, D.G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, 27(2), 389-394.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1997). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.

- Foucault, M. (1998) *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2004) *A ética do cuidado de si como prática da liberdade*. In: Foucault, M. *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2005). *História da Sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2006). *A Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Hennezel, M. (2006). *A morte no centro da vida*. In: HENNEZEL, M. *Morrer de olhos abertos*. Portugal: Casa das Letras.
- Lima, C.S.P., Batista, A.C.O., & Barbosa, S.F.F. (2013). Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 780-789.
- Nishio, E.A & Franco, M.T.G. (2011). *Modelo de Gestão em Enfermagem: Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente*. Filadélfia: Elsevier.
- Oliveira, J.R., Brêtas, J.R.S., & Yamaguti, L. (2007). A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 386-394.
- Oliveira, S.G., Quintana, A.M., & Bertolino, K.C.O. (2010). Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1077-1080.
- Oliveira, W.I.A., & Amorim, R.C. (2008). A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(2), 191-198.
- Osborne, T. (2005). *Of Health and Statecraft*. In: PETERSEN, Alan; BUNTON, R. (Org.). *Foucault, Health and Medicine*. Nova York: Routledge, p. 173-188.
- Peterson, A.A., & Carvalho, E.C. (2011). Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4):692-697.
- Ramos, E.L. (2009). *A Qualidade de Vida no Trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de Terapia Intensiva*. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.
- Salomé, G.M., Martins, M.F.M.S., & Espósito, V.H.C. (2009). Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 856-862.
- Santos, J.L., & Bueno, S.M.V. (2010). A questão da morte e os profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 18(3), 484-487.

Silva, I.J., Oliveira, M.F.V., Silva, S.É.D., Polaro, S.H.I., Radünz, V., Santos, E.K.A., & Santana, M.E. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 697-703.

Silva, K.C.O., Quintana, A.M., & Nietzsche, E.A. (2012). Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 16(4), 697-703.

Silva, R.C.V., & Cruz, E.A. (2011). Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. *Escola Anna Nery*, 15(1), 180-185.

Siqueira-Batista, R., & Schramm, F.R. (2009). A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1241-1250.

Spinoza, B. (2010). *Ética: demonstrada à maneira dos geômetras*. Belo Horizonte: Autêntica.

Turato, E. (2011). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Umann, J., Silva, R.M., Benavente, S.B.T., & Guido, L.A. (2014). O impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse de enfermeiras de hemato-oncologia. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 103-110.

Wendhausen, A.L.P., & Rivera, S. (2005). O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 14(1), 111-119.

CONCLUSÕES INTEGRATIVAS

As considerações discutidas ao longo deste estudo remeteram a questões filosóficas das práticas em saúde de enfermeiros, diante da sua dinâmica psíquica no trabalho em contexto de morte. Importa ressaltar que esta pesquisa surgiu a partir de um interesse do pesquisador em explorar a dimensão filosófica de um tema comumente abordado pela relação saúde-doença-trabalho. Em outras palavras, não interessou aprofundar que tipo de relação causa saúde ou doença, mas sim como cada relação é criada e significada pelos sujeitos de forma singular. Dessa forma, o planejamento desta investigação foi pautado em moralizar o mínimo possível cada significado atribuído pelos enfermeiros, ainda que tenha sido uma tarefa árdua, visto que é inacessível ao humano perceber as relações com tamanha neutralidade. De fato, uma discussão filosófica prima justamente por uma atitude oposta, convidando pesquisador e pesquisado a se repensarem continuamente, sendo previsto, inclusive, como benefício desta investigação.

Vale, portanto, destacar uma inferência integrativa desta investigação: os dramas e angústias no trabalho do enfermeiro com a morte são tão inexoráveis quanto fundamentais para o aprimoramento do cuidado de si do sujeito. Significa dizer que é a partir dos fatores que causam sofrimento ao enfermeiro que o seu processo de reflexão sobre si pode ser iniciado. Iniciado como forma de resistência, percebendo que algo além do processo de cuidado rigidamente sistematizado pode e deve ser pensado. O trabalho com pacientes internados em risco ou processo de morte, de fato, expõe o enfermeiro a uma carga psíquica que dificilmente se encontra em outros contextos da sua profissão. Os relatos dizem respeito a esta carga de forma a fazer-nos pensar sobre como a moralização das práticas em saúde pode moldar o comportamento e o olhar que o enfermeiro tem de si mesmo.

