

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA



VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS RELATIVAMENTE A
CUIDADOS *POST MORTEM* EM UNIDADES DE
MEDICINA

Ana Maria de Gusmão Guimarães Mota Parece

Mestrado em Cuidados Paliativos

2010

A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 22 de Junho de 2010.

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA



VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS RELATIVAMENTE A
CUIDADOS *POST MORTEM* EM UNIDADES DE MEDICINA

Ana Maria de Gusmão Guimarães Mota Parece

Mestrado em Cuidados Paliativos

Dissertação orientada pela Prof.^a Doutora Clara Saraiva e co-orientada

pelo Prof. Doutor António Barbosa

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

“The art of living well and dying well are one”

Epicurus

Aos meus Pais, irmã Paula e Manuel, por tudo...

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me ajudar sempre em todos os momentos da minha vida, e especialmente neste longo caminho percorrido, que muitas vezes foi solitário...

À Prof^ª. Doutora Clara Saraiva, orientadora deste trabalho, e Prof. Doutor António Barbosa, co-orientador, pela partilha de sabedoria e orientação cuidada, e por toda a disponibilidade dispensada.

Aos meus pais, ao Zé, à minha irmã gémea Paulinha, Avó Olga e família por serem tudo para mim, e estarem sempre presentes, apesar da distância geográfica que nos separa...

Ao meu querido marido Manuel e sogros, João e Helena, por me terem apoiado nos momentos mais difíceis, e estarem sempre presentes em todas as minhas decisões...

Aos meus amigos, e em especial ao Hernâni, pelas suas palavras de incentivo, e tempo dedicado, e por serem meus amigos...

Aos participantes, que amavelmente aceitaram cooperar, e por serem este trabalho!

A todos os que tornaram possível este trabalho.

O meu grande obrigada.

SIGLAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS – Direcção Geral de Saúde

HSM – Hospital de Santa Maria

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

RESUMO

A morte continua a ser um grande mistério, e por vezes está associada ao horror, absurdo e sofrimento. Por isso, reflectir sobre a morte e o morrer, numa perspectiva de enfermagem, significa dedicar algum tempo a pensar como os enfermeiros vivenciam a morte de um doente, a quem prestam os cuidados *post mortem*.

O tema a que nos propusemos estudar foi as vivências dos enfermeiros relativamente aos cuidados *post mortem* em unidades de medicina; Este estudo foi inspirado nos trabalhos intitulados “Cuidar em Fim de Vida” (Magalhães, 2009) e “A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação” (Frias, 2003), já que do trabalho destes dois autores se concluiu acerca da necessidade de aprofundar este assunto. Enquanto enfermeira que desenvolveu a sua actividade em serviço de medicina, inserida numa equipa de cuidados continuados, e actualmente desenvolve actividade em hospital de dia médico, em oncologia, o confronto com o doente em fase terminal e a morte é muito comum. Após a observação de colegas, apercebi-me que a morte e a prestação dos cuidados *post mortem* podem influenciar a vida profissional e pessoal, e por isso existe a necessidade de reflectir sobre a morte, sobre a nossa conduta e sobre as estratégias de *coping* utilizadas para conseguir ultrapassar estas situações, as quais levaram à pergunta de partida: quais as vivências dos enfermeiros ao cuidar o corpo *post mortem* numa unidade de medicina?

Para dar resposta a esta questão realizámos um estudo de carácter qualitativo, de natureza exploratório descritivo. Deste modo, o presente trabalho teve como objectivo geral: compreender as vivências dos enfermeiros, relativamente aos cuidados prestados ao corpo *post mortem*, em unidades de medicina. Elegemos como instrumento de colheita de dados a entrevista semi-estruturada, tendo-se realizado doze entrevistas, o

que correspondeu ao total de doze participantes do estudo, os quais cumpriram os critérios de elegibilidade definidos.

Como procedimento de tratamento e análise dos dados obtidos foi adoptada a metodologia proposta por Miles e Huberman (1984). Dos mesmos dados emergiram cinco temas centrais, que correspondem a: “alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados *post mortem*”, “cuidar do corpo *post mortem*”, “influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro”, “estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte” e “o valor do cuidar em fim de vida”.

A cada tema encontram-se associados as respectivas categorias e subcategorias, perfazendo um total de doze para as primeiras e de setenta e três em relação às segundas.

Salientam-se como principais conclusões o facto da vivência da prestação dos cuidados *post mortem* assumir repercussões intensas no domínio biopsico-emocional dos enfermeiros; esta experiência leva os enfermeiros a desenvolver um conjunto de percepções em relação à morte, em que a mesma constitui-se como um elemento integrante do percurso de vida, sendo que o enfermeiro encontra estratégias de *coping* para ultrapassar esta problemática; a prestação dos cuidados em fim de vida coloca os enfermeiros em diversos dilemas ético-deontológicos que só a formação e a reflexão podem ajudar a ultrapassar.

ABSTRACT

Death remains a great mystery, and is often associated with horror, absurdity and suffering. So, thinking about death and dying, in a nursing perspective, means dedicating some time to try to understand how nurses experience the death of a patient, to whom they provide *post mortem* care.

The theme we set ourselves to study was experiences of nurses relatively to *post mortem* care in medical units; This study was inspired in the readings of the works entitled “Cuidar em Fim de Vida” (Magalhães, 2009) and “A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação” (Frias, 2003), whereas of the work of these two authors it was concluded about the need to deepen this subject. As a nurse who has developed her activity in medicine service, in a continuous care team, and currently develops activity in Day Care Hospital, in Oncology Service, the confrontation with the terminally ill patient and death is very common. After the observation of colleagues, I realized that death and *post mortem* care delivery may influence the professional and personal life, and therefore there is the need to think about death, about our conduct, and on *coping* strategies used for overcoming these situations, which led to the starting question: “what are the nurses experiences to care a *post mortem* body in a medical unit?”.

To answer this question we organized a study of qualitative character, of descriptive exploratory nature. Thus, the present work had, as general objective: to understand the experiences of nurses relatively to the provided care to the post mortem body, in Medical Units. Elected as a tool for collecting data was the semi-structured interview, with twelve interviews realized, which corresponded to the total of twelve participants in the study, who fulfilled the eligibility criteria set.

As a treatment procedure and analysis of the data obtained, the methodology proposed by Miles and Huberman (1984) was adopted. Of the same data, five main themes emerged, which correspond to: “alterations caused in the nurse by the *post mortem* care practice”, “caring for the *post mortem* body”, “influence of death to the nurse on a personal and professional level”, “adaptation strategies used by the nurse to cope with death”, and “ the value of end-of-life care”.

To each theme are associated the respective categories and subcategories, making a total of twelve for the first and of seventy three in relation to the latter.

The main conclusions to underline are the fact of the experience of *post mortem* care delivery assumes intense repercussions in the biopsico-emotional domain of nurses; these experiences lead nurses to develop a set of perceptions about death, in which the same constitutes as an integral element of the life path, being that nurses find *coping* strategies to overcome this matter; the end-of-life care delivery put nurses in several ethical and deontological dilemmas that only training and reflection can help to overcome.

SUMÁRIO

0.	N
OTA INTRODUTÓRIA	15
1.	Q
UADRO CONCEPTUAL	20
1.1.	<u>C</u>
<u>cuidados aos que morrem: perspectiva evolutiva</u>	20
1.1.1. Visão histórica dos cuidados aos que morrem	21
1.1.2. A morte no domicílio e no hospital	24
1.2.	<u>P</u>
<u>rática de enfermagem: impacto da morte na vida do enfermeiro</u>	26
1.2.1. Enfermagem em cuidados paliativos	26
1.2.2. Atitude do enfermeiro perante a morte	30
1.2.3. Cuidar em enfermagem em fim de vida e o <i>burnout</i>	35
1.2.4. Estratégias de <i>coping</i> por parte dos que prestam cuidados	38
1.3.	<u>A</u>
<u>Enfermagem e os cuidados <i>post mortem</i></u>	41
1.3.1. O corpo no domínio dos cuidados de enfermagem	41
1.3.2. Cuidados <i>post mortem</i>	47
1.3.3. Técnica dos cuidados <i>post mortem</i>	50
1.3.4. Legislação portuguesa e o enquadramento legal da morte	53
1.4. <u>Trabalho de luto nos enfermeiros</u>	55
2.	
PROBLEMÁTICA	59

3.	M
ETODOLOGIA	66
3.1.	<u>E</u>
<u>quadramento paradigmático</u>	66
3.2.	<u>T</u>
<u>tipo de estudo</u>	68
3.3. <u>Características dos participantes e acesso ao campo onde o fenómeno</u>	
<u>se manifesta</u>	71
3.4.	<u>I</u>
<u>Instrumento e procedimentos na colheita dos dados</u>	75
3.5.	<u>P</u>
<u>procedimentos de tratamento e análise dos dados</u>	80
3.6.	<u>C</u>
<u>Identificidade do trabalho de investigação qualitativa</u>	88
3.7.	<u>C</u>
<u>considerações éticas</u>	92
3.7.1 Princípio da beneficência	93
3.7.2. Princípio do respeito à dignidade humana	95
3.7.3. Princípio da justiça	97
3.8.	<u>L</u>
<u>limitações do estudo</u>	98
4.	A
PRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	100

A.	<u>A</u>
<u>lterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados <i>post mortem</i></u>	103
B.	<u>C</u>
<u>uidar o corpo <i>post mortem</i></u>	125
C.	<u>I</u>
<u>nfluência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro</u>	170
D.	<u>E</u>
<u>stratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte</u>	191
E.	<u>O</u>
<u>valor do cuidar em fim de vida</u>	202
5.	S
ÍNTESE E CONCLUSÕES DO ESTUDO	213
6.	S
UGESTÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	221
BIBLIOGRAFIA	227
ANEXOS	239
ANEXO I – <u>PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE</u> <u>ADMINISTRAÇÃO DO HSM PARA ACESSO AOS PARTICIPANTES</u>	240
ANEXO II – <u>DEFERIMENTO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO</u> <u>DO HSM PARA ACESSO AOS PARTICIPANTES</u>	243
ANEXO III – <u>GUIÃO DA ENTREVISTA</u>	245
ANEXO IV – <u>EXEMPLO DE TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA</u>	248
ANEXO V – <u>MATRIZ DE ANÁLISE</u>	257

Figura n.º 1 – “Modelização das três componentes do modelo interactivo da análise dos dados”	82
Quadro n.º 1 – Tabela representativa dos temas e respectivas categorias emergentes, resultantes do processo de análise	102
Quadro n.º 2 - Tabela representativa do tema “Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados <i>post mortem</i> ” com as respectivas categorias e subcategorias	103
Quadro n.º 3 – Tabela representativa do tema “Cuidar do corpo <i>post mortem</i> ” com as respectivas categorias e subcategorias	126
Quadro n.º 4 – Tabela representativa do tema “Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro” com as respectivas categorias e subcategorias	170
Quadro n.º 5 – Tabela representativa do tema “Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte”, com as respectivas categorias e subcategorias	192
Quadro n.º 6 – Tabela representativa do tema “O valor do cuidar em fim de vida”, com as respectivas categorias e subcategorias	202

0. NOTA INTRODUTÓRIA

Os fenómenos da transição demográfica, nutricional e epidemiológica contribuíram para o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, como demonstra a Direcção-Geral de Saúde – DGS (2004). Estas condições prevalentes implicam uma mudança de paradigma na saúde pública em todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento. Encontram-se associados a estes doentes crónicos múltiplas patologias e complicações que comprometem a independência e a autonomia e que podem progredir para a morte.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (*in* Oliveira *et al*, 2008:83) a morte é um fenómeno pertencente ao “desenvolvimento físico, com as seguintes características específicas: cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da actividade cerebral”.

A morte humana é uma realidade complexa que faz parte do ciclo de vida. Segundo Roper *et al* (*in* Saraiva, 2007:24) a morte é:

“ (...) o acto final da vida (...) a morte é o que marca o fim sobre a terra, tal como o nascimento marca o início (...)”.

Para Pacheco (*in* Saraiva, 2007:24) o ser humano não toma consciência da morte, sendo encarada como um fracasso, um engano, e não como o limite natural da vida.

Wippler (*in* Frias, 2003:XVIII) afirma que se o ser humano assumir que a morte faz parte da sua existência consegue concentrar-se na sua vivência quotidiana, sendo capaz de equacionar soluções e perceber a razão das suas acções. Magalhães (2009:26) acrescenta que a morte assume um papel duplo e paradoxal: é-nos próxima e

simultaneamente distante. Assim sendo, e como afirma Giddens (*in* Magalhães, 2009:43) “o contacto com a morte e a doença grave pode ser raro, excepto por parte dos profissionais especializados, mas no que diz respeito à experiência mediada é bastante comum”.

A morte deixou de ser no lar e começou a ser vivida em contexto hospitalar. Esta passagem vai traduzir-se na necessidade de uma mudança de atitude perante a morte, da própria organização hospitalar, bem como dos profissionais de saúde, como salienta Frias (2003:26).

Uma vez que, e como afirma Saraiva (2007:27), o grande objectivo do hospital sempre foi tratar a doença, e restaurar a saúde. Henriques (*in* Saraiva, 2007: 27) acrescenta que os Hospitais não encontram respostas para os doentes incuráveis e terminais, sendo que o hospital está mais preparado para prolongar a doença sofisticadamente do que para satisfazer as necessidades dos doentes. Tal como afirma Serrão (*in* Saraiva, 2007: 27), a morte nos hospitais é na maioria das vezes no abandono e na solidão. Assim, muitas vezes os hospitais não estão preparados para acolher a morte e os profissionais de saúde sentem-se desamparados e em contradição.

De acordo com Veloso *et al* (2003:6) a morte deixou de ser um fenómeno natural e passa a ser um fenómeno de fracasso profissional. Esta situação interfere com a prestação de cuidados, podendo fazer emergir sentimentos como a frustração, a fragilidade, a impotência, entre outros, os quais podem impedir o enfermeiro de atender às necessidades humanas básicas do doente e família, incluindo o de proporcionar uma morte tranquila ao doente na iminência da morte.

Para Beattie (2006:24ac4) é de extrema importância a eficiência do profissional de saúde na prestação dos cuidados *post mortem* ao corpo, podendo ser esta a última memória da família perante o seu ente querido. Assim, surge-nos a motivação para

estudar os cuidados *post mortem* por parte dos enfermeiros, sendo que esta tese demonstrou ser o momento oportuno de estudo do fenómeno. Emerge, portanto, a pergunta de partida: quais as vivências dos enfermeiros ao cuidar o corpo *post mortem* numa unidade de medicina?

Optámos por este tema devido à necessidade de aprofundar conhecimentos e práticas de enfermagem, o que é motivado por experiências vivenciadas durante a experiência clínica. De facto, em virtude de ter desempenhado funções numa medicina de um Hospital, como enfermeira, rapidamente nos apercebemos da necessidade, por parte dos colegas enfermeiros, de falarem sobre os seus pensamentos, sobre os seus sentimentos, sobre a forma como lidam com a morte e o corpo *post mortem*, bem como acerca das dificuldades sentidas no seu quotidiano a nível pessoal e profissional.

Decidimos enveredar por uma investigação qualitativa, pois só com uma investigação deste tipo é que nos foi possível desvendar as experiências de vida e os significados do enfermeiro perante os cuidados *post mortem*, obtendo desta forma uma maior riqueza de dados. Além disto, foi nosso propósito, com esta investigação, compreender e interpretar o fenómeno, tal como nos foi apresentado, ou seja, compreender as vivências dos participantes.

Neste contexto, consideramos importante para a melhoria do desempenho profissional, assim como para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, conhecer em profundidade as vivências dos enfermeiros, ou seja, a forma como vivem a experiência dos cuidados *post mortem*.

Este conhecimento pode contribuir para o aperfeiçoamento das competências do enfermeiro, tendo por base a preocupação de responder às expectativas e necessidades do doente/família, bem como a forma como o enfermeiro encara os cuidados *post mortem* e a morte, de forma a evitar situações de *burn-out*. Pretendemos contribuir para

um maior conhecimento sobre o enfermeiro e os cuidados *post mortem*, de modo a que os enfermeiros se sintam mais confiantes, com conseqüente melhoria na relação enfermeiro – utente e melhoria da prestação de cuidados.

Deste modo, definimos como objectivos a alcançar com a realização deste trabalho:

Objectivo Geral

- Compreender as vivências dos enfermeiros, relativamente aos cuidados prestados ao corpo *post mortem*, em unidades de medicina;

Objectivos Específicos

- Identificar as vivências dos enfermeiros, relativamente aos cuidados prestados ao corpo *post mortem*, em unidades de medicina;

- Analisar as vivências dos enfermeiros, relativamente aos cuidados prestados ao corpo *post mortem*, em unidades de medicina;

Para a realização deste trabalho recorreremos a bibliografia diversa que nos permitiu fundamentar teoricamente as diversas etapas desta investigação e que encontramos principalmente no Centro de Documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Escola de Enfermagem de Vicente de Paulo, e Escola de Enfermagem de Ponta Delgada.

No que diz respeito às orientações recebidas ao longo do trabalho, salientamos a orientação da Professora Doutora Clara Saraiva, - principalmente ao nível das escolhas iniciais do trabalho, nomeadamente sistematização das ideias e metodologia a seguir -, e co-orientação do Professor Doutor António Barbosa - ao nível da temática, do modelo de análise e metodologia utilizada.

As maiores dificuldades que prevíamos na realização deste trabalho relacionam-se com a pouca bibliografia disponível. Outra dificuldade refere-se à sobreposição das

actividades de estudante com o normal desempenho das funções no contexto profissional, sendo um constante desafio à nossa capacidade de gestão do tempo.

Ao longo deste relatório, construímos o quadro conceptual que orientou o nosso trabalho, delimitamos a problemática do nosso estudo, descrevemos a metodologia, síntese e conclusões, e por último sugestões e implicações do mesmo.

1. QUADRO CONCEPTUAL

Segundo Fortin (2003) quadro conceptual é a “disposição dos conceitos estudados numa investigação de maneira a fornecer uma justificação racional e uma perspectiva ao estudo.” (p.371); neste caso, é a apresentação dos conceitos e perspectivas nos quais se fundamenta o nosso trabalho.

Neste capítulo será, então, realizada uma abordagem teórica sobre um conjunto de assuntos relevantes para o tema do nosso trabalho. Assim sendo, o presente capítulo encontra-se dividido nas seguintes partes: 1.1. Cuidados aos que morrem: perspectiva evolutiva; 1.2. Prática de Enfermagem: impacto da morte na vida do enfermeiro; 1.3. A Enfermagem e os Cuidados *post mortem*.

A fundamentação aqui apresentada está longe de estar esgotada e a mesma será aprofundada e completada no decurso do desenvolvimento do trabalho, nomeadamente no capítulo da discussão dos dados obtidos.

1.1. Cuidados aos que morrem: perspectiva evolutiva

Como forma de enquadrar teoricamente este trabalho, considera-se importante abordar a perspectiva histórica existente sobre os cuidados aos que morrem, para assim compreendermos a importância que o ser humano tem para a profissão de enfermagem. Para tal, analisámos de forma sucinta a visão histórica dos cuidados aos que morrem ao longo da existência da Humanidade e, de seguida, abordámos a passagem da morte do domicílio para contexto hospitalar.

1.1.1. Visão histórica dos cuidados aos que morrem

De acordo com a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos - SFAP (1999:35-37) a passagem à vida sedentária cerca do ano 9000 a. C. e a fixação da vida doméstica permitiu assegurar uma presença junto do que morria, tanto como rito religioso como prática dos cuidados. Em relação ao contexto sagrado, a família vê na morte a expressão da vontade divina, sendo uma das funções do religioso ajudar a ultrapassar a difícil questão do sofrimento e da morte através de um discurso que dê segurança sobre a justificação do morrer. Por outro lado, a morte santa leva ao paraíso, lugar de felicidade eterna e total junto de Deus. Neste caso, a agonia é oferecida ao doente para conseguir uma boa morte. A presença dos outros membros da comunidade cristã é recomendada a fim de ajudar o doente e sua família durante esta provação. O padre está presente para assegurar os sacramentos e conselhos espirituais ao moribundo. Ao médico compete actuar na sua área de especialidade, não sendo responsável pela confirmação do óbito. No século VI a. C., na Grécia, a medicina Hipocrática permite aos médicos afastarem-se do campo religioso desenvolvendo a sua arte junto dos moribundos. Nos séculos X a XIV, a presença do médico encontra-se limitada aos mais privilegiados, e aos restantes elementos da sociedade a fase da agonia e da morte é partilhada com religiosos e pessoas com formação empírica na área da medicina.

Até ao século XII a morte era precedida de aviso, tal como afirma Ariès (*in* Magalhães, 2009:31-32), permitindo ao moribundo preparar-se para a morte. Esta preparação implica uma definição pessoal de um protocolo em que a câmara do moribundo torna-se um lugar público de livre acesso a familiares, amigos, vizinhos e crianças, ou seja, uma cerimónia pública em que a morte era aguardada no leito. Este período era caracterizado pela aceitação da morte por parte da família sem dramatismos.

Martins, Franco e Fernandes (2004:77) acrescenta que a morte, quando era súbita e repentina, era considerada uma vergonha e uma vontade de Deus.

De salientar que, nos séculos XVI e XVII, como refere Frias (2003:6), os mortos eram enterrados perto dos santos, junto ao altar, na igreja. O corpo era confiado à igreja, e esta tinha a responsabilidade de conservá-los no seu recinto sagrado. A igreja e o seu pátio serviram de sepultura, mas também de asilo, sendo um local permitido para construir casas. Este espaço passa a ter o privilégio de direitos fiscais, é destinado à diversão e comércio e é de modo geral um espaço em que livreiros, comerciantes e outros realizavam inumações, abriam túmulos e retiravam cadáveres, que ainda não estavam totalmente decompostos. No final do século XVII este cenário torna-se impressionável e intolerante, já que a ideia da própria morte deixa de ser familiar. A mesma autora (2003:16) salienta que as pessoas preferem enterrar os mortos na sua propriedade de forma a ter acesso ao lugar exacto onde estava o corpo, lugar este que pertence à família e ao defunto. Desenvolve-se assim o culto dos cemitérios. A partir do século XVIII os cemitérios servem para receber visitas dos familiares, e passam a constituir museus de homens ilustres.

No século XVIII, a SFAP (1999:37) acrescenta que o médico cumpre o seu papel de especialista na arte de diagnosticar os sinais da morte e de certificar o óbito. A partir deste século, como refere Magalhães (2009:35), o homem passa a atribuir à morte um novo significado convergindo a sua atenção para a morte do outro, por exemplo para o falecimento da pessoa amada. A morte passa a ser dramática e impressionante. Marques (1991:11) acrescenta que o cerimonial da morte no leito mantém-se, presidido pelo moribundo rodeado de familiares e amigos, contudo uma nova paixão apodera-se dos presentes: a emoção agita-os, choram, gesticulam, rezam, gritam, caindo muitas vezes no exagero da dramatização.

A partir do século XIX a SFAP (1999:37-38) mostra que os médicos aumentam o seu interesse por doentes agónicos, uma vez que a medicina encontra na observação da agonia um ensinamento útil para a compreensão das doenças, bem como o médico de família percebe a importância destas visitas na continuidade da relação iniciada com o doente e família. No final do mesmo século Marques (1991:11-12) refere que surge um novo sentimento: o círculo de relações do moribundo tende a poupá-lo, escondendo-lhe a gravidade do seu estado. A verdade começa a levantar problemas. O homem confia nas informações que lhe são transmitidas pelo médico, passando o seu destino a estar dependente do diagnóstico. A partir deste momento as pessoas são impedidas de entrar no quarto do moribundo, que apenas recebe visitas dos mais íntimos ou dos que lhes prestam os cuidados mais urgentes. A morte passa a ser escondida, porque é feia e suja.

A SFAP (1999:37-38) refere que o desenvolvimento da medicina científica na primeira metade do século XX conduz a muitas descobertas terapêuticas, passando a morte e a doença a serem os dois inimigos da medicina moderna. Este período é caracterizado pela negação da morte em que é necessário prolongar a vida, incluindo a dos que estão a morrer. Segundo Geoffrey Gorer (*in* Marques, 1991:13) a morte do século XX transformou-se num tabu. Marques (1999:13) salienta que os rápidos progressos da Ciência, do conforto, da higiene pessoal e as ideias de assepsia tornaram todos mais frágeis. Assim sendo, o peso dos cuidados e a repugnância anteriormente suportados pela família e amigos são agora evitados por estes, transferindo-os para os responsáveis pela manutenção da saúde: os hospitais e os seus profissionais.

Por tudo isto, podemos concluir que a preocupação de cuidar ao longo do processo de morrer e no momento da morte acompanhou sempre a Humanidade, e que as sociedades se foram organizando como forma de dar resposta às necessidades das pessoas.

1.1.2. A morte no domicílio e no hospital

“A morte recuou e trocou a casa pelo hospital: está ausente do mundo familiar do dia-a-dia. O homem de hoje, em consequência de não a ver suficientes vezes e de perto, esqueceu-a: ela tornou-se selvagem e, a despeito do aparelho científico que a envolve, perturba mais o hospital, lugar de razão e de técnica, do que o quarto da casa, sede dos hábitos da vida quotidiana.”

Ariès (*in* Magalhães, 2009:41)

Por volta dos anos 50 do século XX, a SFAP (1999:38-39) refere que a morte desenrola-se no domicílio. As funções de quem presta os cuidados consistem em proporcionar o conforto, através de acções como a higiene, e organizar a vida familiar durante os poucos dias que dura a agonia Posteriormente, a morte é transferida para o hospital, e é sobretudo marcada pela ausência das famílias, por uma presença médica mais importante e por uma menor disponibilidade dos que prestam cuidados. Este afastamento das famílias vai contribuir para colocar a questão do acompanhamento do doente agónico e que fora da hora das visitas não mais beneficia da presença dos seus. Os que cuidam vão naturalmente tomar o lugar da família.

A morte deixou de ser um acontecimento doméstico, centrado na preparação e despedida do doente e da família, e passou a ser um evento técnico, solitário e impessoal, existente em regime hospitalar.

Ilich (*in* Magalhães, 2009:45) defende que as pessoas que se encontram a morrer são excluídas das grandes áreas da vida social e aliviadas das responsabilidades e direitos fundamentais quer seja do seu agrado ou não, ou seja, existe uma perda das escolhas pessoais. O papel social moderno associado ao morrer é assumido de forma involuntária como resultado de uma definição médica de que o indivíduo está em situação “terminal” e está associado a perda de actividades e outros papéis.

Magalhães (2009:46) refere que o morrer, correspondendo a um estadió final do desenvolvimento, não tem um estatuto valorizado, pois a morte é a única saída expectável e o resultado final de um processo que, até há pouco tempo, origina e encoraja a perda de independência e autonomia. Para o mesmo autor (2009:38-45), a morte passa a ser um acontecimento técnico e declarado por decisão médica. O hospital passa a ser o local de morte moderna. Assim sendo, a morte hospitalizada é caracterizada por uma perda das escolhas pessoais, medo, isolamento da família, amigos, ausência de conhecimento do seu estado e por um prolongamento do percurso da morte.

Thompson *et al* (in Sapeta e Lopes, 2006:50) defendem uma nova filosofia de cuidados de natureza paliativa de forma a proporcionar a maior qualidade de vida aos doentes. De salientar que no Hospital persiste uma cultura organizacional centrada no curar, que é desajustada para os seus doentes e familiares, com acentuada obstinação em terapêuticas inúteis, subestimando a qualidade de vida no seu final e diminuindo a qualidade dos cuidados prestados. Também as rotinas dos serviços e a carga de trabalho atribuída a cada enfermeira são obstáculos à humanização, à personalização dos cuidados e à dignidade no fim de vida, tal como afirmam Shattell *et al* (in Sapeta e Lopes, 2006:50).

O processo de hospitalização “pode ser sentido como agressão, pois a instituição reforça a condição de dependência do portador de uma doença, impondo-lhe roupas (...), decidindo tudo ou quase tudo pelo paciente”. Assim sendo, o profissional de saúde, deve atender às necessidades pessoais do doente, promover a sua autonomia de forma a reduzir os sentimentos de dúvida, medo e ansiedade, entre outros, que o doente

experimental durante a hospitalização como defendem Santos e Sebastiani (*in Camon et al*, 1998).

Verifica-se que a atitude, bem como os rituais cerimoniais, perante a morte modificaram-se ao longo do tempo. Pode afirmar-se que durante alguns séculos a pessoa que aguardava no seu leito a vinda da morte encontrava-se rodeada de família e amigos, e que actualmente, devido à evolução da medicina, valorização da vida face à morte, mudanças sócio-económicas e na estrutura das unidades familiares, o doente em fase terminal acaba por falecer no hospital.

1.2. Prática de enfermagem: impacto da morte na vida do enfermeiro

Nesta segunda parte, achamos importante abordar um conjunto de temas directamente relacionados com a prática de enfermagem no geral, nomeadamente o papel do enfermeiro no contexto dos Cuidados Paliativos, e com o impacto da morte na vida pessoal e profissional do enfermeiro em particular, essencialmente a atitude do enfermeiro perante a morte e o luto, relação da prestação dos cuidados em fim de vida e o *Burnout*, bem como os mecanismos de defesa utilizados para lidar com esta problemática.

1.2.1. Enfermagem em cuidados paliativos

Os cuidados paliativos

“(…) são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que constituem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento pela identificação precoce, avaliação e tratamentos rigorosos da dor e outros sintomas, suporte psicossocial e espiritual (…).”

OMS (2002) (*in* Magalhães, 2009:77)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspectiva de abordagem e apoio global aos múltiplos problemas dos doentes em fase mais avançada da doença, e no final da vida.

Para Sancho *et al* (*in* Sapeta e Lopes, 2006:36) os avanços tecnológicos e das ciências médicas têm procurado prolongar a vida e adiar o processo de morte, proporcionando ao moribundo dias de sofrimento, devido a terapêuticas inúteis e ao desajuste terapêutico. Clark, Clarke e Ross (*in* Sapeta e Lopes, 2006:36) defendem que os Cuidados Paliativos vieram encorajar e responsabilizar todos na necessidade de garantir dignidade até ao fim.

Em Inglaterra o movimento moderno dos cuidados paliativos teve início em 1967 com Cicely Saunders. Posteriormente este movimento foi alargado ao Canadá, Estados Unidos e Europa. Actualmente os cuidados paliativos são uma prática consolidada e de indiscutível importância em todo o mundo, como defende Clarke *et al* (*in* Sapeta e Lopes, 2006:36).

Também o Conselho da Europa, referido no documento da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2006), reconhece existirem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano a ser apoiado e assistido na fase final da vida, recomenda por isso a maior atenção para as condições de vida dos doentes que vão morrer. Recomenda também que se ofereça ao doente a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a protecção da dignidade do doente incurável ou na fase final da vida.

Em Portugal, no início dos anos 90, começa a verificar-se um interesse pela filosofia destes cuidados, com o aparecimento da ANCP, com existência de unidades/

serviços organizados e profissionais qualificados para a prestação dos cuidados paliativos.¹

Na opinião de Twycross (2003), o ponto fulcral dos cuidados paliativos integra a esperança, honestidade e abertura, que através de uma comunicação apropriada, permitem ligar as três componentes essenciais: o alívio de sintomas, o apoio psicossocial e o trabalho de equipa.

Os cuidados paliativos são assim, reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde, como uma necessidade em termos de saúde pública, como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais das pessoas, e simultaneamente, como uma obrigação social.

A maior parte do trabalho de enfermagem é baseado no alívio dos sintomas, na prestação dos cuidados a doentes que se encontram a morrer, na preparação do corpo após a morte, e no cuidar do luto das famílias, como defendem Payne, Seymour e Ingleton (*in* Magalhães, 1999:85)

Os profissionais de enfermagem em cuidados paliativos devem ter em conta que:

“ (...) todas as doenças graves – sejam elas oncológicas, neurológicas, cardíacas ou respiratórias – têm implicações para a saúde física, social, psicológica e espiritual quer para o indivíduo quer para a sua família. O papel de enfermagem de cuidados paliativos é pois aliviar as necessidades em cada uma destas áreas e planear, implementar e avaliar as intervenções apropriadas. O seu objectivo é melhorar a qualidade de vida e possibilitar uma morte digna.”

Lugton e Kindlen (*in* Magalhães, 1999:85)

¹Estudo realizado por INFANTE, Helena; FERNANDES, Isabel; PEREIRA, Michelle; RODRIGUES, Rosa; CARNEIRO, Anabela – **Cuidados paliativos ao doente com SIDA**. p.1-7. Disponível (online) no sítio: <http://www.aidscongress.net/pdf/350.pdf> (acedido a 27/03/2010).

Garcia e Timmermans (*in* Sapeta e Lopes, 2006:36) defendem que os profissionais de saúde que cuidam de doentes em fim de vida possuem habilidades e competências que dependem da influência da sociedade e dos valores aprendidos no curso das suas vidas, e que reagem com emoções e sentimentos negativos, de rejeição face à morte e doentes moribundos.

Para Potter e Perry (2006:579) o papel do enfermeiro nestes cuidados é satisfazer as vontades do doente e estar atento aos seus desejos individuais. O enfermeiro é facilitador dos cuidados pela sua presença constante, preparação técnica e humana, sendo capaz de dar a resposta adequada nas situações mais exigentes como o descontrolo e agudização de sintomas, bem como na monitorização constante das suas necessidades como acrescentam Thompson *et al* (*in* Sapeta e Lopes, 2006:48).

Podemos salientar que o movimento dos cuidados paliativos pode ser visto como a solução para os problemas relacionados com a morte. A SFAP (1999:50) acrescenta que o movimento dos cuidados paliativos surge como um espaço de ritualização do morrer, participando na criação de um novo ritual que pode melhorar o acompanhamento dos doentes em fim de vida bem como pode devolver à morte o lugar que lhe tem sido negado pela nossa sociedade.

Assim, o objectivo dos cuidados em fim de vida consiste em preservar a dignidade humana, de forma a atender à qualidade de vida dos últimos momentos, aliviando a dor, acompanhando o sofrimento afectivo e proporcionar apoio espiritual, para que os momentos finais da vida sejam rodeados de humanismo.

1.2.2. Atitude do enfermeiro perante a morte

“Death is considered a taboo subject, but it’s not that we don’t talk about it, but that we have prescribed ways of doing so (...). Death remain, though, inevitable and inescapable”²

Quesed e Rudge (2003:554)

Ariès (*in* Frias, 2003:18-19) refere que a partir dos anos 30 do século XX a morte torna-se “vergonhosa e objecto de interdito”, isto porque na segunda metade do séc. XIX a verdade sobre a morte iminente começa a ser ocultada, com o objectivo de evitar que o moribundo e a sociedade experimentassem sentimentos de incómodo.

Martins, Franco e Fernandes (2004:77) acrescentam que no final do século XIX surge a “morte *tabu*”, ou seja, existe a conspiração acerca da gravidade do estado do doente, sendo as decisões da responsabilidade da família, e as crianças são afastadas de todo o processo de morrer. Actualmente uma morte aceitável é aquela que será admitida e tolerada pelos sobreviventes, em que a expressão de sentimentos deve ser realizada em privado, e o moribundo deve permanecer na ignorância.

Walter (*in* Magalhães, 2009:53-54) defende que a *boa morte* é aquela em que a pessoa que está a morrer o pode fazer à sua maneira, valorizando a sua autonomia, o que possibilita um maior ênfase na psique, espírito e corpo da pessoa que está a morrer. Para o mesmo autor, morrer à maneira de cada um tem como primeiro requisito estar informado da sua morte iminente, e como segundo, que seja dito aos cuidadores como é que se quer morrer. Walter (*in* Parkes, Laungani e Young, 2003:213) acrescentam que uma *boa morte* “não é aquela em que eu me preparo para a próxima vida, mas aquela

² “A morte é considerada um tema tabu, mas não quer dizer que não se fale sobre isso, mas impôs-se maneiras de o fazer (...). A morte permanece, embora, inevitável e certa”. (Tradução livre do autor)

em que eu preencho a minha própria e única vida (...). Envolve o adeus a todos os que eu amo, o deixar os meus assuntos em ordem para não prejudicarem aqueles que ficam”.

As atitudes perante a morte, na sociedade portuguesa, de acordo com Saraiva, C. (2004) têm por base o desenvolvimento de uma *boa morte*, que se encontra relacionada com a ideia de vida após a morte, baseada em dogmas católico-romanos. O modelo da *boa morte* envolve questões materiais e espirituais, por exemplo, uma *boa morte* significa que um padre possa estar presente no momento da morte, e que a pessoa possa falecer na companhia dos seus familiares e amigos.

MacNamara *et al* (in Magalhães, 2009:80-81) constataram a existência de um conflito entre a concretização de *boa morte* e a manutenção dos interesses da organização relativamente à efectividade dos custos, dos imperativos administrativos e rotinização dos cuidados. Os enfermeiros e outros profissionais de saúde reconhecem que é necessário um esforço acrescido de forma a proporcionar uma *boa morte*. Estes profissionais definem a morte como “boa” se houver consciência, preparação e aceitação para a sua ocorrência, o que permite um processo de morrer digno e com tranquilidade. A *má morte* é referida pelos mesmos autores como falta de aceitação da morte pelos doentes e suas famílias, ou pela sensação de falha por não atingir uma vida preenchida até ao final dos estádios do morrer. Os mesmos autores concluíram que a ideologia de *boa morte* pode influenciar o comportamento dos profissionais de saúde, sendo que estes podem modelar a vida das pessoas que estão a morrer, de modo a irem ao encontro da ideologia de *boa morte*. A este propósito Sainsbury (in Magalhães, 2009:83) acrescenta que os profissionais de saúde adquirem e usam um poder cada vez maior sobre as vidas das pessoas que se encontram a morrer.

Actualmente a morte é vista como um falhanço por parte dos profissionais de saúde, e não como uma parte importante da vida, e por isso não é dada às pessoas a atenção necessária de forma a ajudá-las a ter uma *boa morte*. É necessária uma nova atitude perante a morte, de forma a quebrar o *tabu*. Smith (2000:129) apresenta os princípios de *boa morte*: compreender o que se pode esperar quando a morte se aproxima; ter a capacidade de manter o controlo quando acontecer; permitir-se a ter dignidade e privacidade; ter capacidade para controlar o alívio da dor e de outros sintomas; ter a capacidade para escolher onde quer que a morte ocorra (em casa ou em outro sítio); ter acesso à informação e possuir capacidades técnicas em situações em que sejam necessárias; ter acesso a cuidados de saúde em qualquer lugar, não só no Hospital; ter controlo sobre as pessoas que devem estar presentes e com quem partilha o seu fim; ter capacidade de assegurar que os seus desejos sejam respeitados.

Sainsbury e Short (*in* Magalhães, 1999:83) revelam que os enfermeiros em cuidados paliativos são facilitadores da *boa morte*, sendo esta uma fonte de satisfação para os mesmos.

Até ao momento procuramos clarificar alguns aspectos que nos parecem fundamentais para o desenvolvimento do trabalho, como a atitude dos enfermeiros perante a morte, nomeadamente o que caracterizam como *boa ou má morte*, que influencia os seus comportamentos aquando da prestação de cuidados a doentes em fim de vida e no momento da morte. De seguida, gostaríamos de reflectir sobre a perspectiva do ser humano, e portanto, do enfermeiro em relação à morte, e como este profissional pode ajudar o utente e família neste momento das suas vidas.

Para Loney (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003:200) morrer é diferente de morte. Morrer, que faz parte de viver, é um processo – o processo de chegar ao fim. A morte, a

cessação permanente de todas as funções vitais – o fim da vida humana – é um evento e um estado. O evento é o momento da morte; o estado é o de estar morto.

A morte é sempre vivida a partir da morte dos outros, sendo algo que não se conhece. A mesma é ocultada ao ser humano desde a infância como uma necessidade de manter uma ideia de felicidade. No seu trabalho sobre a concepção de morte nos EUA, Clara Saraiva (1989, 1993, 2004) refere como o cadáver é transformado num símbolo de ideais de pureza e beleza, como uma estratégia utilizada de forma a ultrapassar o *tabu* da morte.

Silva (2004:62) afirma que, a morte deixou de ser considerada como um evento natural, última fase ou acto assumido de uma vida consciente, para ser vista como algo de absurdo e incompreensível, perante um ser que procura a todo o custo imortalizar-se. Oliveira (1998:8) reforça que o *tabu* permanece, embora de forma subtil. Assim sendo, o enfermeiro não está imune a este *tabu*, uma vez que ele se sente melhor preparado para tratar da pessoa, do que encarar a morte como uma fase natural do ciclo vital.

Para Maia e Lopes (2000:32) um dos grandes desafios que se coloca aos enfermeiros é o cuidar de doentes em fase terminal. O enfermeiro deverá ajudar o doente a viver o melhor possível, até morrer. Implica uma assistência humana e compreensiva pelo estabelecimento de uma comunicação e uma relação empática. Assim sendo, a morte é o acontecimento mais desgastante no dia-a-dia do hospital, e considerado pelos enfermeiros como frustrante uma vez que os resultados obtidos não estão de acordo com os esforços dos cuidados prestados contra a morte. O acontecimento da morte de um doente pode levar a medos, a incertezas, reflexão de crenças nos enfermeiros e que deverão saber enfrentar de uma forma madura e serena.

Para Oliveira *et al* (2008:34) a morte provoca um grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipa que lhe prestou cuidados. Este processo de

encarar a morte é vivido com *stress*. A forma como os enfermeiros compreendem o conceito de morte está ligado a vivências pessoais de perdas anteriores, dentro e fora do seio profissional, o que influencia a sua actuação perante a morte, dado não ser imune à perda e ao luto, permitindo a ao próprio ter a oportunidade e espaço de sofrer quando necessário, a fim de manter uma mente sã e capaz de prestar cuidados ao utente.

Assim sendo, o mesmo autor (2008:34) revela que a actuação do enfermeiro depende de outros profissionais, da família, utente e da perspectiva e atitude que os familiares e utentes têm na iminência da morte, por isso ao tentar ajudar o doente/família a vivenciar a morte como parte do ciclo da vida, o enfermeiro aprende a lidar com a situação.

O enfermeiro deve estar atento ao sofrimento da família provocado pela perda de uma pessoa querida. É da responsabilidade do enfermeiro ajudar a família a expressar a sua dor em relação à morte do seu ente querido; adoptar uma atitude silenciosa que transmita segurança e companhia; mostrar abertura e receptividade que passa por saber ouvir, ser sensível às palavras, ao sofrimento, aos desejos e emoções da família e ter capacidade de reflectir sobre a situação. O enfermeiro deve atender às reacções de ajustamento da família face à perda de um ente querido, sendo o processo de luto constituído por várias fases: choque, depressão e recuperação ou adaptação. Este processo de luto acaba quando a família é capaz de lembrar de forma realista e com mais serenidade os momentos felizes e menos felizes vividos com o falecido, como refere Maia e Lopes (2000:31).

Compreende-se que esta abordagem requer uma maior implicação pessoal, uma vez que o enfermeiro necessita de uma preparação técnica, aquisição de conhecimentos, habilidades, competências pessoais e profissionais de forma a satisfazer as necessidades do doente em fim de vida e respectiva família.

De facto, o impacto desta condição deve permitir ao enfermeiro reflectir sobre a morte, permitindo-lhe lidar de forma adequada perante a mesma, e dar respostas eficazes à família na fase de adaptação à morte e trabalho de luto. Esta condição, como referido, ultrapassa largamente vários aspectos da vida pessoal e profissional do enfermeiro, sendo essencial o mesmo ter conhecimentos sobre estratégias de *coping* que lhe permitam adaptar-se a estas situações, de forma a evitar o *burnout*.

1.2.3. Cuidar em enfermagem em fim de vida e o *burnout*

“Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”.

Collière (*in* Queirós, 1999:23)

Para a SFAP (1999:42-43), a função do cuidar só se pode exercer na relação com o outro, gravemente doente e por vezes a morrer. Muitas vezes é aconselhado aos enfermeiros a manterem-se distantes na relação com o doente, a fim de evitar um investimento afectivo gerador de *stress*. A experiência mostra que este afastamento não se adapta à realidade clínica, sendo o mais correcto aconselhar aos que prestam cuidados a identificação da parte afectiva que os pode fragilizar, de forma a lidar com a mesma. Hesbeen (2000:11) afirma que os cuidados designam os actos através dos quais se cuida, através dos quais se conserva o corpo nas diferentes etapas da vida.

Assim sendo é necessário reflectir sobre a relação de ajuda em enfermagem, e tal como afirma Phaneuf (*in* Queirós, 1999:24) a relação de ajuda “aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o seu carácter de respeito e confiança no Homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões de pessoa”. Desta forma o

enfermeiro deve adoptar uma forma de estar e de comunicar, que depende das suas vivências pessoais de modo a satisfazer a necessidade do cliente.

Uma das componentes essenciais da relação da ajuda é a empatia, que de acordo com Chalifour (*in* Queirós, 1999:35) “é a capacidade de verdadeiramente se colocar no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê”. Salomé (*in* Queirós, 1999:35) acrescenta que a empatia é o “conjunto de sinais que circulam em qualquer relação onde uma pessoa facilita o desenvolvimento ou o crescimento de uma outra, a ajuda a morrer, a adaptar-se, a integrar-se, ou a aproveitar a sua própria existência”.

De salientar que, quando a morte ocorre no hospital, os sentimentos do doente e dos profissionais são ignorados, uma vez que a experiência da morte é privada, sendo suprimida pelas rotinas institucionais, existindo pouco espaço para os que se encontram em luto expressarem como se sentem. Esta experiência pode conduzir a situações de *burnout*.

O *burnout* é definido como “estado de fadiga física ou mental ou uma frustração devido a um projecto profissional ou pessoal que fracassou” apresentado por Freudenberger (*in* Amaro e Jesus, 2008:35). O mesmo autor define o *burnout* como um conjunto de sintomas a nível biológico, físico e psicológico, inespecíficos, resultantes de uma exigência profissional excessiva permanente e continuada, particularmente nas profissões em que as relações interpessoais são importantes. Amaro e Jesus (2008:35) referem que o *burnout* resulta da discrepância existente entre os esforços realizados no sentido de atingir um determinado objectivo e os resultados obtidos. O *burnout* verifica-se em indivíduos que possuem expectativas profissionais muito elevadas, investindo muito a nível pessoal, no sentido de atingirem determinados objectivos e que se sentem frustrados relativamente a esses mesmos objectivos. Assim, os indivíduos com

comportamentos idealistas e perfeccionistas são por norma os mais vulneráveis ao *burnout*, assim como os indivíduos com actividades profissionais que requerem permanentemente um desempenho e concentração elevada, no sentido de minimizar a possibilidade de erro. Chenevert (*in* Amaro e Jesus, 2008:35) refere que a profissão de enfermagem se enquadra nesta descrição, em que “nurses are prime candidates for *burnout*”.

Os enfermeiros são constantemente confrontados com situações de stress relacionadas com a morte, como demonstra Oliveira *et al* (2008:34) os factores de stress são: exposição repetida à morte; envolvimento em conflitos emocionais; adaptação à inexistência de cura médica; absorção da mágoa expressa pelos doentes/familiares; desafios às crenças pessoais. As estratégias utilizadas para lidar com os factores de stress: trabalhar em equipa; partilhar decisões e responsabilidades; boa comunicação dentro da equipa; espírito de abertura; repouso adequado; interiorizar a importância de viver; confrontar-se com as suas limitações; ser honesto consigo próprio.

Os mecanismos de defesa são definidos por Abrunhosa (*in* Oliveira *et al*, 2008:34) como: “estratégias inconscientes de resolução dos conflitos internos e consequente redução das forças pulsionais que se lhe situam na origem”. Grey (*in* Oliveira *et al*, 2008:34) acrescenta que o *coping* é um processo complexo, possibilitando ao indivíduo lidar e ultrapassar um factor de stress.

Como podemos verificar o cuidar em fim de vida implica o desenvolvimento de uma relação de ajuda e empatia do enfermeiro pelo doente/família, o que leva a processos de identificação que podem ser originárias de *stress*. Assim sendo situações de *stress* relacionadas com a morte, em conjunto com a exigência profissional de evitar a morte levam à predisposição do *Burnout*. Por isso para que os cuidados prestados

possam ser verdadeiramente efectivos e individualizados é preciso ter em consideração, por parte de quem presta cuidados, a necessidade de desenvolver estratégias de *coping*.

1.2.4. Estratégias de *coping* por parte dos que prestam cuidados

Lazarus (*in* Pereira, 2008:120) define *coping* como “os esforços cognitivos e comportamentais para lidar, reduzir ou tolerar as exigências interna e externas que são criadas por uma situação de *stress*”.

Segundo a CIPE (*in* Pereira, 2008:120) *coping* “é um tipo de adaptação com características específicas: disposição para gerir o *stress*, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protectores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do *stress*, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”.

O *coping* impõe um conjunto de estratégias de adaptação que se referem ao conjunto de pensamentos e acções que um indivíduo utiliza para lidar com situações que originam stress a fim de controlar e diminuir o impacto sobre o seu bem-estar físico e psicológico, tal como defende Pereira (2008:120).

Ruszniewski (*in* SFAP, 1999:43-44) apresenta mecanismos de defesa e estratégias que os enfermeiros adoptam quando confrontados com a doença grave e com a morte:

- A mentira – Este mecanismo permite ao enfermeiro sair da situação geradora de angústia, mas é muito prejudicial para o doente. Uma relação de verdade, numa caminhada passo a passo que respeite as capacidades

de integração do doente gera um aumento progressivo de angústia, mas evita provocar um efeito de choque induzido pela revelação brutal da gravidade da doença.

- Fugir para a frente – Consiste em “dizer tudo”, em acenar um saber médico pesado para o enfermeiro, sem ter em conta a solicitação do doente nem a sua maturidade psíquica. Trata-se de se libertar de um segredo angustiante, não partilhado.
- A falsa segurança – Consiste em manter uma esperança artificial quando o doente não acredita nisso.
- A racionalização - é um mecanismo de defesa que permite que nos escondamos atrás do discurso técnico, hermético, incompreensível para o doente. Utilizando termos complicados, o enfermeiro está tranquilo por não mentir ao doente e pensa ser menos violento para ele. Evita assim envolver-se na dimensão emocional da sua relação com o doente.
- O evitamento – é um comportamento de fuga, de afastamento do doente enquanto individuo e sujeito em sofrimento. Enquanto o médico pode estar num evitamento físico o enfermeiro não pode escapar, pelo seu papel, a um contacto directo. Encarando o doente unicamente como um objecto de cuidados, proteger-se-á por este processo muito técnico, de qualquer relação com ele.
- A identificação projectiva – Consiste em entrar numa proximidade relacional extrema que faz desaparecer toda e qualquer distância protectora. Tocado de maneira muito pessoal pela história de vida e pelo sofrimento do doente, o enfermeiro tem tendência a identificar-se com ele e a já não diferenciar o seu sentimento do sentimento do outro. Tenta

proteger-se da sua angústia através de um mecanismo de projecção que o leva a emprestar ao doente os seus próprios sentimentos e emoções, pensando então que não é ele quem sofre, mas im o doente. O enfermeiro está convencido que é o único a perceber e a compreender este sofrimento e a ter as respostas adaptadas.

De acordo com o mesmo autor o enfermeiro antecipa, perante a pessoa que morre, aquilo que poderá ser a sua morte ou a dos que lhe são próximos. Esse processo de identificação assenta numa longa tradição cultural e pertence à nossa história, iniciando um ritual à volta da morte. Para que este mecanismo de identificação não seja fonte de desespero, deve ser vivido de um modo simbólico, dando sentido à experiência: não se trata de viver a própria morte por antecipação, mas da experiência do morrer através da morte do outro

O enfermeiro desenvolve a partir da experiência e prática várias estratégias que lhe permitem ir dando respostas ajustadas, requerendo apoio e suporte pessoal.

Para Pereira (2008:121) a escolha das estratégias de coping depende das características da situação e recursos sociais, que o indivíduo percepçiona como disponíveis para lidar com a situação.

Bolander (*in* Pereira, 2008:128) afirma que o significado atribuído ao objecto de perda é que determina o impacto e a resposta da pessoa a essa perda. Uma perda origina mudanças na vida da pessoa, sendo o luto e o sofrimento os processos através dos quais as pessoas procuram desenvolver os seus mecanismos de adaptação.

Assim sendo, Pereira (2008:128) defende que os profissionais de saúde tenham conhecimentos sobre o processo de gestão do luto e se apercebam das necessidades dos doentes. Estes profissionais devem ter consciência que o processo de luto é dinâmico e doloroso.

1.3. A enfermagem e os cuidados *post mortem*

Neste tema reflectiremos de um modo mais focalizado no papel do enfermeiro, enquanto profissional de saúde na assistência às pessoas no momento de prestação dos cuidados *post mortem*. Desta forma achámos importante compreender a relação existente entre o enfermeiro e o corpo, no domínio dos cuidados de enfermagem, bem como a técnica dos cuidados *post mortem*. De salientar que apresentamos uma breve exploração teórica de alguns conceitos e de algumas dimensões do corpo no domínio dos cuidados de enfermagem, do ponto de vista de diferentes disciplinas e áreas do saber: Sociologia, Ética, Filosofia, e Enfermagem.

1.3.1. O corpo no domínio dos cuidados de enfermagem

A concepção de “corpo da pessoa” modificou-se, face à evolução do conceito de pessoa ao longo dos tempos, pois de acordo com Lopes (1999), à medida que as ciências sociais evoluíram houve a necessidade de repensar a concepção de pessoa, bem como a relação intrínseca entre corpo e alma, entre corpo e consciência e por fim entre corpo e espírito. Pois, “no seu quotidiano a pessoa concretiza-se e existe pelo seu corpo. E por isso o corpo é omnipresente na nossa história, sendo contudo palco de mudanças graduais na sua concepção ao longo dos tempos” (Augusto, 2004: 35).

Neste sentido, também José (1999: 26), afirma que “a pessoa não é só um corpo com uma mente pensante, possui uma alma que ultrapassa o espaço físico corporal, o que lhe confere uma natureza transcendental e lhe permite viver com o passado, o presente e o futuro”.

O que vai de encontro ao enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001): a pessoa é um ser social com comportamentos baseados em valores, crenças e desejos da

natureza individual influenciados pelo ambiente no qual vive e se desenvolve, o que torna cada pessoa um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.

Poder-se-á dizer que, a enfermagem, enquanto ciência de relação, exige uma interacção entre pessoas com individualidades distintas e próprias, onde cada corpo reflecte a vida dessa mesma pessoa. Neste sentido, os cuidados de enfermagem promovem a harmonia do todo da pessoa, sempre que a olha nas suas várias dimensões.

Assim sendo, há a considerar a perspectiva **Sociológica** de corpo, a qual defende que, “o corpo como entidade social que é, tudo o que a ele se refere varia em função da cultura e do grupo social no qual o indivíduo se insere. Todos os cuidados relativos ao corpo, ou à sua ausência são objecto de uma aprendizagem que varia em função da classe social a que pertence”, como define Alferes (*in* Augusto, 2004:35).

No que diz respeito ao corpo morto, no artigo sobre “Rituais Funerários dos Dois Lados do Atlântico” (1994), Clara Saraiva refere que o mesmo é considerado um objecto sócio-cultural que serve de suporte aos cultos dirigidos aos vivos e à necessidade de que todos os seres humanos sentem de afastar a morte, de modo a viverem com ela.

Do ponto de vista **Ético**, Merleau-Pont (*in* Renaud, 1990:161), refere que a pessoa é a “consciência aberta ao mundo através do corpo”. Contudo, “o corpo não é portador de dimensão ética, mas é a pessoa no seu corpo que é portadora desta dimensão, porque a natureza biológica do corpo humano não é mais do que o substrato, suporte ou mediação da pessoa (...)”³. Nesse sentido, “o corpo real não é só biológico ou mecânico: é um corpo-pessoa, o qual, constitui a mediação obrigatória da pessoa em todas as suas relações para dentro e para fora de si mesma” (*ibidem*). Portanto, se a

³ CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (CNECV) – Documento de Trabalho 26/ CNECV/ 99 – **Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana**, 1999. 29p. Disponível (online) no sítio: http://www.cnecv.gov.pt/NR/rdonlyres/9D4875F1-511B-4E29-81B2-C6201B60AD52/0/P026_DignidadeHumana.pdf Acedido a 28/03/2010.

pessoa pensa, se reflecte, se decide, se comunica com os outros ou se capta deles nova informação, é sempre e obrigatoriamente, através do corpo e do seu mecanismo biológico (ibidem).

Sendo assim, o corpo é a nossa forma de estar no mundo. Somos e existimos pelo nosso corpo. Através dele transmitimos o que sentimos, o que sabemos, uma postura digna, os princípios e valores éticos/morais que estão subjacentes às nossas decisões e o respeito que demonstramos pelo outro, tal como refere Lopes (1999).

Por seu lado, a **Filosofia**, defende que, para além de uma exterioridade objectiva e visível, cada corpo, é detentor de uma personalidade, com particularidades muito próprias, as quais lhe conferem uma individualidade. Sendo assim, o nosso corpo é a nossa interioridade, ou seja, o que de mais profundo há em cada um de nós. Neste contexto, e segundo Gabriel Marcel (*in* Renaud, 1990:161), “não posso dizer que tenho um corpo, mas sim que sou o meu corpo” pois isso faria supor a existência de uma espécie de exterioridade entre nós e o nosso corpo. O corpo é então, a materialização do ser, que lhe possibilita a abertura ao mundo, tornando assim possível um processo de relação/comunicação, isto é, o elo de ligação material e objectiva entre o mundo interior e o mundo exterior, tal como afirma Saraiva (1999). Também Gabriel Marcel (*in* Lopes, 1999: 21) afirma que “o meu corpo» não é um instrumento pessoal, é muito mais; é a identidade pessoal e como tal pode afirmar: «sou o meu corpo”. Assim, o corpo não é mais um objecto, ou uma coisa, pelo que estar encarnado quer dizer, estar ligado essencialmente e não acidentalmente ao seu corpo.

No mesmo sentido, Renaud (1994: 326) afirma que “o corpo é o que de mais real possuímos. O primeiro nível que determina o ser e o aparecer da pessoa é o corpo. Cada um tem o seu corpo”.

Por fim, podemos concluir que sem corpo não existe pessoa e que é através dele que ganhamos existência no universo, nos movimentamos no espaço e no tempo. Nele sofremos a passagem do tempo, que marca tudo o que sentimos e tudo por que passamos, pois, desde a arte à ciência, passando pela natureza à nossa volta, tudo é filtrado pelo nosso corpo.

Quested e Rudge (2003:556) esclarecem que com a confirmação da morte, a pessoa que morre pode ter várias designações utilizadas pelos profissionais de saúde como “o doente”, “o falecido”, e “o corpo”. O profissional de saúde quando menciona “doente” implica que *a priori* estabeleceu uma relação e que o hospital assume uma responsabilidade perante o indivíduo. O “doente” é uma pessoa que foi sujeita a um tratamento médico e que se esperava que suportasse o mesmo, e que fosse submisso às indicações terapêuticas.

Os profissionais de saúde utilizam a denominação “falecido” quando se referem à visão da família perante o seu ente querido que morreu, sendo caracterizado como uma pessoa com relações, identidade e uma vida vivida.

Quando se referem ao “corpo” tratam-no como apenas um objecto, que já não é considerado um doente. O “corpo” é visto como uma “*coisa*” silenciosa e passiva, que implica colocar em vigor procedimentos. Lawler e Latimer (*in* Quested e Rudge, 2003:557) evidenciam que quando o enfermeiro está perante o “corpo” não se justifica as competências de enfermagem para a prestação dos cuidados *post mortem*. Os mesmos autores mostram que perante a prestação dos cuidados *post mortem* o enfermeiro tem a função de verificação do cumprimento destes procedimentos, que podem ser delegados a auxiliares.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no Artigo 8.º, Exercício profissional dos enfermeiros⁴, os enfermeiros decidem e executam os cuidados de enfermagem de que os doentes necessitam, bem como têm responsabilidade ética e deontológica de garantir os melhores cuidados de Enfermagem possíveis.

Os cuidados de enfermagem são cuidados profissionais realizados por enfermeiros, materializados em intervenções intencionais, assentes na relação interpessoal entre enfermeiro e doente decorrentes da avaliação constante das necessidades de cada pessoa. As intervenções são baseadas em conhecimentos científicos e técnicos que suportam o “corpo” de saberes profissional e proporcionam visão integrada e integradora das potencialidades da pessoa que cuida. Assim sendo o enfermeiro assume a responsabilidade pelos actos que pratica.

É por consequência desta responsabilidade e na salvaguarda do doente que o REPE estabelece no Artigo 4.º, Conceitos⁵, que o “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.

⁴ REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril) – Artigo 8.º (Exercício profissional dos enfermeiros). Disponível (online) no sítio: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf> (acedido a 28/03/2010).

⁵ REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril) – Artigo 4.º (Conceitos). Disponível (online) no sítio: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf> (acedido a 28/03/2010).

Se houver necessidade de delegar tarefas a outros profissionais de saúde é necessário ter em conta o Artigo 10.º, Delegação de tarefas⁶, do REPE: “Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal dele funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem”.

Hesbeen (2000:12) acrescenta que o *corpo-objecto* é aquele em que se baseou a medicina científica que hoje conhecemos e que congrega necessariamente todos os médicos e paramédicos, pelo menos pela natureza da sua formação inicial. O *corpo-sujeito* é aquele que não se pode limitar a um conjunto de órgãos, de membros e de funções. É aquele em que a abordagem sistemática não pode dominar porque é animado de uma vida particular, pode mesmo dizer-se excepcional, feita de projectos, de desejos, de prazeres, de alegrias, dores, de fontes de motivação, de decepção, mas também de esperança, é aquele que não pode submeter-se inteiramente à racionalidade do outro nem corresponder perfeitamente às teorias e aos instrumentos utilizados pelos profissionais.

Ao cuidarmos do cliente, muitas vezes expomos ou tocamos no seu corpo, sem nos questionarmos se isso o incomoda. É um facto assumido pelos enfermeiros que têm autorização para manipular o corpo de quem está a receber os seus cuidados, mesmo que isso implique desconforto e embaraço da pessoa que cuidam.

No processo de interacção entre o enfermeiro-cliente é fundamental que os indivíduos envolvidos reflectam sobre os seus comportamentos. Para isso, torna-se

⁶ REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril) – Artigo 10.º (Delegação de tarefas). Disponível (online) no sítio: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf> (acedido a 28/03/2010).

fundamental que o enfermeiro veja o corpo como um mediador de compreensão, intencionalidade e modo de agir integrando-o na globalidade da pessoa tendo em conta as suas diferentes dimensões.

O facto de estarmos a invadir o seu território pode estar a ferir a sua dignidade. Todo o ser humano tem dignidade, preconceitos e pudores e, como tal, devemos saber qual a sua natureza física, psicológica, social, cultural e espiritual.

1.3.2. Cuidados *post mortem*

Quested e Rudge (*in* Magalhães, 2009:110) defendem que os enfermeiros se encontram numa posição única, uma vez que podem cuidar dos doentes antes e depois da morte. Neste processo o doente passa por um processo de transição de pessoa para cadáver, sendo que cuidar do doente como corpo *post mortem* pode levar a conflitos internos no enfermeiro.

Os cuidados *post mortem* “são o acto através do qual os profissionais de saúde, depois de verificado o óbito por um médico, preparam o corpo de uma pessoa falecida antes da sua transferência para a câmara mortuária.” O princípio dos cuidados *post mortem* assenta na restauração do corpo da forma mais próxima da natural, sendo realizados por enfermeiro e auxiliar de enfermagem, como definem Hallouet, Eggers *et* Malaquin-Pavan (2006:71).

Quested e Rudge (2003:555) referem que em todas as sociedades os rituais culturais, tradições e crenças proporcionam um significado à morte.

Clara Saraiva, sobre a “Embalming, Sprinkling and wrapping bodies – death ways in America, Portugal and Ginea-Bissau: a cross-Cultural Study” (2004) mostra que existe uma diversidade em relação à preparação do corpo *post mortem* e ritos

funerários; nos EUA o corpo é submetido ao embalsamamento por profissionais especializados, de forma a não haver o confronto com decadência do corpo. Em Portugal, no caso das cidades, a morte ocorre principalmente nos Hospitais e a preparação do corpo é da responsabilidade das agências funerárias, embora em outras partes do País a morte é um assunto da comunidade. Os agentes funerários portugueses não frequentam escolas de necrotério, o embalsamamento não é praticado e o uso profano do corpo é impensável. No norte do País, a morte ainda ocorre em casa, sendo a preparação do corpo da responsabilidade da família, com a ajuda de peritos locais. A casa é preparada para receber o público. O velório dura a noite toda, e um espectáculo toma lugar como: rezar, salpicar o corpo com água santa, atirar moedas para o caixão, inserir objectos que pertenciam ao morto no caixão, o chorar das *carpideiras* (mulheres que são contratadas para chorar durante o funeral), fazem parte de uma combinação de eventos que enfatiza a participação de toda a comunidade neste momento de dificuldade social.

No caso da Guiné-Bissau, os mortos são envolvidos em roupas durante vários dias, antes do enterro, que no caso de ser considerada uma *boa morte*, é seguido de um banquete, onde se juntam pessoas de vários sítios, onde animais são sacrificados e o seu sangue é oferecido aos seus antepassados.

O ritual da morte pode ser visto como um conjunto de condutas que “visam antes de mais ultrapassar a angústia da morte nos que ficam vivos” (Thomas *in* SFAP, 1999:46). Assim sendo, a SFAP (1999:46) acrescenta que o rito ajuda a superar este acontecimento, simbolizando a esperança e o desejo de sobreviver, bem como o fim de uma relação interrompida pela morte. Existe um conjunto de gestos na prática do cuidar que pode ser visto como um ritual e que anuncia a morte próxima. Como exemplos o

gesto de segurar a mão simboliza a presença à cabeceira do que morre, a higiene marca o respeito devido ao corpo morto e a obscuridade materializa a tristeza e o luto. A higiene ao corpo, após o óbito, é realizada por aqueles que prestaram os cuidados fechando assim a relação com o falecido.

Para a SFAP (1999:46-50) o ritual fúnebre, que compreende a agonia, a morte, o velório, o fechar do caixão, o funeral e o enterro ou a incineração, simboliza a passagem da vida à morte e exprime a separação entre o que morreu e o mundo dos vivos. O ritual fúnebre vai desenrolar-se em três tempos: reconhecer a morte expondo o cadáver aos olhos da comunidade, fechar o corpo e escondê-lo quando se fecha o caixão, e afastá-lo do mundo dos vivos transportando-o para o cemitério. A parte do ritual que é assegurada pelos enfermeiros diz respeito à primeira etapa, a da preparação do corpo para ser visto, podendo ser esta a justificação para a presença de sofrimento nos profissionais de saúde, uma vez que não participam em todas as etapas.

O movimento de cuidados paliativos surge como um espaço de ritualização do morrer, participando na criação de um novo ritual, específico do final do século XX, que pode não só melhorar o acompanhamento dos doentes em fim de vida, como também devolver à morte o lugar que lhe tem sido negado pela nossa sociedade.

Novais (2003:19) considera importante a atitude assumida perante a pessoa que cuidamos, a atenção que prestamos ao seu corpo, sempre visto como parte do todo constituído por corpo, mente e espírito.

“Cuidar do corpo do outro depende efectivamente da concepção que se tem de corpo (do seu corpo e do corpo do outro). Se o corpo for visto como mero reservatório de espírito e receptáculo e sustentação de funções fisiológicas, ou se, por outro lado, é visto como identidade da pessoa, e estas concepções irão necessariamente condicionar posturas diferentes no cuidar.”

Sem o corpo como referência fundamental dos cuidados, a enfermagem tende a descentrar-se da pessoa. É urgente que o cuidar do corpo ganhe uma grande atenção por parte dos enfermeiros, pois a despersonalização do corpo aquando da prestação de cuidados, conduz à prática de cuidados impessoais.

Hallouet, Eggers *et* Malaquin-Pavan (2006:74) defendem que os cuidados *post mortem* são cuidados de base, mas não são fúteis, sendo a última homenagem à pessoa falecida, para além do ritual religioso, se este se aplicar. Os resultados dos cuidados *post mortem* são atingidos quando se respeita os desejos da pessoa e sua família e quando o aspecto do corpo estiver o mais próximo possível do natural.

1.3.3. Técnica dos cuidados *post mortem*

Potter e Perry (2006:579) defendem que o cuidar de um corpo *post mortem* implica dignidade e sensibilidade. Após a morte o corpo sofre alterações físicas, e por isso a prestação dos cuidados deve ser o mais cedo possível de forma a evitar danos nos tecidos ou o desfiguramento de partes do corpo.

De acordo com os mesmos autores os hospitais devem regular as suas regras e procedimentos baseados em leis para confirmar o óbito, identificar potenciais dadores de órgãos ou tecidos e prestar cuidados *post mortem*.

Hallouet, Eggers *et* Malaquin-Pavan (2006:72) referem que o material para a realização dos cuidados ao corpo morto é o mesmo que para a higiene, excepto em relação à indumentária do corpo. Assim sendo recomendam: protecção individual que inclui avental e luvas descartáveis não esterilizadas; caixa para instrumentos de corte; toalhas; objectos pessoais (perfume, peruca, prótese dentária, pente); algodão para obstruir os orifícios naturais ou tampões reservados para esse efeito; protecção descartável adaptada ao tamanho da pessoa; estojo para refazer os pensos ou mudar as

bolsas de recolha; lençol; protecção para o corpo; ligadura para o queixo; pulseira de identificação.

Potter e Perry (2006:579) defendem que é necessário atender à privacidade para se iniciar os cuidados *post mortem*, e que a preparação do corpo deve parecer o mais natural e confortável possível.

Hallouet, Eggers et Malaquin-Pavan (2006:73-74) apresentam um protocolo para a realização dos cuidados *post mortem*:

- Colocar uma bata e barreiras de protecção, conforme o necessário;
- Despir o corpo e retirar os adornos (faz-se um inventário dos mesmos);
- Retirar os objectos como algália, soros, oxigénio, drenos e outros, e aplicar pensos oclusivos;
- Retirar os pensos sujos e realizar os tratamentos das feridas;
- Realizar a higiene do corpo com água e sabão, e secar.
- Colocar no recto e vagina algodão ou tampão, com o auxílio de uma pinça;
- Colocar uma protecção individual adaptada ao tamanho da pessoa, para evitar fugas.
- Vestir o corpo segundo os desejos do próprio ou da família, com a roupa pessoal;
- Cuidar delicadamente dos olhos (colocar um algodão ou gaze molhada se estes não se fecharem sozinhos, ou fita adesiva);
- Realizar a higiene da boca;

- Lavar o cabelo, se necessário. Colocar a peruca, caso exista. Os cabelos naturais ou postiços são penteados; Retirar ganchos, alfinetes ou elásticos;
- Colocar as próteses dentárias, se a pessoa usava;
- Colocar um rolo por baixo do queixo para fechar a boca. Se o rolo não se mantiver no lugar, colocar uma ligadura em volta do queixo e do crânio, sem apertar demasiado;
- Colocar etiqueta de identificação no corpo e no lençol exterior, segundo normas da instituição;
- As mãos são colocadas sobre o peito ou ao longo do corpo, conforme o desejo da família. A mesma pode querer colocar símbolos religiosos ou flores nas mãos do defunto;
- Colocar um segundo lençol sobre o corpo e outro lençol de cima.

Richmond (*in* Elkin, Perry e Potter, 2005:910) acrescentam que o protocolo dos cuidados *post mortem* deve incluir:

- Verificar junto das pessoas significativas se há mais alguém importante a comunicar;
- Discutir o processo de preparar o corpo com as pessoas significativas;
- Perguntar se há práticas culturais ou religiosas que sejam significativas para o falecido ou familiares;
- Retirar todas as jóias e entregar à família. Excepção: a família pode querer deixar a aliança de casamento colocada. Colocar pequena tira de adesivo em volta do dedo sobre a aliança;

- Caso as pessoas significativas queiram ver o corpo, colocar um lençol ou um cobertor fino sobre o corpo, deixando a cabeça e os ombros de fora. Retirar o material desnecessário do quarto. Providenciar luz suave e oferecer cadeiras;
- Depois das pessoas significativas terem saído, retirar todas as roupas da cama e do cliente. Colocar o corpo num saco ou embrulhar em lençol conforme normas da instituição;
- Pedir o transporte do corpo para a morgue ou casa mortuária.

Os mesmos autores (2005:911) apontam para a importância dos registos relativos: a data e hora da morte, hora de notificação do médico, nome do médico que certificou o óbito, cuidados *post mortem* efectuados, identificação do corpo, formulário de consentimento assinado pela pessoa significativa, destino do corpo, informação dada aos familiares; registar marcas, hematomas, feridas, antes da morte ou observadas durante os cuidados *post mortem*; registar que valores e objectos pessoais foram entregues e quem os recebeu.

1.3.4. Legislação portuguesa e o enquadramento legal da morte

Martins, Franco e Fernandes (2004:77) apresentam os critérios de certificação e procedimento que se encontram legislados pelo estado português. De acordo com a Lei n.º 141/99, de 28 Agosto, Verificação da morte⁷, pode ler-se: A Assembleia da

⁷ MINISTÉRIO PÚBLICO: PROCURADORIA-GERAL DISTRITAL DE LISBOA - Lei n.º 141/99 - Verificação da morte. In Diário de República (28 de Agosto) Disponível (online) no sítio: http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=240&nversao=&tabela=leis (acedido a 20/04/2010).

República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o seguinte:

- Artigo 1.º (Objecto): A presente lei estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte;
- Artigo 2.º (Definição): A morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral;
- Artigo 3.º (Verificação): Estabelece que a verificação da morte é da competência dos médicos nos termos da lei;
- Artigo 4.º (Do Processo de verificação): Regulamenta o processo de verificação da morte; Nos casos de sustentação artificial das funções cardiorespiratórias a verificação da morte deve ser feita de acordo com o protocolo para o diagnóstico de morte cerebral elaborado pela ordem dos médicos.
- Artigo 5.º (Aprovação): os documentos e regulamentos previstos na lei são elaborados pela Ordem dos Médicos e sujeitos à aprovação do membro do Governo responsável pela saúde.

A SFAP (1999:48). em relação ao inventário após o óbito, define que a equipa de cuidados é obrigada a inventariar os objectos pessoais do doente antes de o entregar à família. De acordo com os mesmos autores este acto pode ser vivido pela equipa ou pelos outros doentes como uma violação da intimidade do defunto.

Assim sendo, achámos pertinente que o enfermeiro tenha conhecimento da Legislação Portuguesa, no que se refere à verificação da morte, uma vez que podem surgir questões que tornam este tema um assunto algo delicado no dia-a-dia dos enfermeiros.

1.4. Trabalho de luto nos enfermeiros

À morte estão associados os ritos e rituais⁸ (SFAP, 1999:45-47). Assim sendo, perante a morte o rito tem a função de proporcionar segurança aos que vivem, simbolizando a esperança e o desejo de sobreviver. O rito simboliza a passagem da vida à morte e exprime a separação entre o que morreu e o mundo dos vivos. De forma a permitir a realidade da morte é necessário realizar a exposição do corpo morto seguido do enterro do mesmo, constituindo o ritual fúnebre. Este compreende a agonia, a morte, o velório, o fechar do caixão, o funeral, o enterro ou incineração. Louis Vincent Thomas (*in* SFAP, 1999) define o ritual da morte como um conjunto de condutas que “visam antes de mais ultrapassar a angústia da morte nos que ficam vivos”. A prática dos cuidados por parte do enfermeiro durante o processo de morte, no Hospital, podem ser reconhecidos como um ritual, que se distingue por segurar a mão do doente que está morrer, realizar a higiene do corpo morto, fechar as persianas do quarto, gerir o tempo que separa o óbito do transporte do corpo para a morgue. Este ritual permite ao enfermeiro iniciar o seu processo de luto perante a pessoa que morreu. Contudo, o enfermeiro apenas tem acesso à primeira etapa do ritual fúnebre que diz respeito à preparação do corpo, não tendo acesso às etapas do desaparecimento do corpo (colocar o corpo no caixão) e exclusão (enterro ou incineração).

Louis Vincent Thomas (*in* Saraiva, C., 1994:47) o ritual de morte é uma forma de ultrapassar o vazio provocado pela mesma, através da possibilidade de prolongar a

⁸ Considera-se importante distinguir rito de ritual. Segalen (*in* SFAP, 1999:45) apresenta a definição de rito: “gesto simbólico comum a um grupo ou a uma sociedade cuja reprodução permite ultrapassar a violência da realidade que o suscita. A reprodução de gestos numa sequência bem ordenada constitui o ritual”. O mesmo autor refere-se ao rito como “universal (...), o seu significado é perceptível para todos os membros do grupo.”

última relação como o morto, constitui-se assim como uma terapia eficaz contra a angústia de morte.

Quando o ritual fúnebre não é cumprido na totalidade, a SFAP (1999:48) aponta que a equipa dos cuidados necessita de um “*ritual de equipa dos cuidados*” específico da morte no Hospital, de forma a permitir uma boa qualidade do luto e evitar o luto patológico.

Loney (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003:189) apresenta uma definição de luto como sendo um estado subjectivo de antecipar, ou sofrer, a perda de uma pessoa ou objecto com quem existia uma relação significativa. O luto é a resposta total à separação causada pela perda que envolve dimensões psicológicas, espirituais, cognitivas, sociais e somáticas.

Magalhães (2009:41) acrescenta que numa época em que o luto é interdito, como resposta à necessidade de manter uma ideia de felicidade, o embalsamamento dos cadáveres refere-se a uma manifestação de uma recusa da morte que simultaneamente se torna objecto de comércio e lucro, que se traduz em uma atitude de negação do luto considerando-o descabido procurando diluir a tristeza nele vivida.

Pereira (2008:109) afirma que o luto e a perda são partes integrantes da vida, em que o luto significa morte, perda, dor e mágoa. Bowlby (*in* Pereira, 2008:109) define o luto como um processo psicológico que se inicia com a perda de um objecto querido, e sofrimento como sequência de um estado subjectivo que se segue à perda e acompanha o luto. A perda significa “ser privado” de algo ou alguém por morte ou separação e está associado a um estado de luto.

Engel (*in* Pereira, 2008:110) defende que o luto “representa um desvio do estado de saúde e bem-estar e da mesma forma que uma alteração fisiológica necessita de ser

curada para devolver ao corpo o seu equilíbrio homeostático, também é necessário um período de tempo para que a pessoa em luto volte ao mesmo estado de equilíbrio”.

Gameiro (*in* Pereira, 2008:111) defende que um “trabalho de luto” exige uma canalização de energia, vivência de sentimentos de perda, integração dos mesmos e a reconstrução. Worden (*in* Pereira, 2008:111) identifica quatro tarefas a desenvolver pela pessoa no seu processo de luto: aceitar a realidade da perda; trabalhar as emoções e a dor da perda; adaptar-se à situação; recolocar emocionalmente a perda e continuar vivendo – conduzir a energia para outros aspectos/outras vivências.

Bowlby (*in* Pereira, 2008:111) defende que terminadas estas tarefas pode-se pensar no fim do luto. Este termina quando a pessoa completa a última fase, a restituição do equilíbrio. Assim sendo a forma como o individuo lida com a perda e o luto pode ser uma oportunidade de crescimento, um catalisador de criatividade e de realizações notáveis. Esta situação é vivida de forma individual e depende do nível de desenvolvimento de cada um, da sua personalidade e das características pessoais de cada um, experiencias anteriores, da condição física e psíquica, da cultura, das crenças e da adaptabilidade às situações.

A morte e o luto têm sido cada vez mais feitos á maneira de cada um. Gorer (*in* Magalhães, 2009:46-47) afirma que já não existem regras para manifestar o pesar, pelo que as nem as pessoas em luto nem os amigos e vizinhos sabem como se relacionar uns com os outros. Dada a ausência de familiaridade com o morrer e com a morte e da falta de modelos claros de comportamento torna-se difícil assumir a sua responsabilidade e controlo. A morte torna-se pessoal e emocionalmente mais dolorosa, ausente do público e presente no privado.

Para Potter e Perry (2006:580-581) o enfermeiro pode ter sentimentos de perda e tristeza em relação ao doente que cuidou por um período de tempo e morre. De forma a

lidar com o seu próprio luto, o enfermeiro pode optar por ir ao velório ou funeral. Os mesmos autores referem que o enfermeiro que trabalha num serviço onde ocorrem muitas perdas, e se não conseguir ultrapassá-las, pode ter uma sobrecarga de privação, com sentimentos de frustração, raiva, culpa, tristeza ou ansiedade. Assim sendo é importante o enfermeiro desenvolver os seus sistemas de apoio.

Podemos afirmar que o ritual fúnebre é essencial para o processo de luto, que deve ser gradual e progressivo, sendo necessário disponibilizar um período de tempo para que o enfermeiro em luto possa regressar ao estado anterior de equilíbrio. De salientar, que o enfermeiro ao prestar cuidados no interior de uma instituição o ritual fúnebre fica incompleto, o que pode levar a um trabalho de luto complicado e a períodos de sofrimento, uma vez que existe dificuldade em integrar a noção de perda e em readaptar-se no meio onde se encontra inserido. Assim sendo podemos considerar que a prestação dos cuidados *post mortem* como uma forma de ritual fúnebre que pode dar início ao trabalho de luto desenvolvido pelos enfermeiros.

2. PROBLEMÁTICA

Para Quivy e Campenhoudt (1998), a problemática consiste numa

“(...) abordagem ou perspectiva teórica que se decidiu adoptar para tratar o problema posto pela pergunta de partida. É uma maneira de interrogar os fenómenos estudados e constitui uma etapa-charneira da investigação, entre a ruptura e a construção.” (p. 89)

A enfermagem é uma profissão da área da saúde que, no nosso entender, consiste essencialmente em prestar cuidados ao ser humano em situação de saúde ou de doença, ao longo de todo o ciclo vital, bem como aos grupos sociais em que ele está integrado. Desta forma é necessário ter em conta a pertinência de um problema de investigação. Chevrier (*in* Gauthier, 2003:67) explica que a pertinência social de uma investigação ocorre quando a mesma traz respostas aos problemas dos praticantes e decisores sociais, envolvidos na investigação. O mesmo autor (2003:68) revela que a pertinência científica refere-se às preocupações dos investigadores, ou seja, o interesse dos investigadores pelo assunto, mostrando como o mesmo contribui para o avanço dos conhecimentos até ao momento e insistindo sobre a contribuição nova da investigação para os conhecimentos.

De acordo com Saraiva (2007:29) os enfermeiros contactam frequentemente com a morte, especialmente os que trabalham em hospitais. Stedeford (*in* Saraiva, 2007:29) defende que o “contacto com a morte ou com o processo de morrer desperta uma inevitável resposta específica (...) tanto faz aceitá-la e elaborá-la ou tentar reprimi-la e negá-la”. Tal situação pode prejudicar a eficiência na vida social e profissional,

como interferir na vida pessoal e familiar. Gutierrez e Ciampone (2007:661) defendem que os profissionais de enfermagem não estão preparados para lidar com questões relacionadas com a morte e o processo de morrer, uma vez que este assunto tem menos importância nas instituições de saúde pois o hospital é considerado um local de cura, e todos o que o procuram têm esperança de sair de lá curados.

O profissional de saúde tem as suas tristezas, irritações, receio de morte, entre outros sentimentos, devendo assegurar que as suas respostas individuais não prejudiquem o doente e família como apresentam Pimentel *et al* (*in* Ribeiro, Baraldi e Silva, 1998:119)

Perante reacções tão diversas face à mesma situação, eis que nos surge a inquietação de saber mais acerca das experiências vividas dos enfermeiros relativamente à sua participação no processo de morrer, nomeadamente o ritual de preparação do corpo *post mortem*. Assim, decidimos que o conceito central deste trabalho será o conceito de *vivências*, pois acredita-se que o testemunho na primeira pessoa permite conhecer as experiências de vida destes profissionais de forma a obter uma maior riqueza de dados.

Desta forma achamos importante conhecer a realidade cultural dos enfermeiros que depende de uma lógica interna, e que vai influenciar as suas intervenções no processo de morte, nomeadamente aquando dos cuidados *post mortem*, com o objectivo de proporcionar novos conhecimentos e respostas aos problemas dos enfermeiros.

Assim, os cuidados *post mortem* englobam a relação entre enfermeiro/ doente e enfermeiro/ família, exigindo uma reformulação dos sentimentos e procedimentos de cada profissional sobre a morte e o morrer, e também sobre a vida, com o objectivo de proporcionar cuidados mais individualizados ao corpo *post mortem* e respectiva família.

Quested e Rudge (2003:559) salientam a importância do corpo *post mortem* como ser biopsicossocial, sendo o enfermeiro responsável por perpetuar todas estas dimensões, estabelecendo a ligação entre a vida e a morte, pela realização deste ritual.

Os mesmos autores (2003) referem que:

“(...) Through our bodies outward appearance we define our identity, individuality, and our place in culture; (...). Bodies are also shaped by our actions; (...). Bodies are physically and metaphorically layered by meanings we ascribe. They are a site for the reproduction of cultural texts and signifiers. (...) Therefore, analysis of the body and social practices towards it allows insights into the values, hegemonies, culture and binary oppositions within a society. Bodies are also central to nursing practice (...)”(p.554).

Desde logo, podemos ler na no artigo 87.º referente ao respeito pelo doente terminal⁹, do Código Deontológico do Enfermeiro, publicado no Decreto-Lei n.º 104/98, o seguinte: “O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal assume o dever de:

- a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida;
- b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.

⁹ CÓDIGO DEONTOLÓGICO – Código Deontológico do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 104/98 – Artigo 87.º (Do Respeito pelo doente terminal) In Ordem dos Enfermeiros. Disponível (online) no sítio: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoSaudeEnsino.aspx> (acedido a 28/03/2010).

No contexto particular do trabalho que desenvolvemos, que se relaciona com as vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem*, estamos convictos de que este dever assume especial relevância.

Entendemos que conhecer um fenómeno é algo imprescindível e prévio a qualquer intervenção que se pretenda. Com efeito e após um processo de reflexão sobre o tema chegámos à conclusão de que a nossa verdadeira inquietação centra-se na vontade de compreender o fenómeno dos cuidados *post mortem*, a partir da experiência de quem o vivencia, nomeadamente o ritual de preparação do corpo *post mortem*. Assim, decidimos que o conceito central deste trabalho será o conceito de *vivências*, pois acredita-se que o testemunho na primeira pessoa permite conhecer as experiências de vida dos enfermeiros de forma a obter uma maior riqueza de dados.

Para tal formulamos a pergunta de partida, que no entender de Quivy e Campenhoudt (1998) constitui-se como a melhor forma de começar um trabalho de investigação, pois esta tem como finalidade exprimir, de forma o mais exacta possível, aquilo que se procura saber, elucidar, compreender melhor, apresentando-se como um primeiro fio condutor da investigação.

Como tal, a pergunta de partida do nosso estudo ficou assim formulada: **Quais as vivências dos enfermeiros ao cuidar o corpo *post mortem* numa unidade de medicina?**

As perguntas de investigação que procuramos dar resposta com este estudo são:

- Que pensamentos surgem no enfermeiro ao cuidar de um corpo *post mortem*?
- Que sentimentos o enfermeiro experimenta ao cuidar o corpo *post mortem*?
- Que repercussões o enfermeiro sente ao cuidar o corpo *post mortem*?
- Existem dificuldades ao cuidar o corpo *post mortem*?

- De que modo o enfermeiro percepção como são realizados os cuidados ao corpo *post mortem*?
- Quais as limitações que o enfermeiro se depara aquando dos cuidados *post mortem*?

Consideramos importante clarificar o termo Vivências, utilizado ao longo do nosso trabalho. Como refere Fidalgo (1990) vivência significa “a consciência imediata do objecto (...) a vivência tem sempre um vivido, um resultado preche de significado que permanece” (p. XXIV). É o significado que foi atribuído pela própria pessoa a partir da interpretação do que viveu que a caracteriza essencialmente.

Frias (*in* Espada, 2004:93) define vivências como o significado duradouro de uma situação vivida, em que este carácter de permanência resulta da interpretação e atribuição de sentido pela pessoa que viveu a experiência. De acordo com Espada (2004:93) trata-se não só do que viveu/experenciou, mas também do modo como viveu/experenciou e do significado atribuído.

De seguida, achamos relevante apresentar uma selecção de um conjunto de estudos relacionados com a temática supracitada ou com áreas afins, proveniente da revisão de literatura efectuada.

Os estudos encontrados foram, na sua grande maioria, realizados no estrangeiro. De salientar que apenas conseguimos ter conhecimento de alguns estudos realizados em Portugal como por exemplo, os enfermeiros perante a morte¹⁰ e a atitude do enfermeiro perante a morte¹¹, o que no nosso entender vem reforçar a necessidade de ser realizada

¹⁰Estudo realizado por OLIVEIRA, C.S.C.; FERREIRA, F.M.A.S.; ALFAIATE, M.R.S.O.; SILVA, L. M. C.; MATOS, T. M. L. F. – **Os enfermeiros perante a morte**. Nursing. 2008. p.30-34.

¹¹ Estudo realizado por SARAIVA, Dora Maria Ricardo Fonseca – **Atitude do enfermeiro perante a morte** – Investigação. Nursing. 2009. p.6-9.

mais investigação acerca desta temática que contemple a realidade acima descrita. Os próximos estudos apresentados foram realizados no estrangeiro.

Passamos a apresentar Ribeiro, Baraldi e Silva (1998) que desenvolveram um estudo qualitativo que tinha como objectivos avaliar a percepção dos funcionários da equipa de enfermagem e identificar os sentimentos presentes durante a preparação do corpo pós morte, a 23 enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado da cidade de São Paulo. Os mesmos autores constataram que: as pessoas encontram-se tristes durante a preparação do corpo, afirmando haver diferença deste procedimento em relação aos demais; associam o vínculo com o doente e o tempo de experiência profissional com a intensidade e a presença de determinados sentimentos e emoções; o contacto com a morte não é desprovido de profissionalismo, sentimentos e emoções, já que o corpo mortal é o instrumento de trabalho destes profissionais.

Veloso *et al* (2003) realizaram uma pesquisa descritiva e qualitativa, em que participaram 10 enfermeiras da unidade de uma terapia intensiva neonatológica de um hospital escola da cidade de Fortaleza. Este estudo tinha como objectivos compreender a participação do enfermeiro no processo de morrer de seus clientes e verificar a preparação académica para a convivência com o doente terminal. Constatou-se que os sentimentos de perda, tristeza, angústia, impotência e saudade emergem da convivência com a morte e podem interferir na assistência prestada ao doente e sua família; existe também uma preocupação com a família, sendo esta valorizada e inserida no contexto hospitalar; em relação à formação académica, a maioria dos profissionais não possui formação na área de preparação de um corpo, tornando-os desprotegidos psicologicamente para este tipo de situação.

Para Callanan *et al* (*in* Ribeiro, Baraldi e Silva, 1998:118) o contacto constante com situações de stress e de perda de doentes proporciona aos profissionais de saúde

momentos de reflexão que são realizadas rotineiramente, acerca do processo de identificação e imagens simbólicas dos indivíduos “saudáveis” que assistem e participam da morte do outro. As reacções às perdas que os profissionais de saúde vão tendo ao longo da vida, a nível físico, emocional, social e espiritual varia de pessoa para pessoa e depende das circunstâncias que rodeiam a morte como o tipo de relação que existia entre ambos, mecanismos de defesa utilizados, entre outros. Para Ribeiro, Baraldi e Silva (1998:118-119) a morte faz parte da rotina destes profissionais, e podem surgir várias reacções para negar ou anular tal acontecimento. Este sofrimento encontra-se mascarado pelo cumprimento das rotinas, sendo este um quotidiano árduo, sendo preciso ter muita sensibilidade e vários mecanismos de defesa para suportá-lo.

Tendo em conta que em Portugal, a investigação na área dos cuidados *post mortem*, não tem sido objecto de grande interesse, reconhecemos ser uma oportunidade para aprofundar o conhecimento nesta área. Compreender um fenómeno é fundamental para alterarmos a nossa forma de estar e de actuar perante o mesmo. Esperamos que este trabalho venha a proporcionar, uma base de reflexão individual e conjunta sobre as práticas que efectuamos ao longo do nosso percurso individual.

3. METODOLOGIA

A metodologia é o capítulo do trabalho no qual delinearemos as etapas, os procedimentos e as estratégias que usámos no desenvolvimento do nosso trabalho de investigação.

A metodologia consiste no “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2003:372). Para Quivy e Campenhoudt. (1998), ela consiste na descrição dos princípios fundamentais a colocar em prática em qualquer trabalho de investigação.

Assim, ao longo deste capítulo procuraremos enquadrar este trabalho, bem como descrever o percurso metodológico por nós efectuado, designadamente: o tipo de estudo, a caracterização dos participantes e respectiva explicitação dos critérios de elegibilidade. Apresentaremos também os procedimentos de colheita de dados, bem como os procedimentos de análise e tratamento dos dados que foram adoptados. Por último, referimo-nos aos critérios para assegurar a cientificidade do estudo, explicitando o modo como os mesmos foram assegurados. Finalizamos com a exposição dos procedimentos éticos considerados na nossa investigação.

3.1. Enquadramento paradigmático

Segundo Bogdan e Biklen (1994) o conceito de paradigma é um “(...) conjunto aberto de asserções, conceitos ou proposições logicamente relacionados e que orientam o pensamento e a investigação” (p.52).

Polit, Beck e Hungler (2004:27-29) apresentam dois tipos de paradigmas utilizados em enfermagem: o positivista e o naturalista. Os mesmos autores consideram que a investigação quantitativa está mais próxima do paradigma positivista, e a investigação qualitativa está relacionada com o paradigma naturalista.

Segundo os mesmos autores o paradigma positivista é objectivo e reducionista, procurando conhecer a natureza para a dominar e controlar, através da redução da complexidade dos fenómenos em estudo.

Mais recentemente, devido a grandes transformações científicas e sociais, este paradigma entrou em crise, sendo que Bogdan e Biklen (1994) consideram:

“ (...) Durante o modernismo, tentava-se explicar a condição humana e o progresso pela crença nas virtudes do racionalismo e da ciência, pela ideia de um “eu” estável, consistente e coerente e pelo recurso a abordagens positivistas do conhecimento (...) Por sua vez, os pós-modernistas defendem que este tipo de fundamentos já não faz sentido. (...)” (p.45)

O paradigma naturalista ou fenomenológico tem em conta a subjectividade, inerente a cada pessoa, e procura conhecer a realidade como um todo, tendo em conta as múltiplas interpretações com a realidade. O conhecimento é obtido por processos indutivos, são usados procedimentos flexíveis, em que a riqueza dos dados são da responsabilidade da interacção entre investigador e os participantes, onde a subjectividade e os valores são inevitáveis e desejáveis, com ênfase na totalidade de alguns fenómenos, sendo por isso este paradigma considerado Holístico.

É deste paradigma que se adopta para a enfermagem actual o paradigma holístico, assim definido por autores como Santos (1999) ou Teixeira (2002), uma vez que, no nosso entender, este enfatiza a complexidade da realidade, a subjectividade, a interacção e a abordagem holística, vendo o Homem como um ser activo, integrado e em interacção múltipla.

A pessoa, para Teixeira (2002), é considerada como um sistema aberto em constante dinamismo, possuindo uma subjectividade e auto-determinação próprias, e não como uma máquina, que pode voltar ao estado global após a substituição/reparação das partes doentes/danificadas.

É neste paradigma holístico que se enquadra o nosso trabalho pois ao estudarmos as Vivências do Enfermeiro relativamente a cuidados *post mortem* em unidades de medicina, estamos, de facto, a dar ênfase às suas experiências vividas. Assim sendo, só seria coerente desenvolver este estudo num paradigma que perceba a pessoa como um todo e aceite a subjectividade inerente a cada pessoa. Implica entrar no campo da subjectividade, da complexidade da realidade e da interacção, isto é, estamos, no fundo, a considerar a pessoa como um ser holístico e integrado num sistema aberto.

Segundo Fortin (2003) neste tipo de estudo o investigador “está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los” (p.22), ou seja, o investigador centra a sua atenção na compreensão do comportamento humano que é exactamente o que pretendemos.

3.2. Tipo de estudo

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004:29), embora existam inúmeros métodos de investigação, normalmente são agrupados em dois grandes métodos: o quantitativo e qualitativo. O primeiro método, de acordo com estas autoras, envolve a colheita

sistemática de informação numérica que é analisada através de procedimentos estatísticos, em que o investigador utiliza mecanismos destinados a controlar o estudo, com imposição de condições sobre a situação de pesquisa.

Já a investigação qualitativa, segundo as mesmas autoras (2004:30) envolve a compreensão da experiência humana, no seu ambiente natural, através da colheita e análise de materiais narrativos mais subjectivos, em que o investigador centra a sua atenção em aspectos dinâmicos, holísticos e individuais do fenómeno.

Nesta perspectiva, o investigador está envolvido com as pessoas e com os grupos sociais que estuda. Polit, Beck e Hungler (2004:47) acrescentam que na investigação qualitativa a fonte directa dos dados é o ambiente natural, sendo que os mesmos são obtidos através do contacto directo, em que o investigador é o instrumento principal.

Bodgan e Biklen (1994) apresentam cinco características básicas da metodologia qualitativa que convém salientar:

- O ambiente natural é a fonte da colheita de dados para a pesquisa qualitativa na qual o próprio pesquisador é o instrumento chave, pressupondo intenso trabalho de campo;
- Os dados colhidos são essencialmente de natureza descritiva;
- A ênfase maior é atribuída ao próprio processo, em vez de ser atribuída ao produto final;
- É dada grande importância ao modo como os participantes encaram o problema de investigação ou seja, o significado atribuído pelas Pessoas ao fenómeno em estudo é de extrema importância;

- Os significados, a interpretação e a análise surgem da percepção do fenómeno observado no seu próprio contexto, pelo que estamos perante a utilização de um procedimento, essencialmente de natureza indutiva.

Consideramos que a melhor forma de atingir o objectivo deste estudo é fazê-lo com uma abordagem qualitativa, porque baseada na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios actores.

Cheek (*in* Streubert e Carpenter, 2002), acrescenta que

“ (...) o empreendimento de investigação qualitativa é relativo à possibilidade de permitir múltiplas interpretações da mesma realidade. Numa realidade humana como a de enfermagem, é imperativo que os enfermeiros adoptem uma tradição de investigação, que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas.” (p. 3)

O tipo de estudo que desenvolvemos foi descritivo – exploratório, isto porque segundo Bogdan e Biklen (1994:11) a investigação qualitativa baseia-se numa “(...) metodologia de investigação que enfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais.” (p.11). Por tudo isto, efectuámos um estudo descritivo, exploratório e indutivo.

Os mesmos autores (1994:48) afirmam que a investigação qualitativa é descritiva, uma vez que os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens, e não de números, e analisa-os em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto o possível, a forma em que estes foram registados ou transcritos.

Foi exactamente isto que abordámos, pois procurámos descrever o significado que os enfermeiros atribuem aos cuidados *post mortem*, bem como o seu comportamento face aos mesmos.

Assentamos também a nossa decisão em Cervo e Bervian (2002) que explicam relativamente a esse tipo de estudos “(...) há poucos conhecimentos sobre o problema a ser estudado” (p.69). No nosso caso concreto isso mesmo pode ser constatado, de um modo especial na realidade portuguesa, onde a investigação sobre a temática na qual se centra o nosso estudo é diminuta

O nosso trabalho também esteve embebido de raciocínio indutivo, usando o modelo de Polit, Beck e Hungler (2004) sobre o raciocínio indutivo:

“(...) é o processo de desenvolvimento de conclusões e generalizações a partir de observações específicas (...)”. (p.26)

Bogdan e Biklen (1994:50) acrescentam que os investigadores não recolhem os dados ou provas com o objectivo de confirmar hipóteses construídas previamente; ao invés disso as abstracções são construídas à medida que os dados particulares recolhidos se vão agrupando a partir das quais se podem gerar teorias. O raciocínio indutivo de acordo com Feldman (*in* Streubert e Carpenter, 2002:9) movimenta-se “do particular para o geral”.

Em termos práticos, o carácter descritivo presente nesta investigação permitiu-nos constituir pistas que contribuíram para uma compreensão mais esclarecedora acerca do objecto em estudo. Por outro lado, conseguimos com que a investigação fosse indutiva porque à medida que fomos recolhendo os dados, junto de cada participante, fomos, também, organizando-os, para que contribuíssem para a elaboração das conclusões.

Para, além disso, e porque o objecto da investigação é ainda pouco explorado, o estudo exploratório tornou-se fulcral para o nosso trabalho. O estudo exploratório investiga a natureza complexa e outros factores relacionados com o fenómeno de interesse, quando se investiga uma nova área ou tópico, com o objectivo de

compreender as várias maneiras como o fenómeno se manifesta e quais os processos adjacentes (Polit, Beck e Hungler, 2004:34)

3.3. Características dos participantes e acesso ao campo onde o fenómeno se manifesta

Neste nosso estudo utilizamos o termo participantes, apesar de alguns autores utilizarem o termo sujeitos, porque comungamos da posição de Morse, (*in* Streubert et Carpenter, 2002:25), que considera o uso dos termos participantes ou informantes, mais adequados e que melhor ilustram a posição que os investigadores qualitativos subscrevem, em que a sua posição é activa e participativa, e por possuíram informação a que interessou aceder de acordo com a sua experiência, com os objectivos, e com os critérios de elegibilidade desta investigação

A partir dos anos 70 do século XX a morte foi institucionalizada porque a evolução tecnológica predominante nos hospitais criou o hábito de manter as pessoas internadas, mesmo as vítimas de doenças crónicas. Actualmente um número elevado de pessoas morre nos hospitais ficando isolado de seus entes queridos, permanecendo ao seu lado, apenas dos profissionais de saúde que o assistem (Gutierrez e Ciampone, 2007:665)

Por esta razão, definimos como universo do nosso estudo os enfermeiros que prestam cuidados *post mortem* aos doentes que estiveram internados nos serviços de medicina do Hospital de Santa Maria (HSM). Para acedermos aos participantes procedemos à elaboração de um pedido de autorização ao Conselho de Administração do HSM (Anexo I) para acesso aos participantes (selecção e contacto), o qual foi deferido (Anexo II).

A escolha desta Instituição de Saúde deve-se ao facto desta possuir uma abrangência significativa a nível populacional, de cerca de 350.000 habitantes. Em 2006, cerca de 36.000 pessoas beneficiaram dos serviços de internamento desta instituição¹². De salientar que o HSM é constituído por um departamento de Medicina onde estão incluídos três serviços de Medicina (Serviço de Medicina I, Serviço de Medicina II e Serviço de Medicina III), onde decorreram as entrevistas deste estudo. Outro facto importante deve-se aos recursos humanos que o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente) dispõe, e que corresponde a cerca de 2071 enfermeiros, em 2008¹³.

Considera-se neste estudo que é no hospital que a maioria dos doentes crónicos continua a morrer e porque este contexto reúne um conjunto de características peculiares, passíveis de influenciar o processo de interacção entre enfermeiro e doente/família, torna-se evidente a necessidade de compreender e aprofundar melhor quais as estratégias que o enfermeiro desenvolve nesta situação particular e neste contexto, bem quais os saberes que mobiliza e que competências adquire a partir desta prática.

¹² DERRIÇA, Paulo – O Hospital do futuro não vai ter papéis In CXO (Tecnologias de Informação para Executivos), 2007. Disponível (online) no sítio: http://www.cxo.com.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=34&itemid=90 (acedido a 20/04/2010).

¹³ CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE – Hospital de Santa Maria (organização e Síntese de Indicadores). Disponível (online) no sítio: http://www.cxo.com.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=34&itemid=90 (acedido a 20/04/2010).

Loureiro (2002) salienta que a escolha dos participantes efectua-se através da definição de critérios de selecção, que assegurem que os primeiros tenham um conhecimento específico do fenómeno que se pretende descrever e analisar, e que sejam capazes de o comunicar, com o intuito de partilhar esse conhecimento.

Polit, Beck e Hungler (2004) referem-se aos critérios de elegibilidade como

“(...) características que delimitam a população de interesse (...) Cabe ao pesquisador estabelecer esses critérios, antes da selecção das amostras, de modo a decidir se uma pessoa seria classificada ou não membro da população em questão (...).”

Neste sentido, atendendo ao anteriormente referido e tendo presente o nosso objectivo de compreender as vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em unidades de medicina, foram definidos critérios a utilizar para a selecção dos participantes no estudo, os quais passamos a descrever:

- Ser enfermeiro a trabalhar em serviço de medicina;
- Aceitar participar voluntariamente no estudo, após serem informados, aceitando também a gravação audiomagnética das entrevistas, mediante a assinatura do consentimento informado.

Respeitando os critérios de elegibilidade para a inclusão dos participantes, sentimos a necessidade de constituir também uma amostra intencional. Os indivíduos foram seleccionados para o estudo de acordo com a sua experiência no fenómeno de interesse - amostra teórica ou intencional, uma vez que concordamos com a opinião de Streubert e Carpenter (2002:26), ao afirmem que a amostra intencional tem o compromisso de observar e ou entrevistar pessoas que tenham experiência na cultura ou no fenómeno de interesse, com a finalidade de desenvolver uma descrição rica e densa da cultura ou fenómeno, para além de ser a mais utilizada na investigação qualitativa.

Assim sendo, os critérios que permitiram escolher a nossa amostra intencional foram os seguintes:

- Experiência profissional do enfermeiro superior a dois anos;
- Que o enfermeiro se encontre a trabalhar num serviço de medicina entre um a cinco anos, exclusive ou há mais do que cinco anos, inclusive;
- Vivência do enfermeiro de pelo menos uma situação de cuidados *post mortem* ou \geq duas situações.

Tal como referem Polit, Beck e Hungler (2004) não existem critérios inequivocamente definidos e globalmente aceites para o tamanho das amostras na pesquisa qualitativa. As mesmas autoras referem que é possível chegar-se à redundância dos dados com um número relativamente pequeno de casos.

Complementando esta ideia, Morse (*in* Fortin, 2003) explica que nos estudos qualitativos “pequenas amostras são geralmente suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado” (p. 211).

Este estudo contou com a colaboração de doze participantes, número que considerámos aceitável atendendo o tipo de estudo e objectivos do trabalho e à riqueza e diversidade das experiências relatadas. Dez pertenciam ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 48 anos, com um tempo de serviço mínimo de 2 anos e máximo de 24 anos.

No percurso de vida profissional estes participantes realizaram, no total, aproximadamente, cerca de sete e duzentos cuidados *post mortem*. De referir que oito participantes são da religião católica/praticantes, e quatro participantes pertencem à religião católica/não praticantes.