Essa discussão sobre moralidade na saúde foi observada na dificuldade dos enfermeiros em falar e refletir sobre o que exatamente interfere na própria qualidade de vida. Sobre a função do trabalho na promoção dessa qualidade. As contradições nos discursos sobre este tema foram reveladoras quanto à forma politicamente correta de se expor, ao passo que eram reveladas as dificuldades em se autocuidar para conquistá-la. Assim, como no conceito individual do que é qualidade de vida, foram identificadas as consequências da moralização do conceito de morte e o pseudocontrole que o enfermeiro tem sobre a vida. O reconhecimento deste falso controle é inerente à prática clínica junto a pacientes oncológicos internados. É como se o processo de morte lançasse contra o enfermeiro uma avalanche que rompe de forma dolorosa os conceitos enraizados pela sua formação profissional moralizada.

O momento da morte gera impotência e tristeza, pois escancara a sua incapacidade de controle sobre a vida. O vínculo se torna hostil a partir do momento em que força o enfermeiro a confrontar-se com seus limites emocionais de acompanhar a dor do outro. O enfermeiro percebe que as suas convicções éticas e morais nem sempre serão respeitadas no cuidado com o processo de morte dos seus pacientes, gerando desesperança. Por fim, é identificado nos discursos que não adianta observar o tempo passar. Ele só se torna o melhor remédio se acompanhado de reflexão das vivências, das angústias e dos próprios limites. Caso contrário, se torna um túnel de insensibilidade e negação do sofrimento por onde se caminha.

No entanto, diante destes fatores de instabilidade psíquica, os discursos levam a crer que deste túnel podem ser geradas potências. Foram a partir destas instabilidades que alguns enfermeiros referiram novos pensamentos, novos aprendizados ou práticas que criaram para ter momentos de satisfação na seara do cuidado com a dor do outro. "Criar", aqui, é a palavra central, pois remete à capacidade de pensar. Foram observadas, a partir da reflexão dos momentos de angústia, as centelhas de novos aprendizados e novas práticas de cuidado de si.

Após a vivência refletida com o processo de morte, o que parece entrar em jogo é um processo de reconhecimento de si mesmo, dos próprios limites. Perceberam que neste caminho peculiar, onde se convive com a morte, a equipe é uma aliada no aprendizado e no autocuidado. Trata-se de perceber o tempo não como um remédio por excelência, mas como uma oportunidade em potencial para se lapidar e perceber que nem sempre a morte é o pior. A morte se torna, portanto, não uma inimiga, mas uma fonte de autoconhecimento. É nesse momento que foi iniciada a referência a um "outro lado" do cuidado. Um cuidado diferente daquele moralizado, padronizado e rigidamente sistematizado pelo enfermeiro. O cuidado ao paciente em risco ou processo de morte exigiu dos enfermeiros reflexão não apenas sobre suas atividades no trabalho, mas sobre suas vidas. Na prática, significa dizer que houve uma ressignificação dos paradigmas sobre salvar vidas, permitindo estar mais atento às questões de cuidado com a qualidade de morte do paciente. Em suma, foi observado como possível o sentimento de realização profissional, sendo significado nas falas de enfermeiros que trabalham no contexto de dor e sofrimento diariamente.

Ainda que haja influência do pensamento hegemônico sobre o enfermeiro no desejo pela cura, as vivências com os pacientes em contexto de terminalidade permitem o caráter reflexivo da prática do profissional, principalmente no que se refere às suas relações. Seja a relação com o paciente/família, seja com a equipe ou consigo mesmo, foi percebido que o cuidar do outro é razão do cuidar de si e o cuidar de si é a causa do prazer em se trabalhar com o outro.