Esta caracterização dos participantes não sendo fundamental é incluída, apenas, na perspectiva de enriquecer e facilitar a compreensão do contexto no qual o fenómeno

é experienciado. Acreditamos que os relatos e as vivências emergidas, por parte daqueles que o conhecem profundamente, e serem obrigados a lidar no seu dia-a-dia, veio beneficiar e enriquecer o presente trabalho, pela partilha de uma grande multiplicidade e diversidade de experiências, que contribuiu para a compreensão do fenómeno em estudo, ou seja, as vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem*.

De salientar, que contámos com a colaboração voluntária dos enfermeiros dos diferentes serviços de medicina do HSM.

3.4. Instrumento e procedimentos na colheita dos dados

Qualquer trabalho de investigação implica uma recolha de dados. Segundo Bogdan e Biklen (1994), o termo *dados*

“(...) refere-se aos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar; são os elementos que formam a base da análise” (p. 149).

Após caracterizar os participantes do nosso estudo, é necessário seleccionar o método que utilizámos para colher aos dados,

“(...) porque são estes que fornecem informação de que [necessitamos] para fazer uma pesquisa integral. Há que decidir quais os métodos que melhor servem determinados fins e, depois, conceber os instrumentos de recolha de informação mais apropriado para o fazer (...)” (Bell, 1997:85-86)

De acordo com Fortin (2003), na escolha do método de recolha de dados, deve-se ter em conta os objectivos da investigação e o tipo de estudo. Ainda segundo este autor, o estudo exploratório aborda diferentes aspectos do fenómeno pelo que “São utilizados a este nível as observações, as entrevistas não estruturadas ou semi-estruturadas (...)” (p.240).

Sendo o nosso estudo exploratório-descritivo utilizámos como instrumento de colheita de dados a entrevista, que segundo Fortin (2003:245) é uma forma de comunicação verbal estabelecida entre o investigador e os participantes com o intuito de colher dados relacionados com as questões de investigação formuladas.

A vantagem de utilização da entrevista, segundo Bell (1997), é:

“(...) a sua adaptabilidade. Um entrevistador habilidoso consegue explorar determinadas ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos, coisa que um inquirido nunca poderá fazer (...)” (p.118)

Existem diferentes técnicas de entrevista; Fortin (2003:246-247) distingue dois: a entrevista estruturada ou uniformizada e a entrevista não estruturada ou não uniformizada. Em relação à entrevista estruturada ou uniformizada, a autora refere que é aquela em que o entrevistador exerce um controlo total sobre o desenrolar da entrevista, através de questões fechadas. Já a entrevista não estruturada ou não uniformizada permite uma maior liberdade quer do entrevistador quer do entrevistado, pois é baseada num diálogo que vai evoluindo de acordo com a vontade dos intervenientes, uma vez que o entrevistador quer compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno na perspectiva dos participantes.

A mesma autora considera ainda que dentro da entrevista não estruturada se pode enquadrar dois graus de estrutura, a entrevista inteiramente não estruturada e a entrevista parcialmente estruturada. No caso da primeira, Fortin (2003) refere que os participantes “são encorajados a falar livremente dos temas propostos pelo investigador, sem que seja necessário que todos os temas sejam abordados e discutidos” (p.247). No caso da segunda o mesmo autor (2003:247) refere que o entrevistador apresenta uma

lista de temas a debater, mas formula questões baseadas nesse tema pela ordem que lhe convém.

Nesta mesma linha de orientação Quivy e Campenhoudt (1998) designa este tipo de entrevista como semi-directiva

“(...) no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado. Mas não colocará necessariamente todas as perguntas pela ordem em que as anotou e sob a formulação prevista (...)” (p.192)

No nosso trabalho utilizaremos a entrevista parcialmente estruturada ou semi-directiva, como refere Bell (1997):

“(...) a maioria das entrevistas realizadas na etapa da recolha de dados da pesquisa situam-se algures entre o ponto completamente estruturado e o ponto completamente não estruturado do *continuum* de formalidade. É importante dar liberdade ao entrevistado para falar sobre o que é de importância central para ele, em vez de falar sobre o que é importante para o entrevistador, mas o emprego de uma estrutura flexível, que garanta que todos os tópicos considerados cruciais serão abordados (...). O entrevistador limita-se a colocar habilmente as questões e, se necessário, a sondar opiniões na altura certa (...)” (p.121-122)

Julgamos a entrevista parcialmente estruturada ou semi-directiva adequada ao nosso estudo, na medida em que conduz à elucidação do problema através do relato do participante, com um certo grau de profundidade, sem ser necessário fazer perguntas demasiado precisas ou rígidas. Também é fundamental para compreendermos os valores, os sentimentos e a importância da informação verbal fornecida pelos informantes. Por este motivo utilizámos um guião de entrevista. Este é constituído por três momentos (treze questões pré-definidas) e um último momento de balanço (uma questão) – o que conferiu algum grau de estruturação ou direcção, mas abertas de modo a permitir que o participante se exprimisse livremente, com as palavras e ordem que

desejar, no momento mais apropriado e de forma mais natural quanto possível (Quivy e Campenhoudt., 1998:192-193) (Anexo I).

Foddy (1996:15) reforça que os métodos qualitativos de investigação, tal como os utilizados nas ciências sociais, partilham a perspectiva subjectivista fenomenológica, interessando-se mais pelas dimensões “vivas” dos seres humanos do que pelo impacto de quaisquer fenómenos físicos. Neste contexto, os procedimentos de recolha de dados mais adequados para captar a subjectividade dos participantes são aqueles que se baseiam no contacto directo e prolongado com o meio social em estudo, inquirindo através de perguntas abertas e não directivas, que possibilitam aos participantes a oportunidade de se exprimirem por suas palavras e não através de um conjunto pré-estabelecido de respostas.

Para assegurar a validade de um instrumento de colheita de dados, a sua clareza e a garantia da recolha da informação pretendida, vários autores como Polit, Beck e Hungler (2004) e Bell (1997), defendem que todos os instrumentos de recolha de informação devem ser testados, com o intuito de determinar se este está enunciado de forma clara, livre das principais tendências, bem como, se ele solicita o tipo de informação que se deseja.

Assim, respeitando as recomendações dos autores, relativo a assegurar a validade do instrumento de colheita de dados, procedemos à validação do mesmo junto de um perito em investigação (orientadora desta tese) e aferimos junto de um enfermeiro com as características daqueles que fazem parte do grupo de participantes. No decorrer da entrevista, o instrumento de colheita de dados utilizado na mesma não suscitou dúvidas ou ambiguidades por parte da pessoa entrevistada, sendo por isto validado com sucesso. Além disto, incluímos esta pessoa no lote dos participantes, uma vez que a sua entrevista foi considerada para a análise dos dados.

Salvaguardámos questões éticas relacionadas com a realização do estudo, de acordo com vários autores (Streubert e Carpenter., 2002; Gil, 1991; Quivy e Campenhoudt, 1998; Bogdan e Biklen, 1994 e Fortin, 2003), nomeadamente com a aplicação do instrumento de colheita de dados, garantindo o sigilo e o anonimato. Foi obtido o consentimento informado dos entrevistados. Informámos da confidencialidade e assegurámos a não utilização dos dados para outro fim que não o deste trabalho. Esclarecemos acerca da temática e dos objectivos da entrevista, obtendo total concordância quanto à sua gravação.

Recorremos ao uso de um gravador digital para registar, de forma fidedigna, toda a informação fornecida pelos participantes acerca do tema em questão, na medida em que o seu uso, de acordo com Gómez, Flores e Jiménez (1999:182) e Bell (1997:124), permite registar com fidelidade todas as interacções orais entre o entrevistador e o entrevistado, para além de permitir verificar as palavras de uma afirmação a citar, a exactidão das notas retiradas, bem como, poderá ser útil quando se investe numa análise de conteúdo, existindo a necessidade de ouvir as entrevistas várias vezes a fim de identificar categorias.

A colheita de dados decorreu entre Maio e Junho de 2009 nos serviços de Medicina do HSM. Iniciamos a entrevista após o esclarecimento do consentimento informado (Anexo VI) e respectiva assinatura por parte de cada um dos intervenientes. É de salientar que a duração média das entrevistas foi de 15 minutos.

3.5. Procedimentos de tratamento e análise dos dados

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004)

“(…) a finalidade da análise dos dados, independentemente do tipo de dado ou da tradição de pesquisa subjacente, é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados da pesquisa. (...) A tarefa de análise dos dados é (...)”

desafiadora (...) por três razões (...) não existem regras sistemáticas para a análise e a apresentação dos dados qualitativos (...) enorme quantidade de trabalho exigido (...) redução dos dados para fins de relato. “(p.358)

A análise de dados, para Bogdan e Biklen (1994:205), corresponde ao processo de busca e de organização sistemática de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de permitir a compreensão dos mesmos. A análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros.

Para Streubert e Carpenter (2002:32) o processo real de análise dos dados toma a forma de aglomerados por dados semelhantes. Essa aglomeração de ideias é referida como temas, que são unidades estruturais dos dados. Eles ajudam os investigadores a agrupar a informação e a descobrir significado de acordo com o que os investigadores observaram e viram. Deste modo, tratámos e analisámos os dados que colhemos de forma ordenada e sistematizada a fim de atingirmos o nosso objectivo de estudo.

Gómez, Flores e Jiménez (1999:199) expressam que a natureza do tratamento dos dados é condicionada por técnicas utilizadas para os colher e por pressupostos teóricos, filosóficos ou metodológicos, em que a investigação se inscreve. Na abordagem qualitativa, os dados são geralmente apresentados em cadeias verbais, isto é, em textos, e não em valores numéricos, como no caso da abordagem quantitativa. A grande parte dos dados, que são recolhidos no decurso da investigação qualitativa, pode como uma das suas características mais conhecidas, ser apresentados em forma de texto. Trata-se, portanto, de informações que reflectem a compreensão dos processos e das situações, por parte dos próprios participantes nos contextos estudados.

Existem diversos modos de relacionar a recolha e a análise de dados. Por exemplo, num modelo sequencial, recolhem-se, em primeiro lugar, os dados que são analisados numa segunda fase. Num modelo interactivo, claramente de aplicação mais complexa do que o anterior, mas mais eficiente e eficaz, a recolha dos dados e a análise desenvolvem-se a par.

Nesta investigação, poder-se-á dizer que adoptámos um modelo intermédio entre o sequencial e o interactivo, uma vez que houve uma sobreposição entre a recolha e a análise dos dados. Em termos práticos, começámos por fazer a recolha dos dados e à medida que esta foi sendo desenvolvida iniciamos o primeiro nível de análise, a redução dos dados, no entanto só prosseguimos para o segundo nível de análise após finalizar a recolha de dados.

Optámos neste trabalho pelo tratamento e análise dos dados a partir do modelo de análise proposto por Miles e Huberman (1984) (in Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin, 1990:108), trata-se de um modelo interactivo que contempla três passos, ou componentes, de actividades concorrentes: a redução dos dados, a sua apresentação/organização e a interpretação/verificação das conclusões, tal como ilustra a figura nº 1.

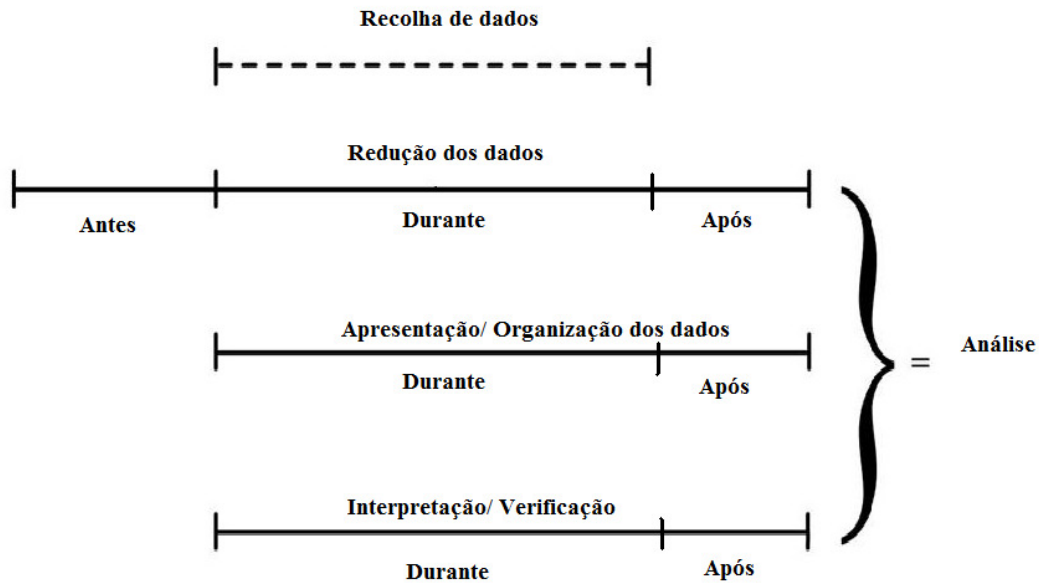


Figura nº 1: "Modelização das três componentes do modelo interativo da análise dos dados"
Fonte: Miles e Huberman (1984) (in Lessard-Hérbert et al, 1990:108)

Podemos visualizar na figura a situação temporal das três componentes da análise, que compõem o modelo interativo de Miles e Huberman, em que a redução dos dados inicia-se antes e processa-se, também, durante e após a recolha dos dados, enquanto as componentes de apresentação e de interpretação/verificação se desenvolvem durante e após a recolha de dados.

A primeira componente de análise do modelo, a redução dos dados, é definida por Miles e Huberman (1984) (in Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin, 1990) como o "(...) o processo de selecção, contração, de simplificação, de abstracção e de transformação do material compilado" (p. 109). Trata-se, na opinião dos autores, de uma operação contínua que vai do momento em que se decide aplicar um sistema de codificação e proceder a resumos.

Miles e Huberman (1984) (in Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin, 1990:112-112) acrescentam ainda a existência de três tipos de redução dos dados que se pode fazer em

três fases distintas da investigação: (1) redução antecipada, antes da recolha de dados; (2) redução concomitante, durante a recolha de dados; (3) redução *a posteriori*, após a recolha dos dados.

Nesta análise, utilizamos uma redução antecipada que na opinião dos autores pode ser encontrada na problemática e no delinear do projecto de investigação, possibilitando a recolha de determinados dados em detrimento de outros. Também utilizamos a redução *a posteriori* que, na opinião dos mesmos autores está directamente ligada aos procedimentos utilizados para tratar, apresentar, interpretar ou verificar os dados.

Assim sendo, após termos terminado o processo de captação das entrevistas e de proceder à transcrição das mesmas na íntegra, iniciou-se a fase de redução dos dados. Inicialmente foi realizado um primeiro contacto com o material de forma a analisar e compreender o seu conteúdo. Posteriormente foram realizadas inúmeras leituras do material de forma a aumentar a compreensão sobre os relatos, e de obter uma visão geral do mesmo.

Reportando novamente a Gómez, Flores e Jiménez (1999:206), a redução dos dados, propriamente dita, envolve três actividades: separação em unidades, identificação e classificação de unidades, e síntese e agrupamento.

Na opinião dos autores (1999:206-208) a **separação em unidades** corresponde à segmentação do texto em elementos singulares, especialmente quando os dados são de tipo textual. Os critérios para dividir a informação em unidades ou segmentos podem ser diversos: espaciais (determinadas pelas linhas do texto, determinados pelo número de linhas, de páginas, etc.); temporais (duração em minutos, horas ou até mesmo em dias); temáticos (é o critério mais utilizado e que considera as unidades em função do

tema abordado); gramaticais (põe em evidência nas unidades básicas do texto as orações e os parágrafos); de conversação (declarações, mudanças do sujeito, diferentes sujeitos em entrevistas ou em reuniões de grupo); ou sociais (os segmentos de texto são seleccionados de acordo com a informação relativa a sujeitos que ocupam o mesmo estatuto ou papel social). Neste trabalho, recorreremos ao critério temático por considerar as unidades de registo em função do tema abordado.

A actividade seguinte, dentro da componente da redução dos dados, é a **identificação e classificação das unidades** que ocorre quando pretendemos realizar a categorização e codificação de um conjunto de dados. Consiste em examinar as unidades de registo, com o intuito de identificar nas mesmas as categorias que permitem a sua classificação em um ou outro tema.

A categorização constitui uma ferramenta vital na análise dos dados, uma vez que permite classificar de modo conceptual as unidades incluídas no mesmo tópico. Uma categoria pode suportar um significado ou tipo de significados. Os mesmos autores acrescentam ainda que uma categoria pode referir-se a uma situação e contexto, actividades e acontecimentos, relações entre pessoas, sentimentos, comportamentos, opiniões, perspectivas, métodos e estratégias ou processos. Este processo ocorre em simultâneo com a separação em unidades de registo quando o critério utilizado é o temático. Foi o que utilizamos nesta análise, pois ao separarmos a unidade de registo por assunto, imediatamente, a mesma foi incluída na categoria que lhe correspondia.

Após o processo de categorização segue-se a codificação. A codificação é, de acordo com Gómez, Flores e Jiménez (1999:208), uma operação concreta em que a cada unidade faz-se corresponder um código próprio da categoria na qual consideramos incluída. Trata-se, na opinião dos autores, de um processo físico, manipulativo, mediante o qual desenrola a categorização. Neste estudo, à medida que decorria as

leituras das entrevistas, procedemos à selecção das unidades de registo, sublinhando com cores diferentes, que na nossa opinião estavam relacionadas com o fenómeno em estudo. Depois utilizamos letras e números para codificar as categorias e respectivas subcategorias e letras para codificar os temas, à medida que iam emergindo.

Portanto, no decorrer das várias leituras que fizemos das entrevistas, constatamos que se iam repetindo ou destacando certas palavras, frases, padrões de comportamento, formas dos participantes pensarem e acontecimentos. Tais características contribuíram para a separação das unidades de registo e o apontamento provisório das primeiras categorias, que à medida que íamos avançando na categorização foram-se consolidando, através da manutenção das categorias existentes, modificando-as ou suprimindo-as. Foi deste modo que obtivemos a categorização, a qual se constitui em temas, categorias e subdivisões da categoria (subcategorias), sempre que considerámos necessário para uma melhor compreensão dos fenómenos em estudo. Procuramos também que o processo de categorização seguisse um único critério de classificação e atendemos à exclusão mútua.

A identificação e classificação das unidades de registo estão estritamente relacionadas com a síntese, pois quando procedemos a uma categorização incluímos diferentes unidades no mesmo tópico ou conceito teórico. Apoiamo-nos em Gómez, Flores e Jiménez (1999:212) ao afirmarem que a própria categorização é uma operação de síntese, na medida em que permite reduzir um determinado número de unidades a um conceito que as represente.

A componente seguinte do modelo de análise de dados Miles e Huberman (*in* Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin, 1990:117-122) é a organização e apresentação dos dados. Os autores definem esta fase como “(...) a estruturação de um conjunto de

informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões”. Segundo eles, a operação de apresentação dos dados é, por vezes, negligenciada e é sem dúvida, de extrema utilidade na redacção do relatório final, uma vez que os textos narrativos são compostos por informações dispersas, vagamente estruturadas e difíceis de reter.

É por isso que a organização dos dados corresponde a uma fase determinante da análise, uma vez que apresenta as seguintes vantagens:

- Permite ao investigador uma representação dos dados num espaço visual reduzido;
- Auxilia a planificação de outras análises;
- Facilita a comparação entre diferentes conjuntos de dados;
- Garante a utilização directa dos dados no relatório final.

Considerando a utilidade desta componente no nosso trabalho, procedemos, então, à construção de matrizes, que de acordo com Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin (2008:119) pode albergar diferentes tipos de informação dispostas sob a forma de linhas e colunas constituído as matrizes de análise. Assim, na construção das matrizes incluímos o seguinte: na coluna da extremidade esquerda, incorporamos os temas que emergiram da análise, em seguida duas colunas centrais, onde apresentámos as categorias e suas respectivas subcategorias relacionadas com o tema e, por último, uma coluna mais larga na extremidade direita para as unidades de registo com a sua respectiva localização, sendo que representamos por “E” a “Entrevista” e por “L” a “Linha”. A título de exemplo, E1: L250-253 indica que a unidade de registo pode ser lida na Entrevista 1, da linha 250 à 253.

No que se refere à interpretação e verificação das conclusões Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin (1990) referem que consiste “na atribuição de significado aos dados reduzidos e organizados através da formulação de relações ou de configurações expressas em proposições ou modelos”(p.122).

A interpretação dos dados é redutora, para ser de seguida criadora, ou seja, numa primeira fase (codificação) os dados são expressos com maior ou menor liberdade, para numa segunda fase os dados saírem do formato utilizado no tratamento para o transpor e encontrar ou reencontrar um sentido, através da elaboração de explicações e novas questões, como refere Van der Maren (*in* Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin, 1990:123)

Na primeira procura-se obter resultados e conclusões relativamente aos objectivos propostos, através de uma série de decisões do investigador sobre o significado dos dados. Os resultados ou conclusões, na opinião de Gómez, Flores e Jiménez (1999:214), são apresentados para explicar a configuração que o investigador dá aos dados e consiste em afirmações acerca das relações entre certas propriedades observadas ou em interpretações sobre as interpretações que os próprios participantes fazem do fenómeno em estudo. As conclusões são proposições que estabelecem os conhecimentos adquiridos pelo investigador relativamente ao problema estudado. Trata-se, portanto, na opinião dos autores, de reconstruir um significado coerente e global, em que se reconhece a relação mais ou menos complexa entre os diferentes conceitos.

Segundo Fielding e Fielding (*in* Gómez, Flores e Jiménez (1999:214), nesta fase, uma das principais ferramentas utilizadas no processo de obtenção das conclusões é a comparação. A comparação permite destacar as semelhanças e diferenças entre as unidades incluídas numa categoria, tornando possível a formulação das suas propriedades fundamentais, a partir das quais pode conduzir a uma definição, ilustração e verificação da categoria. Deste modo, utilizamos a comparação de colunas das

matrizes como forma de extrair as conclusões, uma vez que de acordo com Gómez, Flores e Jiménez (1999:214), a comparação facilita o processo de obtenção das conclusões a partir das matrizes e outras figuras usadas para apresentação dos dados.

Por outro lado, segundo Gómez, Flores e Jiménez (1999:215), nesta fase da análise é importante também contextualizar e comparar os dados da investigação com outros estudos, integrando os resultados da investigação que está a ser efectuada em outros trabalhos e teorias mais amplas. Procurámos seguir algumas estratégias propostas por Goetz e LeCompte (*in* Gómez, Flores e Jiménez, 1999:215) nomeadamente: a consolidação teórica, ou seja a confrontação dos resultados obtidos com posições teóricas que tínhamos desenvolvido inicialmente; aplicação de outras teorias que nos possibilitaram a procura de posições mais gerais onde integrar os dados, contribuindo, deste modo, para a sua generalização; e o uso de metáforas e analogias consideradas úteis no estabelecimento de conexões entre temas que possam não parecer relacionados com a ligação dos resultados à teoria.

3.6. Cientificidade do trabalho de investigação qualitativa

Como em qualquer trabalho de investigação, no nosso tivemos que assegurar a cientificidade, pois, tal como refere Streubert e Carpenter (2002) “(...) a meta do rigor na investigação qualitativa é apresentar rigorosamente as experiências dos participantes no estudo.” (p.33), o que também acontece connosco, uma vez que pretendemos que o nosso trabalho reflectisse tanto quanto possível a realidade, pelo que tivemos que assegurar a sua cientificidade, pois só assim assegurávamos a sua qualidade.

De acordo com Lincoln e Cuba (*in* Streubert e Carpenter 2002:33) para assegurarmos a referida cientificidade do nosso trabalho tivemos que respeitar quatro

critérios fundamentais: a credibilidade, a transferibilidade, a segurança e a confirmabilidade.

Credibilidade

É um dos critérios para assegurar a cientificidade da investigação qualitativa. Uma das formas de mostrar essa credibilidade é através da duração prolongada, necessária para realizar um trabalho de investigação, o que implica reflexão acerca do mesmo.

Lincoln e Guba (*in* Polit, Beck e Hungler, 2004:295) sugerem várias técnicas para assegurar a credibilidade; entre elas salienta-se o *contacto prolongado com objecto de estudo, a observação persistente, a triangulação e a validação com os participantes*.

De entre as várias técnicas, salienta-se a **triangulação** que de acordo com os mesmos autores “(...) refere-se ao uso de múltiplos referentes para tirar-se conclusões acerca daquilo que constitui a verdade”. Denzin (*in* Streubert e Carpenter, 2002) descreve quatro tipos diferentes de triangulação: “(1) data, (2) investigator, (3) theory and (4) methods”,¹² embora Mitchell (*in* Streubert e Carpenter, 2002) acrescente uma quinta triangulação, ou seja, “(...) the multiple triangulation wich uses a combination of two or more triangulation techniques in one study.”¹³

Para o nosso estudo utilizámos a triangulação de dados, a que Denzin (*in* Duarte, 2009:11) se refere como sendo a recolha de dados recorrendo a diferentes fontes. O mesmo autor defende que se estude o fenómeno em tempos (datas – explorando as diferenças temporais), espaços (locais – tomando a forma de investigação comparativa) e com indivíduos diferentes. Para isso aplicámos uma entrevista semi-estruturada a doze

¹² (1) dados, (2) investigador, (3) teórica e (4) métodos (tradução livre, dos autores).

¹³ triangulação múltipla usa a combinação de duas ou mais técnicas de triangulação num estudo. (tradução livre, dos autores).

participantes com o mesmo guião de entrevista, em datas e serviços de Medicina diferentes.

Na triangulação teórica, Denzin (*in* Duarte, 2009:11) defende que são usadas diferentes teorias para interpretar um conjunto de dados de um estudo, verificando-se a sua utilidade e capacidade. Respeitamos este critério no nosso trabalho uma vez que, utilizámos em elevado número de teorias para ajudar a interpretar o fenómeno e dados do estudo.

Transferibilidade

Lincoln e Cuba (*in* Polit, Beck e Hungler 2004) explicam que a transferibilidade

“(…) refere-se à extensão em que os resultados dos dados podem ser transferidos para outros ambientes ou grupos, sendo, assim, similar ao conceito de generalização.(…)” (p.298)

De acordo com os mesmos autores (*in* Streubert e Carpenter (2002:34), os resultados do estudo devem ter significado para outros em situações semelhantes, uma vez que o investigador tem a responsabilidade de fornecer dados descritivos suficientes no relatório de pesquisa, para que quem tem acesso a este possa avaliar a aplicabilidade dos dados e transferi-los para outros contextos.

Deste modo, fornecemos todos os dados importantes sobre esta investigação para que outros investigadores possam percorrer o mesmo percurso e encontrar dados semelhantes em contextos semelhantes.

Segurança

Este critério na opinião de Streubert e Carpenter (2002:33) é atingido quando a credibilidade dos achados é determinada.

A este respeito Polit, Beck e Hungler (2004:297-298) acrescenta que a segurança dos dados é possível se houver a estabilidade dos mesmos ao longo do tempo e em diferentes condições. Os mesmos autores aconselham a replicação *passo a passo*, que consiste na divisão pela metade, o que envolve a presença de vários investigadores que possam ser divididos em duas equipas. Essas equipas trabalham em separado com as fontes de dados e conduzem a duas investigações independentes, através das quais se podem comparar resultados ou, não sendo possível, que se siga o mesmo processo da confirmabilidade, como foi o nosso caso.

Confirmabilidade

O último critério para garantir a qualidade científica dos dados qualitativos é a confirmabilidade, que segundo Polit, Beck e Hungler (2004), refere-se

“(…) à objetividade ou à neutralidade dos dados, de forma que duas ou mais pessoas independentes concordem quanto à relevância ou significado dos dados. (...)” (p.298)

Lincoln e Guba (*in* Streubert e Carpenter, 2002) têm como objectivo “ilustrar, tão claramente possível, os processos de evidência e pensamento que conduzem às conclusões” (p.33-34). Por outras palavras, trata-se de uma transcrição pormenorizada de todas as decisões e procedimentos que possibilita a qualquer investigador seguir o mesmo percurso. Polit, Beck e Hungler (2004:298) defendem que em uma auditoria de pesquisa o investigador desenvolve uma *linha de auditoria* que consiste na colheita sistemática de documentação que permite que um auditor independente chegue a conclusões sobre os dados.

Assim, as auditorias, além de serem uma forma de confirmar os dados com naturalidade, são também uma forma de objectivar o trabalho de investigação qualitativa de cariz subjectivo.

A fim de respeitarmos este critério, fornecemos, neste relatório, a descrição de todos os procedimentos que efectuámos com as suas respectivas justificações. Também recorremos à orientadora desta tese, como perita em investigação qualitativa, afim de proceder a auditoria.

Por fim, e no sentido de validar os raciocínios implícitos nas entrevistas efectuadas, solicitamos a colaboração do Professor Doutor António Barbosa, co-orientador desta tese.

3.7. Considerações éticas

Polit, Beck e Hungler (2004) referem que:

“(...) Existem situações nas quais os direitos dos participantes e as exigências do projecto de pesquisa são colocados em conflito direto (...). Os pesquisadores (...) devem aderir aos ditames das regras éticas que foram desenvolvidas para proteger os direitos dos participantes do estudo (...)”
(p.83)

Tendo em consideração o acima referido, respeitámos um conjunto de princípios fundamentais inerentes ao ser humano.

Os princípios que tivemos de ter em consideração foram articulados pelo *Relatório Belmont* e baseiam-se em padrões de conduta ética em investigação, sendo estes os princípios da Beneficência, do Respeito à Dignidade Humana e da Justiça.

3.7.1. Princípio da beneficência

Este é o princípio ético fundamental em investigação que defende, acima de tudo, não causar dano. A maioria dos pesquisadores acredita que o princípio da beneficência contém múltiplas dimensões:

Isenção de dano

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004:84) não é aceitável expor os informantes de uma investigação a experiências que originarão um dano grave ou permanente, pois apesar dos informantes de um estudo estarem protegidos de forma adequada, em muitos casos, podem sofrer consequências psicológicas de uma forma subtil.

O investigador deve ter maior sensibilidade e atenção para detectar esses casos e deve pensar com cuidado acerca da natureza da invasão do psiquismo dos indivíduos, de modo a evitar danos psicológicos através da análise criteriosa do enunciado das perguntas.

Proporcionámos, antes da entrevista, a possibilidade dos informantes colocarem as suas dúvidas e fornecermos informação escrita acerca de como nos poderiam contactar. Também estivemos preparados para interromper, a qualquer momento, a investigação, no caso de haver suspeita de causar sofrimento indevido, ou se a pessoa referisse que não desejava continuar.

Isenção de exploração

Polit, Beck e Hungler (2004) defendem que

“(…) o envolvimento em um estudo não deve colocar os participantes em desvantagem ou expô-los a situações para as quais não tenham sido explicitamente preparados. (...)” (p. 85)

As mesmas autoras ainda defendem que os informantes necessitam de sentir segurança, no sentido de que a sua participação ou a informação que fornecerão ao investigador não venha a ser utilizada contra eles.

Seguindo este direito informámos todos os informantes acerca de todos os procedimentos que iriam ser realizados.

Relação risco/benefício

Antes do início do estudo, Polit, Beck e Hungler (2004:86) consideram que os investigadores devem avaliar, com muito cuidado, os riscos e benefícios envolvidos na condução desse estudo. Os consumidores ao reverem os estudos, devem conhecer a razão directa risco/benefício daqueles que participam da investigação. Essa relação risco/benefício também deve ser analisada em termos de os riscos que correm os sujeitos da pesquisa, serem ou não equivalentes ao benefício à sociedade e à enfermagem, em relação ao conhecimento produzido.

Estamos cientes de que a nossa investigação, não teve qualquer risco para os informantes pretendendo, pelo contrário, contribuir para a melhoria da prestação de cuidados em enfermagem.

3.7.2. Princípio de respeito à dignidade humana

O respeito à dignidade das pessoas é o segundo princípio ético articulado no *Relatório Belmont*. Este princípio inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa, como apresentam Polit, Beck e Hungler (2004:86):

Direito à autodeterminação

O direito à autodeterminação

“(...) significa que os participantes em perspectiva têm o direito de decidir voluntariamente se participam do estudo, sem o risco de incorrer em qualquer penalidade ou tratamento prejudicial. (...)”. (Polit, Beck e Hungler, 2004: 87)

Os informantes tiveram o direito de decidir cancelar a sua participação a qualquer momento, recusar dar informações ou solicitar esclarecimentos a respeito da finalidade do estudo ou de perguntas específicas. Este direito ainda inclui a ausência de ameaças implícitas ou explícitas, penalidades por não participar num estudo ou recompensas por participar (Polit, Beck e Hungler, 2004:87)

Tivemos em conta todos estes aspectos acima referidos, dando toda a liberdade aos informantes para reflectirem e decidirem acerca da sua participação ou não no estudo.

Direito à revelação completa

As pessoas têm o direito de tomar decisões acerca da sua participação num estudo, mas para tomarem decisões conscientes e voluntárias é necessário que o pesquisador descreva

“(...) totalmente a natureza do estudo, o direito da pessoa recusar a participação, as responsabilidades do pesquisador e os prováveis riscos e benefícios que incorreriam. (Polit, Beck e Hungler, 2004:87)

Estas autoras ainda defendem que o direito à autodeterminação e à revelação completa constituem dois elementos importantes, nos quais se baseia o consentimento informado.

Para assegurar este critério explicámos a natureza do trabalho e a forma como a sua participação seria utilizada.

Consentimento informado

Polit, Beck e Hungler (2004:87) consideram que os informantes potenciais apenas podem tomar a decisão de participar ou não no estudo depois de serem totalmente informados acerca da natureza da pesquisa, das exigências que lhes serão feitas e dos potenciais custos e benefícios. O consentimento autorizado significa que os informantes possuem informação suficiente em relação à pesquisa, sendo capazes de compreender as informações possuindo o poder da livre escolha o que lhes permite decidir participar ou não na pesquisa.

Para respeitarmos o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa pedimos aos informantes o consentimento informado por escrito; neste documento constava a informação sobre a finalidade do estudo, como foram seleccionados os informantes, o modo de colheita de dados e o seu uso, os benefícios e riscos previstos, salvaguarda da privacidade, possibilidade de interromper a sua participação a qualquer momento e os contactos das pessoas que podiam contactar em caso de dúvidas, bem como o pedido de autorização para gravação da entrevista em fita magnética (anexo III)

3.7.3. Princípio da justiça

Este é o terceiro princípio articulado no *Relatório Belmont* e inclui o direito que os sujeitos têm de tratamento justo e direito à privacidade:

Direito a tratamento justo

Polit, Beck e Hungler (2004:90) afirmam que os informantes têm direito a um tratamento justo e imparcial, antes, durante e após a sua participação no estudo. Um tratamento é considerado justo quando é incluído os seguintes aspectos:

Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em unidades de medicina

- selecção justa e não discriminatória dos participantes. Esta selecção é realizada de acordo com os critérios de elegibilidade;
- tratamento sem preconceitos das pessoas que decidem não participar ou que abandonam o estudo;
- acto de honrar todos os acordos que são feitos entre o pesquisador e o participante;
- acesso dos participantes aos investigadores, a qualquer momento do estudo;
- acesso dos participantes a profissionais especializados, no caso de haver dano físico ou psicológico;
- discussão final para divulgar as informações que foram negadas ou para esclarecer dúvidas que surgiram ao longo do estudo;
- tratamento respeitoso e cortês durante todo o estudo.

Ao longo do nosso trabalho atendemos a todos estes aspectos para que os informantes fossem tratados de forma justa.

Direito à privacidade

Toda a investigação que envolve o ser humano constitui algum tipo de intromissão nas suas vidas pessoais. O investigador deve assegurar aos participantes que a sua pesquisa não será mais invasiva que o necessário e que irá manter a privacidade dos informantes, ao longo de todo o estudo.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004:90), os informantes possuem o direito de esperar que qualquer dado colhido durante o estudo, seja mantido no mais

absoluto sigilo, através do anonimato ou de qualquer outros procedimentos confidenciais.

Para assegurar a privacidade dos informantes, não revelámos a identidade destes em qualquer parte do trabalho, atribuindo a cada um a designação através de uma letra e número (E1, E2, E....) e apenas o elemento do grupo, e respectivo orientador e co-orientador tiveram acesso a todos os dados colhidos.

Tendo em conta a salvaguarda de todos estes direitos e suas respectivas dimensões realizámos um estudo que enfatiza o respeito à pessoa humana, valorizando a sua autonomia e responsabilidade.

3.8. Limitações do estudo

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004:27), apesar do método científico ser o melhor método para a obtenção de conhecimento, não significa que seja infalível ou que possa resolver todos os problemas da enfermagem.

Posto isto, algumas limitações surgiram no desenvolvimento das diversas fases deste trabalho de investigação.

O primeiro grande obstáculo com que nos deparamos relacionou-se com a escassa bibliografia disponível sobre este tema. No entanto, com persistência e pesquisa bibliográfica exaustiva, conseguimos ultrapassar esta dificuldade.

Outras dificuldades com que nos deparamos foi a nossa inexperiência na realização deste tipo de trabalho, o pouco tempo para a sua realização face a constrangimentos pessoais que decorreram durante o estudo, o que nos levou a um ritmo de trabalho exacerbado nestes últimos meses, o que poderá limitar de alguma forma a qualidade do mesmo, embora tenhamos respeitado todos os passos da metodologia escolhida e as orientações recebidas.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

De acordo com Stern (*in* Streubert e Carpenter, 2002:114), mais do que descrever a unidade em investigação, o investigador tenta descobrir os processos dominantes na cena social.

A todo este processo de análise esteve sempre subjacente a pergunta de partida que se encontrou na génese do desenvolvimento do nosso estudo, almejando o propósito de atingir os objectivos a que nos propusemos inicialmente.

De acordo com Gómez, Flores e Jiménez (1999), nesta fase de análise e após os dados obtidos no trabalho serem devidamente tratados e apresentados torna-se fundamental contextualiza-los e relacioná-los com os obtidos por outros estudos já efectuados, de modo a que os resultados a que se chegam com a investigação em curso possam ser integrados e discutidos à luz do conhecimento e teorias previamente desenvolvidas, discutindo em que medida estes contribuem para o corpo de conhecimentos sobre o tema estudado.

No presente capítulo procederemos à apresentação, análise e discussão dos dados obtidos através das entrevistas que realizámos. Os elementos analisados têm como objectivo tentar descobrir raciocínios implícitos e condições inerentes ao sujeito que influenciam as percepções do entrevistado. A análise de alguns destes elementos assume grande importância, se tivermos em conta que cada ser humano percebe a realidade que o rodeia de formas distintas. De facto, tal como Fachada (1988:92) afirma, perante a mesma realidade os sujeitos podem ter interpretações diferentes, o que os leva a agir de determinada forma, de acordo com a percepção que têm da realidade circundante.

Tendo em conta o exposto, nesta fase de análise, interpretação e discussão dos dados recorreremos não só a diferentes autores, através da revisão bibliográfica realizada, especificamente estudos encontrados no domínio da temática estudada e àquilo que é conhecido sobre a mesma, como também ao enquadramento teórico previamente construído, para fundamentar os achados nas categorias e subcategorias encontradas numa perspectiva de complementaridade.

Sendo o cuidado *post mortem* um fenómeno complexo e multidimensional, descrito nas suas múltiplas dimensões pelos participantes do nosso estudo, emergiram

diferentes temas, categorias e subcategorias, de acordo com a interpretação resultante da interacção entre os dados e o investigador.

Em seguida, procederemos à descrição e à fundamentação das categorias e subcategorias que compõem os vários temas, recorrendo, para isto, a excertos dos discursos dos participantes, bem como à contextualização e comparação dos dados deste estudo com outros estudos e ou teorias encontrados no domínio da temática estudada e o que é conhecido sobre a mesma, de forma a fundamentar os achados nas categorias encontradas numa perspectiva de complementaridade.

Do processo de análise realizado, e com vista a atingir os objectivos a que nos propusemos, através do modelo de análise de Miles e Huberman, emergiram cinco temas centrais, cada um dos quais compreendendo categorias. Estas, por sua vez, encontram-se subdivididas em respectivas subcategorias. Este conjunto organizado dos achados procura representar e descrever a estrutura essencial do fenómeno de vivências dos enfermeiros relativamente aos cuidados *post mortem* em unidades de Medicina, tendo-se para tal recorrido aos excertos do discurso dos mesmos.

Os cinco temas principais que emergiram do fenómeno em estudo foram: A) Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados *post mortem*; B) Cuidar do corpo *post mortem*; C) Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro; D) Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte; E) O valor do cuidar em fim de vida.

Apresenta-se de seguida uma tabela com os temas e respectivas categorias emergentes do processo de análise, que é apresentado no quadro nº1.

<p>Quadro nº. 1 – Tabela representativa dos temas e respectivas categorias emergentes, resultantes do processo de análise.</p>

TEMAS	CATEGORIAS
A. Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados <i>post mortem</i>	A1. Emoções/ Sentimentos A2. Alterações psicológicas A3. Alterações físicas
B. Cuidar do corpo <i>post mortem</i>	B1. Relação do enfermeiro com a técnica dos cuidados <i>post mortem</i> B2. Relação do enfermeiro com o corpo <i>post mortem</i> B3. Relação do enfermeiro com a família do falecido B4. Influência do ambiente na prestação dos cuidados <i>post mortem</i>
C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro	C1. Manifestação cognitiva em relação à morte C2. Ao nível das competências Profissionais C3. Ao nível da Gestão da vida Quotidiana
D. Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte	D1. Estratégias de <i>coping</i>
E. O valor do Cuidar em Fim de Vida	E1. Manifestação cognitiva em relação aos cuidados em fim de vida

A. Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados *post mortem*

No tema “Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados *post mortem*” identificam-se três categorias: “a nível emocional”, “a nível psicológico” e “a nível físico”.

Para uma maior facilidade de compreensão do total de categorias e subcategorias incorporadas neste tema, estas encontram-se representadas no quadro n.º2.

Quadro n.º2 – Tabela representativa do tema “Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados *post mortem*” com as respectivas categorias e subcategorias

Categorias

Sub - Categorias

<p>A1. A nível emocional</p>	<p>A1.1. Tristeza A1.2. Alívio A1.3. Satisfação profissional A1.4. Angústia A1.5. Ódio A1.6. Sentir-se de outra forma A1.7. Preocupação com a própria morte e a morte do outro A1.8. Ausência de sentimentos A1.9. Frustração A1.10. Desagrado no confronto com o corpo <i>post mortem</i> A1.11. Desagrado no procedimento de transferência do corpo da cama para a maca A1.12. Sentimento de perda A1.13. Dificuldade em aceitar a morte em pessoas jovens</p>
<p>A2. A nível psicológico</p>	<p>A2.1. Desgaste psicológico A2.2. Pensamento sobre a própria morte</p>
<p>A3. A nível físico</p>	<p>A3.1. Arrepios</p>

O tema “Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados *post mortem*”, referem-se à forma como os participantes do estudo lidam com a prática de cuidar um corpo morto, isto é, a maneira como sentem e percebem os acontecimentos relacionados com o fenómeno em estudo.

A1. A nível emocional

A emoção, segundo Bitti e Zani (*in* Pereira, 2008:73) constitui uma das experiências mais significativas do Homem, que lhe permite adoptar mecanismos de adaptação nas interacções entre o organismo e o meio. A emoção, de acordo com estes autores é considerada uma “construção psicológica”, onde intervêm várias componentes: cognitiva (avaliação da situação – estímulo que desencadeia a emoção); componente de “activação fisiológica” (através da intervenção do sistema neurovegetativo); componente “expressivo-motriz”; componente “motivacional” (referente às intenções e à tendência para agir ou reagir); e uma componente “subjectiva” (sentimento experimentado pelo indivíduo).

A emoção, de acordo com a CIPE (*in* Pereira, 2008:73) “é um tipo de autoconhecimento com as seguintes características específicas: disposições para reter ou abandonar acções tendo em conta sentimentos de consciência do prazer ou da dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não expressos; os sentimentos básicos aumentam habitualmente em períodos de grande stress, perturbação mental ou doença, e durante várias fases de transição da vida”.

Sartre (*in* Pereira, 2008:73) acrescenta que a emoção com que vivemos cada acontecimento depende de vivências passadas de sofrimento e prazer.

Estas emoções/sentimentos referem-se aos vivenciados pelos enfermeiros no momento da prestação dos cuidados ao corpo *post mortem*.

A1.1. Tristeza

A tristeza é um sentimento frequentemente verbalizado pelos participantes. O sentir-se triste por realizar os cuidados ao corpo *post mortem* surge quando se deparam

com a inevitabilidade da morte, e por isso considera-se uma vivência recorrente nestes serviços de Medicina, como podemos verificar:

“(...) Que tipo de sentimentos, não é? Ou que sentimentos, que é mais fácil. Tristeza (...)”. E2: L6-7

“(...) facto de estar triste, é mais em pensamento, é mais psicológico, do que propriamente físico, depende também da causa da morte, não é?! (...)”. E10: L62-64

“(...) E quando está a preparar um corpo que tipo de sentimentos é que tem? Nostalgia (...)”. E11: L4-6

“(...) Sentimento de alguma tristeza, porque a morte significa um fim (...)”. E12: L11

Noutra situação, um participante refere sentir-se triste, ansioso e deprimido essencialmente por percepcionar em relação ao outro a ausência de expressões que considera como essenciais e imprescindíveis à presença de vida:

“(...) fico triste, fico nervoso, fico ansioso, deprime-me de certa forma ver que aquela cara que tinha expressões, que transmitia vida, já não transmite nada (...)”. E12: L39-41

Outra afirmação de um participante revela sentir-se triste quando presta cuidados ao corpo *post mortem*, em doentes jovens em fase terminal que acabam de morrer:

“(...) Quando nós temos aqui uma pessoa com 20 anos ou 25, que têm filhos e que depois têm uma doença em estadio terminal, e acaba por falecer no nosso serviço, ai sim, pronto, custa muito (...)”. E2:L29-31

Para Dely (2010:1)¹⁴ a tristeza é “uma emoção ligada à perda de alguém ou algo importante, ao abandono e ao sofrimento. (...) é importante porque nos permite superar as perdas e as expectativas frustradas e encontrar novas formas de recomeçar”. Pelo

¹⁴ DELY, P. - **Aprendendo a lidar com as próprias emoções**. Disponível (online) no sítio: http://www.aprendebrasil.com.br/falecom/psicologa_bd.asp?codtexto=617 (acedido a 1/03/2010)

discurso de alguns participantes podemos constatar que a tristeza é uma emoção muito presente nas suas vidas, uma vez que a morte é um acontecimento com o qual contactam com frequência, e no caso de um participante existe a compreensão do conceito de morte que vai influenciar a sua actuação na prestação dos cuidados *post mortem*.

Deste estado percebido de tristeza advém o sentimento de ansiedade e depressão como refere outro participante. Para Dely (2010:1) a ansiedade é “uma sensação ou sentimento que costuma estar ligado a momentos de preocupação e apreensão. Pode ser desencadeada por dificuldades subjectivas, que às vezes não conseguimos identificar”. Considerando esta definição podemos deprender que no caso deste participante a avaliação que o mesmo faz de um determinado momento é de preocupação e encontra-se relacionado com a sensação de perda percebida, neste caso a perda de expressões naquele corpo, consideradas como um valor à vida.

No caso de outro participante, a tristeza encontra-se associada à dificuldade em aceitar a morte em pessoas novas, uma vez e como afirma Loureiro (*in* Saraiva D., 2009:12), a morte é mais bem aceite nos idosos pois estes realizaram um percurso de vida e desempenharam funções essenciais a um projecto de vida.

A1.2. Alívio

A morte de alguns doentes pode ser aceite uma vez que é encarada como o alívio do sofrimento, da agonia para o próprio doente e profissional de saúde, tal como afirmam estes participantes:

“(...) alívio, porque aquela pessoa está a olhar ali, está a sofrer ali há tanto tempo, é uma agonia, as pessoas têm uma agonia tão grande, (...), que é um alívio para elas, e para nós também, não é? (...)”. E2: L7-11

“(...) Isso o que acabei de dizer, se é uma pessoa que eu já tinha estabelecido uma relação, portanto pode ser um sentimento de alívio, ainda bem que aconteceu (...)”. E4:L37-39

“(...) Normalmente nós aqui temos este argumento que ver um doente sofrer tanto, e termos o acompanhado durante tanto tempo, é mais um sentimento de descanso, de pelo menos ele já está bem, ou já não está a sofrer, o que acontece muito (...)” E3: L28-31

“(...) vendo a situação dos doentes, vendo como estão a sofrer, como uma forma de alívio para eles (...)” E6: L11-12

O alívio é definido como a diminuição da fadiga, da dor, da ansiedade, de um peso ou carga (Enciclopédia, 2010).¹⁵ Saraiva D. (2009:12) acrescenta que a morte de alguns doentes pode ser bem-vinda e bem aceite, uma vez que é encarada como o alívio para a dor, o sofrimento e o mal-estar. Constata-se que estes participantes consideram a morte como um alívio por proporcionar uma diminuição do sofrimento para o doente com os quais tiveram oportunidade de vivenciar todo o seu percurso, em todas as fases da sua doença. Podemos salientar que estes participantes percebem a deterioração dos doentes diariamente, e que a sua expectativa é que o acontecimento da morte ocorra, sendo por isso aceite. Neste sentido, podemos salientar que estamos perante uma relação de ajuda, com referência à componente de empatia, em que estes participantes revelam ter a capacidade para compreender a situação de doença e expressarem emoções por aquela pessoa. Egan (*in* Queirós, 1999:40) apresenta dois tipos de empatia: afectiva e funcional. A empatia afectiva é a atitude de ser emotivamente tocada pelo estado de outra pessoa, já a empatia funcional diz respeito à capacidade de compreender o estado, a situação, o quadro de referência ou o ponto de vista da outra pessoa.

¹⁵Disponível (online) no sítio: <http://www.aprendebrasil.com.br/pesquisa/respostapalavra.asp?pg=1&tp=nova> (acedido a 01/03/2010)

Apesar do acontecimento da morte fazer parte da rotina dos profissionais de enfermagem, um participante tem o desejo de alívio em não prestar os cuidados *post mortem* a doentes jovens, com os quais estabeleceu uma relação terapêutica:

“(...) Por acaso tive a sorte dessa jovem que nós tivemos, já tivemos vários,(...), não foi no meu turno. Outra senhora que já tivemos ai também não foi no meu turno. Acho que nunca fiz. Essas pessoas que me tocaram mais, não é?! Nunca fiz os cuidados post mortem a pessoas assim, penso eu, que não estou recordada de ninguém (...)”. E2:L33-37

Frias (2003:135-136) salienta que a idade é um elemento importante na forma como o enfermeiro vivencia o processo de morrer, e que influencia a sua perspectiva e intervenção perante a morte de uma pessoa jovem e a morte de um idoso. Neste sentido, o alívio deste participante em não prestar os cuidados *post mortem* a doentes jovens pode ser visto como uma dificuldade em intervir junto dos mesmos, uma vez que se identifica com a pessoa que cuida por esta ser nova.

Também é importante a relação que se estabelece a nível pessoal e que faz com que o doente deixe de ser anónimo para passar a ser amigo. Nestes casos a morte destes doentes é bem mais difícil¹⁶.

A1.3. Satisfação profissional

A satisfação profissional é outro indicador evidenciado por um participante quando presta cuidados ao corpo *post mortem*, e encontra-se associado a sentimentos de gratificação e bem-estar:

“(...) Ou quando realmente vêes que é uma pessoa que foi o melhor para ela, sinto-me bem ao pé daquela pessoa ao prestar os últimos cuidados, depende da situação (...)”. E5: L11-14

¹⁶ Tal como Saraiva C. (1989) refere que a prestação de cuidados por agentes funerários permite manter uma relação pessoal com a família da pessoa que morreu, pessoas que lhe são próximas, e assim manter a imagem do corpo com ideais de beleza e preservação do mesmo. (tradução livre, do autor).

“ (...) Se é um doente que nós seguimos desde o início, e que estamos a prestar o tal cuidado no final, dá-nos uma certa gratificação, pronto sou eu que estou a fazer, entre aspas (...)” E5: L33-35

Para Seco (*in* Amaro e Jesus, 2008:34) a satisfação profissional deve-se ao facto da mesma poder ser “perspectivada como um fim em si própria, já que o bem-estar, em todas as esferas, é o objectivo primeiro da vida”. Galinha e Ribeiro (2005:204) acrescentam que o bem-estar subjectivo é uma dimensão positiva da Saúde, sendo um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva, em que existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de Satisfação com a Vida, e uma dimensão afectiva, que pode ser positiva ou negativa.

Neste contexto constatamos que o acompanhamento estabelecido entre o enfermeiro e a pessoa em fim de vida permite a este participante compreender até que ponto a morte foi um alívio para aquela pessoa. Assim, podemos verificar que este participante desenvolve sentimentos de bem-estar e gratificação quando realiza os cuidados ao corpo *post mortem* por ter estabelecido uma relação terapêutica prévia com o doente. Podemos afirmar que esta satisfação profissional influencia o indivíduo em outras áreas da sua vida pessoal, desenvolvendo atitudes e sentimentos positivos que lhe permitem adoptar um estilo de vida que promova o seu bem-estar psicológico.

A1.4. Angústia

A angústia foi outra emoção manifestada por alguns participantes, que está associada a sentimentos de inutilidade, incerteza, nervosismo e ansiedade perante a inevitabilidade da vida:

“(...) E como é que vai acontecer na próxima? Será que na próxima me vou sentir assim? (...)”. E1: L73-74

“(...) Se calhar no início, principalmente a primeira vez, é sempre um bocadinho estranho. Surgem reacções, se calhar, não digo negativas, mas menos positivas (...)”. E6: L21-23

“(...) Não sei, um sentimento de angústia, da vida pessoa, e tenta-se encarar, não sei (...)”. E6: L6-7

“(...) Inicialmente fazia-me muita confusão (...)” E1: L10

“(...) Porque transmite uma certa ansiedade, um nervosismo a olhar para aquela cara (...)”. E12: L35-36

“(...) faz-me mesmo confusão (...)”. E10: L9-10

“(...) Fico com aqueles sentimentos de inutilidade, porque não consigo fazer mais por aquela pessoa (...)”. E10: L10-11

“(...) mas acaba por ser diferente, acaba por mexer de uma maneira diferente porque é sempre aquele sentimento de inutilidade (...)”. E10: L102-103

Ribeiro¹⁷ transcreve uma definição da angústia desenvolvida por Lacan (1956-57):

"(...) a angústia por mais evanescente que seja aparece cada vez que o sujeito, por mais insensivelmente que isso ocorra, está desligado de sua existência, e onde, por pouco que seja, ele se percebe como estando a ponto de ser retomado em algo, que vocês poderão chamar, segundo as ocasiões, imagem do outro, tentação, em suma, esse momento em que o sujeito está suspenso entre um tempo onde ele não sabe mais onde está e um tempo onde ele vai ver algo que não poderá jamais se reconhecer. É isso a angústia (...)”.

Para Saraiva D. (2009:7) os enfermeiros, enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Neste caso, de acordo com os

¹⁷ RIBEIRO, Maria Mazzarello Cotta – **Perversão e angústia : Diante da angústia não retroceder.** Disponível (online) no sítio: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/cogito/v6/v6a09.pdf> (acedido a 07/03/2010)

participantes, associado ao contacto com a morte do outro, encontra-se presente uma certa dose de incerteza que impossibilita os mesmos de saber como vão reagir no próximo momento em que tiverem de prestar cuidados *post mortem*. Esta sensação de incerteza, face à evolução da morte, pode traduzir-se num processo emocionalmente desgastante, e a viverem constantemente em estados opostos de sentimentos positivos e negativos.

Brêtas, Oliveira, Yamaguti (2006:481) reforçam que os enfermeiros desenvolvem sentimentos de impotência e de culpa aquando da iminência da morte do doente, a quem dedicaram horas de trabalho, e acreditam que não cuidaram o outro da melhor forma possível, uma vez que não conseguem atrasar ou evitar a morte. Saraiva D. (2007:29) acrescenta que o profissional que cuida do doente em processo de morte tem medo da sua própria fragilidade perante o sofrimento do outro e medo de se sentir impotente.

Neste contexto, a morte de um doente confronta os profissionais de enfermagem com os limites da sua actuação, e por isso surgem sentimentos de angústia e inutilidade como referem estes participantes, sendo um desafio cuidar estes doentes nesta fase.

Podemos concluir que a angústia desperta para a morte e revela a finitude da existência humana, ou seja, o homem tem um fim, que ele morre e que sua existência acaba, o que remete para um conceito fundamental de Heidegger (*in* Werle, 2003)¹⁸, que é o *ser-para-a-morte*. O mesmo autor defende que a morte é um fenómeno da própria existência e não do término dela. A morte apenas tem sentido para quem existe e se põe como um dado fundamental da existência. Assim, assumir o ser para a morte não

¹⁸ WERLE, Marco Aurélio – **A angústia, o nada e a morte em Heidegger**. 2003. Disponível (online) no sítio: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-31732003000100004&script=sci_arttext (acedido a 17/03/2010)

significa pensar constantemente na morte, mas sim encarar a morte como um problema que se manifesta na própria existência.

A1.5. Ódio

O ódio é outro sentimento evidenciado por um participante no estudo. Este sentimento encontra-se associado a reacções de afastamento, mas no entanto o mesmo participante revela ter a capacidade de prestar os cuidados ao corpo *post mortem*, aceitando-o:

“(...) mas eu falo por mim que odeio preparar os corpos post mortem, faz-me mesmo confusão (...) Acabo de nos cuidados ter o respeito pelo corpo e tentar fazer da melhor forma”. E10: L7-10

Graham *et al* (in Sapeta e Lopes, 2006:47) referem que os sentimentos vivenciados pela enfermeira que cuida de doentes em fim de vida, num contexto destinado a doentes agudos, é descrito como algo muito difícil, complexo e traumático. As dificuldades brotam da situação de particular vulnerabilidade do doente, da natureza emocional dos cuidados, mas também de variáveis do contexto, que resultam hostil para todos.

Este participante apresenta uma atitude de recusa da morte, o que reflecte uma falta de comunicação sobre este tema. Contudo, existe uma continuação da prestação de cuidados ao corpo *post mortem*, e apesar de estar perante uma situação que define como confusa, revela uma atitude de capacidade para reflectir sobre a recusa da morte.

A1.6. Sentir-se de outra forma

A experiência de sentir-se de outra forma é sentida como sendo proveniente da realização do tratamento ao corpo morto referenciada por um participante:

“(...) Sinto-me de outra forma, acho que é mais por ai, de outra forma (...) É diferente. São técnicas, mais técnicas, e os cuidados post mortem são diferentes (...)”.. E9: L106

Ribeiro, Baraldi e Silva (1998:119) afirmam que os enfermeiros ao realizarem os cuidados ao corpo *post mortem* ficam concentrados nas suas intervenções, desenvolvendo sentimentos e emoções variados, que dependem da relação e do tempo que estabeleceram com o doente. Este participante revela o reconhecimento e entendimento sobre as suas próprias atitudes face à morte, desenvolvendo sentimentos e emoções diferentes, o que poderá contribuir para alterações comportamentais aquando da prestação dos cuidados *post mortem* e para uma reflexão sobre as suas atitudes.

A1.7. Preocupação com a própria morte e a morte do outro

Quando confrontado com a necessidade de cuidar um corpo morto, este participante tende inicialmente a pensar sobre a pessoa que morreu, e à medida que o tempo vai passando reflecte sobre a sua própria morte e sobre a morte dos seus familiares, revelando que, quando presta os cuidados *post mortem*, estes pensamentos se encontram ausentes:

“(...) Às vezes não caio bem em mim, porque aquela pessoa já não está connosco. O que eu sei, é que aquela pessoa já não sente. Porque para mim se calhar preparar um corpo, todos os corpos, tal como já referi não foram pessoas que me marcaram. Talvez tristeza por aquela pessoa, às vezes também um sentimento de que talvez podemos morrer um dia. Também a minha família que ainda me custa mais, ai sim, que morro, quando estou a pensar que aquela pessoa podia ser a minha mãe ou o meu pai, penso assim: “Não quero que eles morram no hospital, quero que morram em casa ao pé de mim”, é a única coisa que eu penso, assim. Mas tento quando estou a fazer isso, não penso nessas coisas. Quando estou a praticar o acto não penso nessas coisas, senão era muito confuso (...)” E2: L111-123

“(...) que vai ser muito mais forte, muito mais triste. Eu vou sentir-me muito pior quando vir o meu pai daquela forma (...)” E12: L54-55

O ser humano quando se confronta com a morte, confronta-se em primeiro lugar com os seus sentimentos em relação à morte e ao morrer (Saraiva D., 2007:29)

Desta forma as competências emocionais assumem um papel preponderante na relação terapêutica com as pessoas, já que, como Damásio (*in* Mendonça, 2009:53) afirma, pensamos com o nosso corpo e com as nossas emoções, não existindo a razão pura. O indivíduo detentor da sua componente racional e emocional, não poderá ser só racional e/ou só emocional e deverá ser visto como um ser holístico, detentor de crenças, valores, experiências, conhecimentos e sentimentos. Goleman (*in* Mendonça, 2009:53) afirma que os seus comportamentos e atitudes serão condicionados pela interacção recíproca e em equilíbrio entre estas duas forças, sendo impossível separar a racionalidade das emoções, porque são estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões.

Assim sendo, a ausência de reciprocidade por parte da pessoa que morreu assume um relevo muito importante neste caso, uma vez que o participante ao cuidar este indivíduo não estabelece uma interacção dinâmica na prestação de cuidados, mas permite ao mesmo uma aproximação perante aquela pessoa, que define como não sendo detentora de sentimentos, bem como uma cumplicidade, afirmando que sente tristeza pela mesma.

Durante a prestação dos cuidados o participante assume total ausência de pensamentos, de modo a não influenciar a sua prática e atenção que presta à pessoa que morreu. Como defende Carlier (*in* Abiven, 2001:127) o momento de prestação dos cuidados *post mortem* é um momento que permite ao enfermeiro conservar o estado de espírito que sempre acompanhou o doente durante a sua permanência com o mesmo. O mesmo autor defende que cada ser é único, e por isso o profissional de saúde deve respeitá-lo no momento da morte o que foi a sua personalidade e a sua originalidade.

Outro participante revela que o momento de prestação dos cuidados ao corpo morto:

“(...) É uma situação que não deixa de causar algum incómodo porque muitas das vezes as pessoas fazem a transferência do acontecimento (...) e que acabou por ir, mas que podia ser o nosso familiar.” E1:L28-31

Cardoso (*in* Saraiva D., 2007:29) refere que a Enfermagem está intrinsecamente ligada à preservação da vida, ao alívio do sofrimento e à recuperação da saúde. Concomitantemente, a morte e o processo de morte, são para os profissionais de enfermagem “um dos maiores desafios que a prática do quotidiano lhes coloca”.

Ribeiro, Baraldi e Silva (1998:120) consideram que o contacto entre o profissional e o corpo *post mortem* leva à necessidade de acreditar na própria morte. Pinto (*in* Saraiva D., 2007:29) acrescenta que face à morte o enfermeiro experimenta diferentes tipos de sensações, de salientar a sensação de espelho ou projecção (imagina-se a si próprio numa situação idêntica e prefere afastar-se para não ter de enfrentar o problema). Saraiva D. (2007:29) salienta que o contacto com a morte implica em primeiro lugar o confronto com os nossos sentimentos em relação à morte e ao morrer. Henriques (*in* Saraiva D., 2007:29) acrescenta que “recordamos pessoas queridas que morreram e até outros doentes que, de uma forma ou de outra, nos tocaram”.

A confrontação com a morte do outro faz com que este participante compare a situação com a sua própria mortalidade, bem como a dos seus entes queridos. Em relação à sua própria morte a sua consciência nunca vai experienciar a mesma, mas vai viver a vida com a presença empírica da morte e interroga-se como vai ser a sua própria morte, sendo esta a consciência de finitude (Frias, 2003:145-146).

Em relação à morte do outro este participante deseja que os seus familiares sejam cuidados no domicílio. Esta reflexão remete-nos para os cuidados em fim de vida. De acordo com o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, o parecer sobre os cuidados de saúde relacionados com o final da vida diz respeito ao “Doente terminal tratado com compreensão afectiva e respeito, sem terapêuticas fúteis, no domicílio, em ambiente familiar, tudo conduzindo a uma morte digna, socializada, reconhecida e aceite”.¹⁹ Podemos concluir, que neste contexto a morte no domicílio é o mais apropriado, uma vez que o indivíduo seria acompanhado, apoiado e compreendido por todos no seu meio familiar, de modo a proporcionar uma morte serena e digna, sem recorrer a meios desproporcionados.

A1.8. Ausência de sentimentos

A ausência de sentimentos foi outra vivência manifestada por um participante no estudo, sendo interpretada como uma forma de fuga perante a reflexão na morte:

“(...) Se a gente pensar bem, não é de maneira nenhuma um cuidado em que nós mostremos algum sentimento ou um algum cuidado específico, tem de ser assim (...)” E4:L92-94

De acordo com Saraiva D. (2009) o enfermeiro perante o processo de morte evita contactar com o doente, e a este propósito Rees (*in* Saraiva D., 2009:7) afirma que “afastando-se do doente através de subterfúgios, o que o enfermeiro faz é escudar-se contra sentimentos que lhe lembrem a morte e que lhe causem mal-estar”. De acordo com o mesmo autor “o enfermeiro reage a estes sentimentos desligando-se do doente e

¹⁹ CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (CNECV) – Documento de Trabalho 11/ CNECV/ 95 – **Parecer sobre os aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida**, 1995. 8p. Disponível (online) no sítio: http://www.cnecv.gov.pt/NR/rdonlyres/90DB475C-F2A1-40DF-B905-974C9665FDB3/0/P011_FinalDaVida.pdf Acedido a 28/03/2010.

da própria morte e, consciente ou inconscientemente, concentra a sua atenção no seu trabalho, no material”.

A1.9. Frustração

A frustração é outro sentimento verbalizado pelos participantes. Esta frustração é vivenciada relativamente a várias situações. Por vezes, a frustração é sentida devido às limitações vivenciadas e à incapacidade de efectuar o que se tinha idealizado e o que se gostaria de realizar se as circunstâncias fossem outras:

“(...) Se for uma situação em que o doente estava bem e com grandes possibilidades de ter uma vida igual ou quase igual à que tinha, então o sentimento é de injustiça, de dor, de frustração, disso tudo (...)” E4; L30-32

“(...) Sentimento de que realmente (pausa) depende da situação. Depende da situação em que poderíamos ter feito mais alguma coisa, e não fizemos. Situações em que não dá para fazer mais; situações em que sinto que falhou qualquer coisa (...)” E5: L9-11

No que diz respeito ao sentimento de frustração, Fontes, Vieira e Cardoso (1995) referem que esta se deve ao facto dos profissionais de saúde não conseguirem curar a doença e não conseguirem atrasar ou evitar a morte.

Allende (*in* Frias, 2003:140) defende que a vida é um valor fundamental que é necessário preservar, bem como é o suporte para que todos os outros valores se possam manifestar, não é portanto um valor absoluto que se possa prolongar a qualquer preço. Num dado momento da vida, há que reconhecer e aceitar que a morte está iminente e ter a sensatez de reconhecer que “os dois momentos são muito semelhantes, o nascimento e a morte são feitos da mesma matéria”.

No nosso estudo, a frustração manifestada pelos participantes é sentida essencialmente devido à impossibilidade de não conseguir evitar a morte, bem como

devido à sensação de que havia algo mais a fazer por aquele doente, o que vai confrontar mais uma vez o enfermeiro com os limites da sua actuação.

A1.10. Desagrado no confronto com o corpo *post mortem*

O desagrado sentido pelo contacto com o corpo *post mortem* é outro aspecto destacado. Ao mesmo associa-se a sensação de incómodo, levando o participante a caracterizá-lo como impressionante:

“(...) há situações que me impressionam um bocadinho mais, pronto, dependendo como o próprio cadáver fica, alguns ficam mais apresentáveis do que outros (...)” E6: L44-47

De acordo com Mercadier (2004) o confronto com o corpo deteriorado ou decomposto, provoca, nos prestadores de cuidados reacções de repulsa que se podem traduzir num afastamento. Segundo a SFAP (1999) o contacto com o corpo na relação dos cuidados pode fazer emergir sensações e emoções negativas como mal-estar, desagrado, repulsa, entre outros.

A experiência de contactar com um corpo morto, bem como os seus condicionalismos associados, leva este participante a sentir-se progressivamente mais desgastado, confronto este marcado por um sentimento de mal-estar.

A1.11. Desagrado no procedimento de transferência do corpo da cama para a maca

O próximo participante revela ficar desconfortável no momento de transferência do corpo morto da cama para a maca:

“(...) porque o pegar, o maqueiro pega no corpo como se fosse um objecto puxa assim, e pronto já não sente, mas faz confusão ver (...)” E8: L57-59

“(...) O que me fazia muita confusão depois de fazermos a múmia é passar a múmia da cama para a maca (...)” E8: L56-57

Uma das actividades do auxiliar de acção médica, propostas pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP)²⁰ consiste em colaborar nos cuidados *post mortem* e efectuar o transporte de cadáveres para a morgue, através de procedimentos adequados. Couceiro (*in* Frias, 2003:172) considera que a prática profissional depende do quadro interpretativo de cada pessoa e que este se constrói ao longo da vida, por influência de diversos factores, traduzindo-se pela individualidade da forma de pensar, sentir e agir.

Por experiência pessoal verifica-se que não existe formação específica destes profissionais, por isso considera-se que os profissionais da morgue, bem como os auxiliares de acção médica devem passar por um processo de formação adequada, de modo a prestar os cuidados ao corpo com a dignidade e respeito adequados.

A1.12. Sentimento de Perda

O sentimento de perda foi outro sentimento experienciado por um participante que revelou sentir-se com pena por o doente ter falecido, e que vai depender do tipo de relação que estabeleceu com o mesmo:

“(...) tem a ver com a ligação que nós temos com o doente (...). Há sempre aquele sentimento de pena, não é bem de pena é de perca (...)” E5: L32-39

²⁰ INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (IEFP). Disponível (online) no sítio: <http://www.iefp.pt/formacao/certificacao/OfertaCertificacao/Documents/Certifica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Atid%C3%A3o%20Profissional%20no%20Sector%20da%20Sa%C3%BAde/AUXILIAR%20DE%20ACO%20MDICA%20SAU-003-NET.pdf> (acedido a 07/05/2010).

Loney (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003:192) defende que os sentimentos de impotência e vazio são o resultado da morte de alguém de quem se tem estado dependente, como um progenitor, cônjuge ou uma pessoa significativa. Hennezel (2005) descreve que a sua vivência ao acompanhar doentes em fase terminal e suas famílias constitui um privilégio, uma vez que se consegue entrar num espaço de intimidade com o outro.

Neste caso, o prestador de cuidados ao desenvolver uma relação terapêutica com o doente em vida, permitiu-lhe entrar num espaço de intimidade, e por isso esta perda leva a sentimentos de tristeza que se traduz num vazio, que acompanha a perda do mesmo.

A1.13. Dificuldade em aceitar a morte em pessoas jovens

O próximo participante apresenta uma ambivalência de sentimentos no que se refere a aceitar a morte em pessoas idosas, o que se pressupõe como o curso natural da vida, e uma dificuldade em aceitar a morte em pessoas novas, como se pode verificar de seguida:

“(...) Mas normalmente as pessoas que falecem aqui, não sei se é o termo? falecem? São pessoas de 90 anos, de 100 anos. (...) Sim é algo que já se aceita (...)” E2:L32-35

“(...) Custa mais quando há pessoas com 40 anos, pessoas que são independentes, que nós vemos a entrar com os seus próprios, a deambular e que entram a deambular e saem daqui, não a deambular, não é? ai sim custa muito, e custa muito quando se vê que aquela pessoa vai falecer e ainda está consciente (...)” E2:L35-39

Oliveira, Brêtas, Yamaguti (2006:391) consideram que a morte é, de certa forma, associada à velhice avançada, quando a pessoa já cumpriu uma caminhada e

estaria preparada para morrer, sendo a velhice a fase do desenvolvimento humano que carrega mais estigmas e atributos negativos.

Marques (1991:119-121) defende que o enfermeiro, sempre que possível, não deve lidar com doentes com quem se possa mais facilmente identificar, por exemplo, doentes com a mesma idade, uma vez que ao confrontar-se com problemas de *stress* graves pode levar ao aparecimento de reacções emocionais como medo, sentimento de inutilidade, revolta, culpabilidade e fadiga. Percebe-se que a idade de cada doente influencia a capacidade que cada enfermeiro tem para lidar e aceitar a morte. O tempo de convivência com o doente determina um luto vivenciado com mais ou menos dor ou emoção. O luto é um processo necessário e penoso, tido como um sentimento de pesar e dor diante de quem se ama. A morte de uma pessoa que já se tornara querida na enfermaria pode abalar profundamente aqueles profissionais mais dedicados.

Assim sendo, a SFAP (1999:96-97) considera que a equipa que prestou cuidados ao doente deve encontrar as suas próprias formas de fechar a relação que durou, por vezes, durante vários meses, ou mesmo vários anos.

De salientar que para Claudette Foucault (*in* SFAP, 1999:78) a qualidade da relação humana que a enfermeira consegue estabelecer com a pessoa em fim de vida é essencial para um clima baseado na confiança de forma a satisfazer o conjunto de necessidades específicas destas pessoas. Assim, desenvolve-se uma aliança terapêutica, em que o enfermeiro tenta abandonar os seus pressupostos e juízos de valor, mostrando-se tal como é.

Podemos concluir que a dificuldade de aceitação da morte em pessoas novas por parte deste participante foi uma vivência marcante, uma vez que a relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente em fim de vida pode conduzir a factores de identificação, como por exemplo a idade jovem do doente. A morte destes doentes leva a sentimentos

de dor, sendo necessário que o enfermeiro encontre estratégias de adaptação para lidar com estes momentos, e conseguir iniciar o seu trabalho de luto.

A2. A nível psicológico

A2.1. Desgaste psicológico

“(...) os banhos, a terapêutica, avaliação de sinais vitais, em que não vamos para casa com aqueles sentimentos de que dei mal o banho ou se calhar não vi bem a terapêutica, (...) Isso são rotinas que não nos provocam perda a nível psicológico, são actos simples que não há grande complexidade mental nisso. Em relação ao morto há muita coisa que a pessoa pensa, e isso torna logo, faz com que seja diferente. A nível psicológico existe (...)” E12: L166-174

“(...) Dificuldades técnicas, não. Dificuldades psicológicas, sim (...)” E12: L121

Para Pitta (*in* Gomes, Oliveira e Sá, 2007)²¹ a condição de vida e morte afecta a auto-estima profissional e faz com que o término da vida faça parte do quotidiano profissional como um processo de desgaste orgânico. Hennezel (*in* Abiven, 2001:155) reconhece que existe um nível elevado de stress, e de desgaste psicológico (*burnout*) devido aos problemas de identificação, de culpabilidade, e de identidade nos prestadores de cuidados quando confrontados com perdas repetitivas dos seus doentes. Sagehomme (*in* Lourenço e Cunha, 2010)²² acrescenta que o contacto do enfermeiro com a doença, com o sofrimento e com a morte proporcionam um conjunto de emoções ou sentimentos, sendo que esta componente psicológica pode tornar-se dolorosa.

²¹ GOMES, António Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize, Cristina de; SÁ, Celso Pereira de – **A enfermagem no Sistema de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil**. 2007. Disponível (online) no sítio: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ESrxYwp3kKgJ:scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS151636872007000200007+desgaste+psicol%C3%B3gico%2Benfermeiro%2Bmorte&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt (acedido a 17/03/2010).

²² LOURENÇO, Susana; CUNHA, Tiago – **Esgotamento profissional: Burnout**. Disponível (online) no sítio: http://cms.piso5.net/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=35 (acedido a 17/03/2010).

Hennezel (*in* Abiven, 2001:156) defende que a confrontação quotidiana com a morte, com a morte do outro, representa uma lembrança diária da nossa própria mortalidade, do nosso carácter findável. Esta lembrança diária pode ser causa de uma transformação interior, de uma transformação da própria vida. Como forma de protecção cada um constrói os mecanismos de defesa para se proteger, mas não poupam aos prestadores de cuidados momentos de verdadeiro sofrimento.

Pelo discurso deste participante sobressai um conjunto de preocupações sentidas em relação à pessoa que morreu, situação que se torna incómoda e até mesmo dolorosa, evidenciando o sentimento de incómodo e de mal-estar a nível psicológico.

A2.2. Pensamento sobre a própria morte

Outro participante refere que durante a prestação dos cuidados ao corpo *post mortem* pensa na sua própria mortalidade:

“(...) penso que eu também vou chegar a isto um dia, não sei quando, mas também me vai acontecer a mim (...)” E12: L25-26

Greif e Golden (*in* Grilo, 2001:9) defendem que o pensamento sobre a morte é acompanhado por diversos medos associados à perda de pessoas significativas ou dos bens materiais, à não realização dos sonhos e das aspirações para a vida, à solidão, à perda de auto-estima e auto controlo, à alteração da imagem corporal, às dores, ao sofrimento e à perda das capacidades mentais.

Este participante reflecte sobre a sua própria morte quando está perante o corpo *post mortem*, visualizando este acontecimento na sua vida pessoal. Quanto ao tipo de pensamentos presentes durante o momento de prestação dos cuidados *post mortem*, o participante percebe ser esta uma situação real de morte de outro ser humano, o que

desperta reflexões acerca de si mesmo, o que traz recordações pessoais e identificação com a proximidade deste momento.

A3. A nível físico

A3.1. Arrepios

A sensação física que se desencadeou neste participante após a morte do doente foi identificada no próximo discurso:

“(...) Que tipo de reacções físicas é que podem surgir em si, quando prepara um corpo post mortem? Arrepios (...)” E5: L23-25

Loney (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003:190-191) refere que existe a necessidade de experimentar a dor da perda em todas as suas dimensões, incluindo o sofrimento a nível físico, cognitivo, psicológico, social e espiritual. De salientar as manifestações mais comuns do luto a nível físico: cefaleias; opressão na garganta ou no peito; dispneia; alterações na alimentação, eliminação e sono; sentir-se vazio, exausto; agitação; mal-estar.

Neste caso o participante apresenta o sintoma de arrepios na presença de uma pessoa que faleceu, sendo esta uma respostas normal, necessária e esperada, que precisa de ser vivida para que a perda seja encarada de forma satisfatória e para que no caso do profissional, a (re)estruturação ocorre em seu ambiente de trabalho, tal como afirma Costa e Lima (2005).

B. Cuidar o corpo post mortem

Relativamente ao tema “Cuidar o corpo *post mortem*” foram identificadas quatro categorias: “Relação do enfermeiro com a técnica dos cuidados *post mortem*”, “Relação do enfermeiro com o corpo *post mortem*”, “Relação do enfermeiro com a família do falecido” e “Influência do ambiente na prestação dos cuidados *post mortem*”.

Para uma maior facilidade de apreensão do total de categorias e subcategorias relativas a este tema estas encontram-se representadas esquematicamente no quadro n.º3.

B1. Relação do enfermeiro com a técnica dos cuidados <i>post mortem</i>	B1.1. Preparação do corpo B1.2. Protocolo B1.3. Rotina B1.4. Cuidado Digno B1.5. Preparação rápida do corpo para dar lugar a outra pessoa B1.6. Em equipa B1.7. Técnico e Frio B1.8. Limitações durante a prestação dos cuidados <i>post mortem</i> B1.9. Dificuldade em prestar cuidados <i>post mortem</i> B1.10. Diferença entre os cuidados <i>post mortem</i> e outros cuidados de enfermagem
B2. Relação do enfermeiro com o corpo <i>post mortem</i>	B2.1. Atender às preferências da pessoa viva para depois da morte B2.2. Pensamento sobre a pessoa B2.3. Pensamentos diferentes B2.4. Comunicação verbal B2.5. Espiritualidade B2.6. Rezar B2.7. Receio de tocar B2.8. Evitar o contacto visual

Quadro n.º3 – Tabela representativa do tema “Cuidar do corpo <i>post mortem</i> ” com as respectivas categorias e subcategorias.	
	B2.12. Relação empática
B3. Relação do enfermeiro com a família do falecido	B3.1. Respeito pelo luto da família
	B3.2. Preocupação antes de realizar os cuidados <i>post mortem</i>
	B3.3. Respeito por crenças religiosas
	B3.4. Reacção da família do doente
B4. Influência do ambiente na prestação dos cuidados <i>post mortem</i>	B4.1. Privacidade
	B4.2. Ausência de significado

Categoria	Sub - Categorias
-----------	------------------

B1. Relação do enfermeiro com a técnica dos cuidados

B1.1. Preparação do corpo

A preparação do corpo foi muito valorizada pelos participantes, atendendo a que foi uma experiência verbalizada por todos os participantes deste estudo. A preparação do corpo na unidade de Medicina é considerada uma actividade simples que implica a prestação dos cuidados de higiene, em que o corpo é envolvido por um lençol e depois é transferido para a casa mortuária, como é referido em seguida:

“(…) A técnica em meio hospitalar não tem nada de especial. A higiene ao corpo, pois o corpo sai daqui para outro departamento. Nesse outro departamento, é que será depois vestido e arranjadinho, como os familiares quiserem, porque aqui é mesmo os cuidados de higiene, deixar a pessoa, o melhor possível (…).” E1:L101-105

“(…) A pessoa sai daqui mesmo embrulhadinha num lençol e do lençol vai para uma maca e depois vai para a casa mortuária, com o maqueiro que está encarregue disso, que está de serviço nesse dia. E ainda depois coloca um lençol por cima (…).” E1:L128-131

Deste modo, actividades banais e rotineiras como cuidados de higiene, cuidados com o vestuário, o simples colocar do lençol por cima do corpo morto, a transferência do corpo para a casa mortuária são descritas por estes participantes como tarefas fáceis de concretizar no dia-a-dia. De salientar que Coutinho (2002) defende que o banho não deve ser visto como uma simples técnica, com a finalidade de deixar a pessoa limpa. Aquando do mesmo, é necessário que os enfermeiros o executem com a intenção de cuidar, uma vez que quem cuida é também aquele que transforma cada acto, por mais simples que ele seja, num verdadeiro cuidado, não só com significado para quem cuida mas principalmente para quem é cuidado.

De forma a facilitar o trabalho dos responsáveis da casa mortuária, nomeadamente a nível do vestuário do corpo *post mortem* devido a impedimentos de ordem física quando os membros se encontram cruzados, um dos participantes revela que a posição dos membros superiores deve ser ao longo do corpo. Outros participantes reforçam que esta posição tem um significado religioso:

“(...) uma coisa que a gente fazia no serviço era cruzar os membros superiores, mas agora posteriormente viemos a adoptar outra técnica porque na casa mortuária era difícil vestir os corpos porque ficavam rígidos (...) Agora com os membros superiores esticados, em vez de por a ligadura em volta dos braços cruzados, põe-se agora assim num dedo ou no punho com uma etiqueta, acho que é melhor pois havia casos em que diziam em que partiam os braços, e isso impressionou-me um bocadinho (...)”. E6: L47-5

“(...) realmente as mãos em cima dão, acho que são um conforto, dão àquela pessoa o melhor do que pode ter no fim, e realmente aquela posição é a mais adequada, é a posição anatómica (...)” E5: L74-75

“(...) Significado do braço vai cruzado, catolicamente era suposto ir lá um terço. Noutras religiões é uma prática, pode

haver uma posição diferente, mas isso é cultural (...). E1:L111-113

“(...) Outro valor é o cristão, é que os braços ficam assim ao longo do corpo, pelo menos aqui no hospital, se calhar se for noutra país

“(...) Nós aqui colocamos assim para depois colocarem cruzados, para depois poderem mobilizar. Acho que é o valor cristão que está em causa (...). E2: L87-92

Para Brêtas, Oliveira, Yamaguti (2006:481) o papel da religião é em parte o de socializar e dirigir os ritos de morte como forma de lidar com o terror. Para Gutierrez e Ciampone (2007:663) a religião encontra-se associada a recursos simbólicos para a formulação de ideias analíticas, sendo que estes símbolos permitem compreender o mundo e definir os sentimentos e as emoções para suportá-los.

Durante a prestação dos cuidados *post mortem* um participante revela ter dúvidas na preparação do corpo, nomeadamente acerca da posição dos membros superiores:

“(...) acho que é mais em termos técnicos do que pela preparação, mas às vezes existe dúvida em relação àquilo que aprendi em relação à colocação dos braços, se é por extenso ou se não é, pronto (...)” E8: L15-18

De acordo com Quested e Rudge (2003:558) a confirmação do óbito permite ao enfermeiro iniciar os cuidados *post mortem* de acordo com os rituais da cultura ocidental, ou seja, prepará-lo para o enterro. A posição do corpo é reconhecida socialmente, ou seja, boca e olhos fechados supostamente a dormir ou a descansar. Contudo, as pessoas não dormem de forma estável em posição dorsal, olhos fechados, boca fechada. A aparência do dormir tem um significado de negar a morte que é comum no interior da cultura ocidental, e encontra-se relacionada com metáforas como “dorme com os anjos” e “em repouso”. Na realidade o corpo é pesado, existe decomposição, e o

caixão permite aceitar, em termos psicológicos, o corpo morto; a refrigeração permite diminuir a decomposição do corpo morto.

Assim, o enfermeiro tem de preparar o corpo de forma a permitir a sua colocação no frigorífico e caixão, ou seja, a sua actuação depende da cultura onde se encontram inseridos. A actividade de colocação dos membros superiores acarreta, deste modo, múltiplas implicações, levando estes participantes a reestruturarem as suas actividades de acordo com os rituais da cultura onde se encontram inseridos.

Outro participante refere que a preparação do corpo *post mortem*, no domicílio, é personalizada:

“(...) Não é a mesma coisa do que cuidar em casa. A tendência, é tonto, mas faz-se, as pessoas geralmente trazem a aguinha quente, cuidam com todo o cuidado, como se a pessoa estivesse viva, vestem a roupa, geralmente a roupa melhor. Isso demonstra um grande carinho pela aquela pessoa (...)”. E4: L95-99

A morte em casa oferece todas as condições para que o ritual familiar seja cumprido, sendo que o ritual religioso é mais fácil de cumprir em casa do que no Hospital, como por exemplo quando a tradição familiar exige a presença de um parente à cabeceira do doente como defende a SFAP (1999:48). Ziegler (*in* Ribeiro, Baraldi e Silva, 1998:118) conclui que “a mais desejável das mortes, a morte instantânea, ocorre quase sempre entre os doentes tratados em casa e que não precisaram sofrer os degradantes cuidados intensivos dos hospitais. As angústias de uma doença prolongada foram-lhe poupadas, assim como as atribuições do final”.

O corpo *post mortem* despido não revela qualquer tipo de incómodo neste participante, revelando que a intimidade do doente deve ser preservada quando a pessoa está viva:

“(...) A pessoa vai despida, eu pessoalmente também acho que ninguém nasce vestido. Se calhar é mais inconveniente para o doente enquanto está vivo que alguém entre e saia, e ande sempre a abrir e a fechar a porta e ande a observá-lo e a deixa-lo destapado, ter a consciência de que ao lado, à frente ou atrás está alguém a olhar, se calhar é mais incomodativo. Se calhar a mim nessa altura, incomoda-me um bocado mais (...)”. E1:L147-154

No Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 78.º, princípios gerais²³ pode ler-se: “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Assim sendo, os cuidados prestados ao doente assentam em princípios e valores sendo a dignidade humana o verdadeiro pilar de todas as decisões e intervenções.

Podemos salientar que o enfermeiro preserva a dignidade da pessoa quando respeita a sua individualidade, a sua autonomia e a sua liberdade de escolha. Relativamente à intimidade do doente espera-se dos enfermeiros, comportamentos que defendam a dignidade do ser humano. Waldow (2001) afirma que a nudez, parcial ou total, é indispensável em diversas actividades referentes ao acto de cuidar, portanto torna-se imprescindível respeitar e manter a dignidade humana, uma vez que o indivíduo “torna-se objecto de manipulação”.

Desta forma é necessário ter em conta o Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 87.º, do respeito pelo doente terminal²⁴: “o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”. Assim sendo, no processo do cuidar, o enfermeiro tem o dever de

²³ CÓDIGO DEONTOLÓGICO – Código Deontológico do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 104/98 – Artigo 78.º (Princípios Gerais) In Ordem dos Enfermeiros. Disponível (online) no sítio: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoSaudeEnsino.aspx> (acedido a 17/03/2010).

²⁴ CÓDIGO DEONTOLÓGICO – Código Deontológico do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 104/98 – Artigo 87.º (Do Respeito pelo doente terminal) In Ordem dos Enfermeiros. Disponível (online) no sítio: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoSaudeEnsino.aspx> (acedido a 28/03/2010).

respeitar e fazer respeitar o ser humano após a morte e, conseqüentemente, respeitar a sua intimidade.

B1.2 Protocolo

A presença ou ausência de protocolo para a prestação dos cuidados *post mortem* mostra desacordo entre os participantes, uma vez que um participante revela a presença de protocolo que se encontra a ser aplicado no serviço de Medicina onde se encontra a desempenhar as suas funções, e outro participante refere a ausência de protocolo adequado à situação:

“ (...) Temos um procedimento e protocolo que temos de seguir (...)”.
E3: L55

“ (...) Acho que temos protocolos para tudo, mas protocolo para cuidados post mortem não temos e devíamos ter, que eu saiba, se calhar pode estar escondido (...)”. E8: L93-95

Outra manifestação cognitiva evidenciada face à técnica dos cuidados *post mortem* foi a ausência de técnica relativamente ao que se encontra aplicado na prática dos cuidados, posição esta baseada na percepção de uma participante que afirma:

“ (...) Que não tem técnica (...)”. E2: L85

O incómodo sentido por alguns participantes face ao desconhecimento relativamente a outras práticas foi, igualmente, verbalizado. Este participante revela-se incomodado por considerar que a técnica que realiza não é a mais correcta:

“ (...) Exacto, como nunca vi outra maneira. Talvez existe, mas desconheço (...)”. E9: L53-59

“ (...) É assim, acho que a técnica não é a mais correcta, mas também não sei se haverá outra. Também não sei que outro tipo de técnica é que se poderia fazer (...)” E9: L35-37

Hallouet, Eggers e Malaquin-Pavan (2006:21-22) referem que o procedimento descreve o encadeamento de diversas acções, e pode remeter para diversos modos operatórios/fichas técnicas, ou mesmo protocolos. Assim sendo, o protocolo de cuidados de enfermagem define-se como “a descrição de técnicas a aplicar e/ou de instruções a observar em certas situações de cuidados ou para a administração de um cuidado”. O protocolo é assim, um guia de aplicação dos procedimentos de cuidados, centrado num alvo, apresentado de forma sintética, elaborado segundo uma metodologia precisa e modalidades de validação rigorosas.

De forma a prestar cuidados com rigor ao corpo *post mortem* o enfermeiro necessita de um guia orientador de todos os passos a seguir, e de adaptar estes cuidados aos desejos da pessoa que faleceu e família, e se necessário realizar um ritual religioso, se este se aplicar. Desta forma é necessário que cada serviço seja detentor de um protocolo de cuidados *post mortem*, sendo esta a última homenagem à pessoa falecida e família.

B1.3. Rotina

Os cuidados ao corpo *post mortem* são caracterizados como uma tarefa de rotina emergindo assim outra subcategoria. Esta intervenção é sentida como uma rotina levando a que os participantes desenvolvam o sentimento de realizarem este cuidado de forma mecânica, sentindo por vezes a preocupação em assegurar estes cuidados da forma mais digna possível:

“ (...) Acaba por ser rotineiro, porque é sempre da mesma forma que se faz (...)”. E12: L117-118

“ (...) Quando surge um corpo para fazer os cuidados post mortem, acaba por ser um acto rotineiro, não tem ciência nenhuma. É claro que a nível psicológico tem outro impacto, tem muito mais impacto que uma rotina normal, mas acaba por ser algo rotineiro (...)”. E12: L98-102

“(...) Nós acabamos por aprender isso e muitas vezes ficar bocado em modo automático, e tento não ter essa postura (...)” E7: L58-59

Para Ribeiro, Baraldi e Silva (1998:118) é da responsabilidade do enfermeiro prestar cuidados *post mortem* ao doente quando este morre em uma unidade hospitalar, sendo o seu corpo submetido a um ritual constituído por rotina e rigor técnico. Neste sentido cita-se Loff (*in* Saraiva D., 2009:11) que acrescenta que "o materialismo da técnica e da rotina do dia-a-dia profissional, facilmente abrem a porta à fuga, a que tantos cedem na sua aproximação do doente nesta derradeira fase da vida."

Deste modo, a necessidade de cuidar o corpo *post mortem* é sentida pelos participantes como uma obrigação levando a que se sintam presos a uma rotina que se pode tornar num acto automático ao longo do tempo. Esta situação permite-lhes reflectir sobre esta postura, evitando-a a qualquer custo, com o objectivo de proporcionar cuidados genuínos ao corpo *post mortem*.

B1.4. Cuidado Digno

O cuidado digno diz respeito ao modo como os participantes percebem a forma como devem ser prestados os cuidados *post mortem*:

“(...) A nível profissional sinto-me bem, sinto-me realizada, porque acho que é um cuidado digno, não é?! (...)” E5: L17-19

“(...) ninguém gosta de fazer os cuidados post mortem, mas já que o temos de o fazer, que faremos da forma mais digna possível (...)” E3: L76-78

Watson (2002:55) defende que o “Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar, e preservar a dignidade humana”. Cuidar em enfermagem é essencial, quando entendido como um processo pelo qual o enfermeiro promove a qualidade de vida da pessoa humana. Segundo Carvalho (1996), a essência

de Enfermagem - o respeito pela dignidade humana - deve manter-se, independentemente da variação dos conceitos ao longo dos tempos, das leis vigentes, áreas geográficas, áreas de actuação, funções dos enfermeiros, ou mesmo das crenças das pessoas e dos grupos.

Para Carlier (*in* Abiven, 2001:129-130) os cuidados *post mortem* não se tratam de modo algum de negar a doença ou a morte. Com gestos de amor e respeito, trata-se simplesmente de dar uma última homenagem à pessoa que acaba de morrer e com quem vivemos um percurso de vida. É o reconhecimento de tudo o que essa pessoa viveu e suportou, da sua dor, do seu sofrimento, da sua degradação, que ela aguentou com tanta coragem e dignidade, e com tudo isso a equipa fica profundamente marcada. É uma forma de lhes agradecer por tudo o que nos transmitiram, nos ensinaram, agradecer os beijos, as carícias, os carinhos e a paciência.

B1.5. Preparação rápida do corpo para dar lugar a outra pessoa

Outra preocupação sentida por outro participante, deve-se ao facto de os cuidados ao corpo morto serem realizados de forma rápida para dar lugar a outro doente, que vai necessitar da sua atenção e concentração para a sua situação de doença:

“(...) Não costumamos esperar, pois a nossa medicina é aquela que tem mais macas e não querendo subvalorizar a morte penso que é mais importante preparar aquele corpo o mais rápido possível para outra pessoa poder ocupar aquele lugar e estar mais confortável (...)”. E8: L24-27

De acordo com a SFAP (1999:48) a duração da permanência do corpo no quarto é um aspecto importante, uma vez que o corpo necessita de ser observado e avaliado, antes de ser transportado para a casa mortuária, não só pela família mas também por outros elementos da equipa. De acordo com os mesmos autores o corpo deve permanecer na unidade de cuidados no período mínimo de duas horas e no máximo dez

horas. Em relação ao período de tempo antes da admissão de outro doente na unidade depende do tipo actividade desenvolvida na unidade dos cuidados e das limitações económicas do serviço.

Assim sendo, deve ser estabelecido com os responsáveis da instituição um tempo que possa satisfazer as exigências do serviço e a função simbólica do luto por parte dos profissionais e família.

Coelho e Oliveira (2009:13) apontam para o facto de os profissionais de saúde não terem tempo para o luto, pois a cama é rapidamente ocupada por outro doente que precisa de cuidados. Contudo é importante a existência de tempo, de espaço, e de vontade para reflectir e debater este tema, sob pena dos enfermeiros se tornarem indiferentes ao sofrimento do outro.

B1.6. Em equipa

Este participante pede a colaboração de colegas, da equipa de enfermagem e da equipa de auxiliares de acção médica, para o ajudar na realização dos cuidados *post mortem*, o que revela um ambiente de trabalho de união:

“(...) Nós cuidamos o morto, não fazemos aqueles cuidados sozinhos, é sempre com mais uma pessoa, ou com um colega nosso ou então chamamos um auxiliar que nos possa ajudar (...)”. E12: L92-95

Manso e Velho (*in* Coelho e Oliveira, 2009:12) defendem que o trabalho em equipa permite uma partilha rica de experiências, sentimentos e conhecimentos. A comunicação eficaz, partilha de decisões e responsabilidades, apoio e respeito mútuos, constituem um importante suporte na gestão de emoções, assim como um “meio privilegiado de o enfermeiro se desenvolver pessoal e profissionalmente quanto às questões da morte e da prestação de cuidados”.

Podemos concluir que este trabalho em equipa possibilita momentos de reflexão sobre a morte e reflexão sobre aspectos que devem ser tidos em consideração aquando do momento de prestação dos cuidados ao morto, com o objectivo de planear e delinear em conjunto de estratégias de intervenção adequadas a cada momento. De acordo com Hennezel (2005) os enfermeiros dão valor à possibilidade de poderem falar e serem envolvidos nas várias decisões terapêuticas, pois na maior parte das vezes este aspecto está ausente. Na maior parte dos outros serviços hospitalares, cada profissional realiza o seu trabalho isoladamente, pois não tem oportunidade de expressar os seus sentimentos nem as suas opiniões acerca da situação dos doentes.

B1.7. Técnico e Frio

A prestação dos cuidados ao corpo morto é considerada como Técnica e Fria, tal como foi verbalizado por alguns participantes. Este incómodo e desconforto sentidos, estão associados a uma dimensão física e emocional, como se pode verificar:

“(...) Aqui não. É frio, é técnico (...)”. E4: L99

“(...) Agora quando é um doente que não o conhecemos, acho que é uma técnica que é uma técnica só de enfermagem (...)”. E5: L136-138

“(...) eu sei que tecnicamente tem de ser assim, não deixa de ser uns cuidados frios, não é?! (...) Portanto, é assim, mas é frio (...) É claro que existe, mas quer dizer aquela também é uma técnica, não é?! mais fria do que as outras (...)”. E4: L99-109

O processo é muito frio, mas pronto nós não podemos fazer muito mais, fazemos o que podemos, o melhor que podemos (...)”. E11: L42-43

“(...) É assim, visto de fora, quem não trabalha em cuidados de saúde acaba por ser um bocadinho desumano, porque é uma forma muito física de mexer num corpo, é muito técnico e acaba por ser desumano a múmia, e o tamponamento (...)”. E10: L49-52

“(...) O processo é muito frio, mas pronto nós não podemos fazer muito mais, fazemos o que podemos, o melhor que podemos, é um processo estranho (...)” E11: L42-44

Ribeiro, Baraldi e Silva (1998:120) referem que a preparação do corpo *post mortem* faz parte do quotidiano dos enfermeiros, sendo uma técnica considerada como normal e como sendo uma continuidade dos procedimentos de enfermagem. Os mesmos autores verificaram que os cuidados prestados à pessoa quando está viva são realizados com mais delicadeza, sendo a técnica dos cuidados *post mortem* considerada um acto técnico, frio e sem expectativas. Acrescentam ainda que o contacto dos profissionais de saúde com a morte assume um carácter de sofrimento ou de tragédia, ao contrário do que julga o senso comum que os profissionais assumem sentimentos “frios” perante acontecimentos tristes que ocorrem no dia-a-dia do hospital.

B1.8. Limitações durante a prestação dos cuidados *post mortem*

As limitações, sentidas no desenvolvimento da actividade da prática dos cuidados *post mortem*, são vistas por vários participantes como uma fonte de restrição ao normal desempenho da actividade profissional.

A limitação de ordem física, apontado por um participante, é a dificuldade em manter a articulação mandibular fechada o que exige um certo esforço físico:

“(...) Limitação às vezes é tentar fechar a boca e ela não fecha. Acho que é a única (...)” E2: L95-96

Para Beattie (2006:24ac3) a colocação de um pano enrolado a nível do queixo permite que a articulação mandibular se mantenha fechada, até que a mesma se torne firme e rígida. O mesmo autor acrescenta que se a pessoa utilizar prótese dentária deve colocar-se a mesma no interior da boca antes da mesma ser fechada, contribuindo para uma aparência antes da morte.

Numa outra situação a alternância de decúbitos e o peso do corpo morto surgem como dificuldade para desenvolver esta actividade:

“(...) Acho que a limitação realmente é o posicionamento, ou seja, quando estamos a virar (...)” E5: L83-84

“(...) Estamos a falar de um corpo que tem uma perda total muscular, ou seja está mesmo pesadíssimo e é uma grande limitação. Estamos a falar de doentes de idade, bastante pesados, que perdem o tónus muscular (...)” E5: L84-87

Outra limitação apontada é ausência de saco para transporte do corpo morto:

“(...) Limitações são o encerrar de um processo que nós vamos, em que alguns sítios vemos os saquinhos, o transporte, mas aqui é feito com lençóis (...)” E11: L47-49

Quested e Rudge (2003:559) afirmam que o corpo morto é uma fonte de infecção, sendo desta forma necessária a colocação do corpo num saco de plástico de forma a evitar o risco de contágio. O encerramento do corpo num lençol define o corpo como um objecto capaz de propagar uma infecção, mas também permite que o corpo permaneça na mesma posição.

B1.9. Dificuldade em prestar cuidados *post mortem*

A experiência proveniente da dificuldade em prestar os cuidados *post mortem* foi referenciada pelos participantes, e tem múltiplas origens:

“(...) Temos de ter a noção que é o culminar de uma vida, não é?! Custa-nos fazer, ninguém gosta de fazer os cuidados post mortem (...)” E3:L 75-77

“(...) Às vezes ainda custa-me prestar este tipo de cuidados (...)” E9: L57

“(...) Quando não sinto mesmo à vontade de estar ali ao pé daquele doente a fazer (...)” E9: L66-67

“(...) É também uma certa tristeza porque nunca gosto, é um cuidado que tento evitar a todo o custo (...)” E10: L18-19

“(...) mas eu tenho de fazer aquilo, não é?! Faz parte da minha profissão. Se eu pudesse não fazer, sinceramente preferia que outro o fizesse (...)” E12: L13-15

“(...) não é uma coisa que me agrada muito, mas tenho de fazer (...)” E12: L46

De acordo com Gifford e col. (in Grilo, 2001:9) quando uma pessoa está perto de um doente terminal, existe dificuldade em lidar com as suas próprias emoções, evitando desta forma a sua companhia ou enveredando por um contacto superficial. Para Loff (in Saraiva D., 2009:12), não é a morte que provoca angústia nos prestadores de cuidados, mas sim o facto de ela poder ser acompanhada de violência, de revolta, de lágrimas, de emoções insustentáveis, despoletando uma multiplicidade de atitudes, ou seja, o tipo de circunstâncias da morte determinam as atitudes empreendidas por parte de quem a vive e acompanha.

Durante a prestação destes cuidados, outras experiências dolorosas estão relacionadas com esta técnica:

“(...) Acho que a parte que me afecta mais é o terminar e o colocar o lençol ao redor da cara, da face, é isso (...)” A7: L67-68

“(...) Físico é mais quando há aquele relaxamento dos esfíncteres, temos de estar a limpar tudo (...)” E5: L46-47

Lawler (in Quested e Rudge, 2003:559) defende que a remoção de objectos com significado, como roupas e jóias, altera o significado atribuído à pessoa, reduzindo a sua subjectividade. A colocação da pessoa morta, por parte do enfermeiro, num lençol, saco de plástico e etiqueta de identificação altera o seu significado, sendo identificado como cadáver. Posteriormente os cuidados prestados pelo agente funerário, o funeral e a última camada do caixão, permitem que o cadáver seja reconhecido como pessoa.

Efectivamente, constata-se que a dificuldade em colocar o lençol ao redor da face do morto, bem como a dificuldade em lidar com o relaxamento dos esfíncteres, constituem-se como eventos desconfortáveis, geradores de um processo de reflexão sobre o encerrar da vida nestes participantes.

B1.10. Diferença entre os cuidados *post mortem* e outros cuidados de enfermagem

A diferença entre os cuidados *post mortem* e outros cuidados de enfermagem foi amplamente evidenciada pelos participantes. Efectivamente, são inúmeras as referências às mesmas.

Um participante caracteriza como diferente o cuidado ao corpo morto:

*“(...) Diferenças? Há diferenças. Cada cuidado é diferente. Então o cuidado post mortem é completamente diferente (...)”
E9: L101-102*

Ribeiro, Baraldi e Silva (1998:119) constataram que existe diferença entre os cuidados *post mortem* e outros cuidados de enfermagem, uma vez que é o último cuidado realizado ao doente, em que não existe expectativa de sobrevivência, sendo este o fim do ser humano.

Outra diferença diz respeito à não participação do doente, nomeadamente em termos de comunicação:

“(...) Sim é diferente, é como se, ou seja como se prestasse, na prestação dos cuidados no geral ou na colaboração, participação entre

aspas do doente, de forma em que ele não está a participar (...)” E7: L98-100

“(...) porque basta ali a pessoa já não ter vida, não comunica connosco, não colabora mas faz-se, é uma fase da vida e como disse temos de ultrapassar isso, mas é diferente, mesmo a nossa maneira de estar se calhar é outra (...)” E6: L82-85

“(...) De que forma que quando estou com uma pessoa a prestar cuidados de enfermagem estou a falar com aquela pessoa, estou a falar com aquela pessoa, mesmo que, comunico com aquela pessoa, é totalmente diferente, há um feed back (...)” E5: L102-105

“(...) nós não estamos a comunicar com ninguém, não é?! Enquanto que uma técnica, por exemplo como, colocar uma sonda nasogástrica (...), nós explicamos ao doente de forma a prestar todo o cuidado para não o magoar, arranjar a maneira mais simples, ou melhor, para que custe o menos possível (...)” E4: L109-113

Para Durman, Dias e Stefanelli (2002)²⁵ a comunicação é um instrumento básico na relação de ajuda possibilitando um relacionamento enfermeiro/cliente mais eficaz, influenciando decisivamente na qualidade da assistência prestada àquele que necessita dos cuidados profissionais do enfermeiro. Para tal, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. Littlejohn (*in* Pereira, 2008:49) afirma que “a comunicação é um processo interdependente, os comunicadores afectam-se mútua e simultaneamente”, processo que implica um sistema demasiado complexo, em que não se deve perder de vista o seu objectivo, o de tentar, ou seja, “(...) que o destinatário, o receptor, descodifique, entenda e assimile a intenção codificada, sob a forma de mensagem do emissor”.