Nesse sentido, o que se observou foi que a proposta em solicitar que os enfermeiros ficassem à vontade em se expressar quanto às suas vivências na hemato-oncologia pareceu um fator motivador para autopermissão. Uma outorga a si do direito de falar sobre si mesmo e de refletir sobre suas fraquezas. As entrevistas mobilizaram emoções de entrevistador e entrevistado, motivaram reflexões e fizeram perceber a importância da fala e da escuta do sujeito que sofre e é moralmente impedido de sofrer, como é o enfermeiro que lida com as situações de morte. Dessa forma, as entrevistas por si só funcionaram como uma oportunidade para que os sujeitos pudessem olhar de outra forma para si. Reconheceram-se como seres pensantes e coconstrutores da sua própria vida, quando referiam seus medos, estratégias e necessidades de reflexão sobre o tema. Mesmo diante de negações, pensamentos moralistas sobre cura e morte ou, ainda, diante da inabilidade de pensar sobre isso, a potência de cada enfermeiro pôde ser percebida e reconhecida por eles mesmos. Então, se mostrou possível o estímulo ao pensamento reflexivo a eles, mesmo diante dos empecilhos impostos pelo meio e por si mesmos, haja vista que eles podem não ser tudo que dizem que são, mas são, em essência, potências de ser.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. B. B.; FONTES, P. A. C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 22, n. 2, p. 299-308, 2014.
- ARECO, N. M. **Cuidados Paliativos**: a vivência de profissionais de uma equipe interdisciplinar na assistência a crianças e adolescentes com câncer. 2011. 140 f. (Dissertação de Mestrado) - Universidade de São Paulo, 2011.
- BARLEM, E.L.D. et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 681-688, 2012.
- BERNARDES, A. G.; QUINHONES, D. G. Práticas de cuidado e produção de saúde: Formas de governamentalidade e alteridade. **Psico, Porto Alegre, PUCRS**, v. 40, n. 2, pp. 153-161, 2009.
- BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 324-331, 2012.
- BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.2, p. 324-331, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 152-157, 2006 .
- CARNEVALE, F. A. A conceptual and moral analysis of suffering. **Nursing Ethics**, v. 16, n. 2, p. 174-183, 2009.
- CARNEVALE, F.A. Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 33-38, 2013.
- COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Relatório de avaliação 2007-2009 trienal 2010**. Disponível em: <http://trienal.capes.gov.br/wp-content/uploads/2011/01/INTERDISCIPLINAR-RELAT%C3%93RIO-DE-AVALIA%C3%87%C3%83O-FINAL.pdf>. Acesso em 16 de dez. 2015.
- DELEUZE, G. **Pourparlers**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1990.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, supl. 2, p. 2123-2132, 2008.

- FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987. 288 p.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999. 155 p.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade III: o cuidado de si**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005. 247 p.
- FOUCAULT, M. **Hermenêutica do Sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006a. 681 p.
- FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política: Ditos e escritos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. 162p.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008a. 248 p.
- FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008b. 295 p.
- FOUREZ G. **A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1999. 319 p.
- GALEANO, E. **As palavras andantes**. Rio de Janeiro: L&PM, 1994. 316 p.
- GIMENES, G. F. Uses And Meanings Of Quality Of Life In The Contemporary Discourse On Health. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 2, p. 291-318, 2013.
- GONÇALVES, D. L. C. **Foucault: Da resistência ao poder à prática refletida da liberdade**. 2012. 216 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
- GROS, F. O cuidado de si em Michel Foucault. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Coord.). **Figuras de Foucault**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. cap. 11, p. 127-138.
- HADDAD, J. G. V. et al. A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 145-155, 2011.
- KRUSE, M. H. L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 59, (esp), p. 403-410, 2006.
- LARROSA, J. **La experiencia de la lectura: estudios sobre literatura y formación**. México: Fondo de Cultura Económica, 2003.
- MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 225 p.

- MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2010. 408 p.
- OSBORNE, T. Of health and statecraft. In: PETERSEN, A.; BUNTON, R. (Org.). **Foucault, Health and Medicine**. Nova York: Routledge, 2005. cap. 9, p. 173-188.
- PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (Coord). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 4, p. 692-697, 2011.
- RAMOS, E. L. **A qualidade de vida no trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de Terapia Intensiva**. 2009. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.
- RIOS, T. A. A ética na pesquisa e a epistemologia do pesquisador. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 12, n. 19, p. 80-86, 2006.
- RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 260 p.
- ROSE, N. **The politics of life itself**. Nottingham: Theory, Culture & Society, 2007. 350 p.
- SANTANA, J. C. B. et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. **Rev. bioét.**, v. 21, n. 2, p. 298-307, 2013.
- SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 62 p.
- SANTOS, J. L.; BUENO, S. M. V. A questão da morte e os profissionais de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 484-487, 2010.
- SANTOS, P. R. **Saúde do trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro**. 2010. 197 f. (Tese de Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, K. C. O.; QUINTANA, A. M.; NIETSCHE, E. A. Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: Perspectiva de médicos e enfermeiros. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 4, p. 697-703, 2012.

SILVA, M. K. G.; ROCHA, S. S. O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 97-103, 2011.

SOLER, R. Uma história política da subjetividade em Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, RJ, v. 20, n. 2, p. 571-582, 2009.

SOUZA E SOUZA, L. P. et al. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. **Enferm. glob.**, v. 12, n. 32, p. 222-237, 2013.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C.; ARANTES, E. C. Comunicação e enfermagem. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Org.) **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

TAPIERO, A. A. Las diferentes formas de morir: Reflexiones éticas. **An. Med. Interna (Madrid)**, Madrid, v. 21, n. 7, 2004.

TURATO, E. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 688 p.

UMANN, J. et al. O impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse de enfermeiras de hemato-oncologia. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 103-110, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-reitoria de Pós-graduação e pesquisa. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses**: MDT. 3. ed. rev. ampl. Santa Maria: Ed. UFSM, 2015.

VASCONCELOS, A. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Cad. de Pesquisas em Administração**, São Paulo, SP, v. 8, n. 1, p. 23-35, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL-Bref**: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: World Health Organization, 1996. Disponível em: www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

ANEXOS

Anexo A

Folha de registro no Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão



**Gerência de Ensino e Pesquisa
do Hospital Universitário de Santa Maria**

FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP: 13912014 Data: 14/12/14

Pesquisador: ALBERTO MANUEL QUINTANA Função: DOCENTE

SAIPE: 379606 Telefone: (55)81294258 Unidade/Curso: PSICOLOGIA E-mail: ALBERTOM.QUINTANA@GMAIL

Título: LUZ NO FIM DO TUNEL: A QUALIDADE DE VIDA E O AUTOCUIDADO NAS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS COM A MORTE

TIPO DE PROJETO: Pesquisa () Extensão () Institucional

FINALIDADE ACADÊMICA: () TCC () Especialização Dissertação () Tese () Outro

TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Operacional () Clínica Básica () Políticas Públicas de Saúde

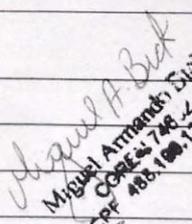
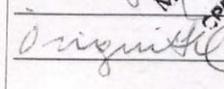
FONTE DE FINANCIAMENTO: Recursos Próprios () HUSM () Agência Pública de fomento nacional () Agência Pública de fomento internacional () Indústria Farmacêutica () Grupo de Pesquisa

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

Alberto Quintana
Pesquisador Responsável

Avaliação e Aprovação Setorial

Atenção Chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.

Setores envolvidos	Concorda com o projeto	Assinatura e carimbo dos responsáveis
<u>CTCRAC</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	 Miguel Arrimandy Sili Coordenador Geral CPF 486.188.150-20
<u>CTMO</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
<u>AMB. OTR</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
<u>4º ANO DE</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
<u>Aluno - Onco</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	 Dra Virginia Maria Cöser CRM: 1017 - HUSM SIAPE: J81681
	() Sim () Não	