Outra diferença enumerada pelo seguinte participante é o respeito que o profissional de saúde tem perante uma pessoa que ainda vive:

²⁵ DURMAN, Solânia; DIAS, Denise Costa; STEFANELLI, Maguida Costa – Utilização de jogo educativo para construção de conceitos relacionados a comunicação terapêutica. 2002. Disponível no sítio (on line): http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000052002000200048&script=sci_arttext (acedido a 17/03/2010)

“(...) Não sei, as pessoas são respeitadas, como hei-de de explicar, a pessoa tem mais respeito por aquela pessoa tem mais cuidado, é diferente (...)” E11: L66-68

Para Rodeia (*in* Augusto, 2004:29) cuidar implica então, um compromisso em manter a dignidade e individualidade da pessoa que é cuidada. Segundo Harré (*in* Lazure, 1994: 131), a necessidade humana mais profunda é a necessidade de respeito. Botelho (2004: 10) afirma que “a relação, entre quem cuida e quem é cuidado, implica respeito. É o respeito que permite a quem cuida reconhecer a dignidade de cada pessoa doente, a qual continua presente mesmo quando a doença e o sofrimento aparentemente a ocultam”.

Hesbeen (*in* Mendonça, 2009:52) defende que existem elementos essenciais para estabelecer a relação com o outro, baseados no respeito pela pessoa (o calor, a escuta, a disponibilidade, a simplicidade, a humildade, a autenticidade, o humor e a compaixão), que são insubstituíveis no exercício da enfermagem.

De salientar que o respeito pelo outro é uma premissa fundamental para que esta relação resulte numa experiência gratificante para o profissional e corpo morto.

Outro participante refere que o cuidado que presta a uma pessoa sem vida é diferente de cuidar uma pessoa com vida, sendo este contacto repleto de sentimentos:

“(...) mas não é igual a cuidar de uma pessoa que está viva (...) porque quando a gente trata de uma pessoa, a gente cuida com carinho, com afecto, com amor, com uma certa compreensão (...)” E12: L108-112

Mendonça (2009:52) defende que os enfermeiros necessitam de possuir competências técnicas e científicas, como também devem possuir competências de relação de ajuda, empatia, assertividade e criatividade, ou seja, competências transversais.

B2. Relação do enfermeiro com o corpo *post mortem*

B2.1. Atender às preferências da pessoa viva para depois da morte

“(...) saber de acordo com a religião como a pessoa quer, se não quer, há pessoas de certos grupos da raça negra não gostam imagine, de adesivos colados. Então imaginemos se no post mortem não gostassem que tivessem de compressas na boca (...)” E8: L95-99

De acordo com Oliveira *et al* (2008:36) no artigo 87º do código deontológico do Enfermeiro pode ler-se: “O enfermeiro ao acompanhar o doente em fase terminal assume o dever de: (...) b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que sejam próximas (...)”.

De acordo com Gutierrez e Ciampone (2007:663) os enfermeiros respeitam a crença religiosa do doente e seus familiares, autorizando a presença de objectos, símbolos, como imagens de santos, medalhas, folhetos com oração ou Bíblia na mesa-de-cabeceira do doente. Carlier (*in* Abiven, 2001:130) considera que a família que chega no final deste percurso, também ela cansada, esgotada, angustiada, e que tem ainda que suportar o choque da morte e viver o seu desgosto, a beleza de quem desapareceu é como um reconforto, uma oferta, um bálsamo. É como se isso aliviasse de uma parte do seu sofrimento. Choram muito no início, depois perante tanta calma, serenidade e beleza, aproximam-se da cama, olham, tocam, acariciam e beijam. A morte está aí, mas porque está tudo bonito, a morte não mete tanto medo. Em vez de fugir as pessoas ficam, demoram-se, sentam-se, começam a conversar. De facto morreu, mas mantém-se tão vivo nas nossas memórias.

B2.2. Pensamento sobre a pessoa

Uma subcategoria que emergiu da relação do enfermeiro com o corpo *post mortem* diz respeito à capacidade do enfermeiro para pensar sobre a pessoa que morreu, devido ao facto de ter desenvolvido uma relação terapêutica eficaz:

“(...) Estou a pensar naquela pessoa (...)” E3: L18

“(...) Pensando ainda na pessoa que foi, e com a qual a gente teve contacto e que acaba por ter uma ligação afectiva (...)” E6: L16-18

“(...) Ver como era a pessoa em vida, se a conheci, que tipo de relação é que tinha com ela, porque há doentes que nós temos mais afinidades do que outros, e é basicamente isso (...)” E7: L8-10

“(...) penso naquela cara, penso nas expressões daquela pessoa quando estava viva (...)” E12: L 36-38

A comunicação das emoções faz-se através de sinais verbais e não verbais, assim sendo a expressão facial e o olhar são as principais fontes de expressão das emoções. O rosto é o elemento de comunicação não verbal mais importante e especializado na comunicação das emoções, tal como afirma Pereira (2008:76).

Loney (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003:189) revela que o *stress* ocupacional, que envolve a perda, faz parte da experiência diária dos enfermeiros, especialmente dos que trabalham com doentes em fase terminal e morte. Na medida em que os enfermeiros se mostram afectuosos e em empatia com o doente, tornam-se vulneráveis na identificação das perdas do doente.

Podemos verificar que a relação empática que é estabelecida entre os participantes e os doentes é variável, sendo mais intensa em alguns casos, em que a identificação do enfermeiro com a situação vivida pela pessoa que morreu origina um cuidado de enfermagem que vai reforçar e melhorar as suas competências profissionais.

Os inúmeros momentos que proporcionam o contacto com o corpo morto permitem a este participante ter pensamentos diferentes, mas com a capacidade de reflectir sobre a técnica e sobre a pessoa:

“(...) Estou a pensar naquela pessoa, na técnica também, mas não há um pensamento uniforme que seja igual a todos (...)” E3: L18-19

Sendo a situação de morte de um doente um factor gerador de *stress*, e para muitos profissionais é visto como uma falha, existem muitas situações com as quais desejam não contactar. Assim sendo, Manso, Velho e Lumini (*in* Coelho e Oliveira, 2009:12) salientam que os enfermeiros poderão tender a refugiar-se nos gestos técnicos e demitir-se da sua intervenção humanista nestas situações, fugindo à confrontação com as suas próprias limitações e sofrimento.

Neste caso verifica-se que existe um refúgio e evitamento em relação à morte, quando o participante revela que a sua concentração é repartida ao nível de pensamentos sobre a pessoa que morreu e técnica de cuidados *post mortem*, o que pode evidenciar a não reflexão sobre o limite da sua condição humana.

B2.3. Pensamentos diferentes

No momento de contacto com o corpo, o enfermeiro é capaz de utilizar estratégias de evitamento, designadamente ter pensamentos diferentes:

“(...) Não há um que seja igual a todos. Pois depende muito como estamos, se estamos no início do turno, se estamos a meio, o que temos mais para fazer, quem é que está presente (...) Não é uma coisa que seja unânime a todos eles, porque depende das situações (...)” E3: L11-15

Coelho e Oliveira (2009:13) mostram que a morte é vivida em cada momento e por cada pessoa, enfermeiro, doente ou familiar, de forma diferente. Assim, por muito

que as experiências de morte se repitam no contexto profissional, não há como nos habituarmos a elas e, por mais que estejamos envolvidos no cuidado ao doente em fase terminal e sua família, a morte é algo muito íntimo e pessoal, sendo necessário respeitá-la como tal.

B2.4. Comunicação verbal

Para o próximo participante a comunicação verbal deve ser integrada durante a sua prestação de cuidados:

“(...) e falo com a pessoa: “vamos fechar os olhinhos”, vamos e continuo a falar com a pessoa, até ao fim (...)” E5: L21-22

Deaux e Wright (*in* Pereira, 2008:49) definem a comunicação como “(...) uma interacção onde duas pessoas ou mais enviam e recebem mensagem e, durante o processo, ambos se apresentam e interpretam um ao outro”. Assim sendo as pessoas quando comunicam entre si trocam informação, o que pressupõe um emissor e um receptor, que determinam comportamentos e atitudes. Watzlawick *et al* (*in* Pereira, 2008:49) afirmam que é impossível não comunicar, ou seja, todo o comportamento numa situação social tem um valor de mensagem, ou seja, é a comunicação. A actividade ou inactividade, palavras ou silêncio são detentores do valor de uma mensagem.

Como podemos verificar para que a comunicação seja efectiva é necessária a interacção entre duas pessoas. Neste caso esta condição prevalece, contudo essa relação é estabelecida entre uma pessoa viva e outra que já morreu, evidenciando o grau de apoio e conforto proporcionado por este participante, o que reforça que durante o processo de cuidar o enfermeiro tem o dever de respeitar o ser humano no momento da morte.

B2.5. Espiritualidade

A vivência da espiritualidade, perspectiva transcendental, é a estrutura de suporte que estes participantes utilizam quando estão em relação com o corpo morto:

“(...) Mas eu acredito que para além daquele corpo há uma alma, a alma está sempre presente, logo tem de haver um certo respeito (...)” E12: 180-182

“(...) Sentimento de que para além daquele corpo que está ali, há uma alma (...)”. E12: L9-10

Haase *et al* (1992) consideram o acreditar como um atributo crítico da espiritualidade. Acreditar em algo para além do *self*, um domínio inatingível, e uma fé que afirme a vida de forma positiva, indica a presença da vivência da esperança numa perspectiva espiritual. Para Gutierrez e Ciampone (2007:663) a espiritualidade é algo mais amplo do que uma prática religiosa, na sua essência consiste na busca de um sentido maior de transcendência da vida. Para os mesmos autores (2007:665) os enfermeiros no seu estudo concordam que a morte é uma porta de transição que leva de uma forma de vida a outra, pois a vida é contínua e eterna. Isso é reforçado pela maioria das religiões e escolas espiritualistas que crêem no conceito de imortalidade e indestrutibilidade da alma humana.

Gutierrez e Ciampone (2007:663) acrescentam que a espiritualidade é algo mais amplo do que uma determinada prática religiosa, e consiste na busca de um sentido maior de transcendência da vida. A religião está ligada aos aspectos instituídos de determinadas práticas conforme as tradições culturais dos distintos ritos religiosos. A espiritualidade pode ser compreendida como uma dimensão da personalidade que habita e se desenvolve no íntimo do ser, e integra os valores culturais inserido num sistema de crenças, símbolos, visão do mundo e sentido de vida pessoal.

Para estes participantes parece haver um cuidar daquele corpo com alma, o que denota uma união espiritual entre a pessoa que cuida e a pessoa que está a ser cuidada. Podemos concluir que neste caso a vivência humana, é fundamentalmente marcada pela espiritualidade, e associada ao bem-estar espiritual.

B2.6. Rezar

A prática do rezar é uma das formas adoptadas pelos participantes para expressar a sua espiritualidade. Através da religião as pessoas procuram explicações para os acontecimentos que transcendem a sua compreensão:

“(...) Eu costumo fazer uma coisa, que eu não sei se os outros enfermeiros fazem, mas pode parecer ridículo para as outras pessoas, mas eu rezo por essa pessoa, rezo por elas (...)” E8: L4-6 “(...) o que eu faço é mesmo isso, é fazer uma oração pela aquela pessoa (...).” E8: L36-37

*“(...) **Reza independentemente.** Independentemente da ligação que tenha com a pessoa, por acaso mesmo que a pessoa não tenha qualquer tipo de religião (...)” E9: L7-9*

De acordo com Gutierrez e Ciampone (2007:663) os enfermeiros no seu dia-a-dia de trabalho ligam-se à religião no momento em que se agrava o estado do doente e também da proximidade da morte. Os mesmos autores afirmam que os princípios religiosos influenciam a maneira destes profissionais aceitarem a morte, pois eles revelaram que a religião conforta-os e ajuda-os a suportar melhor o momento que é o final da vida. Os mesmos autores mostram que a oração é praticada pelos enfermeiros, quando estão em contacto com doentes gravemente debilitados, o que demonstra confiança e apoio na religião.

Bolander (*in* Lourenço, 2006:103) entende que saúde espiritual dum pessoa consiste no “estado de equilíbrio que transcende as coisas materiais e físicas”. Toda a

pessoa que tem a capacidade para aceitar algo que lhe é superior, que está para além de tudo o que é material, tem com certeza uma espiritualidade definida, uma saúde espiritual. Pode socorrer-se de uma força sobrenatural que normalmente encontra em Deus, na religião ou em crenças religiosas; para outros essa “força superior pode ser a ordem natural das coisas: ciência, destino ou mesmo uma grande fortuna”.

Figueiredo *et al* (*in* Alvim *et al*)²⁶ apontam duas formas de compreender a espiritualidade do doente: permitir ao doente uma ligação à sua fé através da oração e meditação, de acordo com a sua religião; ou o enfermeiro pode ter a capacidade para rezar pelo doente, mesmo que a sua religião seja diferente.

Para um atendimento correcto o enfermeiro não deve tomar como base as suas convicções para assistir o doente na sua necessidade espiritual, ou alegar à premissa da nacionalidade ou tradição cultural do doente a sua espiritualidade, pois as pessoas são livres de ter as suas opções, que devem ser respeitadas. Assim sendo o enfermeiro deve ter em conta o artigo 41º (liberdade de consciência, de religião ou culto) da Constituição da República Portuguesa e os artigos 16.º (âmbito e sentido dos direitos fundamentais), 18.º (todos têm o direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião) e 19.º (todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão) subscritos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem. Assim sendo o profissional de saúde deve atender o doente de uma forma holística e por isso deve ter algum conhecimento sobre as principais religiões do mundo e as respectivas práticas e/ou cultos, tal como defende Lourenço (2006:105).

Entendemos que uma das formas das pessoas viverem a espiritualidade é através da religião e eventualmente do seu envolvimento na comunidade religiosa onde podem

²⁶ ALVIM, Alyne de Medeiros, SANTOS, Camila de Oliveira, FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida, TONINI, Teresa - **Cuidando do corpo morto: Um relato de experiência**. Disponível (online) no sítio: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a116.pdf> acedido a (31/03/2010)

depositar a sua fé numa entidade divina. Deste modo, o rezar é uma manifestação expressa pelo participante que traduz o relacionamento com o divino e com o transcendente, levando a que as pessoas depositem nessas entidades a sua fé.

Outro participante refere que é importante saber qual o tipo de religião que os doentes praticam, de forma a atender às suas necessidades espirituais, como por exemplo rezar pela pessoa:

“ (...) é saber o tipo de religião que eles têm (...) Porque quando sei que é da religião católica, quando estou a fazer os cuidados post mortem costumamos rezar, com aquela pessoa, pegamos na mãozinha, antes de realmente envolver aquela pessoa (...), ou quando a pessoa sabe que vai falecer, falamos e eles próprios dizem que gostaria no fim se rezasse o pai-nosso quando chegar ao fim, e tentamos atender às necessidades daquela pessoa. É possível quando conhecemos a pessoa, quando por exemplo temos uma pessoa que não conseguimos comunicar com ela ou perante uma situação de uma paragem dificulta-nos bastante (...)” E5: L112-124

A espiritualidade e religião não devem ser confundidas. Lourenço (2006:104) apresenta uma definição de religião “como o encontro do Homem com uma realidade sagrada, da qual ele se considera inevitavelmente dependente, traduzindo em determinadas atitudes práticas”. A espiritualidade pode ser entendida como “uma doutrina, oposta ao materialismo, que reconhece a existência do espírito ou alma espiritual (...). Sustenta ser o homem constituído por corpo e alma ou matéria e espírito, mantendo estes dois co-princípios uma estreita relação na unidade da pessoa”.

Assim sendo o enfermeiro deve estar consciente dos princípios religiosos e formação cultural de cada doente, uma vez que podem atender em simultâneo doentes com crenças religiosas e factores culturais diversos, como defende Lourenço (2006:105).

Bolander (*in* Lourenço, 2006:105) acrescenta que o enfermeiro “com este conhecimento, (...) deverá ser capaz de prestar cuidados compassivos que vão ao encontro das eventuais preocupações do utente no que se refere a filiações culturais, étnicas ou religiosas”, e assim cumprir o artigo 2.º da carta dos direitos e deveres dos doentes.

Pattison (2008:49) defende que os rituais podem proporcionar conforto numa situação traumática. Assim sendo, o enfermeiro deve ter a capacidade de atender à cultura, à religião e às necessidades da pessoa, de forma a minimizar a tristeza e facilitar o luto da família perante a pessoa que morre.

Desta forma, os cuidados *post mortem* são uma oportunidade para mostrar aos familiares da pessoa que morre que o enfermeiro teve a capacidade de respeitar e de cuidar a pessoa após a morte de acordo com a sua cultura ou religião. Entendemos que uma das formas das pessoas viverem a espiritualidade é através da religião, e neste caso através da oração. Assim sendo, entendemos que a vivência da espiritualidade, seja por via da prática da religião e pela relação estabelecida com o divino, seja pelo relacionamento com outras entidades transcendentais pode representar uma importante fonte de conforto e apoio para as pessoas que contactam com a morte e com o corpo morto trazendo-lhes alguma serenidade. Gutierrez e Ciampone (2007:663) reforçam que independentemente das diferentes interpretações associadas a diversas religiões, os enfermeiros consideram o apoio espiritual valioso dado ao doente em processo de morrer.

B2.7. Receio de Tocar

A percepção do processo de toque é outro factor confirmado por alguns participantes. Esta situação é, por vezes, considerada como um sentimento de medo e

repulsa, em que em alguns caso o participante tem a consciência que não vai provocar qualquer tipo de alteração no corpo:

“(...) Pronto, tinha receio de tocar (...)” E1: L10-11

“(...) Mas é uma técnica que mexe comigo (...) Sim, mais pelo toque, também (...)” E9: L 77-79

“(...) O toque é feito de forma de diferente (...)” E12: L106-107

“(...) apesar da pessoa saber que não ia provocar um dano físico, uma dor, mas a posteriori as coisas mudaram um bocado, uma certa defesa pessoal (...)” E1: L11-13

Para Lopes (1999) o toque é considerado como uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas e negativas apresentando como condicionantes: o momento, a forma e o local onde ocorre. Pode ser utilizado não só como forma de tratamento, mas também como meio de comunicação e integração, pois permite manejar, manipular, levantar, movimentar e também sentir, estimular, acalmar e massajar.

Ribeiro, Baraldi e Silva (1998:119) afirmam que tocar no ser humano pela última vez é um momento especial, de respeito, zelo e amor.

Na nossa perspectiva na relação com o corpo morto, o enfermeiro toca inúmeras vezes no mesmo, sendo uma forma de comunicação não verbal capaz de transmitir atitudes e emoções, e que neste caso transmite a expressão de sentimentos de receio. Assim sendo, durante a prestação de cuidados, o tacto deve ser um acto espontâneo e sincero e tal como afirma Saraiva A. (1999:39-40) não faz sentido separar “o corpo físico (...) da mente, das emoções e da alma, uma vez que os cuidados de enfermagem transcendem o mundo físico e material”.

B2.8. Evitar o contacto visual

Durante a prestação dos cuidados este participante evita o contacto visual a nível da face do doente que morreu, e procura adoptar outras estratégias de adaptação:

“(...) Há uma coisa que eu tento, quando faço os cuidados ao morto, tento evitar olhar para a cara do morto. Geralmente tento olhar para outros sítios que não a cara, a face (...) e agora olho para ela e não é a mesma coisa e por isso tento evitar (...)” E12: L33-39

Ortiz (*in* Pacheco, 2004) refere que o olhar deve fazer parte da escuta activa, uma vez que é considerado de extrema importância para o estabelecimento de uma relação entre duas pessoas. É também através do olhar que o enfermeiro consegue interpretar o que a pessoa não transmite através das palavras.

De acordo com a SFAP (1999:81) as atitudes de receptividade e de partilha são verbais e não verbais e representam todos os comportamentos do enfermeiro na sua capacidade de escuta. O olhar tem uma real incidência sobre a relação, remete para uma dupla realidade, exterior e interior, é um espelho para o outro mas também para si próprio. Goffman (*in* Axt, 2006) acrescenta que uma situação social de interacção verbal implica uma complexa rede de linguagem não-verbal, que vai desde o olhar e o tom de voz até o gesto e a postura do corpo; a linguagem não-verbal expressa-se ao longo de toda a interacção, acompanhando-a e organizando-a, definindo quem fala, quem escuta, quem propõe as temáticas de discussão, quem é um ouvinte e quem não o é.

Considera-se que o enfermeiro deve saber autoavaliar-se, sendo por isso necessário reflectir sobre as suas acções, quer seja no momento em que presta os cuidados ao corpo morto, quer em outra altura da sua vida. Como descreve Ribeiro (*in* Pereira, 2008:62) o rosto é a área do corpo de maior importância no plano comunicativo, pois é nele que se concentram os elementos corporais mais expressivos,

que constituem a mímica. Através dele e das múltiplas expressões revelam-se “as vivências actuais e os estados permanentes da pessoa”.

B2.9. Vulto

O próximo participante aponta para o momento de passagem entre a vida e a morte, processo que ocorre com a pessoa que morreu, e que se relaciona com a aceitação com o término da vida:

“(...) A parte que me faz mais confusão é quando temos de fechar a cara e deixa de ser um corpo mas um vulto num momento só (...) e deixa de ser um corpo mas sim um vulto num momento só (...)” E7: L61-63

“(...) É como se fosse um momento raro, enquanto estamos a preparar o corpo, aquela pessoa ainda ali está, a partir do momento que passa a ser um vulto é como se terminasse e eu nunca mais vou ver aquela pessoa (...)” E7: L70-73

Loney (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003:205) acrescenta que a visão do corpo morto ajuda os sobreviventes a chegarem ao término ou a aceitarem a formalidade da morte.

B2.10. Pedra

A percepção do corpo morto como uma “pedra” foi outra vivência manifestada pelos participantes no estudo:

“(...) Parece uma rocha, uma pedra, porque as pessoas quando estão vivas, quer dizer é diferente (...)” E12: L28-30

Logo após a morte todos os músculos do corpo tornam-se flácidos e macios. Mas algum tempo depois tornam-se firmes e rígidos. Este processo é conhecido como

Rigor mortis: “Muscular stiffening following death”²⁷. Este processo inicia-se 10 minutos após a morte, começando pela face e mãos, e pode demorar cerca de 6 horas, dependendo do tamanho do doente, da causa de morte e da temperatura ambiente, como salienta Beattie (2006:24ac3).

B2.11. Objecto

A expressão “objecto” é utilizada por um participante do estudo, parecendo evidenciar a ausência de vida, salientando a diferença que existe nos cuidados à pessoa com vida:

“(...) De certa forma é como se fosse, ou seja, não é a pessoa que está ali, digamos é um objecto (...) Em relação ao morto, eu não queria definir objecto, mas não é igual a cuidar de uma pessoa que está viva (...)” E12: L107-112

Hesbeen (2000:11-32) mostra que o cuidado, no singular, permite recordar que se trata de uma obra de criação sempre única, que diz respeito a uma pessoa na singularidade da sua situação de vida. É por isso que a prática do cuidar é uma arte e não uma ciência. A concentração em tarefas a efectuar mostra o desvio, mas também os limites do sistema actual. O mesmo autor refere que o **corpo objecto** ou **corpo que se tem** é aquele em que os profissionais de saúde ocupam-se “de um órgão ou de uma função sem verdadeiramente contextualizarem esse órgão ou essa função na complexa globalidade de um indivíduo”. O **corpo sujeito** ou **corpo que se é** é aquele que “não se

²⁷ “Enrijecer muscular após a morte” (tradução livre da autora). Dicionário Inglês – Português. Disponível (online) no sítio: <http://www.answers.com/topic/rigor-mortis>

pode limitar a um conjunto de órgãos, de membros e de funções. É diferente da soma das partes que o compõem. (...) é animado de uma vida particular, pode mesmo dizer-se excepcional, feita de projectos, de desejos, de prazeres, de riscos, de alegrias e de dores, de fontes de motivação, de decepção mas também de esperança (...) é aquele que não pode submeter-se inteiramente à racionalidade do outro nem corresponder perfeitamente às teorias e aos instrumentos utilizados pelos profissionais”. Para o mesmo autor, as tarefas dirigem-se a *corpos-objectos*, enquanto a realidade dos cuidados confronta cada pessoa com a inesgotável riqueza da complexidade do ser humano, ou seja, com o *corpo-sujeito*.

Desta forma torna-se importante pensar que o corpo morto não poderá ser considerado como um corpo objecto, mas antes como um corpo sujeito, diferente da soma das partes que o constituem. Assim sendo o enfermeiro distingue-se na arte do cuidar se tiver em conta que o corpo *post mortem* era detentor de uma vida particular, de uma vida de projectos, o que permite integrar a compreensão do outro na sua singularidade, e assim prestar cuidados *post mortem* individualizados.

B2.12. Relação empática

Estes participantes revelam a importância da manifestação de empatia que deve ser desenvolvida e demonstrada no contacto com o outro de uma forma autêntica:

“(...) Depende às vezes do doente, depende da relação que já tínhamos com ele, se estava cá há muito tempo (...)” E9: L6-7

*“(...)E que tipo de reacções costuma ter? Se uma pessoa chora e assim? **Sim.** (...) depende se a família estiver presente é mais complicado, a pessoa sente uma certa empatia, depende da forma como os doentes nos tocam. Há doentes que nos tocam mais do que outras, pelo tempo de internamento, pelas relações prévias que a pessoa estabelece com o doente, e isso sempre influencia um pouco (...)” E11: L17-22*

“(...) Porque se está ali o familiar de A, B ou C, que é uma pessoa que foi tratada com respeito e carinho durante o internamento, e que não se pode fazer mais, e que acabou por ir (...)” E1: L30-32

“(...) O primeiro foi complicado, mas acho que isso é assim, quando nós nos apegámos mais a um doente, quando conhecemos um doente durante todo o internamento (...)” E3: L24-26

“(...) Houve de certa maneira uma relação enfermeiro-doente (...) Portanto nunca senti que havia esta mistura de sentimentos, a não ser que fosse um doente que fosse para lá bem e agravasse e pronto, que eu tivesse estabelecido uma relação com ele. Ai claro que me toca (...)” E4: L 17-21

“(...) Se acaba por ser uma pessoa que nós conhecemos mal e que teve pouco tempo no serviço, acabamos por esquecer e distraímos-nos com outras coisas e depois lá vem o pensamento de vez em quando (...)” E10: L35-38

“(...) Nós também estabelecemos uma relação com o utente (...) Há uma certa relação, não é uma relação familiar, mas há um conhecimento, há um certo carinho, afecta-nos sempre (...). Aqui num serviço de Medicina há sempre um relacionamento, pois a pessoa não nos é estranha (...) Nós conhecemos a pessoa, já conhecemos a família, faz parte da nossa vida, o trabalho também faz parte da nossa vida (...)” E1:L173-185

Phaneuf (2002) refere que a empatia pode ser definida como um profundo sentimento de compreensão do outro, para o qual convergem os esforços do enfermeiro num contexto de ajuda. Em certos casos, tal como refere é quase sinónimo da própria relação de ajuda, quando esta se desenvolve num contexto informal. Para Pacheco (2004) a relação de ajuda baseia-se no estabelecimento e manutenção de uma comunicação terapêutica interpessoal, num ambiente de confiança que permite o apoio e ajuda a quem deles necessita. A mesma autora defende que o estabelecimento de uma relação de ajuda só ocorre se o enfermeiro demonstrar uma atenção constante e um respeito permanente, o que não deve limitar à presença física.

A relação de ajuda, é um dos requisitos mais importantes de empatia por parte do enfermeiro (Lazure, 1994:77). Segundo Forsyth (*in* Lazure, 1994:77) o enfermeiro com um alto grau de empatia provoca nos clientes resultados positivos, enquanto que

aquelas que apresentam graus mais baixos contribuem para atrasar a sua evolução. Lazure (1994:159) considera que a empatia é uma das características fundamentais da relação de ajuda. A enfermeira empática usa momentaneamente as emoções do cliente com a finalidade de o compreender inteiramente mas é essencial que se mantenha consciente da sua própria individualidade (Kalisch, *in* Lazure, 1994:160)

Pereira (2008:128) considera que os profissionais de saúde constituem-se como mediadores de uma relação de ajuda, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes, sem alimentar falsas esperanças. É importante ter em conta que “a atenção no ser humano em sofrimento provocado por uma situação de doença, para além de ser uma questão de solidariedade humana, constitui um imperativo ético para todos os profissionais de saúde”.

Ravez (*in* SFAP, 1999:87-89) acrescenta que “acompanhar (...) é percorrer uma parte do caminho ao lado de alguém até um destino cuja natureza desconhecemos. Não se trata de lhe propor percorrermos o caminho no seu lugar”, especificando que acompanhar não é colocar-se no lugar do outro, mas sim estabelecer uma distância entre si e o outro, distância esta indispensável à relação. Lamau (*in* SFAP, 1999:888) define o acompanhamento em função do que engloba da relação entre os que prestam cuidados e os que recebem: uma competência profissional, uma escuta respeitadora e uma comunicação verdadeira com o doente e com os que lhe são próximos. A SFAP (1999:88-89) defende que o acompanhamento remete-nos para a noção de morte suave, calma e tranquila, junto dos seus. O acompanhamento é um acto da vida humana que se profissionalizou no contacto com o movimento dos cuidados paliativos, o que pode originar um novo rito social para a proximidade do morrer, contribuindo para proporcionar segurança às pessoas perante a inquietude, não de morrer, mas sobre as condições nas quais fará esta passagem.

Para a SFAP (1999:96) a equipa deve encontrar as suas próprias formas de encerrar a relação que durou, por vezes, vários meses, ou mesmo vários anos. São possíveis diferentes momentos de encontro: no momento em que o corpo é levado, quando a família vem levantar os bens do defunto que ficaram no Hospital ou quando o enfermeiro vai buscar o material de cuidados ao domicílio.

Estes participantes consideram que a relação empática é fundamental e intrínseca ao cuidado sendo determinante no tipo de assistência oferecida. Assim sendo, ao compreender a essência do outro na sua vida e na sua morte, passa a compreender em si próprio a sua trajectória nas suas acções e na arte do cuidar. Estes participantes associam o tipo de relação estabelecida e o tempo de contacto com o doente com a intensidade e a presença de determinadas emoções, sendo por isso a empatia a capacidade de verdadeiramente se colocar no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê, tal como afirma Chalifour (*in* Queirós, 1999:35).

Tendo presente as condições prévias necessárias à relação de ajuda acima definidas, bem como o conjunto de atitudes que se revelam princípios basilares nas relações humanas, como a empatia, o respeito e a aceitação, acreditamos que a actuação do enfermeiro permite o cuidar a pessoa como um todo.

B3. Relação do enfermeiro com família do falecido

Esta categoria refere-se à capacidade que estes profissionais possuem face à família nesta fase da vida, quando exercem a sua profissão nesta área específica.

B3.1. Respeito pelo luto da família

Nesta subcategoria existem vários factores que contribuem para o desenvolvimento de uma relação empática com a família, que se referem à capacidade que estes participantes possuem para permitir que a família expresse os seus sentimentos e iniciem o seu processo de luto:

*“(...) Também costumamos facilitar aos familiares irem lá para dentro, porque muitas vezes a pessoa está com a higiene feita, (...) e em condições para seguir para a casa mortuária, e nós esperamos mais um tempo para que a família possa fazer o seu primeiro luto, o seu início, ao pé do seu familiar, sempre que pedem é lhes facilitado (...)”
E1:L137-142*

“(...) o que já me aconteceu foi um doente falecer na presença da esposa, e é claro que eu não ia despachar a senhora para fazer a múmia, nada disso. Permite que ficasse um tempinho, que se despedisse, (...) de assimilar, não é? E depois então tratar do corpo (...)” E7:89-94

Para a SPAP (1999:96) a pessoa enlutada precisa de ser reconhecida na sua dor. Os rituais laicos e religiosos são meios de integração da partida do outro. Estes últimos permitem partilhar a dor numa sociedade onde as emoções são mal aceites. O enfermeiro deve confiar nas suas capacidades de ultrapassar esta dificuldade e ajudar o familiar a encontrar os seus próprios recursos interiores.

Beattie (2006:24ac4) refere que a morte de um ente querido é traumática, por mais preparada que a família esteja para este acontecimento. Assim, a sua primeira reacção é de choque, apatia e descrença, bem como de revolta, choro e gritos. Algumas pessoas podem ter sintomas de taquicardia e falta de ar, e outras podem ter náuseas e mesmo desmaiar. O enfermeiro deve permitir que a família expresse os seus sentimentos acerca da morte, bem como proporcionar um tempo a sós com o corpo *post mortem*.

Ao permitir a essas famílias ficar algum tempo junto dos restos mortais do seu ente querido, estamos a permitir-lhes romper os laços físicos que não estavam totalmente desfeitos no momento da morte. Como defende Beattie (2006:24ac2) deve ser proporcionado à família a opção de ver o seu ente querido antes ou depois da prestação dos cuidados *post mortem*, bem como o enfermeiro deve permitir que a família ajude na prestação dos cuidados *post mortem*.

B3.2. Preocupação antes de realizar os cuidados *post mortem*

No presente estudo, a preocupação em relação à família e outros significativos está presente, antes de iniciar os cuidados *post mortem*, como sugere o exemplo de um dos participantes:

“(...) Tento saber se os familiares gostavam de ver o corpo antes de nós fazermos a múmia. Muitas das vezes fazemos logo sem pensar se calhar os familiares gostavam de esperar para ver o corpo, acho que é por aí (...)” E8: L12-15

Pessagno (1997:32a) defende que o enfermeiro é um dos primeiros profissionais a contactar com a família do doente após o seu falecimento, sendo por isso responsável por ajudá-la aceitar a realidade, ao permitir a sua participação na prestação dos cuidados *post mortem*. Para o mesmo autor o enfermeiro deve abordar a família sobre os cuidados *post mortem* de forma natural perguntando se gostariam de ajudar no banho do seu ente querido. Esta situação permite-lhes sentir úteis e iniciar o seu processo de luto. Se a família optar por querer ajudar na prestação dos cuidados *post mortem*, o enfermeiro deve informar: que o todo o equipamento médico irá ser retirado; que a pele do seu ente

querido se encontra fria, e que os seus membros superiores e inferiores podem ficar rígidos.

O enfermeiro é o responsável por ajudar a família a iniciar o seu processo de luto. Neste caso existe o interesse em que a família estabeleça contacto com o seu familiar antes ou depois do início dos cuidados ao corpo *post mortem*, sendo por isso da responsabilidade do enfermeiro perguntar se a família gostaria de participar na prestação destes mesmos cuidados, permitindo-lhes iniciar o seu processo de luto. Pattison (2008:55) reforça que a atenção que é dada à família vai influenciar as suas memórias, que podem perdurar no tempo, relativamente aos eventos que rodearam a morte e os cuidados prestados ao seu familiar.

B3.3. Respeito por crenças religiosas

O respeito por crenças religiosas é uma forma de expressar que estes participantes estabelecem uma relação com a família baseada na importância desta ser envolvida em todo o processo de luto:

“(...) Os familiares chegassem ao pé de nós, o que nunca aconteceu, e nos dissessem para não fazer aquilo, porque ia dificultar os cuidados deles à posteriori, dentro da religião deles, não me parece que a gente se fosse importar com isso. A maioria da população é católica, e a maioria da população espera realmente o seu ente vá de braçinho cruzado para colocar o tercinho e mais não sei o quê. Noutra cultura se nos pedirem, não faz diferença, pois a pessoa quando sai daqui, sai com os cuidados de higiene feitos, arranjadinha e embrulhada num lençol (...)” E1:L116-124

De acordo com Quested e Rudge (2003:558) a partir do momento que os familiares visualizam o falecido inicia-se a despersonalização da pessoa morta, ou seja, a sua identidade, personalidade e carácter são removidos, com excepção da identificação do Hospital.

Para Twycross (2003:59) a religião que aperfeiçoa a vida proporciona um apoio face à doença e à morte. Assim sendo a religião é o apoio na altura da morte, e inclui princípios e práticas adoptadas pelas diferentes culturas, com diferentes inspirações religiosas, no que dizem respeito ao tratamento ao corpo morto. Twycross (2003:60-62) refere que, por exemplo, na cultura Judaica e Muçulmana a inumação do corpo deve ser realizada no espaço de 24 horas, e não se pratica o embalsamamento. De salientar que no caso da comunidade judia após a morte é aconselhável aos prestadores de cuidados calçar luvas descartáveis para que não haja contacto directo com o corpo, em que alguns elementos desta comunidade lavam e preparam o corpo para a inumação. No caso do Hinduísmo pratica-se a cremação, e logo após a morte, deve-se pedir aos familiares que lavem o cadáver, o que em muitos casos é realizado espontaneamente. Em relação à religião cristã e ao Budismo a inumação ou a cremação são opções destinadas ao corpo morto, sendo que qualquer pessoa pode aplicar estas práticas. No caso do Islamismo o corpo não deve ser lavado pelos profissionais de saúde, mas sim por um agente funerário muçulmano ou familiares do mesmo sexo do morto, em que existem regras em relação à posição do corpo, como: o braço direito é colocado sobre o esquerdo, ao longo da parte inferior do tórax (posição de oração), a cabeça é colocada para a direita e a cama é posicionada de forma que o corpo fique virado para Meca.

Cada Cultura assume perante a morte as suas práticas e ritos, sustentadas numa base tanto espiritual como cultural. A religião ligada a cada cultura, fornece um enquadramento para a percepção da morte, as atitudes perante ela e rituais funerários adequados. Partilhámos da opinião de Clara Saraiva, no artigo “Embalming, sprinkling and wrapping bodies. Death ways in America, Portugal and Guinea-Bissau: a cross-cultural study” (2004), quando afirma que os rituais funerários são considerados como uma tentativa de negar a morte, como por exemplo a cremação ou o embalsamamento

do corpo que são assistidos pelo público, ou quando objectos que pertenciam à pessoa que morreu são colocados junto do mesmo, no interior do caixão, de forma a fazer a passagem para o outro “mundo” acompanhado.

B3.4. Reacção da família do doente

Neste caso, os participantes do estudo evidenciam aspectos relacionados com a reacção da família do doente, associados à sua capacidade de adaptação a esta fase:

“(...) se conhecemos os familiares também se pensa neles, como vão reagir ou não (...)” E9: L23-24

Para Pacheco (*in* Saraiva D., 2009:12) a família do doente em fim de vida é motivo de preocupação por parte dos enfermeiros uma vez que “os familiares têm um papel fundamental na vida de qualquer pessoa, facto que assume uma relevância especial no processo terminal de uma morte anunciada”.

Pattison (2008:51) afirma que o enfermeiro deve ter em conta que algumas pessoas podem não conseguir expressar a sua tristeza tão facilmente como outras, sendo por isso necessário possuir competências sociais e psicológicas para conseguir lidar com diferentes tipos de luto. Green e Green (*in* Pattison, 2008:51) salientam, por exemplo, que a morte do parceiro pode levar a um luto complicado, uma vez que algumas pessoas não conseguem expressar a sua tristeza e outros sentimentos pelo seu parceiro. Este tipo de perda pode levar a distúrbios mentais, sendo da responsabilidade do enfermeiro proporcionar a informação sobre necessidade de acompanhamento psicológico, e estruturas de suporte existentes na comunidade.

Assim sendo o apoio e o acompanhamento da família devem ser considerados pela equipa multidisciplinar, uma vez que a família deve ser considerada como um

elemento central que necessita de cuidados, por todas as alterações que a morte de um ente querido pode provocar.

B4. Influência do ambiente na prestação dos cuidados *post mortem*

De acordo com a OE²⁸ o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa /ambiente.

B4.1. Privacidade

Os participantes do estudo expressam a importância da privacidade por parte dos profissionais de saúde, no momento de prestação dos cuidados *post mortem*:

“(...) Normalmente quando se está a fazer os últimos cuidados ao corpo, há uma certa privacidade, normalmente ninguém entra (...)” E1:L154-157

“(...) e quando é possível passar a cama e fazer os cuidados post mortem na sala de tratamentos, que é mais resguardada (...) Pois fechamos as cortinas nos quartos, quando conseguimos, quando podemos fazemos isso (...) Até porque algumas famílias querem (...) estar com o doente após a morte (...)” E3: L 63-70

“(...) É claro que se for durante o dia tenta-se levar o corpo para uma sala onde podemos estar à vontade, aliás quer durante o dia quer durante a noite, mas é obvio que tentamos levar o corpo para uma sala, fechar a porta, o menos possível de barulho, não é?! (...)” E12: L149-153

“(...) A gente tenta sempre o máximo possível preservar a intimidade, não é? do corpo em si, embora já seja um corpo, era uma pessoa tem

²⁸ Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Ordem dos Enfermeiros. Disponível (online) no sítio: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/98_Padroesqualidade.pdf Acedido a 28/03/2010.

de ter dignidade, não é, como tal. Assim dentro dos possíveis a gente tenta criar um ambiente o mais protegido possível e com a máxima descrição, nessa fase da vida que terminou (...)” E6: L74-78

A etimologia da palavra privacidade, derivada do inglês *privacy* + *i+dade*, que se caracteriza por ser um ambiente afastado da vida pública ou social, um ambiente de recato e sossego, como algo pertencente à vida íntima (Dicionário da Língua Portuguesa)²⁹.

A função dos próximos participantes, no momento de prestação dos cuidados ao corpo, é de cuidado e atenção para manter um ambiente silencioso e tranquilo:

“(...) Devia ser um ambiente silencioso (...) mas aqui é quase impossível. Porque aqui é revolto, na medida dos possíveis (...)” E2: L101-102

“(...) Nós temos aqui uma sala de tratamentos, portanto levamos a pessoa, apagamos a música (...)” E5: L90-92

“(...) Acho que se deve respeitar o mínimo de silêncio (...)” E7: L78

“(...) Para mim nessas alturas acho que o silêncio é o mais indicado. Se calhar a auxiliar por vezes conversa, mas não me dá aquela vontade de conversar. Acho que o silêncio é mesmo o melhor (...)” E9: L89-92

“(...) Tenta-se ter um ambiente livre de ruídos e acima de tudo fazer as coisas de uma forma calma, e sem grandes barulhos (...)” E12: L155-156

“(...) Devia ser um ambiente (...) calmo, mas aqui é quase impossível. (...)” E2: L101-102

“(...) deve ser um ambiente (...) calmo, (...) para estarmos a prestar os últimos cuidados à pessoa, acho que deve ser por ai (...)” E10: L86-88

²⁹ INFOPÉDIA - Dicionário da Língua Portuguesa. Porto Editora. Disponível (online) no sítio: <http://www.infopedia.pt/diciope.jsp?dicio=0&op=DefExpoente&Entrada=privacidade&Expoente=0> (acedido a 17/03/2010)

Allen (*in* Reich, 1995), na enciclopédia de Bioética norte-americana, refere-se à privacidade como um conceito complexo e fundamental na determinação das práticas e nos cuidados de saúde. Para este autor, privacidade é também sinónimo de segredo, confidência ou anonimato. Pupulim e Sawada (2002:434) acrescentam que a privacidade “é uma necessidade e um direito do ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade”.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 86.º, do respeito pela intimidade³⁰, o enfermeiro deve atender aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes a cada pessoa, e assume o “dever de:

- a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega a privacidade e a intimidade da pessoa”.

Outros participantes revelam que é importante preservar a privacidade do doente que faleceu, em relação aos outros doentes da unidade:

“ (...) Nós corremos sempre as cortinas no caso das enfermarias, encerramos sempre as cortinas, embora os doentes acabem por perceber isso quando vem um maqueiro para vir buscar, mas tentamos que não seja assim tão perceptível, porque existem doentes que ficam mais nervosos com essa situação, mais ansiosos. Queremos dar mais intimidade ao momento (...)” E7: L82-87

“(...) Tento dar a maior privacidade, é isso, de modo a que os outros doentes não se apercebam da situação, tentamos respeitar ao máximo essa situação, tentamos dar a maior privacidade ao corpo (...)” E11: 60-62

³⁰ CÓDIGO DEONTOLÓGICO – Código Deontológico do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 104/98 – Artigo 86.º (Do Respeito pela intimidade) In Ordem dos Enfermeiros. Disponível (online) no sítio: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoSaudeEnsino.aspx> (acedido a 28/03/2010).

“(...) Sempre que possível, levar para outra sala, de modo que aqueles doentes ali à volta (...) não se apercebam do que aconteceu, porque acaba por ser muito constrangedor para as pessoas que estão (...) acabam por ter outros pensamentos negativos que não valem a pena enquanto internados. Acabo por tentar tirar daquela sala e preparar o corpo numa sala à parte sem ninguém, sem outros doentes (...)” E10: L91-97

“(...) nem sempre há privacidade, o corpo é transportado numa maca pelo serviço e os doentes vêem isso, e talvez esse processo seja, devesse ser um pouco diferente, não sei, o transporte deveria ser diferente(...)” E11: L49-52

“(...) O ambiente ideal tem de ser de privacidade, de qualquer maneira tem de ser de privacidade, quanto mais não seja por respeito aos outros doentes, por respeito ao doente que acabou de falecer (...)” E4: L119-121

Para a SFAP (1999:96) é preciso ter cuidado com a apresentação do corpo, uma vez que todos os detalhes ambientais irão reforçar o sofrimento ou a lembrança que se irá guardar. Algumas pessoas participam na higiene mortuária forma de fechar a relação: isso pode ser uma forma de ritual que ajude os próximos como os prestadores de cuidados. Acolher a família a acompanhá-la até junto do defunto é uma forma de atenuar a dureza do momento, particularmente se houver crianças. No Hospital, o ambiente deve permitir-lhes recolherem-se na intimidade do quarto ou da morgue. O apoio é aceitar estar numa posição de testemunha, é deixá-los exprimir as suas emoções, escutá-los na sua revolta, na sua raiva ou na sua dor e acolher as suas lágrimas.

Ribeiro, Baraldi e Silva (1998:119) consideram que durante a prestação dos cuidados *post mortem* a privacidade é assegurada através da utilização de uma cortina ou biombo. Estas acções, em conjunto com a comunicação não verbal existente entre os profissionais, são percebidas pelos outros doentes como o acontecimento da morte. Pastore e Pimentel (*in* Ribeiro, Baraldi e Silva, 1998:119) acrescentam que esta postura de esconder o morto tem origem na cultura da sociedade, e por isso faz parte da cultura hospitalar.

B4.3. Ausência de Significado

Outro participante revela que a concentração em actos de natureza técnica, impede-o de dar significado ao ambiente onde se encontra inserido:

“(...) Eu acho que a pessoa está focada naquele corpo, naqueles cuidados e nos pensamentos que nos invadem nesta altura, que o ambiente deixa de ter muito sentido, sinceramente. Pode ser uma sala fria, uma sala fechada, uma sala com pouca luz que pelo menos que aquilo que eu sinto, aqueles pensamentos que eu já referi vem à cabeça, e de certa forma a pessoa esquece um pouco o ambiente (...)” E12: L143-149

Hennezel (*in* Abiven, 2001:155) caracteriza a instituição hospitalar de impessoal e encontra-se envolvido por um ambiente deprimente.

Segundo Collière (*in* Augusto, 2004:71) “Os cuidados de natureza técnica não exigindo demasiada competência, facilmente se multiplicam arrastando o corpo para uma acção repetida de actos estereotipados, transformando o nosso corpo num produtor de cuidados/actos e o corpo do doente em objecto de cuidados, objectivando-o e manipulando-o, como se de uma máquina se tratasse”.

C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro

No tema “Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro” foram identificadas três categorias, a saber: “Manifestação cognitiva em relação à morte”, “Ao nível das competências profissionais” e “Ao nível da gestão da vida quotidiana”.

Para uma maior facilidade de compreensão do total de categorias e subcategorias incorporadas neste tema, estas encontram-se representadas no quadro n.º4.

Quadro n.º4 – Tabela representativa do tema “Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro” com as respectivas categorias e subcategorias.

Categorias	Subcategorias
C1. Manifestação cognitiva em relação à morte	C1.1. Natural C1.2. Estranha e mistério C1.3. Espiritual C1.4. Finitude C1.5. Passagem C1.6. Morte cerebral C1.7. Vida efémera
C2. Ao nível das competências Profissionais	C2.1. Capacidade para Lidar com a morte C2.2. Respeito C2.3. Dignidade e honra C2.4. Verdade
C3. Ao nível da Gestão da Vida Quotidiana	C3.1. Alteração no dia-a-dia C3.2. Ausência de rituais C3.3. Valor do ser humano

C1. Manifestação cognitiva em relação à morte

C1.1. Natural

Este participante atribui significados distintos à morte em diferentes momentos da sua vida profissional. Actualmente aceita a morte como natural, e considera-a um acontecimento inevitável da vida:

“(...) Agora é visto como um acontecimento natural, o que não era no início. (...)” E1:L68-69

“(...) Se calhar, se as pessoas aceitassem que a morte é uma coisa natural, como é o nascer (...)” E1:L192-193

Para Veloso *et al* (2003:6) a morte é muito estigmatizada na sociedade e conviver directamente com ela causa mau estar nas pessoas. Os profissionais de saúde

que vivenciam o processo de morrer constantemente, como é o caso dos enfermeiros, os quais estão em contacto directo com o doente, já deveriam encarar a situação de morte de uma outra forma, considerando-a como uma fase natural do viver do ser humano. O mesmo autor defende que a morte deixou de ser um fenómeno natural, necessário, para se tornar sinónimo de fracasso profissional.

Conclui-se que de modo a manter o equilíbrio emocional, o enfermeiro afirma que o morrer faz parte do ciclo vital, como um processo natural.

C1.2. Estranha e Mistério

Os próximos participantes identificam a morte como estranha, sendo este factor de preocupação, que revela a incompreensão e o mistério:

“(...) De qualquer das maneiras a morte é ainda estranha o suficiente para nos deixar um pouco preocupados (...)” E1:L79-80

“(...) É um caminho misterioso (...)” E9: L13

Cabral (*in* Lourenço, 2006:82) define o Homem como um ser múltiplo e complexo, objecto de várias disciplinas e áreas do saber, “que se podem integrar nos dois grandes grupos Ciências da Natureza e Ciências do Espírito, aos quais há ainda a juntar os conhecimentos de origem sobrenatural revelada (...). Sendo o Homem duplamente misterioso, todo o conhecimento sobre ele é inevitavelmente afectado, em maior ou menor grau, pela irredutibilidade própria do mistério. Com efeito o Homem não é só objecto de conhecimento, mas simultaneamente sujeito; e daqui resulta que a pergunta sobre o Homem não seja um simples problema, mas um mistério.”

Para Oliveira, Brêtas, Yamaguti (2006:388) a morte vista como o desconhecido faz emergir emoções de medo, está associada ao mistério, sendo um acontecimento não familiar. A morte também está associada a um certo fascínio, que o desconhecido oferece a possibilidade de descobrir algo que não se conhece e que pode ser mais intrigante que a própria existência.

Nesta representação, a morte é uma consequência e faz parte da vida, despersonalizada, não é de ninguém, é de toda humanidade, e está presente no quotidiano das pessoas.

C1.3. Espiritual

Neste caso a morte está associada a uma crença, a uma convicção, em que a fé em algo permite adquirir capacidades que conduzem à capacidade para enfrentar as situações que envolvem a morte e o morrer:

“(...) O que deixa muitas perguntas no ar é a pessoa não saber o que realmente vem a seguir. Será que a seguir vem alguma coisa? Ou aquilo termina mesmo ali? (...)” E1:L85-87

“(...) Mas alegre-me pensar que a morte é o fim só desta vida (...)” E2:L67

“(...) há pessoas que acreditam que vão para outro sitio, ou qualquer outra coisa assim, ou para outra área ou outra dimensão (...)” E3: L44-46

“(...) Em relação à alma, eu acredito que a morte seja o início de uma vida, portanto da nossa alma, entre aspas, e não do nosso corpo. O nosso corpo acabou, mas a alma de certa forma, eu penso que existe vida depois da morte. É aquela parte da alma que vive, o corpo acaba, mas a alma penso que se mantém (...)” E12: L 78-83

“(...) Não sei se acredito se não, mas tento pensar que há mais qualquer coisa para não ser tão triste, não é?! Nós não podemos viver só 80 anos, é impensável, acha? Não sei! (...)” E2:L69-71

“(...) Sim, será que existe mesmo alguma coisa? Será que é só um corpo? (...)” E9: L10-11

“(...) o que poderá acontecer depois, se é que existe o depois ou não. Eu penso nisso, nem toda a gente pode pensar (...)” E9: L59-61

Ruiz De La Pena (*in* Lourenço, 2006:82) refere que “o Homem é algo mais que matéria e corpo”. Nogare (*in* Lourenço, 2006:82) afirma que Platão é o filósofo responsável pela problemática do espírito e matéria, alma e corpo, e portanto pela imortalidade da alma. Assim surge a importância da espiritualidade na vida do Homem.

Assim sendo, Lourenço (2006:99) afirma que a espiritualidade dá sentido à vida, que satisfaz o ser humano e o encoraja no dia-a-dia a encarar os contratempos e as vicissitudes da vida. Bolander (*in* Lourenço, 2006:99) mostra que a espiritualidade “é o princípio de vida que impregna todo o ser humano nas suas dimensões físicas, emocionais e intelectuais, morais, éticas e volitivas (o poder de escolher e de tomar decisões)”.

Leclercq (*in* Lourenço, 2006:99) defende que a espiritualidade é uma força invisível essencial nas nossas vidas, trazendo um sentido de continuidade e significado para a nossa existência. O mesmo autor defende que ao aprofundarmos a nossa espiritualidade, mais felizes nos tornamos, encaramos o sofrimento numa forma amena, e aceitamos a morte como a razão última da nossa existência.