PARECER COMISSÃO CIENTIFICA GEP: Aprovado Data: 29/12/2014

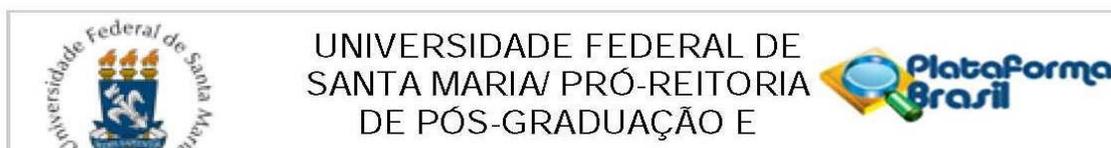
PARECER DO CEP

Suzinara Beatriz Soares de Lima
Data: 29/12/2014

Profª Suzinara Beatriz Soares de Lima
Chefe da Divisão de Enfermagem
HUSM - EBSERH
COREN 56.571

Anexo B

Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Luz no Fim do Túnel: A Qualidade de Vida e o Autocuidado nas vivências dos Enfermeiros com pacientes em risco ou processo de morte

Pesquisador: Alberto Manuel Quintana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40608715.9.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.018.734

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trabalho de pesquisa vinculado à Pós-graduação em Psicologia da UFSM, trata-se de um estudo de natureza mista sequencial, de abordagem qualitativa, em que será proposto o direcionamento para as peculiaridades do método clínico-qualitativo, a ser realizado com enfermeiros que trabalham com pacientes hemato-oncológicos no HUSM.

Por utilizar a estratégia clínico-qualitativa de pesquisa, importa, nesta proposta, não explicitar o número de participantes do estudo, mas descrever e justificar o modo de escolha destes. Serão desenvolvidas entrevistas individuais, a partir de um roteiro estruturado semidirigido. A estratégia utilizada para identificar a suficiência de informações dos participantes é a saturação teórica.

Os participantes serão enfermeiros trabalhadores do setor Hemato-Oncologia de um hospital universitário. Os critérios de inclusão são: exercer atividades profissionais com pacientes em risco de ou em processo de morte, ter aceitado participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Entre os profissionais inclusos nestes critérios, serão elencados aqueles com maior tempo de vivência no serviço. Os enfermeiros em férias, licença maternidade, afastamento por licença médica ou para estudo de aperfeiçoamento acadêmico, bem como aqueles

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

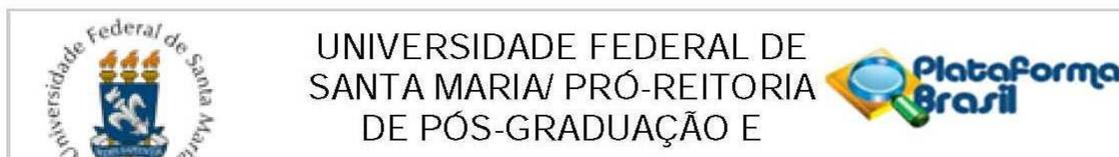
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.018.734

que não demonstraram interesse em participar do estudo ou não concordaram em assinar o TCLE, estarão inseridos nos critérios de exclusão.

A entrevista realizada sob o prisma da pesquisa clínico-qualitativa evoca conceitos da fenomenologia e psicanálise, onde, utilizando-se do primeiro, ocorre observação do conteúdo manifesto do entrevistado e, sob a ótica do segundo, o conteúdo latente. Dessa forma, será um encontro interpessoal estabelecido para obtenção de informações, levando-se em conta o "dito" a priori e o "não dito" a posteriori.

Apresenta cronograma de execução e orçamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros sobre suas vivências de autocuidado em seu trabalho com pacientes em risco ou processo de morte.

Objetivos Específicos

- Conhecer as vivências de autocuidado relatadas pelos enfermeiros que trabalham com pacientes na hemato-oncologia;
- Identificar a possível relação destas vivências com a qualidade de vida atribuída por estes enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ao sensibilizá-los ao discurso e reflexão sobre gerenciar o sofrimento alheio em seu trabalho com a morte, poderá haver um desequilíbrio no manejo psicológico destas questões, de fato, angustiantes. Se elevado ou baixo risco, este projeto não se propõe a julgar, visto que cada sujeito reagirá de acordo com seu arcabouço psíquico, no entanto, está nesta proposta a completa atenção aos que se sentirem afetados negativamente pelo delinear da pesquisa. Eles serão encaminhados à assistência gratuita, prestada pela CEIP (Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia).