Gutierrez e Ciampone (2007:664) afirmam que os enfermeiros buscam na espiritualidade e nas crenças religiosas meios para tentar aliviar o sofrimento dos doentes, e indirectamente os seus próprios. A aceitação da morte nas diferentes culturas passa a ser mais tranquila nos casos em que os quadros *post mortem* são construídos a partir de modelos teóricos que acreditam na *imaginação vital*, e esse conceito é definido como uma capacidade psíquica de visualizar e vivenciar um outro plano da realidade.

As frases desvelam elementos de concepção espiritual, em que o indivíduo tem a morte enquanto transição entre o mundo material e o espiritual. A morte como transição é a representação das crenças e convicções espirituais do ser humano. Kubler-Ross (*in* Alvim *et al*)³¹ acrescenta que “os cientistas carecem de humildade (...) para aceitar que há milhões de coisas que não podemos compreender, mas que nem por isso deixam de existir, de ser verdadeiras”.

C1.4. Finitude

O elemento finitude revela o carácter de finito, ou seja, que tudo está acabado. Neste caso, temos a desvinculação do tema morte ao aspecto religioso/espiritual, como é referido pelos seguintes participantes:

“(...) A morte é o fim desta vida aqui, não é?! O fim de tudo para alguns (...).” E2: L66-67

“(...) A morte é o terminar da vida, é o ciclo de vida, é o terminar, portanto é o chegar ao fim (...).” E3: L43-44

“(...) A morte é um término da vida que é, mas acho que se calhar, não digo que existe vida para além da morte, mas não sei acho que não se deve encarar mesmo como um fim de tudo (...).” E6: L35-38

“(...) A morte não é uma definição que vem nos livros, é um fim de um ciclo, acho que é basicamente isso, uns mais curtos, outros têm uma vida mais prolongada, é um ciclo (...).” E7: L46-4

“(...) A morte acaba por fisicamente ser o fim da vida, não é?! (...).” E10: L41-42

³¹ ALVIM, Alyne de Medeiros, SANTOS, Camila de Oliveira, FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida, TONINI, Teresa - **Cuidando do corpo morto: Um relato de experiência**. Disponível (online) no sítio: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a116.pdf> acedido a (31/03/2010)

“(...) É assim, a morte é o fim. É o fim de uma vida terrena, de uma vida terrena porque eu acho que o ser humano tem um corpo e tem uma alma (...).” E12: L75-77

“(...) Que a vida é isso mesmo, é um continuum, que tem um início e tem um fim, e que para aquela pessoa chegou o fim. E muitas das vezes vê-se até chegar lá (...).” E1: L36-38

Martins, Franco e Fernandes (2004:75) consideram que a morte é a cessação absoluta da vida individual do organismo. Considerado um processo lento e irreversível que se verifica em todos os organismos e este processo natural pode ser encurtado de diversas formas como a doença ou acidente. O conceito de morte encontra-se intimamente ligado à noção de finitude e de inevitável.

O ser humano ao contactar com a morte, tem em conta a fragilidade e a efemeridade da vida, sendo por isso necessário que os profissionais revejam os seus conceitos sobre a existência, a vida e a morte, de modo a em que cada situação seja possível agir de forma adequada e humanizada.

C1.5. Passagem

O elemento denominado passagem compreende uma concepção espiritual, segundo a qual a pessoa tem a morte enquanto transição entre o mundo material e o espiritual, como referem os seguintes participantes:

“(...) A morte para mim é a passagem (...).” E5: L60

“(...) A morte acaba por ser uma passagem, prefiro pensar assim (...).” E10: L44-45

“(...) E da minha crença religiosa, é a passagem e espero bem para um mundo melhor, sem sofrimento (...).” E5: L60-63

“(...) Eu sou católica e entendo isso como algo mais, acaba por ser a passagem, não é?! Eu prefiro pensar assim porque faz-me confusão pensar que a partir dali não existe nada (...).” E10: L42-44

Oliveira, Brêtas, Yamaguti (2006:388) referem que a morte enquanto transição, constitui a representação das crenças e convicções espirituais do ser humano. É vista como evento universal que ocorre num dado momento da vida.

C1.6. Morte cerebral

Para outro participante a explicação da morte é encontrada na ciência:

“(...) O que está ali é um corpo, se formos a ver em termos mais racionais é, somos um animal também. Chega uma altura em que temos de morrer, mas o que é a morte? Se formos ver em termos médicos, em termos hospitalares, é a morte cerebral (...).” E9: L15-19

Martins, Franco e Fernandes (2004:75) referem que o conceito de morte do ponto de vista científico pode ser tido como a cessação da vida definitiva e irreparável. A morte clínica consiste na paragem das funções vitais fundamentais, isto é a respiratória, a circulatória e a nervosa. De acordo com o CNECV, no Parecer sobre o critério de morte³², “o critério de morte definido pela irreversibilidade das funções do tronco cerebral deve ser o adoptado, pelas razões seguintes:

a) só as estruturas nele existentes permitem a integração das diferentes funções vitais e permitem, portanto, a unidade e reacção que caracterizam o funcionamento do corpo como um todo;

³² CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (CNECV) – Documento de Trabalho 10/ CNECV/ 95 – **Parecer sobre o critério da morte**, 1995. 3p. Disponível (online) no sítio: http://www.cnecv.gov.pt/NR/rdonlyres/BEA802C7-227F-44C6-ACCF-7BE1338ACC4A/0/P010_CriterioDeMorte.pdf Acedido a 28/03/2010.

b) em indivíduos inconscientes, a disfunção irreversível do tronco cerebral é de avaliação mais rápida, fiável e segura do que a das restantes estruturas, nomeadamente as talâmicas e corticais;

c) não é aceitável admitir como critério de morte o mau funcionamento, ou mesmo o não funcionamento (próteses ventilatórias e cardíacas) de órgãos que podem ser substituídos por transplantes”.

Para Quintana *et al* (in Saraiva D., 2007:29) existem uma série de elementos que levam ao confronto do enfermeiro com a morte, de salientar a educação académica reduzida e excessivamente biomédica, excessiva burocratização nos hospitais, expulsão da morte do contexto social e falta de apoio psicológico. De salientar, de acordo com Saraiva D. (2007:29), apesar de os enfermeiros contactarem com a morte no seu quotidiano não constitui uma condição mais fácil de enfrentar.

C1.7. Vida efémera

Vida efémera, na opinião deste participante é evidenciada mesmo quando a evolução da situação indica o agravamento da doença ou em situação de morte súbita:

“(...) Que a vida é uma coisa muito fugaz, que é de um dia para o outro, é claro que há doentes terminais e que nós à partida já estamos à espera, mas também há aqueles que são de um momento para o outro, e que se calhar nem eu nem os familiares estávamos à espera (...)” E7: L18-22

Loney (in Phipps, Sands e Marek, 2003:186-187) considera a perda como parte integrante da existência humana, sendo vista como um modelo que se repete quando enfrentamos uma mudança ou um desafio de desenvolvimento. É considerada também como uma experiência universal, intimamente ligada à vida diária, com força suficiente

na vida de uma pessoa, uma vez que leva ao afastamento de alguém ou de algo que tinha um significado para o indivíduo. Para os mesmos autores a perda pode ser classificada como de desenvolvimento ou situacional. A perda de desenvolvimento envolve qualquer alteração previsível, no estado, papel social, relações de amizade ou função corporal, que ocorra na vida. A perda situacional envolve alteração imprevista em papéis sociais, relações de amizade ou função.

Os mesmos autores consideram que consoante o grau de avanço, para si próprio ou para os outros, a antecipação da perda pode desencadear uma reacção adaptativa semelhante à perda real. A perda antecipatória, vivida durante uma doença progressiva e terminal, pode constituir um desafio e ser tão dolorosa como a morte de uma pessoa amada, quando o doente terminal e a família se vêem confrontados com a incerteza do futuro, que vai acabar por ser trágico. Embora a incerteza possa servir de força motivadora, também pode contribuir para esgotar reservas de adaptação, no lidar com a perda.

C2. Ao nível das competências profissionais

C2.1. Capacidade para lidar com a morte

Alguns participantes verbalizam que, a nível profissional, sentem dificuldades na capacidade para enfrentar a morte, e que a formação académica constitui-se como um suporte que permite uma intervenção eficaz, bem como o desenvolvimento de ferramentas facilitadoras de acompanhamento do doente na altura da morte:

“(...) É sempre difícil lidar com a morte, mas nós como profissionais de saúde temos de estar um pouco mais preparados para isso, se é que se pode estar preparado (...).” E6: L7-9

“(...) Nós somos preparados para lidar com as situações, mas nem sempre lidamos bem com elas (...).” E7: L22-23

“(...) Não deixa de ser uma influência. As pessoas não gostam muito de contactar com aquilo, no fundo, mas calha a todos (...).” E1:L159-160

De acordo com Gutierrez e Ciampone (2007:661) na cultura ocidental, a morte é escondida, sendo considerada um momento de fragilidade e vergonha. Os mesmos autores (2007:661) defendem que os enfermeiros não estão preparados para lidar com o processo de morrer ou com a morte, sendo este um assunto menos importante nas instituições de saúde, pois a imagem do hospital é vinculada a um local de cura.

Magalhães (2009:147) mostra que a formação académica dos enfermeiros parece ser insuficiente nos conteúdos sobre a morte e o morrer, bem como os elementos da abordagem dos cuidados paliativos, parecendo estar centrada num modelo orientado para a cura. A ANCP (2006:2)³³ reconhece que a prática dos Cuidados Paliativos devido à complexidade das situações clínicas, a variedade de patologias e a gestão de um sofrimento intenso requerem uma preparação sólida e diferenciada dos profissionais de modo a proporcionar cuidados de qualidade.

Assim sendo, é da responsabilidade de cada enfermeiro aprender a desenvolver a sua capacidade para lidar e ultrapassar as questões relacionadas com a morte e o morrer, sendo que através da sua consciencialização é capaz de desenvolver estratégias para resolver os seus problemas. De salientar a importância de formação na área dos cuidados paliativos como forma de adquirir competências que assegurem uma

³³ ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP) – **Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP**, 2006. Disponível (online) no sítio: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf acedido a (31/03/2010)

assistência com qualidade, integrados numa equipa interdisciplinar, também com formação.

C2.2. Respeito

O Respeito é uma forma de prestar cuidados com dignidade ao corpo morto, como se pode verificar pelos seguintes participantes:

“(...) E quando ia fazer estes cuidados, ia com a certeza de que tinha de fazer, tinha de respeitar o que restava da pessoa em si (...).” E1: L13-15

“(...) Acima de tudo respeito pelo doente e pelo corpo, e ter a noção de que gostaria que me fizessem o mesmo. Acima de tudo é respeito pelo corpo (...).” E3: L6-8

“(...) Respeito em primeiro lugar, não é? Porque apesar de ser um corpo sem vida foi uma pessoa, é uma pessoa em primeiro lugar, é este o princípio que tenho (...).” E7: L6-8

“(...) Porque apesar de ser uma pessoa que já não está ali, está lá um corpo e temos de respeitá-lo (...).” E7: L59-61

“(...) É assim, depende muito de pessoa para pessoa, mas por uma questão de respeito não se deve ter determinadas conversas (...).” E7: 76-78

“(...) É uma questão de respeito, apesar de a pessoa não sinta entre aspas aquilo que estamos a fazer (...).” E8: L18-19

“(...) bem acima de tudo temos que ter respeito por aquele corpo, porque apesar de já não haver vida, já não há um coração a bater, já não há como referi expressões faciais que nos indicam vida, e que está ali aquela pessoa (...).” E12: L177180

“(...) de respeito pelo corpo, é a minha perspectiva (...).” E7: L78-79

“(...) Acho que tem de ser um ambiente de respeito como já disse, não deve haver nada de risadas, de comentários (...).” E10: L85-86

“(...) Há uma certa noção de respeito, quer dizer nós estamos ali, e não estamos aos gritos, há um certo respeito pelo corpo (...).” E12: L153-155

Lazure (*in* Queirós, 1999:30-31) afirma que “respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória”. O mesmo autor acrescenta que “respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de único, é demonstrar-lhe verdadeiramente consideração por aquilo que é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial.” Segundo Egan (*in* Queirós, 1999:32) ver o cliente como um ser único é “respeitar a sua individualidade (...)”. Mostrar-se autêntico na relação com o outro é um modo de demonstrar respeito.

Outro participante refere que falar baixo, durante a prestação dos cuidados ao corpo, é uma forma de demonstrar respeito por aquela pessoa:

“(...) e estamos lá com uma postura que acho que é adequada, e falamos baixinho, tentamos dar o melhor naquele momento (...)”
E5: 92-94

Walter (*in* Pattison, 2008:49) apresenta a noção de “pessoa social”, ou seja, a pessoa como uma identidade social, que pode não desaparecer quando o corpo da pessoa morre. Sandman (*in* Pattison, 2008:49) acrescenta que o movimento dos cuidados paliativos previne a extinção da identidade social e evitam a “morte social”, ao assegurar uma morte digna e os cuidados *post mortem* à pessoa.

Outro participante refere que o corpo morto continua ser uma pessoa:

“(...) Mas para mim continua a ser uma pessoa, não sei (...)”
E9: L81

A pessoa, segundo Kant (1995), existe enquanto fim em si mesmo, possuidora de um valor absoluto inquestionável e dotada de singularidade, autonomia e unidade individual. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) define pessoa, simultaneamente, com os outros três conceitos básicos – o de ambiente, saúde e o de cuidados de enfermagem – cuja inter-relação especifica o campo da disciplina que constitui a enfermagem, sendo vulgarmente assumidos como o *metaparadigma*. Assim sendo, a pessoa é considerada como um ser social, dotado de intencionalidade, cujos comportamentos se baseiam nos seus valores, crenças e desejos individuais, o que implica que cada pessoa seja única, possuidora de uma dignidade própria e com direito à autodeterminação.

Podemos constatar que o contacto com o corpo *post mortem* não é desprovido de sensações, uma vez que o corpo é o instrumento de trabalho do enfermeiro. Assim sendo, o enfermeiro deve atender às necessidades biopsicossociais e espirituais da pessoa, mantendo sempre o princípio ético de manter o respeito do corpo em todos os âmbitos da vida. De salientar que o respeito manifesta-se activamente quando existe respeito pelo corpo morto como um ser único, através da adopção de comportamentos que traduzem a importância do mesmo, com recurso à disponibilidade do seu tempo e energia. De facto, o respeito pelo outro, será talvez a premissa fundamental para que esta relação profissional, e necessariamente humana, resulte numa experiência gratificante para ambas as partes.

A pessoa entendida com um “ser profundo” não desaparece com a morte ou com o desaparecimento do corpo físico, uma vez que todas as culturas elaboram formas diferentes de afirmar a importância do destino dos seus mortos, através de um conjunto de rituais funerários impostos pelos vivos aos mortos de forma a assegurar a sua melhor passagem para o outro mundo e a consequente boa gestão entre o mundo dos vivos e

dos mortos, tal como mostra Clara Saraiva, no artigo sobre “Diálogos entre vivos e mortos” (1996).

C2.3. Dignidade e honra

Outro participante reflecte sobre a forma como podemos ajudar o doente durante a morte, ou seja, com dignidade, tendo em conta a sua integridade como pessoa:

“(...) essa etapa principalmente tem de ser vivida com dignidade e com honra precisamente, e fazer o que as coisas que a outra pessoa pediu (...).” E8: L43-45

Segundo Melo (*in Oliveira et al*, 2008:36) no código deontológico do enfermeiro morrer com dignidade é “morrer em paz, morrer com os outros, morrer com companhia, morrer com aqueles que queremos e que nos querem. Não morrer só. Morrer evidentemente, com assistência médica – que não substitui, entretanto, a assistência afectiva”.

Para Watson (2002: 60), “o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana (...)”. Sendo assim, o reconhecimento e respeito pelo carácter único e dignidade de cada pessoa devem ter enorme relevância no exercício da enfermagem.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV)³⁴, no documento 26/ CNECV/ 99, sobre a dignidade humana, define o termo Dignidade Humana como o reconhecimento de um valor. É um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como um meio. Isso quer dizer que a Dignidade Humana estaria baseada na própria natureza da espécie humana a qual inclui,

³⁴ CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (CNECV) – Documento de Trabalho 26/ CNECV/ 99 – **Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana**, 1999. 29p. Disponível (online) no sítio: http://www.cnecv.gov.pt/NR/rdonlyres/9D4875F1-511B-4E29-81B2-C6201B60AD52/0/P026_DignidadeHumana.pdf Acedido a 28/03/2010.

normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio.

Tendo em conta este aspecto, devemos realçar que a dinâmica que envolve a interacção com o doente num contexto de doença se apresenta como um conjunto de atitudes terapêuticas e espera-se dos enfermeiros comportamentos e atitudes que defendam a dignidade do doente.

C2.4. Verdade

A Verdade é outro valor a ser adoptado por este participante em relação aos outros doentes da unidade, que deve ser mantida em todas as etapas da prestação dos cuidados:

“(...) Tento que eles não se apercebam de nada. Quando eles me perguntam, porque existem aqueles doentes consciencializados que perguntam, tento ser a mais sincera possível, acho que não há necessidade de se esconder pois eles podem abrir o cortinado e ver que a pessoa já não está lá (...).” E9: L94-98

No Código Deontológico do Enfermeiro³⁵, artigo 78º, referente aos princípios gerais, alínea 2), pode ler-se: “São valores universais a observar na relação profissional: (...); c) a verdade e a justiça”.

A SFAP (1999:97-99) considera que tanto numa unidade de internamento como no domicílio, o doente é visto por outros doentes mas também por outras famílias e visitas, que se apercebem do que se passa. Alguns doentes, se o seu estado permitir, e

³⁵ CÓDIGO DEONTOLÓGICO – Código Deontológico do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 104/98 – Artigo 78.º (Princípios Gerais) In Ordem dos Enfermeiros. Disponível (online) no sítio: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoSaudeEnsino.aspx> (acedido a 20/03/2010).

muito particularmente em certos serviços de quimioterapia, de lares, de casa de repouso, são desenvolvidas relações de vizinhança baseadas em cortesia e de entreajuda. Quando o estado de saúde de um se degrada a necessidade de ter notícias manifesta-se pelas perguntas realizadas ao pessoal ou pelas visitas do quarto. Os prestadores de cuidados nem sempre estão preparados para responder de forma adequada a estas necessidades, contudo é preciso ter em conta regras éticas e encontrar uma resposta verdadeira e delicada. Constatar, falar sobre como o outro é cuidado assegura o doente vizinho sobre aquilo que pode beneficiar num caso semelhante e permite-lhe familiarizar-se com o futuro.

Os mesmos autores revelam que numa situação de morte, os doentes apercebem-se muito rapidamente que algo se passou por sinais conhecidos de todos: o silêncio, a paragem das idas e vindas ao quarto ou, pelo contrário, uma súbita efervescência, a gravidade dos rostos dos familiares e profissionais. Assim sendo estes doentes também precisam de viver o seu luto.

C3. Ao nível da Gestão da vida quotidiana

C3.1. Alteração no dia-a-dia

No que toca a esta subcategoria percebemos que os participantes focam aspectos que ganham valor e provocam alterações profundas na vivência do seu dia-a-dia:

“(...) Acabava afectando o dia-a-dia, porque se o pensamento da pessoa deveria estar para ir noutra direcção, acaba sempre afectando. A pessoa tem de arranjar formas para diminuir o incómodo que isso possa causar (...).” E1:L75-79

“(...) Acaba por ser um dia mais triste do que os outros, (...) é um dia mais frouxo do que os outros (...).” E10: L26-29

“(...) Afectava porque quando estava a fazer uma actividade qualquer, de casa, de coisinhas que se tem de fazer, e o pensamento voava para o acontecimento anterior (...).” E1:L71-73

“(...) As coisas passam-se aqui dentro e depois de sair daqui não digo que não posso pensar nas coisas que aconteceram aqui, mas normalmente não fico a matutar constantemente na mesma coisa (...).” E9: L28-31

“(...) normalmente sou uma pessoa muito alegre, mas aquela imagem acaba por não sair do pensamento (...).” E10: L27-28

“(...) De certa forma afecta no dia-a-dia porque, claro, que eu no dia a seguir ainda penso, penso um pouco naquele corpo, penso naquela pessoa (...).” E12: L51-53

“(...) faz parte da nossa profissão e do nosso dia-a-dia. A gente pensa sobre as coisas e pensa sobre o morto (...).” E12: L62-63

Ribeiro, Baraldi e Silva (1998:118) afirmam que o contacto constante com a morte possibilita aos profissionais de saúde momentos de reflexão, sendo estas realizadas de forma rotineira acerca do processo de identificação e imagens simbólicas dos indivíduos que assistem e participam da morte do outro.

Hennezel (*in* Abiven, 2001:167) acrescenta que os prestadores de cuidados aprendem assim a viver com a “crise da morte”, a identificar os seus múltiplos aspectos, a olhar para ela com modéstia. Desta forma esforçam-se, não para fazer desaparecer a angústia do sofrimento, mas para transformar em compreensão essa enorme energia psíquica em força viva. O quotidiano da morte obriga cada elemento da equipa a integrar na sua vida do dia-a-dia, a consciência da morte. Integrar é ver todos os momentos da vida no horizonte dessa morte, é lembrar de que somos mortais.

Podemos verificar que há um desenvolvimento da noção de vulnerabilidade e finitude da vida, como um contributo de crescimento na experiência da morte.

Outros participantes revelam que o contacto com a morte do outro, reflectem sobre a visão da morte de um ente querido:

“(...) Como cuidadores, ao ver o sofrimento do outro, também custa, não é? Só eu pensar que podia ser o meu pai ou a minha mãe (...).” E2:L11-13

“(...) Também a minha família que ainda me custa mais, aí sim, que morro, quando estou a pensar que aquela pessoa podia ser a minha mãe ou o meu pai (...).” E2: L116-118

“(...) é por mim porque se fosse um familiar meu gostava de o ver (...).” E8: L22

“(...) depois acabamos sempre por pensar nas pessoas, nos nossos queridos em que já aconteceu o mesmo, e como terá sido com eles, e acabamos por associar outras situações, e acaba por ser diferente (...).” E10: L104-106

“(...) Que poderia ser um familiar nosso que está a passar pela mesma situação, e pensamos que é melhor assim, para as pessoas não sofrerem (...).” E11: L11-13

*“(...) E penso nos meus pais e naquilo que vou sentir (...) e isso afecta o meu dia-a-dia, porque eu penso nos meus pais, penso nas pessoas que eu gosto e quer dizer que vai acontecer. Eu sei que vai acontecer, é inevitável, faz parte da condição humana a morte, mas eu gostava de não ver, eu sei que é impossível, mas se eu pudesse evitava ver isso (...).”
E12: L 53-70*

“(...) Porque se está ali o familiar de A, B ou C, que é uma pessoa que foi tratada com respeito e carinho durante o internamento, (...) e que acabou por ir mas que podia ser o nosso familiar (...).” E1:L30-34

“(...) Mais, penso sempre na família, penso que, penso numa família a olhar para um corpo de um ente querido que morreu. Penso também nos meus pais, penso também na minha família (...).” E12: L15-18

“(...) e penso sobretudo que quem vê aquele corpo sofre, e sente a olhar para um corpo que não tem vida, basicamente (...).” E12: L26-28

Saraiva D. (2007:28) descreve os principais medos face à morte: a **angústia da separação** – a morte é vista como uma ruptura e não como uma continuidade ou um momento já esperado no processo da vida. A separação de familiares e outros entes queridos é sempre equacionada no processo de morte e acarreta grande angústia e sofrimento, dado o seu carácter irreduzível; **medo existencial** que é referido por Stedeford (*in* Saraiva, 2007:28) como o medo existencial da morte como o “deixar de ser, encontra-se no fundo de cada pessoa e, em geral, permanece inconsciente”. Na maioria das situações as pessoas não acreditam na possibilidade de poderem deixar de existir.

Brêtas, Oliveira, Yamaguti (2006:480) acrescentam que a perda de uma pessoa amada é uma das experiências mais intensas e dolorosas que o ser humano pode sofrer. É penosa não só para quem experimenta, como também para quem a observa, ainda pelo fato de sermos tão impotentes para ajudar.

Assim sendo, o contacto com a morte do outro leva o enfermeiro a reflectir sobre a morte do seu ente querido, que pode revelar-se como uma experiência assustadora, que vai influenciar o seu dia-a-dia. Esta perda imaginária com quem se mantém um vínculo muito próximo contribui para um desenvolvimento pessoal através da reflexão sobre os seus relacionamentos com os seus entes queridos, aceitando que os mesmos não são eternos.

Os próximos participantes dedicam algum tempo do seu dia a pensar no doente que faleceu, situação esta que não perdura no tempo por não ser alguém próximo:

“(...) Não, penso mais naqueles momentos após, em algumas horas após. É obvio que depois a gente esquece. É como um luto, a pessoa faz o luto durante dias, às vezes semanas, às vezes

meses, mas o tempo cura tudo (...). E como aquela pessoa não é nossa, não é, pronto é alguém que nós vimos, é alguém que tivemos um tipo de relação, mas não é muito próximo a nós, é óbvio que uns dias depois a pessoa já não pensa tanto nisso (...).” E12: L67-73

“(...) Se foi uma pessoa que teve algum tempo no serviço, e que uma pessoa desenvolve uma simpatia pela pessoa, aí custa muito e acabo por pensar várias vezes ao longo do dia (...).” E10: L32-35

Loney (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003:188) refere que no passado usava-se como período de um ano como modelo para a recuperação de uma perda significativa, a investigação corrente sugere que uma recuperação plena pode levar anos, dependendo de factores que têm influência no processo.

Para o mesmo autor embora a morte possa ser definida como uma crise normal da vida e um facto da vida, ela é a perda mais significativa experimentada pelo indivíduo ou uma família na sociedade dos nossos dias. Representa não só a separação de uma relação importante, mas também uma inevitabilidade que todos nós enfrentamos. Apesar de estarmos cientes da nossa mortalidade, a morte na nossa cultura, é sentida como extemporânea e incongruente com as leis da natureza, especialmente quando provocada por uma doença ou acidente. A morte desafia os indivíduos e as famílias a procurarem “razões” nos seus sistemas de convicções e estilos de vida.

Saraiva D. (2007:29) defende que o enfermeiro fica com medo de investir afectivamente pelo receio de se magoar. A repetição deste tipo de sofrimento provoca esgotamento e pode conduzir a um verdadeiro sofrimento psicológico que parasita a vida pessoal e profissional.

Verificamos que o não reflectir sobre a morte é uma forma de a negar, é uma forma de não contactar com experiências dolorosas. Contudo se o trabalho de luto não se realizar pode conduzir a um desgaste psicológico.

C3.2. Ausência de rituais

Esta participante revela que a nível da sua vida privada evita desenvolver rituais relacionados com a morte:

“(...) A partir do momento em que aquela pessoa faleceu não faço qualquer culto da morte, nunca fiz e não o faço. Não vou a cemitérios, não faço nada desse tipo de coisas. Nem sequer, por exemplo, permito que o caixão fique aberto para as pessoas verem, não. Porque a minha ideia é que as pessoas se lembrarem de tal e qual como as pessoas estavam cá, não é?! (...)” E4: L71-76

No Ocidente, como afirma a SFAP (1999:47), o ritual fúnebre vai desenrolar-se em três tempos: reconhecer a morte expondo o cadáver aos olhos da comunidade, fechar o corpo e escondê-lo quando se fecha o caixão e finalmente afastá-lo do mundo dos vivos através do transporte para o cemitério. Assim sendo, uma das funções do ritual é ajudar no trabalho de luto.

Pode-se constatar que a questão do morrer torna-se angustiante, e que de certa forma a participante não aceita a morte do outro, ignorando os rituais de morte.

C3.3. Valor do ser humano

O aparecimento da morte interfere com a concepção de pessoa como é evidenciado por um dos participantes:

“(...) Pensamentos de que não valemos nada, a nível pessoal (...)” E5: L17

Stedeford (*in* Saraiva D., 2007:29) defende que “qualquer contacto com a morte ou com o processo de morrer desperta uma inevitável resposta específica (...) tanto faz aceitá-la e elaborá-la ou tentar reprimi-la e negá-la, o confronto com a morte é gerador de tensão, *stress*, tristeza, actividade exagerada e fadiga”. Saraiva D. (2007:29) defende que tal situação pode prejudicar não só a eficiência na vida social e profissional, como interferir na vida pessoal e familiar.

D. Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte

No tema “Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte” encontra-se a seguinte categoria: “Estratégias de *coping*”.

Para uma maior facilidade de compreensão do total de categorias e subcategorias incorporadas neste tema, estas encontram-se representadas no quadro n.º5.

Quadro n.º5 – Tabela representativa do tema “Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte”, com as respectivas categorias e subcategorias.

Categorias	Sub - Categorias
D1. Estratégias de <i> coping</i>	D1.1. Evitamento D1.2. Experiência D1.3. Distanciamento D1.4. Expressão de sentimentos com colegas durante o trabalho no hospital D1.5. Reflexão D1.6. Aceitação D1.7. Sair para distração Música e TV D1.8. Sorrir

D1. Estratégias de *coping*

Para Phaneuf (2002) as estratégias de *coping* são reacções que a pessoa constrói que facilitam o seu ajustamento à sociedade, ajudando-a deste modo, a fazer face às

dificuldades da vida, protegendo-a das suas próprias emoções como a ansiedade, medo e sofrimento. Os mecanismos de defesa proporcionam também a protecção relativamente a outras emoções julgadas moralmente e socialmente aceitáveis

D1.1. Evitamento

Esta subcategoria evitamento mostra-nos um mecanismo de defesa, adoptado por muitos participantes, que o utilizam inconscientemente e por vezes conscientemente, de modo a evitar sentimentos indesejáveis acerca da morte:

“(...) mas com um certo afastamento como se fosse outra coisa qualquer (...)” E1: L15-16

“(...) Porque não ia envolver o sentimento, ia fazer outra coisa como se fosse uma técnica e não como se fosse um relacionamento (...)” E1: L16-18

“(...) Geralmente quando saio do hospital, corto radicalmente qualquer assunto a nível do Hospital ou dos doentes (...)” E4:L 53-54

“(...) se calhar, na altura ou em algum turno quando acontece um óbito, se calhar a pessoa fica um bocadinho em baixo, mas é assim a vida continua, há outros doentes que precisam de nós, temos que nos abstrair, até ao final do turno (...)” E6: L27-30

“(...) Como já disse anteriormente uma pessoa tem de se abstrair um bocadinho, porque temos de o fazer, e nós como profissionais de saúde lidamos com isso, não digo diariamente, mas várias vezes, e pronto, temos de saber ultrapassar de alguma maneira, senão é negativo para nós (...)” E6: L62-67

“(...) às vezes uma pessoa tenta não pensar, não vivenciar estes sentimentos, essa tristeza, pois há pessoas que nos tocam muito mais e uma pessoa não é não sente, sente mas esquece (...)” E11: L28-31

“(...) Tento esquecer, tento evitar aqueles pensamentos de morte, de depressão e de luto. E penso nas pessoas a chorar ao ver aquele corpo. A pessoa tem de evitar estes pensamentos, é mesmo evitar esses pensamentos (...)” E12: L131-13

“(...) Tentando evitar aqueles pensamentos (...) Tentando evitar, é assim é praticamente impossível evitar, mas também depende de

cada pessoa, há pessoas mais sensíveis do que outras, há pessoas que levam mais tempo a esquecer aquele corpo, aquela pessoa, do que outras (...).” E12: L124-128

“(...) Sinceramente eu não penso muito na morte. Isso é como a realidade, eu já tive experiências de morte muito próximas, mesmo (...).” E4:L66-67

Loney (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003:188) refere que cada perda na vida é vivida de maneira especial em termos de estadios de desenvolvimento da pessoa, ou da família envolvida, bem como do significado da experiência, relação com outras perdas, intensidade e *timing*. Também varia o tempo de que os indivíduos necessitam para se adaptarem à experiência da perda ou recuperarem dela.

Callanan e Kelley (*in* Ribeiro, Baraldi e Silva, 1998:119) afirmam que os profissionais de saúde não falam da morte, uma vez que esta é uma evidência do limite da nossa condição humana. Graham (*in* Sapeta e Lopes, 2006:47) defende que os enfermeiros têm a sensação de fracasso, culpa, ansiedade, incerteza, incapazes de alcançar metas com os doentes em fim de vida, quando não conseguem ajudar o doente, por estarem envolvidos por um ambiente de silêncio, o que leva a esconder os sentimentos e a não reflectir sobre o sofrimento vivido.

Spíndola (*in* Ribeiro, Baraldi e Silva, 1998:120) afirma que os enfermeiros com o passar dos anos desenvolvem mecanismos de defesa, os quais se podem traduzir em indiferença por parte dos mesmos de forma a suportar o seu quotidiano.

No seu artigo sobre “Le mort maquillé: Funeral directors américains et fossoyeurs portugais”, Clara Saraiva (1993) descreve que os agentes funerários não têm dificuldade em preparar os corpos em decomposição, e confrontam-se com aspectos da morte que a sociedade considera como “poluentes”, bem como consideram-se como um veículo indispensável sobre a morte, e criticam severamente comentários negativos acerca da profissão.

Outros participantes mencionam que preferem que a morte ocorra no turno dos outros, bem como se a morte ocorrer preferem que sejam os colegas a prestar os cuidados ao corpo *post mortem*:

“(...) Isso era melhor acontecer no turno dos outros do que no meu. (...)” E1:L74-75

“(...) É tentar abstrair-me e pronto tem de ser. Eu já cheguei a pedir a colegas minhas para irem fazer os cuidados (...).” E9: L63-64

“(...) Tento não pedir, porque acho que é pior para mim se não enfrentar isso, mas às vezes peço. Mas é uma técnica que mexe comigo (...).” E9: L76-77

Brêtas, Oliveira, Yamaguti (2006:482) referem que o enfermeiro é o primeiro profissional a lidar com a morte, a *sentir* a morte, uma vez que presta os cuidados mais simples até aos mais complexos, principalmente quando o doente se encontra em estadio final. Os mesmos autores constataram que apesar de a morte fazer parte das rotinas, todos desejam sempre que aconteça em outros turnos. O sofrimento das pessoas da equipa de enfermagem encontra-se camuflado pelo cumprimento de rotinas.

Coelho e Oliveira (2009:11) acrescentam que é comum os enfermeiros desejarem que determinado doente não morra durante o seu turno ou manifestarem dificuldades em lidar com as famílias de doentes em fim de vida. Como refere Rodrigues *et al* (2009:11) “é frequente os enfermeiros verbalizarem sentimentos de alívio pelo facto de um doente não ter morrido no seu turno, manifestarem dificuldade em comunicar o óbito, incapacidade para dar resposta ao doente perante questões sobre o seu prognóstico e necessidades da própria família”.

Ensinar a lidar com a morte é algo difícil, diferente de um procedimento técnico, pois envolve aspectos pessoais de quem cuida como: valores, crenças, espiritualidade,

religião, cultura, experiências prévias, mitos e medos, sendo necessária a reflexão de temas sobre a morte, além de outros ligados ao cuidar do ser humano, como por exemplo, religiosos e psicológicos³⁶.

Podemos concluir que este mecanismo de defesa pode resultar do evitamento do sofrimento pessoal que o contacto com a morte pode provocar nos enfermeiros. Entende-se que em alguns casos, os momentos de contacto com o corpo morto restringem-se ao estritamente necessário, o que garante a estes profissionais uma protecção perante o sofrimento individual. Assim sendo, para conseguir ajudar os outros a enfrentar a sua condição humana, o enfermeiro precisa de reflectir primeiro sobre as suas próprias questões existenciais.

D1.2. Experiência

Estes participantes revelam que a experiência adquirida, em contacto com situações de morte, permite-lhes ultrapassar as condicionantes da morte:

“(...) Com alguns anos de profissão, a gente também aprende a defender-se e a estabelecer alguns limites (...).” E4: L47-48

“(...) mas depois com o hábito uma pessoa consegue ultrapassar esses sentimentos (...).” E6: L23-24

Clarke *et al* (in Sapeta e Lopes, 2006:47) defendem que a idade e o número de anos de experiência profissional podem conduzir a uma maior maturidade pessoal e sensibilidade para lidar com as perdas e com a morte, sobretudo se sedimentados

³⁶ DIAMANTE, Loraine Martins; TEIXEIRA, Marina Borges – **Cuidados Paliativos: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro nas unidades de clínica médica e moléstia de um Hospital Geral**. Disponível (on line) no sítio: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibres-Bioetica/19.%20Cuidados%20paliativos.pdf> acedido a (17 /03/2010)

mediante uma prática reflexiva que lhes permita ir explorando os seus sentimentos acerca de cada vivência, como defendem Graham *et al* (in Sapeta e Lopes, 2006:47).

D1.3. Distanciamento

Em relação aos próximos participantes entendemos o distanciamento como um mecanismo de defesa e protecção contra o sofrimento, em que o processo de morrer e de morte, inerentes à própria profissão, permitem fortalecer as capacidades para lidar com estas situações, e que não devem afectar a vida pessoal:

*“(...) Então criou uma barreira? Um certo distanciamento (...).”
E1:L19-20*

“(...) Aqui num serviço de Medicina há sempre um relacionamento, pois a pessoa não nos é estranha, é-nos conhecida. Nós conhecemos a pessoa, já conhecemos a família, faz parte da nossa vida, o trabalho também faz parte da nossa vida. Por isso a tal distância que é muitas vezes necessária manter (...).” E1:L182-186

“(...) Acaba por não afectar muito, eu consigo discernir as coisas, e o que é trabalho é trabalho e lá fora consigo abstrair-me das coisas (...).” E7: L25-26

“(...) e que embora seja uma pessoa que tem sentimentos e que me custa realmente prestar estes cuidados post mortem, mas lá fora percebo que tenho a minha vida e que tenho que ultrapassar essas situações (...).” E7: L36-41

Henezel (in Abiven, 2001:156-157) considera que o enfermeiro perante a proximidade da morte não se encontra protegido dos seus efeitos destruidores, uma vez que não se habitua à morte, não aceita o sofrimento dos outros. A dificuldade consiste em não recusar este sofrimento, e ao mesmo tempo, manter-se a uma distância razoável.

O próximo participante revela que quando iniciou a profissão de enfermagem chorava, mas ao longo do tempo teve a capacidade de desenvolver estratégias de adaptação, como o distanciamento, de forma a não ficar emocionalmente alterado:

“(...) Um certo distanciamento, pois isso implicava que a pessoa fosse para casa no início a chorar, porque estava em casa a lembrar-se do que tinha acontecido, e emocionalmente ficava arrasada. E eu não poderia ir para casa com uma dor de todas as pessoas e famílias que faleceram no serviço (...).” E1: L20-24

O chorar por parte dos enfermeiros, pode dever-se ao facto do tipo de relação emocional que é estabelecida com estes doentes, por permanecerem muito tempo em internamento, bem como devido ao acompanhamento que é prestado ao doente e suas famílias ao longo de todo o processo de doença. Por isso, pode verificar-se o desenvolvimento de uma relação afectiva entre enfermeiro e doente/família que ultrapassa a barreira da relação enfermeiro-doente. Este tipo de relação afectiva pode levar a uma desorientação ou falta de controlo, neste caso o chorar, pois o vínculo que foi estabelecido acaba de ser quebrado pelo acontecimento da morte. Assim sendo aquele doente pode ser visto como alguém da sua própria família, interferindo na rotina dos enfermeiros fora do ambiente hospitalar.

D1.4. Expressão de sentimentos com colegas durante o trabalho no hospital

Partilhar as vivências com os colegas constitui uma forma de suporte durante a experiência da morte:

“(...) Geralmente quando saio do hospital, corto radicalmente qualquer assunto a nível do Hospital ou dos doentes. Não quer dizer que depois não possa, quando regresso ao Hospital e falo com os colegas no dia a seguir ou no outro dia, na conversa falar que foi uma injustiça, que foi tudo aquilo injusto ou que foi um alívio. Portanto, no fundo falar destes sentimentos (...).” E4: L53-58

Wortman e Dunkel-Schetter (*in* Marques, 1991:120) recomendam que os profissionais de saúde devem “partilhar os seus sentimentos pessoais com colegas, o

que lhes permitirá, por um lado, aprender que tais sentimentos são uma consequência normal de trabalhar com doentes graves, e por outro lado, receber *feedback* construtivo para lidar com o *stress*”. Lederberg (*in* Marques, 1991:120) apresenta alguns factores para minimizar o *stress* vivenciado, de salientar: suporte do grupo; comunicação clara, que facilite a expressão de sentimentos; encorajamento da coesão de grupo.

De acordo com a SFAP (1999) o facto de se trabalhar na área dos Cuidados Paliativos acarreta uma tensão psíquica, mas que não é necessariamente um mal-estar permanente, sendo que quando esta tensão se prolonga no tempo ou quando existe uma tendência para a esfera pessoal e profissional se confundirem, é necessário haver momentos de partilha com a equipa ou fora dela.

D1.5. Reflexão

Outro mecanismo de defesa diz respeito à reflexão sobre os cuidados, como forma de se adaptarem a outras situações semelhantes:

“(...) Pensar o que podia ter feito melhor com aquela pessoa para melhorar com a próxima pessoa, e pensar se tenho a consciência tranquila ou não, em relação àquela pessoa (...).” E5: L53-55

“(...) Não sei, se calhar mentalmente, vendo a situação dos doentes, vendo como estão a sofrer (...).” E6: L11-12

“(...) principalmente se calhar eu, mas é perguntar-nos se estamos a fazer bem as coisas, ser objectiva (...).” E8: L35-36

“(...) E depois, realmente, quando saímos daqui fico sempre a pensar (...).” E5: L35-36

Ao inquirirem 182 enfermeiros acerca da opinião sobre os cuidados às pessoas em doentes em fim de vida, durante a realização de um Simpósio de Enfermagem sobre Cuidados Paliativos, Cruz e Amaral (2001) concluíram que a maioria dos enfermeiros

(87%) refere que estas pessoas não são atendidas com a dignidade com que deviam. Perante esta conclusão, os autores apontam para a necessidade de reflexão sobre os cuidados prestados às pessoas em fim de vida e respectivas famílias, com que dignidade são cuidados, e se não o são, quais os factores que influenciam esse atendimento menos digno.

De facto, como afirma Saraiva D. (2009:11) quando já não há a mínima esperança de cura, alguns procedimentos perdem toda a justificação para a sua aplicação e tornam-se em autênticas atitudes de obstinação, uma vez que resultam principalmente no prolongamento do sofrimento do doente. Pacheco (*in* Saraiva D., 2009:11) afirma que, tais situações, acontecem quando os profissionais "elegem o curar como prioridade, esquecendo o valor do verdadeiro cuidar, persistindo na prossecução de tratamentos visando a cura mesmo quando não existe qualquer esperança de obter uma melhoria do estado do doente."

D1.6. Aceitação

Quando confrontados com a necessidade contactar com a morte, este participante tem a capacidade para lidar com a mesma, o que implica uma sensação de conforto e aceitação, leva a reconhecer o que a vida comporta:

"(...) Depois lá fora, pronto temos de conseguir lidar com isso normalmente, a vida é assim (...)." E6: L31-32

D1.7. Sair para distracção, Música e TV

Outros mecanismos de defesa apontados referem-se a actividades que promovam o bem-estar interior, associados a momentos de relaxamento:

"(...) ou saio, para tentar distrair-me um bocadinho, pois há sempre aquela coisa "eh pá", pronto já foi, já está bem (...)." E5: L36-38

“ (...) Música para distrair, ver televisão, existem muitos recursos que temos de recorrer a eles, senão acabamos por andar muito em baixo (...).” E10: L79-81

Crotti (*in* Abiven, 2001:161) apresenta um pequeno inquérito junto dos prestadores de cuidados de unidade de cuidados paliativos que revelou que relacionar-se com a morte altera a relação com o tempo: apetece tomar tempo para contemplar uma bonita paisagem, ouvir música, sustentar o amor ou a amizade.

Lourenço (2006:102-103) acredita que para o enfermeiro ajudar os doentes é necessário que promova a sua própria saúde espiritual. Existem actividades que podem ajudar o enfermeiro na sua saúde espiritual, de salientar: a leitura (que pode ser de textos sagrados, poesia ou textos que inspiram a calma); apreciar a arte (esta prática promove o relaxamento e ajuda à interiorização própria); apreciar música (pode ser usada como forma de desenvolver a saúde pessoal espiritual); a actividade física (ao manter esta prática saudável permite combater o stress e a ansiedade); o relaxamento (esta prática permite uma maior capacidade para atender os outros, não se concentrando nos seus problemas pessoais). Assim, o profissional que adopte estas medidas para promover a sua saúde espiritual encontra-se mais apto para atender as necessidades espirituais dos doentes.

D1.8. Sorrir

Outro mecanismo de defesa é o sorriso, que é utilizado pelo próximo participante, como uma ferramenta útil quando contacta com outros doentes:

“(...) nós mesmo depois de prepararmos um doente temos de sorrir para outra pessoa, não podemos levar aquilo a todos os doentes, nem essa tristeza a todos os doentes. E com este sorriso

quase forçado de início acabamos por ter de ultrapassar de certa maneira (...).” E10: L69-73

Caetano (*in* Pereira, 2008:65) defende que o Homem age e modifica constantemente o mundo em que está inserido, controlando estímulos, seleccionando reforços, extinguindo ou aumentando diversas formas de comportamento. Assim sendo, todo o indivíduo socialmente hábil possui a capacidade para expressar sentimentos positivos e negativos num contexto interpessoal.

Como podemos verificar este participante tem a capacidade de adoptar, perante uma situação que lhe provoca desconforto, o sorriso. Esta aptidão social permite-lhe emitir respostas verbais e não verbais adequadas a cada situação, como refere o autor supracitado. Assim sendo, este participante tem a capacidade de se adaptar a qualquer momento de prestação dos cuidados.

As estratégias que o enfermeiro adopta para lidar com esta delicada situação, são muito relevantes em todo este processo, e que colocam em evidência o valor dos saberes inscritos na acção, da experiência e da prática reflexiva.

Podemos concluir que as reacções perante a morte ao longo do ciclo de vida varia de pessoa para pessoa, e vai depender das circunstâncias da morte, do tipo de relação existente e da qualidade dos mecanismos de defesa utilizados.

E. O valor do cuidar em fim de vida

No tema “Valor do cuidar em fim de vida” identifica-se uma categoria, a saber: “Manifestação cognitiva em relação aos cuidados em fim de vida”. Para uma maior facilidade de compreensão do total de categorias e subcategorias incorporadas neste tema, estas encontram-se representadas no quadro n.º6.

Quadro n.º6 – Tabela representativa do tema “Valor do cuidar em fim de vida”, com as respectivas categorias e subcategorias.

Categorias	Subcategorias
<p>E1. Manifestação cognitiva em relação aos cuidados em fim de vida</p>	<p>E1.1. Preocupação e desconforto E1.2. Escolha E1.3. Qualidade de vida E1.4. Sofrimento do doente E1.5. Dificuldade em lidar com o doente em fim de vida E1.6. Atender às necessidades da pessoa E1.7. Sonhar</p>

E1. Manifestação cognitiva em relação aos cuidados em fim de vida

E1.1. Preocupação e desconforto

As manifestações cognitivas de preocupação e desconforto, sentidas no desenvolvimento da actividade profissional, foram outra subcategoria emergente. No domínio laboral, o contacto com situações de pessoas em fase terminal, é fonte de reflexão como refere o próximo participante:

“(...) Sei que a velhice pode trazer algum desconforto, alguma preocupação. Não saber quem no futuro possa tomar conta de nós, ou se nós próprios vamos parar a uma instituição de retaguarda ou a um hospital, com ou sem o acompanhamento da família, isso preocupa-me um bocado, porque a pessoa não sabe se o discernimento se vai manter ou se não se vai manter, ou se a autonomia vai ser aceitável ou se vai ser uma dependência total (...).” E1:L89-95

Loney (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003:209) mostra que embora os avanços tecnológicos, no campo biomédico, continuem a enfatizar que o sítio ideal para morrer é o hospital, o desenvolvimento de hospitais de retaguarda está a tentar desinstitucionalizar o acto de morrer. A enfermagem do hospital de retaguarda, em coordenação com a equipa multidisciplinar, ajuda o doente terminal a manter o bem-

estar físico, psicossocial e espiritual. O mesmo autor defende que a família quando é responsável por ter pessoas em casa, em fase terminal, exige um planeamento adequado, cuidado e avançado, bem como os familiares podem não estar devidamente preparados para lidar com as mais simples tarefas. Cabe ao enfermeiro ajudar o prestador de cuidados a encontrar formas de resolver problemas para a satisfação das necessidades da família.

De acordo com Gutierrez e Ciampone (2007:665) os profissionais de saúde devem respeitar a importância atribuída pela família e doente quanto ao que estes entendem por qualidade de vida, considerando não somente o tempo absoluto de sobrevivência dos seus doentes, mas também a qualidade desta sobrevivência. No mesmo estudo desenvolvido pelos autores supracitados os participantes revelaram serem favoráveis à ortotanásia, entendida como morrer com dignidade, sem prolongamento de um lado, e sem abreviação do outro.

O Parecer Posição relativamente à Eutanásia³⁷, do Conselho Jurisdicional, presente na Ordem dos Enfermeiros, refere-se à **ortotanásia**: a morte ocorre, dentro de uma situação terminal, por não se iniciar (ex: ordem de não reanimação) ou por se interromper uma medida terapêutica inútil (ex: desligar o ventilador).

Podemos concluir que a identificação com doentes em fase terminal leva este participante a projectar a sua vida pessoal no futuro, com uma visão que envolve dúvida, desconforto e preocupação. A qualidade de vida inerente à velhice deve ser respeitada de acordo com as convicções de cada indivíduo e família, e cabe ao

³⁷ CONSELHO JURISDICIONAL In Ordem dos Enfermeiros - **Parecer Posição relativamente à Eutanásia** Disponível (online) no sítio: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FTYJRPs6XNYJ:www.ordemenfermeiros.pt/images/content/uploaded/File/sedeinformacao/Pareceres/Parecer_36_Posicao_o_EUTANASIA_final.pdf+Parecer+Posi%C3%A7%C3%A3o+relativamente+%C3%A0+Eutan%C3%A1sia&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt (acedido a 29/03/2010).

enfermeiro inserido num Hospital, instituição de retaguarda ou domicílio, manter o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do doente.

E1.2. Escolha

Outro participante apresenta a escolha do seu tratamento como uma solução face à limitação e à incapacidade sentida em fim de vida:

“(...) Isso preocupa-me um bocado, e a pessoa também não escolhe quando morre, excepto em algumas excepções quando escolhem a hora da sua morte (...).” E1:L96-98

“(...) Muitas das vezes dizia se eu pudesse escolher, não era isso que queria. (...).” E1:L55-56

O CNECV, no Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final de vida – 11/CNECV/95³⁸, considera a eutanásia: morte deliberada e intencional de uma pessoa, na sequência de pedido consciente desta, por profissional que acolheu o pedido e decidiu dar-lhe execução.

Assim, considera-se eutanásia a acção iniciada pelo profissional de saúde que tem como fim pôr termo à vida, a pedido expresso do interessado. Ou seja, o processo de morte é deliberadamente provocado, em virtude de um quadro patológico incurável e em que a pessoa solicita a morte.

O processo de morrer é gerador de ansiedade porque o profissional não aceita a morte naturalmente, por isso faz inúmeros procedimentos na tentativa de curar o indivíduo. No entanto os resultados indicam o prolongamento do tempo para o doente

³⁸ CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (CNECV) – Documento de trabalho 11/CNECV/95 - Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida. Disponível (online) no sítio: http://www.cnecv.gov.pt/NR/rdonlyres/90DB475C-F2A1-40DF-B905-974C9665FDB3/0/P011_FinalDaVida.pdf (acedido a 28/03/2010).

morrer, o que acentua o sofrimento do doente, da sua família e dos profissionais de saúde. Os participantes do mesmo estudo consideram que a tecnologia proporciona ao profissional o adiamento da morte do doente e que existem profissionais que por dominarem a tecnologia se consideram donos da vida, conseguindo adiar a morte e deixá-la chegar quando julgarem conveniente, como mostram Gutierrez e Ciampone (2007:666).

Acreditamos por isso que, preservamos a dignidade da pessoa quando respeitamos a sua individualidade, a sua autonomia e a sua liberdade de escolha, tendo em conta os aspectos éticos mencionados no Parecer acima citado, não devemos formar juízos éticos sobre a decisão da pessoa que exerce, com liberdade, a sua autonomia pessoal, ao formular o pedido.

E1.3. Qualidade de vida

Para este participante a qualidade de vida é uma forma de expressar a excelência dos cuidados em fim de vida:

“(...) Ainda falta muito para os utentes terem qualidade de vida (...).” E1:L190

No Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 82.º, referente aos direitos à vida e à qualidade de vida³⁹, pode ler-se “o enfermeiro no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: (...)

b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;

³⁹ CÓDIGO DEONTOLÓGICO – Código Deontológico do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 104/98 – Artigo 82.º (Dos direitos à vida e à qualidade de vida) In Ordem dos Enfermeiros. Disponível (online) no sítio: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoSaudeEnsino.aspx> (acedido a 28/03/2010).

- c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- d) Recusar a participar em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”.

No parecer posição relativamente à eutanásia⁴⁰, do conselho jurisdicional, presente na Ordem dos Enfermeiros enuncia que deve haver uma preocupação efectiva dos enfermeiros em promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional, conforme preconizado pelos artigos 82.º e 87.º do Código Deontológico.

Através dos seus relatos, o mesmo participante evidencia a importância de reflectir sobre os cuidados em fim de vida, e reconhece também a falta de qualidade de vida:

“(...) Mas a grande guerra da Medicina é não deixar que a vida termine, quando tem de terminar. Isso implica para o outro muito sofrimento, porque quem está deitado numa cama, e está dependente não tem opção. Colocar um CVC, e se tiver de morrer, morre uma hora depois, mas leva o CVC, e não tem sítio para picar, por exemplo. Lembro-me de montes de coisas, porque não se deixa a pessoa morrer, pois a esperança média de vida aumentou e a qualidade diminuiu (...).” E1 L232-239

De acordo com Oliveira *et al* (2008:35) a distanásia consiste em atrasar o mais possível o momento da morte usando todos os meios, proporcionados ou não, ainda que não haja esperança alguma de cura, e ainda que isso signifique infligir ao moribundo

⁴⁰ CONSELHO JURISDICIONAL In Ordem dos Enfermeiros - **Parecer Posição relativamente à Eutanásia**. Disponível (online) no sítio: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fTYJRP6XNYJ:www.ordemenfermeiros.pt/images/content/uploaded/File/sedeinformacao/Pareceres/Parecer_36_Posicao_o_EUTANASIA_final.pdf+Parecer+Posi%C3%A7%C3%A3o+relativamente+%C3%A0+Eutan%C3%A1sia&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt (acedido a 29/03/2010).

sofrimentos adicionais e que obviamente, não conseguirão afastar a inevitável morte, mas apenas atrasá-la umas horas ou uns dias em condições deploráveis para o doente.

O Parecer Posição relativamente à Eutanásia⁴¹, do Conselho Jurisdicional, presente na Ordem dos Enfermeiros, refere-se à distanásia como um prolongamento artificial da vida, também designado por processo de encarniçamento ou obstinação terapêutica, no único objectivo de prolongar a sobrevivência, sem qualidade de vida.

E1.4. Sofrimento do doente

Outra manifestação relativamente aos cuidados em fim de vida, refere-se ao contacto com situações que consideram como um sofrimento para o doente nesta fase:

*“(...) E por vezes o sofrimento das pessoas em internamento, com todas as técnicas e suportes que temos actualmente em regime hospitalar, parece-me a mim que causa mais sofrimento, do que calma nesta fase da vida que a pessoa tem de morrer (...).”
E1:L38-42;*

*“(...) Acho que não necessitavam na maior parte das vezes passar por aquele sofrimento. Bastava que a pessoa tivesse um conforto, não tivesse dor, e que a vida, como dizia uma colega minha no início do meu serviço “Antigamente morria-se com mais conforto e menos dor. Hoje morre-se com mais dor, mais sofrimento e nada de conforto”. Nada de conforto, às vezes também é exagerado porque a pessoa tenta. Se calhar se a pessoa não fizesse tanta medicação e tantas técnicas, a pessoa consegue sair de um serviço de medicina com tudo o que é buraco (...).”
E1:L45-53;*

⁴¹ CONSELHO JURISDICIONAL In Ordem dos Enfermeiros - **Parecer Posição relativamente à Eutanásia**. Disponível (online) no sítio: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fTYJRP6XNYJ:www.ordemenfermeiros.pt/images/content/uploaded/File/sedeinformacao/Pareceres/Parecer_36_Posicao_o_EUTANASIA_final.pdf+Parecer+Posi%C3%A7%C3%A3o+relativamente+%C3%A0+Eutan%C3%A1sia&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt (acedido a 29/03/2010).

De acordo com o CNECV, o parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde⁴², relacionados com o final da vida mostra que perante o doente grave, hospitalizado, que entra em fase terminal: a equipa de saúde, dedicada e competente, decide interromper tratamentos que se tornaram claramente ineficazes segundo o melhor juízo clínico, recusando a obstinação terapêutica por ser má prática médica, mas utilizando todos os meios necessários para assegurar o conforto e bem-estar do doente, de modo a que o processo de morte decorra com respeito pela dignidade da pessoa humana. Para que esta decisão médica seja eticamente correcta é necessário que: o atendimento da pessoa em período final seja personalizado e constante, por parte da equipa de saúde; seja permitida a presença de familiares durante 24 horas, bem como de outras pessoas que o doente terminal deseje ver, incluindo ministros religiosos; seja facilitada a “alta”, na fase final, se o doente ou a família o desejar.

Cumpridos estes requisitos, a morte em ambiente hospitalar (ou já fora dele) pode ocorrer com respeito pela dignidade humana e as decisões médicas serão eticamente correctas e de boa prática médica. É eticamente inaceitável, à luz dos princípios já citados, que o doente terminal hospitalizado seja isolado e abandonado até que ocorra a morte na mais completa solidão.

Hennezel (*in* Abiven, 2001:162-163) acrescenta que o projecto de oferecer condições para uma morte tranquila e digna pode por vezes oferecer uma negação subtil desse sofrimento e, a pretexto de humanização, pode contribuir para uma banalização da morte. O perigo está na técnica poder contribuir, não para a ilusão de uma vitória sobre

⁴² CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (CNECV) – Documento de Trabalho 11/ CNECV/ 95 – **Parecer sobre os cuidados de saúde relacionados com o final da vida**, 1995. Disponível (online) no sítio: http://www.cnecv.gov.pt/NR/rdonlyres/90DB475C-F2A1-40DF-B905-974C9665FDB3/0/P011_FinalDaVida.pdf (Acedido a 28/03/2010).

a morte, mas para uma vitória sobre o seu carácter trágico; o medo de não conseguir dominar este aspecto da morte é gerador de angústia.

E1.5. Dificuldade em lidar com o doente em fim de vida

Na análise desta subcategoria considerámos a dificuldade do entrevistado em lidar com doentes em fim de vida:

“(...) É mais antes deles morrerem, é mais difícil (...).” E2:L22

Hackett e Weisman (*in* Grilo, 2001:9) defendem que o mais terrível e intolerável na ameaça da morte é a solidão, isto é, o sentimento de ficar à parte na vida dos outros. Efectivamente, é complicado estar junto de alguém que vai morrer.

Collière (*in* Mendonça, 2009:52) assume que “o campo das competências da enfermagem é vasto e baseia-se essencialmente nos cuidados de manutenção da vida”.

Veloso *et al* (2003:7) acrescentam que a sensação de impotência surge em consequência da própria formação académica direccionada a manter e a recuperar a vida. A perda de controlo, a iminência da morte, apesar de todos os recursos tecnológicos faz os profissionais encararem as suas limitações. Ao reconhecê-las é como se a habilidade profissional estivesse a ser testada, como se a manutenção da vida dependesse da equipa responsável pelo doente.

Para a SFAP (1999:89-90) uma pessoa dispõe até ao fim de actos de vida e uma vez que se fala de se preparar para morrer, trata-se de organizar estes últimos tempos de vida ou de emitir desejos sobre os actos de vida dos sobreviventes. Escolher

acompanhar na vida é permitir ao doente e aos que lhe rodeiam suportar esta última etapa de vida que precede a morte. Não compete ao que cuida dar o sentido ao outro, mas clarificar o que faz ainda sentido nos cuidados e na relação, apesar das perdas, da alteração física e psíquica, dos fracassos terapêuticos e da sua impotência, para aliviar o sofrimento. A escuta das necessidades do doente e da sua família, o alívio dos sintomas, o apoio na realização dos desejos e projectos de cada um.

Pode denotar-se uma certa angústia em relação à morte, com a qual os enfermeiros são confrontados no seu dia-a-dia, sendo por isso necessário rever conceitos sobre a existência, de modo a não encarar a morte dos doentes como um fracasso, impotência e com frustração. De salientar que “há sempre algo a fazer” pelo ser humano até ao momento de morte, e tal como SFAP (1999:89-90) afirma acompanhar na vida é a única maneira de permanecer em relação com aquele que caminha para a morte.

E1.6. Atender às necessidades da pessoa em fim de vida

O próximo participante revela que:

“(...) normalmente há pessoas, é muito raro, dizerem se eu morrer vem alguém ver-me, para onde é que eu vou (...) Costumo responder de forma simples, dependendo da pessoa (...).” E8: L47-51

Grilo (2001:9) salienta que o enfermeiro deve permitir que o doente fale livremente ou estar disponível quando este desejar, ou seja, utilizar a técnica de escuta empática. Cabodevilla (*in* Grilo, 2001:9-10) salienta muitas vezes que não são necessárias respostas, ou dar conselhos ou encontrar soluções. O melhor apoio consiste em falar da morte com o doente, se é isso que o mesmo deseja. O mesmo autor salienta que é necessário falar dos assuntos mais difíceis quando o doente quer falar deles, mas o

importante é manter algumas conversas que permitem algum alívio, proporcionando esperança e alegria.

E1.7. Sonhar

Este participante aponta para uma influência que o doente em fase terminal tinha na organização da sua vida privada, como é o caso de sonhar com o mesmo:

“(...) Houve uma ou duas situações que se calhar que me afectaram mais e que me fizeram pensar. (...) doente (...) estava em fase terminal, (...) e era uma família que ficava quase 24 horas por dia, eu cheguei a sonhar com ela num desses dias (...).” E7: L27-31

De acordo com Carlier (*in* Abiven, 2001:125) no plano emocional vivemos em permanência momentos muito intensos com doentes em fase terminal. O sofrimento físico e moral dos pacientes, a angústia das suas famílias, o desaparecimento de um doente ao qual nos tínhamos afeiçoado, atingem-nos muitas vezes no mais fundo do nosso ser. A possibilidade de sonhar é frequente, particularmente quando o serviço está pesado, ou quando não se interrogou com angústia sobre o que seria a sua própria morte num fim difícil.

Terminada a apresentação, discussão e análise dos dados obtidos passamos seguidamente à síntese e conclusões do estudo, assim como às sugestões e implicações do mesmo.

5. SÍNTESE E CONCLUSÕES DO ESTUDO

Sendo a nossa principal finalidade, quando iniciámos este estudo, perceber as vivências dos enfermeiros de medicina perante a prestação dos cuidados *post mortem* no seu quotidiano, bem como as suas concepções sobre a morte, vamos apresentar agora as conclusões a que chegámos. No entanto, tratando-se de um estudo qualitativo, não temos como intuito apresentar conclusões categóricas, nem generalizações sobre este assunto, mas sim perceber uma possível realidade de acordo com a individualidade inerente a cada um dos entrevistados.

O presente estudo teve na sua origem a vontade e a necessidade por nós sentida de compreender o fenómeno de prestar cuidados *post mortem* em unidades de medicina, e neste sentido efectuámos todo um caminho que nos permitisse responder à pergunta de partida formulada inicialmente: Quais as vivências dos enfermeiros ao cuidar o corpo *post mortem* numa unidade de medicina?

A partir da realização das entrevistas e com a sua posterior análise foi possível perceber um conjunto de aspectos e de uma diversidade de vivências que nos permitiram a consciencialização das múltiplas implicações que a prestação dos cuidados

post mortem causa no quotidiano dos participantes. Da análise efectuada emergiram cinco temas, em torno dos quais se estruturaram as vivências destes enfermeiros:

- Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados *post mortem*;
- Cuidar do corpo *post mortem*;
- Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro;
- Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte;
- O valor do cuidar em fim de vida.

No primeiro tema denominado “Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados *post mortem*” a prestação dos cuidados ao corpo morto assume repercussões no domínio biopsico-emocional dos indivíduos. Face a esta realidade, cada enfermeiro experimenta emoções, pensamentos e alterações físicas diversos, tanto negativos como positivos. Em relação às emoções foram relatados os sentimentos de: tristeza (relativamente à inevitabilidade da morte), alívio (sentidos face ao sofrimento do doente), angústia e frustração (devido aos limites da sua actuação), ódio (associado à recusa de morte) e sentir-se de outra forma (que depende da relação terapêutica estabelecida). Pudemos perceber que o sentimento comum a muitos participantes é a satisfação, ao contribuir significativamente na prestação dos cuidados *post mortem*, como o último cuidado de respeito e de dignidade aos doentes.

De salientar que a perda sentida por alguns participantes durante a prestação dos cuidados leva a alterações emocionais e psicológicas que originaram o questionar sobre o momento da sua própria morte e a morte do outro, havendo um processo de projecção e um despertar de memórias pessoais na situação de morte daquele doente, o que poderá ser resultado da grande dificuldade em encontrar a distância relacional adequada num contexto de grande envolvimento emocional. A aparência física do corpo morto pode

provocar sentimentos de horror no enfermeiro, devido à decomposição do corpo, o que leva a reacções de repulsa no contacto com o mesmo.

Considera-se que os profissionais da morgue e os auxiliares de acção médica devem ter formação específica sobre a prestação dos cuidados ao corpo *post mortem*, sendo que a sua prática profissional pode influenciar negativamente outros profissionais de saúde, bem como familiares ou outros doentes do serviço, o que pode revelar uma falta de respeito pela pessoa que faleceu.

Podemos também verificar que estes participantes têm dificuldade em prestar cuidados *post mortem* em pessoas jovens e em aceitar e integrar a sua morte, devido a processos de identificação. Estes consideram que a pessoa idosa já fez um percurso de vida e acham que não vale a pena investir em técnicas invasivas, pois só aumentam o sofrimento e proporcionam uma vida sem qualidade.

A prestação dos cuidados *post mortem* leva a um desgaste psicológico no enfermeiro, devido ao confronto diário com a morte, e por isso com a inevitabilidade da mesma, o que pode também levar a pensamentos sobre a projecção da sua própria morte. A perda de um doente conduz à necessidade de experimentar a dor, nomeadamente a nível físico, surgindo os arrepios como forma de experiência.

No que respeita ao tema “Cuidar o corpo *post mortem*”, assume-se como um aspecto central neste estudo, uma vez que o cuidar em enfermagem pressupõe uma interacção entre enfermeiro e cliente, sendo o corpo o veículo de conhecimento, compreensão e modos de agir, pelo que o enfermeiro deve estar atento às representações do mesmo. O enfermeiro, na prestação de cuidados ao corpo *post mortem* deve atender à pessoa e ter em atenção a sua singularidade como uma complementaridade entre os seus constituintes básicos: corpo e espírito, como referem os participantes.

Assim sendo, da relação do enfermeiro com a técnica dos cuidados *post mortem*, podemos concluir que os participantes consideram-na como simples, rotineira, técnica e fria, sendo que este cuidado considerado como digno deve ser realizado em equipa. Contudo é revelado uma inquietação, um mal-estar, sentida pelos profissionais como uma dificuldade. Esta prende-se com a ausência de protocolo que limita a intervenção do enfermeiro. Outras dificuldades à intervenção destes participantes referem-se à obrigatoriedade de prestar os cuidados ao corpo morto e à consciencialização de que a vida não é eterna, e por isso no confronto com a morte aprendem a dar valor às suas vidas, encarando a morte como parte da sua existência e portanto a aceitar a sua inevitabilidade. Associados a estes aspectos, todos os participantes valorizaram a diferença existente entre este cuidado ao corpo e outras técnicas de enfermagem devido à ausência de participação da pessoa a quem se presta os cuidados *post mortem*. Também foram referidas limitações de ordem física, devido ao processo de decomposição do corpo, bem como limitações relacionadas com a ausência de material adequado para o transporte do corpo, nomeadamente o saco de plástico, que tornam a sua intervenção mais complicada.

Na relação do enfermeiro com o corpo morto e família é de salientar a missão do cuidar a pessoa no seu todo, e por isso atender às suas preferências religiosas e espirituais. A espiritualidade é uma componente muito marcante ao longo deste trabalho, pois evidencia a relação do enfermeiro com o transcendente como forma de aceitar a morte, não apenas como o fim, mas como uma forma de transição para uma vida eterna. O recurso ao divino foi outro suporte à qual alguns participantes recorrem. A relação com o transcendente, a vivência da espiritualidade e a prática da religião surgem aliadas à esperança, através da fé depositada em Deus, ao qual as pessoas

recorrem pedindo por a pessoa que morreu. O rezar é também uma prática adoptada pelos participantes para manifestar a sua espiritualidade, o que revela que o enfermeiro se preocupa com as necessidades espirituais e religiosas do doente.

De notar que existe uma dificuldade em aceitar a morte, o que leva a atitudes de rejeição pela imagem do corpo que se apresenta a si próprio e aos outros, como por exemplo o receio de tocar, evitar o contacto visual e a noção do corpo como um objecto e como uma pedra, o que pode comprometer a relação terapêutica estabelecida. Assim sendo, o enfermeiro deve ter em conta o *corpo-sujeito* de forma a prestar cuidados *post mortem* individualizados, tendo em conta a complexidade do ser humano, como é evidenciado através do respeito e carinho que os participantes demonstram, por exemplo, com o estabelecimento de uma comunicação verbal com a pessoa que morreu, até à fase final do processo dos cuidados *post mortem*.

De salientar que o enfermeiro deve permitir à família expressar os seus sentimentos, bem como deve incluir o familiar ou pessoas significativas na prestação dos cuidados *post mortem*, pois vai ajudar no processo de luto.

Ao longo do trabalho, notamos que a intimidade está relacionada com os aspectos físicos e corporais enquanto a privacidade se enquadra no envolvimento ambiental ao indivíduo. Assim sendo, o ambiente em que estão inseridos os cuidados, que deve ser calmo e silencioso, e a forma como este afecta os comportamentos, vai ao encontro do respeito pela dignidade do ser humano no momento de prestação destes cuidados nomeadamente da pessoa que morreu, e dos outros doentes que se encontram internados no serviço.

Ao nível do terceiro tema identificado denominado “Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro” destacaram-se um conjunto de vivências relacionadas com as concepções face à morte, e respectivas competências profissionais perante a mesma, bem como a influência da morte na gestão da vida quotidiana. Ao consciencializarem-se que a vida é finita e efémera e ao considerarem a morte como natural, uma passagem, como uma componente espiritual, têm em conta a profundidade do momento da morte, reflectindo e aceitando-a, o que contribui para promover o melhor possível a criação de um ambiente saudável e acolhedor.

Podemos salientar que o respeito pela dignidade de um indivíduo está associado ao reconhecimento e à aceitação pelo direito individual à intimidade, bem como pelo direito individual ao seu espaço pessoal. É da responsabilidade do enfermeiro zelar pela protecção da intimidade física e psicológica relacionando-a com diversas vertentes, tais como a reserva da intimidade, o respeito pelo pudor individual, a protecção e a salvaguarda da privacidade, o que proporciona o estabelecimento de uma relação mais próxima e um conhecimento mais profundo entre ambos, permitindo uma prestação de cuidados ao corpo menos invasiva.

Podemos referir que existe o respeito pela pessoa que morreu, pois esta não desaparece com a morte ou com o desaparecimento do corpo físico, uma vez que o enfermeiro atende às suas necessidades biopsicossociais e espirituais como um ser único.

Estes enfermeiros confrontam-se com uma realidade sempre presente: a morte. Esta vai interferir na sua vida pessoal, mas verifica-se que os participantes se encontram preparados para lidar com as questões relacionadas com a mesma, apesar de a morte ser vista por alguns profissionais como um insucesso e falha da medicina. Foram identificadas estratégias de adaptação, ou seja, estratégias de *coping* para lidar com o

confronto com a morte aquando da prestação dos cuidados *post mortem*. Verificámos que algumas estratégias de *coping* são ineficazes como o evitamento e o distanciamento, mas também foram identificados suportes adaptativos, face à mesma realidade. A experiência ao longo dos anos foi também apontada como um elemento que transmitia segurança aos participantes. A reflexão e a aceitação consideram-se como suportes adaptativos, uma vez que permite ao enfermeiro adquirir conhecimentos e desenvolver capacidades e competências, de forma a encarar a morte do outro e assim prestar cuidados especializados e individualizados, tendo em conta a singularidade de cada ser humano e todas as dimensões do seu ser, e assim apoiar a família durante o processo de morte e de luto.

O cuidar de doentes em fim de vida promove o desenvolvimento profissional destes enfermeiros ao contribuir para uma maior compreensão e aceitação do outro, e da valorização de sentimentos e necessidades dos doentes, observando-se o respeito pela sua individualidade. O cuidar de doentes em fim de vida poderá ter constituído um valor para o desenvolvimento pessoal destes participantes, uma vez que levou à reflexão sobre o sentido da vida, a uma maior consciência da fragilidade e vulnerabilidade humana, e portanto uma maior consciência de si mesmo. Neste contexto, de notar uma consciência e preocupação sobre a escolha do local da morte dos seus familiares, como sendo no domicílio, lugar que é mais querido pelos mesmos e onde têm as recordações de uma vida.

Assim sendo é importante a consciência das reacções de cada enfermeiro e qual o impacto na prestação dos cuidados aos doentes e nas suas famílias, uma vez que verificámos uma dificuldade em lidar com o doente em fim de vida, o que pode levar a atitudes como o evitamento e o distanciamento em relação ao doente que está nesta fase.

Em última análise, considerámos que cada participante tem uma visão muito particular e única sobre a morte, em que a mesma constitui-se como um elemento integrante do percurso de vida. Assim sendo, a prática da prestação dos cuidados *post mortem* coloca os enfermeiros em diversos dilemas ético-deontológicos que só a formação e a reflexão podem ajudar a ultrapassar. É importante que o ritual funerário se desenvolva de forma a dar início ao trabalho de luto, pois se o mesmo não se realizar pode conduzir a um desgaste psicológico.

Gostaríamos de salientar que o estudo desenvolvido, mais do que enriquecer o corpo de conhecimentos da profissão, vai permitir aos enfermeiros uma maior compreensão do fenómeno: “viver a prática dos cuidados *post mortem*”, levando a que os mesmos possam adaptar a sua prática de cuidados atendendo às especificidades desta condição a diferentes níveis.

6. SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Um dos principais objectivos da investigação é o de fornecer contributos para o exercício profissional como referem Polit, Beck e Hungler (2004).

Considerando o exposto e após a realização deste trabalho, achamos pertinente discutir algumas implicações e sugestões que o mesmo poderá conter no campo de actuação da enfermagem, designadamente no domínio da prestação de cuidados, da formação, da gestão e, por último, da investigação em enfermagem. Os resultados do presente estudo podem ter implicações na prática de cuidados de enfermagem.

Prestação de Cuidados em Enfermagem

Neste âmbito consideramos todas as áreas de prestação de cuidados ao doente em fim de vida, isto é, serviços de Medicina, equipas de cuidados paliativos e equipas de cuidados continuados, nos centros de saúde. Para que a prestação dos cuidados *post mortem* seja uma prática dignificante nomeadamente para o doente que morreu e suas famílias é essencial ter em mente que cada doente/família são únicos, bem como cada profissional de enfermagem é único. Assim, é indispensável que os enfermeiros se conheçam bem e às pessoas a quem prestam cuidados.

Deste modo, a actualização permanente científica, técnica e relacional deve constituir-se como uma exigência e uma premissa básica para qualquer enfermeiro, pois só assim conseguir-se-á a satisfação de necessidades e corresponder às expectativas neles depositadas pelos alvos dos cuidados. Implica ainda atender à satisfação do cliente/família e para isso o enfermeiro deve: interagir com empatia, estabelecendo parcerias e envolver os conviventes significativos na prestação dos cuidados *post mortem*; proporcionar uma influência positiva no ambiente, nomeadamente, a privacidade;

Assim, achamos pertinente deixar as seguintes sugestões para a prática dos cuidados de enfermagem:

- Conhecer as crenças, valores e desejos de cada doente/família e assentar a prestação de cuidados nas mesmas, o que demonstra consideração e respeito;
- O exercício profissional deve basear-se nas linhas orientadoras definidas, nacional ou internacionalmente, em relação às boas práticas relacionadas com a prestação dos cuidados *post mortem*, através da elaboração e aplicação do protocolo, e posterior discussão em equipa;
- A prática de sessões formais de reflexão pessoal sobre a acção vivida, em equipa multidisciplinar, nos serviços de medicina, sendo um contributo relevante para o desenvolvimento do autoconhecimento do enfermeiro leva ao desenvolvimento de competências importantes para lidar adequadamente aquando da prestação dos cuidados *post mortem* e doentes em fim de vida; Esta prática também

contribui para a uniformização dos cuidados e um maior envolvimento dos elementos de toda a equipa.

- O investimento pessoal dos enfermeiros no desenvolvimento e aquisição de competências no domínio dos cuidados *post mortem*. Como verificámos a actuação dos profissionais de saúde revela-se uma fonte de suporte para a família do doente, logo quando mais desenvolvidas estiverem as competências de comunicação e de relação de ajuda, mais significativa será a sua intervenção;

- Partindo da premissa de que a investigação em enfermagem só faz sentido se contribuir para a melhoria da prática profissional comprometemo-nos a apresentar os resultados deste estudo ao HSM, instituição onde o mesmo decorreu, bem como a todas as outras que manifestarem interesse na sua divulgação, como o caso do HPP Cascais, de modo a possibilitar a reflexão acerca da temática abordada por parte dos enfermeiros em geral, bem como de todos a que dele tiverem conhecimento;

Formação em Enfermagem

Não nos oferece qualquer dúvida o papel que os profissionais de enfermagem têm junto do doente em fim de vida e durante o momento da morte. Porém, a sua actuação será tanto mais eficaz quanto maiores e melhores forem as suas competências e conhecimentos. E estas são adquiridas, essencialmente, no âmbito da formação, que permite a cada profissional de saúde envolvido na prestação de cuidados em fim de vida, avaliar a sua disponibilidade interna, os seus valores, os seus conceitos, os seus

preconceitos em relação à morte e ao morrer, bem como na relação com as suas experiências pessoais de perda, morte e luto e por isso deixámos algumas sugestões:

- Incorporação e desenvolvimento nos currículos académicos e profissionais da temática da abordagem global da morte, focalizando as problemáticas associadas à mesma como a prática dos cuidados *post mortem*, e dando particular ênfase às implicações psicológicas que a mesma comporta e os mecanismos de defesa que podem ser utilizados;
- Proporcionar a formação pós-graduada em cuidados paliativos aos enfermeiros que prestam cuidados em situações clínicas complexas, com uma variedade de patologias, com utilização de um largo espectro terapêutico, e que lidam com o sofrimento e morte constantemente, uma vez que este tipo de cuidados exige uma preparação técnica, formação teórica e experiência prática efectiva;
- Inclusão nos cursos de licenciatura em enfermagem de componentes teórico-práticos da área dos cuidados paliativos, nomeadamente do tema sobre os cuidados *post mortem*, através da participação de profissionais com experiência clínica e formação avançada na área;
- Integração de módulos de formação sobre o modo de lidar com o corpo morto, dirigidos a outros profissionais de saúde.

Gestão dos cuidados de enfermagem

Defendemos que esta área do saber em enfermagem tem um papel essencial no estabelecimento de políticas, normas e padrões institucionais que permitam o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de modo a alcançar o máximo padrão de qualidade. Deste modo, este esforço de gestão deverá ser um esforço concertado de vários agentes hierarquicamente posicionados, que vão desde os mais altos responsáveis pelas instituições até aos responsáveis operacionais, que se encarregam da gestão localmente (enfermeiros-chefes). Assim, sugerimos:

- A criação de incentivos facilitadores da frequência de formação especializada de modo a proporcionar aos enfermeiros que manifestem interesse na formação pós-graduada no domínio científico dos cuidados paliativos;
- A criação de espaços de contacto para troca de experiências entre os elementos da equipa multidisciplinar que prestam cuidados em fim de vida e no momento da morte, bem como acompanhamento psicológico e apoio emocional especializado, se o desejarem;
- Proporcionar a realização de workshops sobre os cuidados em fim de vida, nomeadamente o processo de morrer, a morte e os cuidados *post mortem*, para troca de experiências sobre a temática;
- Proporcionar formação específica na área da prestação dos cuidados *post mortem* a auxiliares de acção médica e profissionais da morgue;

Investigação em Enfermagem

Neste contexto, e a partir deste estudo deixamos algumas problemáticas, que no nosso entender, são pertinentes para o desenvolvimento de futuros trabalhos de investigação neste domínio:

- O presente estudo privilegiou o estudo das vivências dos enfermeiros, exclusivamente, relacionadas com a prestação dos cuidados *post mortem*, contudo consideramos ser pertinente a realização de outros estudos na mesma área temática do ponto de vista da família/pessoa significativa, e do ponto de vista de outros profissionais de saúde;
- Como constatamos, os participantes deste estudo destacaram, entre outras vivências, a relação terapêutica com a pessoa que morreu, e a relação com os familiares da mesma. Assim, entendemos que mais investigação deveria ser realizada neste âmbito, no sentido de averiguar as dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com os mesmos.

BIBLIOGRAFIA

- ABIVEN, Dr. Maurice - **Para uma morte mais humana: Experiencia de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2001. 206p. ISBN 972 8383 25 8.
- ALLEN Al. - Privacy in helt care In REICH, W. - **Enciclopedy of bioethics**. New York: McMilan, 1995.
- AMARO, Hugo João Fernandes; JESUS, Saúl Neves – **Satisfação Profissional e Burnout nos Enfermeiros: Que relação?** In Revista Portuguesa de Enfermagem. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda. ISSN 0873-1586, n.º13, 2008, p. 33-39.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP) – **Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP**, 2006, p.1-13.
- AUGUSTO, B. *et al* - **O corpo e os cuidados**. Coimbra: Formasau, 2004. 175 p.

- AXT, Margarete – **Comunidades virtuais de aprendizagem e interacção dialógica: do corpo, do rosto e do olhar** In Filosofia Unisinos, n.º7, 2006, p256-268 Disponível (on line) no sítio: <http://www.lelic.ufrgs.br/portal/images/stories/comunidadeaxt.pdf> (acedido a 07/05/2010)
- BEATTIE, Sally – **Hands-on help: Post – Mortem Care** In Acute Care Focus. Columbia. ISSN: 0033-7021, Vol. 69, n.º 10, 2006, p. 24ac1-24ac3.
- BELL, Judith – **Como realizar um projecto de investigação: Um guia para a pesquisa em ciências sociais e educação**. 1ª ed. Lisboa: Gradiva, 1997. 212p. ISBN 972-662-524-6.
- BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari Knopp. - **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. 336p. ISBN 972-0-34112-2.
- BOTELHO, M. A. Rebelo – **A pessoa e os cuidados de saúde, compreensão ética e “sentido fenomenológico”** In Revista enfermagem. n.º35/36, 2004, p. 8-12.
- BRÊTAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo; YAMAGUTI, Lie - **Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer** In Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2006. p. 477-483. Disponível (online) no sítio: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04.pdf> (acedido a 7/03/2010).
- BRITES, Bruno; CARVALHOSA, Carla; VIEIRA, Mavilde; MOREIRA, Sandra; LANDEIRO, Susana – **A pessoa em fim de vida: Reflectir para ajudar** In Enfermagem. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISN 0871-0775, n.º41 (2º série), 2006. p. 5-10.
- CARLIER, A. M. – Para uma globalidade dos cuidados de enfermagem IN ABIVEN, Dr. Maurice – **Para uma morte mais humana: Experiencia de uma**

Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2001. ISBN 972 8383 25 8. p. 97-131.

- CARVALHO, Maria Manuela Montezuma de - **A Enfermagem e o Humanismo.** 1^a ed. Loures: Lusociência, 1996. ISBN 9972-8383-00-2.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. - **Metodologia Científica.** 5^a ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- CHEVRIER, Jacques – A especificação da problemática In GAUTHIER, Benoit. **Da problemática à colheita de dados.** 3^o ed. Loures: Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003. 549p. ISBN 972-8383-55-x.
- COELHO, Ana Elisa; OLIVEIRA, Inês – **O enfermeiro também chora: o enfermeiro perante situações de fim de vida** In Revista Portuguesa de Enfermagem. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda. ISSN 0873 – 1586, n^o17, 2009. p. 11-13.
- COSTA, Juliana Cardeal; LIMA, Regina Aparecida Garcia – **Luto da equipa: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e do morrer** In Revista Latino Americana de Enfermagem. ISSN 0104-1169, v.13, n.º2, 2005. Disponível (on line) no sítio:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200004&lng=pt&nrm=iso (acedido a: 27/04/2010)
- COUTINHO, E., FERREIRA, M. - **O banho versus o cuidado portador de sentido de ajuda** In Revista Sinais Vitais, n.º 40, 2002, p. 42-44.
- CRUZ, Arménio G.; AMARAL, António Fernando – **Que cuidados para os doentes em fim de vida?** In Sinais Vitais, n.º 36, 2001, p. 22-23.

- DECRETO – LEI n.º 104/ 98 de 21 de Abril. **Diário da República I Série.** Ministério da Saúde – Do Código Deontológico do Enfermeiro. n.º 93, p. 1754 – 1757.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – Circular Normativa N.º13 DGCG. 02/07/04. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Disponível (online) no sítio: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf> (acedido a: 27/04/2010)
- DUARTE, Teresa – A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica) In CIES (Centro de Investigação e Estudos de Sociologia) e –Working Paper. Lisboa. ISSN 1647-0893, n.º 60, 2009, 24p. Disponível (on line) no sítio: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_003.pdf (acedido a 28/04/2010).
- ESPADA, Ana Paula Sousa Santos – **À Descoberta... Vivências e contributos do trabalho de investigação elaborado no âmbito do CCFE para o desenvolvimento dos enfermeiros.** Ponta Delgada: [s.n], 2004. 337 f. (Dissertação apresentada à ESEnfPD no âmbito do Concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador).
- FACHADA, Maria Odete – **Psicologia das Relações Interpessoais.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Rumo Limitada, 1988. vol. 1. 256 p. ISBN 50711191.
- FIDALGO, A. - Vivência. **Logos. Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia.** S. Paulo: Verbo, 1990. vol.5.
- FORTIN, Marie-Fabiene - **O processo de investigação: da concepção à realização.** 3º ed. Loures: Lusociência - Ed. Técnicas e Científicas, 2003. 388p. ISBN 972-8383-10-x.

- FOODY, William – **Como perguntar: Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários**. Oeiras: Celta editora, 1996. 228 p. ISBN 972-8027-54-0.
- FONTES, F.; VIEIRA, J.; CARDOSO, L – **O enfermeiro perante a morte** In Nursing. Lisboa. n.º85, 1995. p. 7-10.
- FRIAS, Cidália de Fátima – **A aprendizagem do cuidar e a morte: Um desígnio do enfermeiro em formação**. Loures: Lusociência, 2003. 210p. ISBN 972-8383-50-9.
- GALINHA, Iolanda; RIBEIRO, J.L. Pais – **História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo** In Psicologia, Saúde e Doenças. Porto. 2005. p. 203-214. Disponível (online) no sítio: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf> (acedido a 01/03/2010).
- GIL, António Carlos - **Como elaborar um projecto de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991. 159p. ISBN 85-224-0724-x.
- GÓMEZ, Gregório Rodríguez; FLORES, Javier Gil; JIMÉNEZ, Eduardo García - **Metodología de la investigacion cualitativa**. 2ªed. Granada: Ediciones Aljibe, 1999. 378p. ISBN 84-87-767-56-7
- GRILO, Ana Monteiro – **Reacção psicológica à doença terminal: Implicações para os enfermeiros** In Acontece Enfermagem. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de S. Vicente de Paulo. ISSN 1645-1805, n.º1. 2001. p. 8-11.
- GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello; CIAMPONE, Maria Helena Trench – **O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs**. In Revista da Escola de Enfermagem da USP. ISBN 00806234, Vol.41 (4). 2007. p. 660-667.

- HALLOUET, Pascal; EGGERS, Jérôme; MALAQUIN-PAVAN, Evelyne – Cuidados transversais – Cuidados de higiene: Cuidados *post mortem* In **Fichas de cuidados de enfermagem**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi editores, 2006. ISBN 972-796-202-5. p. 45-74.
- HAASE, Joan E; BRITT, Teri; COWARD, Doris D.; LEIDY, Nancy Kline; PENN, Patricia E. – **Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance and Self-transcendence** In Image. Vol. 24, n.º2, 1991, p.141-147.
- HENNEZEL, M. de – **Diálogo com a morte**. 6º ed. Loures: Cruz Quebrada (Casa das letras/ Editorial Notícias), 2005. 173p. ISBN 972-46-0793-3.
- HENNEZEL, M. de – O papel do psicólogo IN ABIVEN, DR. Maurice – **Para uma morte mais humana: Experiencia de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2001. ISBN 972 8383 25 8. p. 97-131.
- HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: LusoCiência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2000. 201p. ISBN 972-8383-11-8.
- JOSÉ, Helena – **Ser pessoa - uma reflexão para a prática** In Nursing, nº 138, 1999. p. 25-28.
- KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. (Paulo Quintela, Trad.) Porto: Porto Editora, (1995). (Obra Original Publicada em 1785).
- LAZURE, Hélène – **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 214p. ISBN 972-95399-5-2.

- LESSARD-HÉRBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald – **Investigação Qualitativa: Fundamentos e práticas**. 1ª ed. Lisboa: Artes Gráficas, Lda, 1990. 187p. ISBN 972-9295-75-1.
- LONEY, Molly – Perda, Luto e Morte IN PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 6º ed. Loures: Lusociencia – Edições Técnicas e Científicas. 2003, ISBN 972 8383 65 7. p. 185-218.
- LOPES, M. A. P. – **O corpo da pessoa: que lugar ocupa nos cuidados de enfermagem** In Nursing, n.º 138, 1999. p. 20-24.
- LOPES, M. A. P. (1995) – **Cuidar na intimidade, uma abordagem fenomenológica**. In Revista Enfermagem, nº 6, 1995. p. 40-50.
- LOUREIRO, L. M. J. - **Orientações Teórico - Metodológicas Para Aplicação do Método Fenomenológico na Investigação em Enfermagem**. In Referência. I Série (8), 2002. p. 5-16.
- LOURENÇO, Isabel – **A espiritualidade no processo terapêutico: realidade e importância**. Coimbra: Quarteto, 2006. 135p. ISBN 989-558-010-x.
- MAIA, Olga; LOPES, Wilma – **O enfermeiro e a morte** In Revista de Formação Contínua de Enfermagem. n.º 21 (Ano VI), 2000. p. 30-33.
- MAGALHÃES, José Carlos – **Cuidar em fim de vida – Experiência durante a formação inicial de enfermeiros**. Lisboa: Coisas de Ler, 2009. 190p. ISBN – 978-989-8218-07-0.
- MARTINS, Catarina; FRANCO, Mª Paula; FERNANDES, Paula – **A morte e os profissionais de saúde** In Servir. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e profissionais de Saúde. ISSN 0871-2370, Vol. 52, n.º2, 2004. p. 75-78.

- MARQUES, A. Reis (et al.) – **Reacções emocionais à doença grave: como lidar...** Coimbra: Edição Psiquiatria clínica, 1991. 146p.
- MERCADIER, Catherine. - **O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmago da interacção prestador de cuidados - doente.** Loures: Lusociência, 2004. 341p. ISBN 972-8383-82-7.
- MENDONÇA, Susana Sobral – **Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar.** Lisboa: Editorial Novembro, 2009. 164p. ISBN 978 989 8136 34 3.
- MILLER, Judith Fitzgerald. – **Coping with Chronic Illness – Overcoming Powerlessness.** 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1992. ISBN 0-8036-6192-4.
- NOVAIS, Eulália – **A dualidade de ter e ser corpo** In Pensar enfermagem. n.º1, 2003. p. 13-21.
- OLIVEIRA, C. S. C.; FERREIRA, F. M. A. S.; ALFAIATE, M. R. S. O.; SILVA, L. M. C.; MATOS, T. M. L. F. – **Os enfermeiros perante a morte: Nurses and death** In Revista Nursing, Lisboa: Serra Pinto. ISSN 0871 6196 (2008). p. 30-36.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS: CONSELHO DE ENFERMAGEM. **Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 16p. Disponível (online) no sítio: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf> Acedido a 28/03/2010.
- PACHECO, Susana – **Cuidar a pessoa em fase terminal.** 2^a ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-30-4
- PESSAGNO, Richard A. – **Postmortem care: Healing's first step** In Hospital Nursing, 1997. p. 32a-32b

- PATTISON, Natalie – **Caring for patients after death** In Nursing Standard. Vol. 22, 2008. p. 48-56.
- PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves – **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto**. Coimbra: Formasau (Formação em Saúde, Lda.), 2008. 446p. ISBN 978-972-8485-92-4.
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-84-3.
- POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin – Princípios do cuidar: Perda e Luto In **Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos**. 5^a ed. Loures: Lusociência, 2006, ISBN 972-8930-24-0. p. 579-581.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P.- **Fundamentos da pesquisa em enfermagem – Métodos, Avaliação e Utilização**. 5^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 487p. ISBN 85-7307-984-3.
- QUEIRÓS, Ana Maria Correia Albuquerque – **Empatia e respeito: dimensões centrais na relação de ajuda**. Coimbra: Quarteto editora. 1999. 156p. ISBN 972 8535 03 1
- QUESTED. Beverleigh; RUDGE, Trudy – **Nursing care of dead bodies: a discursive analysis of last offices** In Journal of advanced nursing. Adelaide (Australia), n.º41 (2003) p. 553-560.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.- **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2^a ed. Lisboa: Gradiva, 1998. 282p. ISBN 972-662-275-1
- RENAUD, M. I. C. R. (1990) – **A pessoa humana**. In: Cadernos de Bioética, Vol. 38, n.º 4 (Julho/Agosto) p. 159-165.

- RIBEIRO, Maria Cecília; BARALDI, Solange; SILVA, Maria Júlia – **A percepção da equipe de Enfermagem em situação de morte: Ritual do preparo do corpo “Pós-morte”** In Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo. Vol. 3, n.º 2 (1998) p. 117-23.
- RICHMOND, Roberta J. – Medidas de emergência de suporte avançado de vida: cuidados ao corpo pós morte. In ELKIN, PERRY *et* POTTER – **Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos**. 2º ed. Loures: Lusociência, 2005, ISBN 972-8383-96-7. p.908-913
- SANTOS, Cláudia Tavares; SEBASTIANI, Ricardo WERNER – Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crónica IN CAMON, Valdemar Augusto Angerami; CHIATTONE, Heloisa Benevides Carvalho; SEBASTIANI, Ricardo Werner; FONGARO, Mª Lúcia Hares; SANTOS, Cláudia Tavares - **E a Psicologia entrou no Hospital**. São Paulo: Editora Pioneira, 1998. 213p. ISBN 85 221 0037 3
- SANTOS, B. S. - **Um Discurso sobre as ciências**. 11ªed. Porto: Edições Afrontamento, 1999.
- SARAIVA, M. Clara - **Embalming, sprinkling and wrapping bodies. Death ways in America, Portugal and Guinea-Bissau: a cross-cultural study** In Symposia: Journal for Studies in Ethnology and Anthropology. Craiova: Center for Studies in Folklife and Traditional Culture of Dolj County, 2004. ISBN 973-700-029-3
- SARAIVA, M. Clara - Diálogos entre vivos e mortos In ALMEIDA, Miguel Vale de. - **Corpo Presente: Treze reflexões antropológicas sobre o corpo**. Oeiras: Celta Editora, 1996. ISBN 972-8027-51-6.

- SARAIVA, M. Clara - **Rituais Funerários dos Dois Lados do Atlântico**. In Antropologia Portuguesa, Coimbra: Departamento de Antropologia da Universidade de Coimbra, vol.12, 1994.
- SARAIVA, M. Clara - **Le Mort Maquillé : Funeral Directors Américains et Fossoyeurs Portugais** In Terrain : Carnets du Patrimoine Ethnologique. Paris : Mission du Patrimoine Ethnologique, n.º 20, 1993.
- SARAIVA, M. Clara - Funeral Directors - **The Construction of an Identity**. In Estudos em Homenagem a Ernesto Veiga de Oliveira, Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica, 1989.
- SARAIVA, Dora Maria Ricardo Fonseca – **Atitude do enfermeiro perante a morte – Investigação** In Revista Nursing. Lisboa: Edição Portuguesa. ISSN 0871-6196, 2009, p. 6-13.
- SARAIVA, Dora Maria Ricardo Fonseca – **O enfermeiro e a morte** In Revista Nursing. Lisboa: Edição Portuguesa. ISSN 0871-6196, 2007, p. 25-30.
- SARAIVA, A. M. P. - **O doente inconsciente e a efectividade da comunicação através do toque** In Revista Nursing, n.º 134, 1999, p. 36-40.
- SAPETA, Paula; LOPES, Manuel – **Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro – doente** In Revista Referência. Lisboa: Universidade de Lisboa. II série, n.º4 (2006) p. 36-60.
- SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS (SFAP) – **Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: “Cuidar – éticas e práticas”**. Loures: Lusociência - Ed. Técnicas e Científicas, 1999. 237p. ISBN – 972-8383-17-7

- SMITH, Richard – **A good death: an important aim for health services and for us all.** In BMJ. Vol. 320 (2000) p. 129-130.
- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Donna R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista.** 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. 383 p. ISBN 972-8383-29-0.
- TEIXEIRA, E. - **As Três Metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** 4ª ed. Belém: UNAMA, 2002.
- TWYLCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos.** 2ª ed. Lisboa: Climepsi editores, 2003. 207p. ISBN 972-796-093-6.
- WALTER, Tony – A Secularização In PARKES, Colin Murray; LAUNGANI, Pittu; YOUNG, Bill – **Morte e Luto através das culturas.** 1º ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 297p. ISBN 972 8449 38 0.
- WALDOW, V.R. - **O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar** In Rev Enfermagem UERJ. Vol. 9, n.º3 (2001) p. 284-293.
- WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem.** Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.
- VELOSO, Tatiana Maria Coelho; AGUIAR, Isabella Rocha; FREITAS, Giselle Lima; RABELO, Sâmia Thábida de Oliveira; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra – **Diante da Morte: Vivência de enfermeiras de uma U.T.I. Neonatológica.** 2003. 18p. Disponível (online) no sítio: <http://200.222.60.171/PDF/diante%20da%20morte%20vivencias%20de%20enfermeiras.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DO HSM PARA ACESSO AOS PARTICIPANTES

Ao Conselho de Administração
do Hospital de Santa Maria

Assunto: Pedido de autorização para selecção dos participantes e colheita de dados para o trabalho de investigação relacionado com as actividades académicas do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

Ana Maria Gusmão Guimarães Mota Parece, enfermeira do Centro de Saúde da Lapa, aluna do V Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa orientado pela Prof. Doutora Clara Saraiva e co-orientado pelo Prof. Doutor António Barbosa, encontra-se em fase de trabalho de Tese de Mestrado, trabalho este intitulado: Vivências dos Enfermeiros relativamente a cuidados post mortem em unidades de Medicina.

Este trabalho pretende compreender como vivência o enfermeiro os cuidados prestados ao corpo post mortem. Delineamos os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as vivências dos enfermeiros, relativamente aos cuidados prestados ao corpo post mortem;

- Analisar as vivências dos enfermeiros, relativamente aos cuidados prestados ao corpo post mortem;

Tendo em conta o exposto, venho por este meio solicitar a autorização, junto do Conselho de Administração do HSM, para que possa ter acesso aos Serviços de Medicina da vossa instituição, a fim de seleccionar 8 participantes e entrevistá-los de acordo com guião de entrevista que se encontra anexado ao projecto. Prevê-se que a recolha de dados decorra entre os meses de Março a Maio de 2009.

Salvuarda-se de antemão que a participação dos enfermeiros é voluntária, reservando-se ao mesmo o direito de recusa ou desistência a qualquer momento do estudo, sendo a identidade dos participantes apenas conhecida pela autora, pela orientadora de tese e co-orientador da tese. Como pilares transversais a este estudo estarão presentes o princípio da beneficência, o princípio de respeito pela dignidade humana e o princípio de justiça, conformem descritos no Relatório de Belmont.

Não prevendo prejuízos para a instituição e sabendo de antemão que estes procedimentos, a realizar nos serviços mencionados, podem representar algum transtorno para os profissionais, comprometo-me a interferir o menos possível com a dinâmica normal de funcionamento do serviço, acordando com os profissionais os melhores momentos para realizar a respectiva colheita de dados.

Desde já responsabilizo-me em divulgar os resultados do meu trabalho junto da V. Instituição após o seu *terminus* situação prevista para Outubro de 2009.

Procurando clarificar os meus intentos com este trabalho envio, em anexo, o meu Projecto de Tese de Mestrado, onde encontrarão com maior detalhe o meu pensamento de investigação que pretendo implementar. Também em anexo ao presente documento encontra-se o documento de Consentimento Informado a utilizar com os participantes do meu estudo, bem como as notas biográficas do orientador de tese.

Grato pela Vossa atenção e colaboração, subscrevo-me mui respeitosamente, aguardando deferimento para a seguinte morada: Rua Doutor José Ribeiro Castanho 22, 3 dto. 2770-221 Paço de Arcos. Contacto de telemóvel: 967699019.

A mestranda

(Ana Maria Gusmão Parece)

ANEXO II – DEFERIMENTO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HSM
PARA ACESSO AOS PARTICIPANTES

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARÍA



Hospital
PulidoValente

Exma. Sra.
Enf^ª Ana Maria Gusmão Parece
Rua Dr. José Ribeiro Castanho
N.º 22, 3º Dto
2770-221 Paço de Arcos

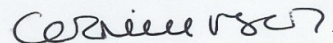
ASSUNTO: *Realização de um trabalho de investigação com o tema: "Vivências dos Enfermeiros relativamente aos cuidados Post Mortem em Unidades de Medicina" no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos a decorrer na Faculdade de Medicina de Lisboa.*

Vimos por este meio informá-la que o pedido acima mencionado a ser aplicado à equipa de enfermagem dos Serviços de Medicina do CHLN - Pólo HSM, se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 20 de Março de 2009

A Enfermeira Directora


Catarina Batuca
Enfermeira Directora

/MT

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

ANEXO III – GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

INTRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES	
1 – Explicação sumária do trabalho que estamos a desenvolver	Utilizar uma linguagem compreensível.	
2 – Explicação da entrevista considerando: <ul style="list-style-type: none"> • Os objectivos do estudo • A minha função durante a entrevista • A estrutura • A gravação dos dados • O tratamento dos dados • A confidencialidade 	Dar ênfase que asseguremos pessoalmente a confidencialidade de toda a informação. Validar se o participante compreendeu toda a informação.	
3 – Solicitação e registo da autorização para a realização da entrevista e para a sua gravação.	Assinatura do consentimento informado	
1º MOMENTO		
Objectivo: Recolher informação relativamente a alguns dados biográficos.	<p>Postura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emitir sinais verbais e não verbais de atenção e compreensão. - Dar espaço e tempo para a pessoa reflectir na resposta. - Solicitar esclarecimentos apenas relacionados com a compreensão factual do relato. - Ajudar com perguntas de continuidade se necessário. 	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Idade 2. Sexo 3. Função 4. Tem religião? Sim___ Não___. Se sim, é praticante? 5. Tempo de experiência em Enfermagem? _____ 		
2º MOMENTO		
Objectivo: Identificar as vivências dos enfermeiros relativamente aos cuidados prestados ao corpo post mortem;		
<ul style="list-style-type: none"> - Quantas vezes (aproxim.) preparou um corpo post mortem? - Que sentimentos estão presentes quando prepara um corpo post mortem? - Que pensamentos surgem em si, durante a preparação de um corpo post mortem? - Que sintomas físicos surgem em si, durante este procedimento? - Que outras reacções surgem em si? 		