Benefícios:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

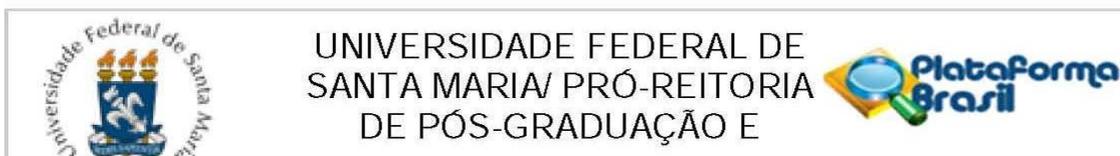
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.018.734

Ao discorrer sobre os benefícios da pesquisa, pretende-se ir além dos achados palpáveis. A prioridade benéfica desta proposta é, antes de tudo, sensibilizar a subjetividade dos sujeitos, motivar a reflexão das suas práticas, profissionais e pessoais. Os resultados que, porventura, vierem a ser expostos ou subentendidos deverão fortalecer o conhecimento dos indivíduos sobre si mesmo, ampliando o discurso e ação de enfrentamento de adversidades a uma prática reflexiva sobre elas. Este contexto gera melhor relação dos sujeitos consigo mesmo, com o trabalho e, conseqüentemente, com sua qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto da plataforma brasil, registro no GAP, autorização da GEP/HUSM, termo de confidencialidade e termo de consentimento livre e esclarecido.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendidas as pendências anteriores.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto: "Luz no Fim do Túnel: A Qualidade de Vida e o Autocuidado nas vivências dos Enfermeiros com pacientes em risco ou processo de morte".

Autor do projeto: Rodrigo Almeida Bastos – Enfermeiro, Mestrando em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.

Orientador: Professor Doutor Alberto Manuel Quintana

Objetivo: Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros sobre suas vivências de autocuidado em seu trabalho com pacientes em risco ou processo de morte.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Ciências Sociais e Humanas - Av. Roraima nº 1000, Camobi, Prédio 74B, Sala 3212A, CEP: 97105-900, Santa Maria-RS, ou através do telefone (75) 9210-8559, para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa tem como finalidade contribuir para a melhor compreensão das estratégias de autocuidado dos enfermeiros, visto que o este profissional necessita ser observado não apenas no processo saúde-doença, mas na autorreflexão de suas práticas no trabalho e na vida, a fim de produzir suas próprias estratégias de motivação e satisfação. A sua participação será voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo. Para participar você será convidado a participar de uma entrevista, onde conversaremos sobre a sua relação com seu processo de trabalho. Para esta entrevista, será acrescentado um termo de consentimento de gravação em áudio.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta da entrevista lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes da pesquisa e a comunidade geral e científica. Esta divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade das informações.

A prioridade benéfica desta proposta é, antes de tudo, motivar a reflexão das suas práticas, profissionais e pessoais, ampliando as estratégias de enfrentamento de adversidades a uma prática mais eficaz. Este contexto gera melhor relação consigo mesmo, com o trabalho e, conseqüentemente, com sua qualidade de vida. Porém, há riscos ao sensibilizá-lo ao discurso e reflexão sobre gerenciar o sofrimento alheio em seu trabalho com a morte. Podendo haver um desequilíbrio no manejo psicológico destas questões, de fato, angustiantes. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você será encaminhado à assistência gratuita que será prestada na CEIP (Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia), localizada na Avenida Roraima nº 1000, Camobi, Prédio 74B, térreo. O horário de funcionamento é de Segunda à Sexta / Manhã: 8h - 12h / Tarde: 13h30min - 17h30min e o telefone para contato é o (55) 3220-9229.

Se você achar que foi bem informado(a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.

Santa Maria, de de 2015.

Assinatura do Participante

Assinatura do Responsável pelo Estudo