<p>Pode explicar-me como cada uma das vivências, que referiu anteriormente, afecta o seu dia-a-dia?</p> <p style="text-align: center;">3º MOMENTO</p>	
<p>Objectivo: Analisar as vivências dos enfermeiros, relativamente aos cuidados prestados ao corpo post mortem.</p>	
<p>- O que é para si a morte?</p> <p>- De que modo percebe a forma como é realizada a técnica, relativa aos cuidados post mortem?</p> <p>- Quais as limitações com as quais se depara ao prestar esta técnica?</p>	
<p>- Tem dificuldades ao cuidar do corpo post mortem?</p> <p>- Como consegue ultrapassar estas dificuldades?</p>	
<p>- Qual a influência de um ambiente específico na expressão dos cuidados ao corpo post mortem?</p> <p>- Existe alguma diferença quando realiza os cuidados ao corpo post mortem, em relação a outros procedimentos? Não, porquê? Se sim, porquê?</p>	
<p>FASE DE BALANÇO</p>	
<p>Antes de terminar a nossa conversa, tem mais algo que gostaria de acrescentar?</p>	<p>- Mostrar disponibilidade e ao mesmo tempo dar por terminado a entrevista.</p> <p>- Informar o participante que será contactado novamente para validar o conteúdo da entrevista.</p>

ANEXO IV – EXEMPLO DE TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Nº de linhas	Entrevista 4
1	Quantas vezes, aproximadamente, preparou um corpo <i>post mortem</i>?
2	Não faço a mínima ideia.
3	Umas 20 ou 30?
4	Ai não, por amor de Deus, mais de 100 ou 200, em 24 anos de profissão,
5	trabalhei sempre em unidades de cuidados intensivos, portanto não faço
6	a mínima de ideia, mas à vontade mais de 200.
7	E que tipo de sentimentos estão presentes em si, quando prepara um
8	corpo post mortem? Não sei se quer comparar com o início da sua
9	profissão e agora, que tipo de sentimentos é que surgem?
10	É assim eu não faço muita diferenciação, eu vou comparar-me aos
11	cuidados intensivos, e nessa altura, nessas alturas, os doentes estão
12	sedados e muitas vezes curarizados ou estão em coma, portanto nos
13	apercebemos que eles faleceram unicamente pelo traçado cardíaco.
14	Portanto a aparência que o doente tinha anteriormente já é idêntica ao
15	que o doente tem post mortem, não é como nas enfermarias que os
16	doentes até falam muito bem, e depois de repente vão agravando e

17	morrem. Houve de certa maneira uma relação enfermeiro-doente, ali
18	nunca havia grande relação enfermeiro-doente. Portanto nunca senti que
19	havia esta mistura de sentimentos, a não ser que fosse um doente que
20	fosse para lá bem e agravasse e pronto, que eu tivesse estabelecido uma
21	relação com ele. Ai claro que me toca. Mas sendo um doente que não
22	tivesse estabelecido uma relação, e que é a maior parte.
23	E toca de que forma, se já tiver estabelecido uma relação, que tipo
24	de sentimentos quando está a cuidar daquela pessoa, que
25	sentimentos é que tem?
26	Bom, vários, dependendo da relação do doente. Se for um doente com
27	uma doença terminal, que nós à partida já sabemos que é degenerativa e
28	degradante para o doente, sem grande qualidade de vida, acho que é um
29	sentimento de alívio, ainda bem que aconteceu agora e não houve mais
30	sofrimento. Se for uma situação em que o doente estava bem e com
31	grandes possibilidades de ter uma vida igual ou quase igual à que tinha,
32	então o sentimento é de injustiça, de dor, de frustração, disso tudo.
33	E que tipo de pensamentos é que surgem em si quando está a cuidar

34	de um corpo. Depende do tipo de relação?
35	Exactamente.
36	Mas o que costuma vir ao pensamento?
37	Isso o que acabei de dizer, se é uma pessoa que eu já tinha estabelecido
38	uma relação, portanto pode ser um sentimento de alívio, ainda bem que
39	aconteceu, como um sentimento de dor, de frustração, de injustiça. Se
40	não tiver estabelecido nenhuma relação, não tenho grandes sentimentos.
41	Existem algum tipo de sintomas físicos que possam surgir em si,
42	quando está a cuidar de um corpo post mortem, alguma situação em
43	específico?
44	Não.
45	E outro tipo de reacções?
46	Não. Talvez possam ter acontecido isso com os primeiros, mas
47	realmente já não me lembro. Com alguns anos de profissão, a gente
48	também aprende a defender-se e a estabelecer alguns limites.
49	Pode explicar-me como cada uma das vivências que acabou de
50	dizer, como o sentimento que estabelece com uma pessoa, que tem

51	uma relação mais próxima, afecta o seu dia a dia, a sua vida
52	peçoal?
53	Não influencia. Geralmente quando saio do hospital, corto radicalmente
54	qualquer assunto a nível do Hospital ou dos doentes. Não quer dizer que
55	depois não possa, quando regresso ao Hospital e falo com os colegas no
56	dia a seguir ou no outro dia, na conversa falar que foi uma injustiça, que
57	foi tudo aquilo injusto ou que foi um alívio. Portanto, no fundo falar
58	destes sentimentos. Mas geralmente quando saio do Hospital corto
59	perfeitamente com o que se passou cá.
60	Tem algum tipo de dificuldades ao cuidar do corpo post mortem?
61	Dificuldades? Nenhumas.
62	E que é para si a morte?
63	O que é para mim, a morte?
64	Pergunta simples, mas muito difícil.
65	Difícil. Eu acho que é unicamente uma passagem para outro estadio.
66	Sinceramente eu não penso muito na morte. Isso é como a realidade, eu
67	já tive experiências de morte muito próximas, mesmo, mas o que eu

68	quero sempre lembrar é essa pessoa com ela era, e não após. O que é
69	para mim importante é enquanto as pessoas estão cá e.
70	Estabelecer uma relação.
71	estabelecer uma relação. A partir do momento em que aquela pessoa
72	faleceu não faço qualquer culto da morte, nunca fiz e não o faço. Não
73	vou a cemitérios, não faço nada desse tipo de coisas. Nem sequer, por
74	exemplo, permito que o caixão fique aberto para as pessoas verem, não.
75	Porque a minha ideia é que as pessoas se lembrem de tal e qual como
76	as pessoas estavam cá, não é?! Aquela última fase acho que não tem
77	qualquer tipo de significado para as pessoas. Ou pelo menos não deve
78	ter pois parecendo que não as pessoas ficam sempre influenciadas.
79	Estava então a dizer-me que é necessário que a pessoa se lembre
80	daquilo que pessoa era, antes daquela fase agónica, daquela fase
81	terminal.
82	Exactamente. Não faz qualquer sentido, para mim, não faz qualquer
83	sentido aquela lamúria, aquele sentimento à volta do caixão aberto, não
84	faz. É natural que as pessoas chorem, mas para mim o caixão tem de
85	estar fechado, e de maneira que as pessoas se lembrem atrás, e não

86	naquela fase.
87	De que modo é que percepciona a forma como é realizada a técnica
88	dos cuidados pós morte do início ao fim, ou seja a higiene, a
89	peessoa ficar sem roupa, o tamponamento, o cruzar dos braços das
90	pernas, o que pensa relativamente a isso?
91	É assim, eu sei que tecnicamente tem de ser assim, não deixa de ser uns
92	cuidados frios, não é?! Se a gente pensar bem, não é de maneira
93	nenhuma um cuidado em que nós mostremos algum sentimento ou um
94	algum cuidado específico, tem de ser assim. Portanto, é assim, mas é
95	frio. Não é a mesma coisa do que cuidar em casa. A tendência, é tonto,
96	mas faz-se, as pessoas geralmente trazem a agulha quente, cuidam com
97	todo o cuidado, como se a pessoa estivesse viva, vestem a roupa,
98	geralmente a roupa melhor. Isso demonstra um grande carinho pela
99	aquela pessoa. Aqui não. É frio, é técnico.
100	Quais as limitações com as quais se depara ao prestar esta técnica,
101	como estivemos a falar?
102	Não.

103	Para si é, portanto, não existe qualquer tipo de diferença ao prestar
104	esta técnica em relação com outro tipo de procedimentos, como o
105	apoio emocional, a algaliação, entubação nasogástrica, sente que
106	existe alguma diferença entre prestar os cuidados post mortem, e
107	prestar outro tipo de técnicas?
108	É claro que existe, mas quer dizer aquela também é uma técnica, não é?!
109	mais fria do que as outras, nós não estamos a comunicar com ninguém,
110	não é?! Enquanto que uma técnica, por exemplo como, colocar uma
111	sonda nasogástrica como deu o exemplo, nós explicamos ao doente de
112	forma a prestar todo o cuidado para não o magoar, arranjar a maneira
113	mais simples, ou melhor, para que custe o menos possível, ali não a
114	técnica é pura e dura.
115	E qual é a influência de um determinado ambiente específico ao
116	prestar esses mesmos cuidados, em termos de privacidade, ou seja,
117	que ambiente considera ser ideal para prestar esses mesmos
118	cuidados?
119	O ambiente ideal tem de ser de privacidade, de qualquer maneira tem de
120	ser de privacidade, quanto mais não seja por respeito aos outros doentes,

121	por respeito ao doente que acabou de falecer. Sem dúvida tem de ser de
122	privacidade.
123	Antes de terminar a nossa conversa, tem alguma coisa que gostaria
124	de acrescentar?
125	Não.
126	Muito obrigada pela sua disponibilidade

ANEXO V - MATRIZ DE ANÁLISE

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em

Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>A. Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>A1. A nível emocional</p>	<p>A1.1. Tristeza</p>	<p>“(…) <i>Que tipo de sentimentos, não é? Ou que sentimentos, que é mais fácil. Tristeza (…)</i>”. E2: L6-7</p> <p>“(…) <i>facto de estar triste, é mais em pensamento, é mais psicológico, do que propriamente físico, depende também da causa da morte, não é?! (…)</i>”. E10: L62-64</p> <p>“(…) <i>E quando está a preparar um corpo que tipo de sentimentos é que tem? Nostalgia (…)</i>”. E11: L4-6</p> <p>“(…) <i>Sentimento de alguma tristeza, porque a morte significa um fim (…)</i>”. E12: L11</p> <p>“(…) <i>fico triste, fico nervoso, fico ansioso, deprime-me de certa forma ver que aquela cara que tinha expressões, que transmitia vida, já não transmite nada (…)</i>”. E12: L39-41</p> <p>“(…) <i>Quando nós temos aqui uma pessoa com 20 anos ou 25, que têm filhos e que depois têm uma doença em estadio terminal, e acaba por falecer no nosso serviço, ai sim, pronto, custa muito (…)</i>”. E2:L29-31</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>A. Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>A1. A nível emocional</p>	<p>A1.2. Alívio</p>	<p>“(…) <i>alívio, porque aquela pessoa está a olhar ali, está a sofrer ali há tanto tempo, é uma agonia, as pessoas têm uma agonia tão grande, (…), que é um alívio para elas, e para nós também, não é? (…)</i>”. E2: L7-11</p> <p>“(…) <i>Isso o que acabei de dizer, se é uma pessoa que eu já tinha estabelecido uma relação, portanto pode ser um sentimento de alívio, ainda bem que aconteceu (…)</i>”. E4:L37-39</p> <p>“(…) <i>Normalmente nós aqui temos este argumento que ver um doente sofrer tanto, e termos o acompanhado durante tanto tempo, é mais um sentimento de descanso, de pelo menos ele já está bem, ou já não está a sofrer, o que acontece muito (…)</i>” E3: L28-31</p> <p>“(…) <i>vendo a situação dos doentes, vendo como estão a sofrer, como uma forma de alívio para eles (…)</i>” E6: L11-12</p>
		<p>A1.3. Satisfação Profissional</p>	<p>“(…) <i>Ou quando realmente vês que é uma pessoa que foi o melhor para ela, sinto-me bem ao pé daquela pessoa ao prestar os últimos cuidados, depende da situação (…)</i>”. E5: L11-14</p> <p>“(…) <i>Se é um doente que nós seguimos desde o início, e que estamos a prestar o tal cuidado no final, dá-nos uma certa gratificação, pronto sou eu que estou a fazer, entre aspas (…)</i>” E5: L33-35</p>
		<p>A1.4. Angústia</p>	<p>“(…) <i>E como é que vai acontecer na próxima? Será que na próxima me vou sentir assim? (…)</i>”. E1: L73-74</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>A. Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>A1. A nível emocional</p>	<p>A1.4. Angústia</p>	<p>“(…) <i>Se calhar no início, principalmente a primeira vez, é sempre um bocadinho estranho. Surgem reacções, se calhar, não digo negativas, mas menos positivas (…)</i>”. E6: L21-23</p> <p>“(…) <i>Não sei, um sentimento de angústia, da vida pessoa, e tenta-se encarar, não sei (…)</i>”. E6: L6-7</p> <p>“(…) <i>Inicialmente fazia-me muita confusão (…)</i>” E1: L10</p> <p>“(…) <i>Porque transmite uma certa ansiedade, um nervosismo a olhar para aquela cara (…)</i>”. E12: L35-36</p> <p>“(…) <i>faz-me mesmo confusão (…)</i>”. E10: L9-10</p>
		<p>A1.5. Ódio</p>	<p>“(…) <i>mas eu falo por mim que odeio preparar os corpos post mortem, faz-me mesmo confusão (…)</i> Acabo de nos cuidados ter o respeito pelo corpo e tentar fazer da melhor forma”. E10: L7-10</p>
		<p>A1.6. Sentir-se de outra forma</p>	<p>“(…) <i>Sinto-me de outra forma, acho que é mais por ai, de outra forma (…)</i> É diferente. São técnicas, mais técnicas, e os cuidados post mortem são diferentes (…).. E9: L106</p>
		<p>A1.7. Preocupação com a própria morte e a morte do outro</p>	<p>“(…) <i>Às vezes não caio bem em mim, porque aquela pessoa já não está connosco. O que eu sei, é que aquela pessoa já não sente. Porque para mim se calhar preparar um corpo, todos os corpos, tal como já referi não foram pessoas que me marcaram. Talvez tristeza por aquela pessoa, às vezes também um sentimento de que talvez podemos morrer um dia. Também a minha família que</i></p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>A. Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>A1. A nível emocional</p>	<p>A1.7. Preocupação com a própria morte e a morte do outro</p>	<p><i>ainda me custa mais, ai sim, que morro, quando estou a pensar que aquela pessoa podia ser a minha mãe ou o meu pai, penso assim: “Não quero que eles morram no hospital, quero que morram em casa ao pé de mim”, é a única coisa que eu penso, assim. Mas tento quando estou a fazer isso, não penso nessas coisas. Quando estou a praticar o acto não penso nessas coisas, senão era muito confuso (...)</i> E2: L113-116</p> <p><i>“(…) que vai ser muito mais forte, muito mais triste. Eu vou sentir-me muito pior quando vir o meu pai daquela forma (...)</i> E12: L54-55</p> <p><i>“(…) É uma situação que não deixa de causar algum incómodo porque muitas das vezes as pessoas fazem a transferência do acontecimento (...) e que acabou por ir, mas que podia ser o nosso familiar.” E1:L28-31</i></p>
		<p>A1.8. Ausência de sentimentos</p>	<p><i>“(…) Se a gente pensar bem, não é de maneira nenhuma um cuidado em que nós mostremos algum sentimento ou um algum cuidado específico, tem de ser assim (...)</i> E4:L92-94</p>
		<p>A1.9. Frustração</p>	<p><i>“(…) Se for uma situação em que o doente estava bem e com grandes possibilidades de ter uma vida igual ou quase igual à que tinha, então o sentimento é de injustiça, de dor, de frustração, disso tudo (...)</i> E4: L03-32</p> <p><i>“(…) Sentimento de que realmente (pausa) depende da situação. Depende da situação em que poderíamos ter feito mais alguma coisa, e não fizemos. Situações em que não dá para fazer mais; situações em que sinto que falhou qualquer coisa (...)</i> E5: L9-11</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>A. Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>A1. A nível emocional</p>	<p>A1.10. Desagrado no confronto com o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>“(…) há situações que me impressionam um bocadinho mais, pronto, dependendo como o próprio cadáver fica, alguns ficam mais apresentáveis do que outros (…)” E6: L44-47</p>
		<p>A1.11. Desagrado no procedimento de transferência do corpo da cama para a maca</p>	<p>“(…) porque o pegar, o maqueiro pega no corpo como se fosse um objecto puxa assim, e pronto já não sente, mas faz confusão ver (…)” E8: L57-59</p> <p>“(…) O que me fazia muita confusão depois de fazermos a múmia é passar a múmia da cama para a maca (…)” E8: L56-57</p>
		<p>A1.12. Sentimento de Perda</p>	<p>“(…) tem a ver com a ligação que nós temos com o doente (…). Há sempre aquele sentimento de pena, não é bem de pena é de perca (…)” E5: L38-39</p>
		<p>A1.13. Dificuldade em aceitar a morte em pessoas jovens</p>	<p>“(…) Mas normalmente as pessoas que falecem aqui, não sei se é o termo? falecem? São pessoas de 90 anos, de 100 anos. (…) Sim é algo que já se aceita (…)” E2:L32-35</p> <p>“(…) Custa mais quando há pessoas com 40 anos, pessoas que são independentes, que nós vemos a entrar com os seus próprios, a deambular e que entram a deambular e saem daqui, não a deambular, não é? ai sim custa muito, e custa muito quando se vê que aquela pessoa vai falecer e ainda está consciente (…)” E2:L35-39</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
A. Alterações causadas no enfermeiro pela prática dos cuidados <i>post mortem</i>	A2. A nível psicológico	A2.1. Desgaste emocional	<p><i>“(...) os banhos, a terapêutica, avaliação de sinais vitais, em que não vamos para casa com aqueles sentimentos de que dei mal o banho ou se calhar não vi bem a terapêutica, (...) Isso são rotinas que não nos provocam mossa a nível psicológico, são actos simples que não há grande complexidade mental nisso. Em relação ao morto há muita coisa que a pessoa pensa, e isso torna logo, faz com que seja diferente. A nível psicológico existe (...)” E12: L166-174</i></p> <p><i>“(...) Dificuldades técnicas, não. Dificuldades psicológicas, sim (...)” E12: L121</i></p>
		A2.2. Pensamento sobre a própria morte	<p><i>“(...) penso que eu também vou chegar a isto um dia, não sei quando, mas também me vai acontecer a mim (...)” E12: L25-26</i></p>
	A3. A nível físico	A3.1. Arrepios	<p><i>“(...) Que tipo de reacções físicas é que podem surgir em si, quando prepara um corpo <i>post mortem</i>? Arrepios (...)” E5: L23-25</i></p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B1. Relação do enfermeiro com a técnica dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>B1.1. Preparação do corpo</p>	<p>“(…) A técnica em meio hospitalar não tem nada de especial. A higiene ao corpo, pois o corpo sai daqui para outro departamento. Nesse outro departamento, é que será depois vestido e arranjadinho, como os familiares quiserem, porque aqui é mesmo os cuidados de higiene, deixar a pessoa, o melhor possível (…)”. E1:L101-105</p> <p>“(…) A pessoa sai daqui mesmo embrulhadinha num lençol e do lençol vai para uma maca e depois vai para a casa mortuária, com o maqueiro que está encarregue disso, que está de serviço nesse dia. E ainda depois coloca um lençol por cima (…)”. E1:L128-131</p> <p>“(…) uma coisa que a gente fazia no serviço era cruzar os membros superiores, mas agora posteriormente viemos a adoptar outra técnica porque na casa mortuária era difícil vestir os corpos porque ficavam rígidos (…) Agora com os membros superiores esticados, em vez de por a ligadura em volta dos braços cruzados, põe-se agora assim num dedo ou no punho com uma etiqueta, acho que é melhor pois havia casos em que diziam em que partiam os braços, e isso impressionou-me um bocadinho (…)”. E6: L47-5</p> <p>“(…) realmente as mãos em cima dão, acho que são um conforto, dão àquela pessoa o melhor do que pode ter no fim, e realmente aquela posição é a mais adequada, é a posição anatómica (…)” E5: L74-75</p> <p>“(…) Significado do braço vai cruzado, catolicamente era suposto ir lá um terço. Noutras religiões é uma prática, pode haver uma posição diferente, mas isso é cultural (…)”. E1:L111-113</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B1. Relação do enfermeiro com a técnica dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>B1.1. Preparação do corpo</p>	<p>“(…) Outro valor é o cristão, é que os braços ficam assim ao longo do corpo, pelo menos aqui no hospital, se calhar se for noutra país</p> <p>“(…) Nós aqui colocamos assim para depois colocarem cruzados, para depois poderem mobilizar. Acho que é o valor cristão que está em causa (…).” E2: L87-92</p> <p>“(…) acho que é mais em termos técnicos do que pela preparação, mas às vezes existe dúvida em relação àquilo que aprendi em relação à colocação dos braços, se é por extenso ou se não é, pronto (…).” E8: L15-18</p> <p>“(…) Não é a mesma coisa do que cuidar em casa. A tendência, é tonto, mas faz-se, as pessoas geralmente trazem a agulha quente, cuidam com todo o cuidado, como se a pessoa estivesse viva, vestem a roupa, geralmente a roupa melhor. Isso demonstra um grande carinho pela aquela pessoa (…).” E4: L95-99</p> <p>“(…) A pessoa vai despida, eu pessoalmente também acho que ninguém nasce vestido. Se calhar é mais inconveniente para o doente enquanto está vivo que alguém entre e saia, e ande sempre a abrir e a fechar a porta e ande a observá-lo e a deixa-lo destapado, ter a consciência de que ao lado, à frente ou atrás está alguém a olhar, se calhar é mais incomodativo. Se calhar a mim nessa altura, incomoda-me um bocado mais (…).” E1:L147-154</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B1. Manifestação cognitiva em relação técnica dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>B1.2 Protocolo</p>	<p>“ (...) Temos um procedimento e protocolo que temos de seguir (...)”. E3: L55</p> <p>“ (...) Acho que temos protocolos para tudo, mas protocolo para cuidados <i>post mortem</i> não temos e devíamos ter, que eu saiba, se calhar pode estar escondido (...)”. E8: L93-95</p> <p>“ (...) Que não tem técnica (...)”. E2: L85</p> <p>“(…) Exacto, como nunca vi outra maneira. Talvez existe, mas desconheço (...)”. E9: L53-59</p> <p>“(…) É assim, acho que a técnica não é a mais correcta, mas também não sei se haverá outra. Também não sei que outro tipo de técnica é que se poderia fazer (...)” E9: L35-37</p>
		<p>B1.3. Rotina</p>	<p>“ (...) Acaba por ser rotineiro, porque é sempre da mesma forma que se faz (...)”. E12: L117-118</p> <p>“(…) Quando surge um corpo para fazer os cuidados <i>post mortem</i>, acaba por ser um acto rotineiro, não tem ciência nenhuma. É claro que a nível psicológico tem outro impacto, tem muito mais impacto que uma rotina normal, mas acaba por ser algo rotineiro (...)”. E12: L98-102</p> <p>“(…) Nós acabamos por aprender isso e muitas vezes ficar bocado em modo automático, e tento não ter essa postura (...)” E7: L58-59</p>
		<p>B1.4. Cuidado digno</p>	<p>“ (...) A nível profissional sinto-me bem, sinto-me realizada, porque acho que é um cuidado digno, não é?! (...)”. E5: L17-19</p> <p>“(…) ninguém gosta de fazer os cuidados <i>post mortem</i>, mas já que o temos de o fazer, que faremos da forma mais digna possível (...)”. E3: L76-78</p>
		<p>B1.5. Preparação rápida do corpo para dar lugar a outras pessoas</p>	<p>“(…) Não costumamos esperar, pois a nossa medicina é aquela que tem mais macas e não querendo subvalorizar a morte penso que é mais importante preparar aquele corpo o mais rápido possível para outra pessoa poder ocupar aquele lugar e estar mais confortável (...)”. E8: L24-27</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B1. Manifestação cognitiva em relação técnica dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>B1.6. Equipa</p>	<p>“(…) Nós cuidamos o morto, não fazemos aqueles cuidados sozinhos, é sempre com mais uma pessoa, ou com um colega nosso ou então chamamos um auxiliar que nos possa ajudar (…)”. E12: L92-95</p>
		<p>B1.7. Técnico e frio</p>	<p>“(…) Aqui não. É frio, é técnico (…)”. E4: L99</p> <p>“(…) Agora quando é um doente que não o conhecemos, acho que é uma técnica que é uma técnica só de enfermagem (…)”. E5: L136-138</p> <p>“(…) eu sei que tecnicamente tem de ser assim, não deixa de ser uns cuidados frios, não é?!(…) Portanto, é assim, mas é frio (…) É claro que existe, mas quer dizer aquela também é uma técnica, não é?! mais fria do que as outras (…)”. E4: L99-109</p> <p>“(…) O processo é muito frio, mas pronto nós não podemos fazer muito mais, fazemos o que podemos, o melhor que podemos (…)”. E11: L42-43</p> <p>“(…) É assim, visto de fora, quem não trabalha em cuidados de saúde acaba por ser um bocadinho desumano, porque é uma forma muito física de mexer num corpo, é muito técnico e acaba por ser desumano a múmia, e o tamponamento (…)”. E10: L49-52</p> <p>“(…) O processo é muito frio, mas pronto nós não podemos fazer muito mais, fazemos o que podemos, o melhor que podemos, é um processo estranho (…)” E11: L42-47</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B1. Manifestação cognitiva em relação técnica dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>B1.8. Limitações durante a prestação dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>“(…) Limitação às vezes é tentar fechar a boca e ela não fecha. Acho que é a única (…)” E2: L95-96</p> <p>“(…) Acho que a limitação realmente é o posicionamento, ou seja, quando estamos a virar (…)” E5: L83-84</p> <p>“(…) Estamos a falar de um corpo que tem uma perda total muscular, ou seja está mesmo pesadíssimo e é uma grande limitação. Estamos a falar de doentes de idade, bastante pesados, que perdem o tónus muscular (…)” E5: L84-87</p> <p>“(…) Limitações são o encerrar de um processo que nós vamos, em que alguns sítios vemos os saquinhos, o transporte, mas aqui é feito com lençóis (…)” E11: L47-49</p>
		<p>B1.9. Dificuldade em prestar cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>“(…) Temos de ter a noção que é o culminar de uma vida, não é?! Custa-nos fazer, ninguém gosta de fazer os cuidados <i>post mortem</i> (…)” E3: L 75-77</p> <p>“(…) Às vezes ainda custa-me prestar este tipo de cuidados (…)” E9: L57</p> <p>“(…) Quando não sinto mesmo à vontade de estar ali ao pé daquele doente a fazer (…)” E9: L66-67</p> <p>“(…) É também uma certa tristeza porque nunca gosto, é um cuidado que tento evitar a todo o custo (…)” E10: L18-19</p> <p>“(…) mas eu tenho de fazer aquilo, não é?! Faz parte da minha profissão. Se eu pudesse não fazer, sinceramente preferia que outro o fizesse (…)” E12: L13-15</p> <p>“(…) não é uma coisa que me agrada muito, mas tenho de fazer (…)” E12: L46</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B1. Manifestação cognitiva em relação técnica dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>B1.10. Diferença entre cuidados <i>post mortem</i> e outros cuidados de enfermagem</p>	<p>“(…) <i>Diferenças? Há diferenças. Cada cuidado é diferente. Então o cuidado post mortem é completamente diferente (…)</i>” E9: L101-102</p> <p>“(…) <i>Sim é diferente, é como se, ou seja como se prestasse, na prestação dos cuidados no geral ou na colaboração, participação entre aspas do doente, de forma em que ele não está a participar (…)</i>” E7: L98-100</p> <p>“(…) <i>porque basta ali a pessoa já não ter vida, não comunica connosco, não colabora mas faz-se, é uma fase da vida e como disse temos de ultrapassar isso, mas é diferente, mesmo a nossa maneira de estar se calhar é outra (…)</i>” E6: L82-85</p> <p>“(…) <i>De que forma que quando estou com uma pessoa a prestar cuidados de enfermagem estou a falar com aquela pessoa, estou a falar com aquela pessoa, mesmo que, comunico com aquela pessoa, é totalmente diferente, há um feed back (…)</i>” E5: L102-105</p> <p>“(…) <i>nós não estamos a comunicar com ninguém, não é?! Enquanto que uma técnica, por exemplo como, colocar uma sonda nasogástrica (…), nós explicamos ao doente de forma a prestar todo o cuidado para não o magoar, arranjar a maneira mais simples, ou melhor, para que custe o menos possível (…)</i>” E4: L109-113</p> <p>“(…) <i>Não sei, as pessoas são respeitadas, como hei-de de explicar, a pessoa tem mais respeito por aquela pessoa tem mais cuidado, é diferente (…)</i>” E11: L66-68</p> <p>“(…) <i>mas não é igual a cuidar de uma pessoa que está viva (…)</i> porque quando a gente trata de uma pessoa, a gente cuida com carinho, com afecto, com amor, com uma certa compreensão (…)” E12: L108-112</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B2. Relação do enfermeiro com o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B2.1. Atender às preferências da pessoa viva para depois da morte</p>	<p>“(…) <i>saber de acordo com a religião como a pessoa quer, se não quer, há pessoas de certos grupos da raça negra não gostam imagine, de adesivos colados. Então imaginemos se no post mortem não gostassem que tivessem de compressas na boca (…)</i>” E8: L95-99</p>
		<p>B2.2. Pensamento sobre a pessoa</p>	<p>“(…) <i>Estou a pensar naquela pessoa (…)</i>” E3: L18</p> <p>“(…) <i>Pensando ainda na pessoa que foi, e com a qual a gente teve contacto e que acaba por ter uma ligação afectiva (…)</i>” E6: L16-18</p> <p>“(…) <i>Ver como era a pessoa em vida, se a conheci, que tipo de relação é que tinha com ela, porque há doentes que nós temos mais afinidades do que outros, e é basicamente isso (…)</i>” E7: L8-10</p> <p>“(…) <i>penso naquela cara, penso nas expressões daquela pessoa quando estava viva (…)</i>” E12: L 36-38</p> <p>“(…) <i>Estou a pensar naquela pessoa, na técnica também, mas não há um pensamento uniforme que seja igual a todos (…)</i>” E3: L18-19</p>
		<p>B2.3. Pensamentos diferentes</p>	<p>“(…) <i>Não há um que seja igual a todos. Pois depende muito como estamos, se estamos no início do turno, se estamos a meio, o que temos mais para fazer, quem é que está presente (…)</i> Não é uma coisa que seja unânime a todos eles, porque depende das situações (…)” E3: L11-15</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B2. Relação do enfermeiro com o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B2.4. Comunicação verbal</p>	<p>“(…) e falo com a pessoa: “vamos fechar os olhinhos”, vamos e continuo a falar com a pessoa, até ao fim (…)” E5: L21-22</p>
		<p>B2.5. Espiritualidade</p>	<p>“(…) Mas eu acredito que para além daquele corpo há uma alma, a alma está sempre presente, logo tem de haver um certo respeito (…)” E12: 180-182</p> <p>“(…) Sentimento de que para além daquele corpo que está ali, há uma alma (…)” E12: L9-10</p>
		<p>B2.6. Rezar</p>	<p>“(…) Eu costumo fazer uma coisa, que eu não sei se os outros enfermeiros fazem, mas pode parecer ridículo para as outras pessoas, mas eu rezo por essa pessoa, rezo por elas (…)” E8: L4-6“(…) o que eu faço é mesmo isso, é fazer uma oração pela aquela pessoa (…)” E8: L36-37</p> <p>“(…) Reza independentemente. Independentemente da ligação que tenha com a pessoa, por acaso mesmo que a pessoa não tenha qualquer tipo de religião (…)” E9: L7-9</p> <p>“(…) é saber o tipo de religião que eles têm (…)</p> <p>“(…) Porque quando sei que é da religião católica, quando estou a fazer os cuidados <i>post mortem</i> costumamos rezar, com aquela pessoa, pegamos na mãozinha, antes de realmente envolver aquela pessoa (…), ou quando a pessoa sabe que vai falecer, falamos e eles próprios dizem que gostaria no fim se rezasse o pai-nosso quando chegar ao fim, e tentamos atender às necessidades daquela pessoa. É possível quando conhecemos a pessoa, quando por exemplo temos uma pessoa que não conseguimos comunicar com ela ou perante uma situação de uma paragem dificulta-nos bastante (…)” E5: L112-124</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B2. Relação do enfermeiro com o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B2.7. Receio de Tocar</p>	<p>“(…) Pronto, tinha receio de tocar (…)” E1: L10-11</p> <p>“(…) Mas é uma técnica que mexe comigo (…) Sim, mais pelo toque, também (…)” E9: L 77-79</p> <p>“(…) O toque é feito de forma de diferente (…)” E12: L106-107</p> <p>“(…) apesar da pessoa saber que não ia provocar um dano físico, uma dor, mas a posteriori as coisas mudaram um bocado, uma certa defesa pessoal (…)” E1: L11-13</p>
		<p>B2.8. Evitar o contacto visual</p>	<p>“(…) Há uma coisa que eu tento, quando faço os cuidados ao morto, tento evitar olhar para a cara do morto. Geralmente tento olhar para outros sítios que não a cara, a face (…) e agora olho para ela e não é a mesma coisa e por isso tento evitar (…)” E12: L33-39</p>
		<p>B2.9. Vulto</p>	<p>“(…) A parte que me faz mais confusão é quando temos de fechar a cara e deixa de ser um corpo mas um vulto num momento só (…)” E7: L61-62</p> <p>“(…) e deixa de ser um corpo mas sim um vulto num momento só (…)” E7: L62-63</p> <p>“(…) É como se fosse um momento raro, enquanto estamos a preparar o corpo, aquela pessoa ainda ali está, a partir do momento que passa a ser um vulto é como se terminasse e eu nunca mais vou ver aquela pessoa (…)” E7: L70-73</p>
		<p>B2.10. Pedra</p>	<p>“(…) Parece uma rocha, uma pedra, porque as pessoas quando estão vivas, quer dizer é diferente (…)” E12: L28-30</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B2. Relação do enfermeiro com o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B2.11. Objecto</p>	<p>“(…) De certa forma é como se fosse, ou seja, não é a pessoa que está ali, digamos é um objecto (…) Em relação ao morto, eu não queria definir objecto, mas não é igual a cuidar de uma pessoa que está viva (…)” E12: L107-112</p>
		<p>B2.12. Relação empática</p>	<p>“(…) Depende às vezes do doente, depende da relação que já tínhamos com ele, se estava cá há muito tempo (…)” E9: L6-7</p> <p>“(…)E que tipo de reacções costuma ter? Se uma pessoa chora e assim? Sim. (…) depende se a família estiver presente é mais complicado, a pessoa sente uma certa empatia, depende da forma como os doentes nos tocam. Há doentes que nos tocam mais do que outras, pelo tempo de internamento, pelas relações prévias que a pessoa estabelece com o doente, e isso sempre influencia um pouco (…)” E11: L17-22</p> <p>“(…) Porque se está ali o familiar de A, B ou C, que é uma pessoa que foi tratada com respeito e carinho durante o internamento, e que não se pode fazer mais, e que acabou por ir (…)” E1: L30-32</p> <p>“(…) O primeiro foi complicado, mas acho que isso é assim, quando nós nos apegámos mais a um doente, quando conhecemos um doente durante todo o internamento (…)” E3: L24-26</p> <p>“(…) Houve de certa maneira uma relação enfermeiro-doente (…) Portanto nunca senti que havia esta mistura de sentimentos, a não ser que fosse um doente que fosse para lá bem e agravasse e pronto, que eu tivesse estabelecido uma relação com ele. Ai claro que me toca (…)” E4: L17-21</p> <p>“(…) Se acaba por ser uma pessoa que nós conhecemos mal e que teve pouco tempo no</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i>	B2. Relação do enfermeiro com o corpo <i>post mortem</i>	B2.12. Relação empática	<p><i>serviço, acabamos por esquecer e distraímos-nos com outras coisas e depois lá vem o pensamento de vez em quando (...)</i>” E10: L35-38</p> <p><i>“(…) Nós também estabelecemos uma relação com o utente (...) Há uma certa relação, não é uma relação familiar, mas há um conhecimento, há um certo carinho, afecta-nos sempre (...). Aqui num serviço de Medicina há sempre um relacionamento, pois a pessoa não nos é estranha (...) Nós conhecemos a pessoa, já conhecemos a família, faz parte da nossa vida, o trabalho também faz parte da nossa vida (...)</i>” E1:L173-185</p>
	B3. Relação do enfermeiro com família do falecido	B3.1. Respeito pelo luto da família	<p><i>“(…) Também costumamos facilitar aos familiares irem lá para dentro, porque muitas vezes a pessoa está com a higiene feita, (...) e em condições para seguir para a casa mortuária, e nós esperamos mais um tempo para que a família possa fazer o seu primeiro luto, o seu início, ao pé do seu familiar, sempre que pedem é lhes facilitado (...)</i>” E1:L137-142</p> <p><i>“(…) o que já me aconteceu foi um doente falecer na presença da esposa, e é claro que eu não ia despachar a senhora para fazer a múmia, nada disso. Permiti que ficasse um tempinho, que se despedisse, (...) de assimilar, não é? E depois então tratar do corpo (...)</i>” E7:89-94</p>
		B3.2. Preocupação antes de realizar os cuidados <i>post mortem</i>	<p><i>“(…) Tento saber se os familiares gostavam de ver o corpo antes de nós fazermos a múmia. Muitas das vezes fazemos logo sem pensar se calhar os familiares gostavam de esperar para ver o corpo, acho que é por aí (...)</i>” E8: L12-15</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B3. Relação do enfermeiro com família do falecido</p>	<p>B3.3. Respeito por crenças religiosas</p>	<p>“(…) Os familiares chegassem ao pé de nós, o que nunca aconteceu, e nos dissessem para não fazer aquilo, porque ia dificultar os cuidados deles à posteriori, dentro da religião deles, não me parece que a gente se fosse importar com isso. A maioria da população é católica, e a maioria da população espera realmente o seu ente vá de braçinho cruzado para colocar o tercinho e mais não sei o quê. Noutra cultura se nos pedirem, não faz diferença, pois a pessoa quando sai daqui, sai com os cuidados de higiene feitos, arranjadinha e embrulhada num lençol (…)” E1:L116-124</p>
		<p>B3.4. Reacção da família do doente</p>	<p>“(…) se conhecemos os familiares também se pensa neles, como vão reagir ou não (…)” E9: L23-24</p>
	<p>B4. Influência do ambiente na prestação dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>B4.1. Privacidade</p>	<p>“(…) Normalmente quando se está a fazer os últimos cuidados ao corpo, há uma certa privacidade, normalmente ninguém entra (…)” E1:L154-157</p> <p>“(…) e quando é possível passar a cama e fazer os cuidados <i>post mortem</i> na sala de tratamentos, que é mais resguardada (…) Pois fechamos as cortinas nos quartos, quando conseguimos, quando podemos fazemos isso (…) Até porque algumas famílias querem (…) estar com o doente após a morte (…)” E3: L 63-70</p> <p>“(…) Tento dar a maior privacidade, é isso, de modo a que os outros doentes não se apercebam da situação, tentamos respeitar ao máximo essa situação, tentamos dar a maior privacidade ao corpo (…)” E11: 60-62</p> <p>“(…) É claro que se for durante o dia tenta-se levar o corpo para uma sala onde podemos estar à vontade, aliás quer durante o dia quer durante a noite, mas é obvio que tentamos levar o corpo para uma sala, fechar a porta, o menos possível de barulho, não é?! (…)” E12: L149-153</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B4. Influência do ambiente na prestação dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>B4.1. Privacidade</p>	<p>“(…) A gente tenta sempre o máximo possível preservar a intimidade, não é? do corpo em si, embora já seja um corpo, era uma pessoa tem de ter dignidade, não é, como tal. Assim dentro dos possíveis a gente tenta criar um ambiente o mais protegido possível e com a máxima descrição, nessa fase da vida que terminou (…)” E6: L74-78</p> <p>“(…) Devia ser um ambiente silencioso (…) mas aqui é quase impossível. Porque aqui é revoltado, na medida dos possíveis (…)” E2: L101-102</p> <p>“(…) Nós temos aqui uma sala de tratamentos, portanto levamos a pessoa, apagamos a música (…)” E5: L90-92</p> <p>“(…) Acho que se deve respeitar o mínimo de silêncio (…)” E7: L78</p> <p>“(…) Para mim nessas alturas acho que o silêncio é o mais indicado. Se calhar a auxiliar por vezes conversa, mas não me dá aquela vontade de conversar. Acho que o silêncio é mesmo o melhor (…)” E9: L89-92</p> <p>“(…) Tenta-se ter um ambiente livre de ruídos e acima de tudo fazer as coisas de uma forma calma, e sem grandes barulhos (…)” E12: L155-156</p> <p>“(…) Devia ser um ambiente (…) calmo, mas aqui é quase impossível. (…)” E2: L101-102</p> <p>“(…) deve ser um ambiente (…) calmo, (…) para estarmos a prestar os últimos cuidados à pessoa, acho que deve ser por ai (…)” E10: L86-88</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>B. Cuidar o corpo <i>post mortem</i></p>	<p>B4. Influência do ambiente na prestação dos cuidados <i>post mortem</i></p>	<p>B4.2. Ausência de Significado</p>	<p><i>“(…) Eu acho que a pessoa está focada naquele corpo, naqueles cuidados e nos pensamentos que nos invadem nesta altura, que o ambiente deixa de ter muito sentido, sinceramente. Pode ser uma sala fria, uma sala fechada, uma sala com pouca luz que pelo menos que aquilo que eu sinto, aqueles pensamentos que eu já referi vem à cabeça, e de certa forma a pessoa esquece um pouco o ambiente (…)” E12: L143-149</i></p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro</p>	<p>C1. Manifestação cognitiva em relação à morte</p>	<p>C1.1. Natural</p>	<p>“(…) Agora é visto como um acontecimento natural, o que não era no início. (…)” E1:L68-69</p> <p>“(…) Se calhar, se as pessoas aceitassem que a morte é uma coisa natural, como é o nascer (…)” E1:L192-193</p>
		<p>C1.2. Estranha e Mistério</p>	<p>“(…) De qualquer das maneiras a morte é ainda estranha o suficiente para nos deixar um pouco preocupados (…)” E1:L79-80</p> <p>“(…) É um caminho misterioso (…)” E9:L13</p>
		<p>C1.3. Espiritual</p>	<p>“(…) O que deixa muitas perguntas no ar é a pessoa não saber o que realmente vem a seguir. Será que a seguir vem alguma coisa? Ou aquilo termina mesmo ali? (…)” E1:L85-87</p> <p>“(…) Mas alegra-me pensar que a morte é o fim só desta vida (…)” E2:L67</p> <p>“(…) há pessoas que acreditam que vão para outro sítio, ou qualquer outra coisa assim, ou para outra área ou outra dimensão (…)” E3: L44-46</p> <p>“(…) Em relação à alma, eu acredito que a morte seja o início de uma vida, portanto da nossa alma, entre aspas, e não do nosso corpo. O nosso corpo acabou, mas a alma de certa forma, eu penso que existe vida depois da morte. É aquela parte da alma que vive, o corpo acaba, mas a alma penso que se mantém (…)” E12: L 78-83</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro</p>	<p>C1. Manifestação cognitiva em relação à morte</p>	<p>C1.3. Espiritual</p>	<p>“(…) Não sei se acredito se não, mas tento pensar que há mais qualquer coisa para não ser tão triste, não é?! Nós não podemos viver só 80 anos, é impensável, acha? Não sei! (…).” E2:L69-71</p> <p>“(…) Sim, será que existe mesmo alguma coisa? Será que é só um corpo? (…).” E9: L10-11</p> <p>“(…) o que poderá acontecer depois, se é que existe o depois ou não. Eu penso nisso, nem toda a gente pode pensar (…).” E9: L59-61</p>
		<p>C1.4. Finitude</p>	<p>“(…) A morte é o fim desta vida aqui, não é?! O fim de tudo para alguns (…).” E2:L66-67</p> <p>“(…) A morte é o terminar da vida, é o ciclo de vida, é o terminar, portanto é o chegar ao fim (…).” E3: L43-44</p> <p>“(…) A morte é um término da vida que é, mas acho que se calhar, não digo que existe vida para além da morte, mas não sei acho que não se deve encarar mesmo como um fim de tudo (…).” E6: L35-38</p> <p>“(…) A morte não é uma definição que vem nos livros, é um fim de um ciclo, acho que é basicamente isso, uns mais curtos, outros têm uma vida mais prolongada, é um ciclo (…).” E7: L46-4</p> <p>“(…) A morte acaba por fisicamente ser o fim da vida, não é?! (…).” E10: L41-42</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro</p>	<p>C1. Manifestação cognitiva em relação à morte</p>	<p>C1.4. Finitude</p>	<p>“(…) <i>É assim, a morte é o fim. É o fim de uma vida terrena, de uma vida terrena porque eu acho que o ser humano tem um corpo e tem uma alma (...).</i>” E12: L75-77</p> <p>“(…) <i>Que a vida é isso mesmo, é um continuum, que tem um início e tem um fim, e que para aquela pessoa chegou o fim. E muitas das vezes vê-se até chegar lá (...).</i>” E1: L36-38</p>
		<p>C1.5. Passagem</p>	<p>“(…) <i>A morte para mim é a passagem (...).</i>” E5: L60</p> <p>“(…) <i>A morte acaba por ser uma passagem, prefiro pensar assim (...).</i>” E10: L44-45</p> <p>“(…) <i>E da minha crença religiosa, é a passagem e espero bem para um mundo melhor, sem sofrimento (...).</i>” E5: L60-63</p> <p>“(…) <i>Eu sou católica e entendo isso como algo mais, acaba por ser a passagem, não é?! Eu prefiro pensar assim porque faz-me confusão pensar que a partir dali não existe nada (...).</i>” E10: L42-44</p>
		<p>C1.6. Morte cerebral</p>	<p>“(…) <i>O que está ali é um corpo, se formos a ver em termos mais racionais é, somos um animal também. Chega uma altura em que temos de morrer, mas o que é a morte? Se formos ver em termos médicos, em termos hospitalares, é a morte cerebral (...).</i>” E9: L15-19</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro</p>	<p>C1. Manifestação cognitiva em relação à morte</p>	<p>C1.7. Vida efémera</p>	<p>“(…) <i>Que a vida é uma coisa muito fugaz, que é de um dia para o outro, é claro que há doentes terminais e que nós à partida já estamos à espera, mas também há aqueles que são de um momento para o outro, e que se calhar nem eu nem os familiares estávamos à espera (…)</i>” E7: L18-22</p>
	<p>C2. Ao nível das competências profissionais</p>	<p>C2.1. Capacidade para lidar com a morte</p>	<p>“(…) <i>É sempre difícil lidar com a morte, mas nós como profissionais de saúde temos de estar um pouco mais preparados para isso, se é que se pode estar preparado (…)</i>” E6: L7-9</p> <p>“(…) <i>Nós somos preparados para lidar com as situações, mas nem sempre lidamos bem com elas (…)</i>” E7: L22-23</p> <p>“(…) <i>Não deixa de ser uma influência. As pessoas não gostam muito de contactar com aquilo, no fundo, mas calha a todos (…)</i>” E1:L159-160</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a *cuidados post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro</p>	<p>C2. Ao nível das competências profissionais</p>	<p>C2.2. Respeito</p>	<p>“(…) <i>E quando ia fazer estes cuidados, ia com a certeza de que tinha de fazer, tinha de respeitar o que restava da pessoa em si (…).</i>” E1: L13-15</p> <p>“(…) <i>Acima de tudo respeito pelo doente e pelo corpo, e ter a noção de que gostaria que me fizessem o mesmo. Acima de tudo é respeito pelo corpo (…).</i>” E3: L6-8</p> <p>“(…) <i>Respeito em primeiro lugar, não é? Porque apesar de ser um corpo sem vida foi uma pessoa, é uma pessoa em primeiro lugar, é este o princípio que tenho (…).</i>” E7: L6-8</p> <p>“(…) <i>Porque apesar de ser uma pessoa que já não está ali, está lá um corpo e temos de respeitá-lo (…).</i>” E7: L59-61</p> <p>“(…) <i>É assim, depende muito de pessoa para pessoa, mas por uma questão de respeito não se deve ter determinadas conversas (…).</i>” E7: 76-78</p> <p>“(…) <i>É uma questão de respeito, apesar de a pessoa não sinta entre aspas aquilo que estamos a fazer (…).</i>” E8: L18-19</p> <p>“(…) <i>bem acima de tudo temos que ter respeito por aquele corpo, porque apesar de já não haver vida, já não há um coração a bater, já não há como referi expressões faciais que nos indicam vida, e que está ali aquela pessoa (…).</i>” E12: L177180</p> <p>“(…) <i>de respeito pelo corpo, é a minha perspectiva (…).</i>” E7: L78-79</p> <p>“(…) <i>Acho que tem de ser um ambiente de respeito como já disse, não deve haver nada de risadas, de comentários (…).</i>” E10: L85-86</p> <p>“(…) <i>Há uma certa noção de respeito, quer dizer nós estamos ali, e não estamos aos gritos, há um certo respeito pelo corpo (…).</i>” E12: L153-155</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro	C2. Ao nível das competências profissionais	C2.2. Respeito	<p><i>“(...) e estamos lá com uma postura que acho que é adequada, e falamos baixinho, tentamos dar o melhor naquele momento (...).” E5: 92-94</i></p> <p><i>“(...) Mas para mim continua a ser uma pessoa, não sei (...).” E9: L81</i></p>
		C2.3. Dignidade e honra	<p><i>“(...) essa etapa principalmente tem de ser vivida com dignidade e com honra precisamente, e fazer o que as coisas que a outra pessoa pediu (...).” E8: L43-45</i></p>
		C2.4. Verdade	<p><i>“(...) Tento que eles não se apercebam de nada. Quando eles me perguntam, porque existem aqueles doentes consciencializados que perguntam, tento ser a mais sincera possível, acho que não há necessidade de se esconder pois eles podem abrir o cortinado e ver que a pessoa já não está lá (...).” E9: L94-98</i></p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro</p>	<p>C3. Ao nível da Gestão da vida quotidiana</p>	<p>C3.1. Alteração no dia-a-dia</p>	<p>“(…) Acabava afectando o dia-a-dia, porque se o pensamento da pessoa deveria estar para ir noutra direcção, acaba sempre afectando. A pessoa tem de arranjar formas para diminuir o incómodo que isso possa causar (…).” E1:L75-79</p> <p>“(…) Acaba por ser um dia mais triste do que os outros, (…) é um dia mais frouxo do que os outros (…).” E10: L26-29</p> <p>“(…) Afectava porque quando estava a fazer uma actividade qualquer, de casa, de coisinhas que se tem de fazer, e o pensamento voava para o acontecimento anterior (…).” E1:L71-73</p> <p>“(…) As coisas passam-se aqui dentro e depois de sair daqui não digo que não posso pensar nas coisas que aconteceram aqui, mas normalmente não fico a matutar constantemente na mesma coisa (…).” E9: L28-31</p> <p>“(…) normalmente sou uma pessoa muito alegre, mas aquela imagem acaba por não sair do pensamento (…).” E10: L27-28</p> <p>“(…) De certa forma afecta no dia-a-dia porque, claro, que eu no dia a seguir ainda penso, penso um pouco naquele corpo, penso naquela pessoa (…).” E12: L51-53</p> <p>“(…) faz parte da nossa profissão e do nosso dia-a-dia. A gente pensa sobre as coisas e pensa sobre o morto (…).” E12: L62-63</p> <p>“(…) Como cuidadores, ao ver o sofrimento do outro, também custa, não é? Só eu pensar que podia ser o meu pai ou a minha mãe (…).” E2:L11-13</p> <p>“(…) Também a minha família que ainda me custa mais, aí sim, que morro, quando estou a pensar que aquela pessoa podia ser a</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro</p>	<p>C3. Ao nível da Gestão da vida quotidiana</p>	<p>C3.1. Alteração no dia-a-dia</p>	<p><i>minha mãe ou o meu pai (...).” E2: L116-118</i></p> <p><i>“(...) é por mim porque se fosse um familiar meu gostava de o ver (...).” E8: L22</i></p> <p><i>“(...) depois acabamos sempre por pensar nas pessoas, nos nossos queridos em que já aconteceu o mesmo, e como terá sido com eles, e acabamos por associar outras situações, e acaba por ser diferente (...).” E10: L104-106</i></p> <p><i>“(...) Que poderia ser um familiar nosso que está a passar pela mesma situação, e pensamos que é melhor assim, para as pessoas não sofrerem (...).” E11: L11-13</i></p> <p><i>“(...) E penso nos meus pais e naquilo que vou sentir (...) e isso afecta o meu dia-a-dia, porque eu penso nos meus pais, penso nas pessoas que eu gosto e quer dizer que vai acontecer. Eu sei que vai acontecer, é inevitável, faz parte da condição humana a morte, mas eu gostava de não ver, eu sei que é impossível, mas se eu pudesse evitava ver isso (...).” E12: L 53-70</i></p> <p><i>“(...) Porque se está ali o familiar de A, B ou C, que é uma pessoa que foi tratada com respeito e carinho durante o internamento, (...) e que acabou por ir mas que podia ser o nosso familiar (...).” E1:L30-34</i></p> <p><i>“(...) Mais, penso sempre na família, penso que, penso numa família a olhar para um corpo de um ente querido que morreu. Penso também nos meus pais, penso também na minha família (...).” E12: L15-18</i></p> <p><i>“(...) e penso sobretudo que quem vê aquele corpo sofre, e sente a olhar para um corpo que não tem vida, basicamente (...).” E12: L26-28</i> <i>“(...) Não, penso mais naqueles momentos após, em algumas horas após. É</i></p>

			<p><i>obvio que depois a gente esquece. É como um luto, a pessoa faz o luto durante dias, às vezes semanas, às vezes meses, mas o tempo cura tudo (...). E como aquela pessoa não é nossa, não é, pronto é alguém que nós vimos, é alguém que tivemos um tipo de relação, mas não é muito próximo a nós, é óbvio que uns dias depois a pessoa já não pensa tanto nisso (...).” E12: L67-73</i></p> <p><i>“(...) Se foi uma pessoa que teve algum tempo no serviço, e que uma pessoa desenvolve uma simpatia pela pessoa, aí custa muito e acabo por pensar várias vezes ao longo do dia (...).” E10: L32-35</i></p>
--	--	--	---

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
C. Influência da morte na esfera pessoal e profissional do enfermeiro	C3. Ao nível da Gestão da vida quotidiana	C3.2. Ausência de rituais	<i>“(...) A partir do momento em que aquela pessoa faleceu não faço qualquer culto da morte, nunca fiz e não o faço. Não vou a cemitérios, não faço nada desse tipo de coisas. Nem sequer, por exemplo, permito que o caixão fique aberto para as pessoas verem, não. Porque a minha ideia é que as pessoas se lembrarem de tal e qual como as pessoas estavam cá, não é?! (...).” E4: L71-76</i>
		C3.3. Valor do ser humano	<i>“(...) Pensamentos de que não valem nada, a nível pessoal (...).” E5: L17</i>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>D. Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte</p>	<p>D1. Estratégias de coping</p>	<p>D1.1. Evitamento</p>	<p><i>“(...) mas com um certo afastamento como se fosse outra coisa qualquer (...)” E1: L15-16</i></p> <p><i>“(...) Porque não ia envolver o sentimento, ia fazer outra coisa como se fosse uma técnica e não como se fosse um relacionamento (...)” E1: L16-18</i></p> <p><i>“(...) Geralmente quando saio do hospital, corto radicalmente qualquer assunto a nível do Hospital ou dos doentes (...)” E4:L 53-54</i></p> <p><i>“(...) se calhar, na altura ou em algum turno quando acontece um óbito, se calhar a pessoa fica um bocadinho em baixo, mas é assim a vida continua, há outros doentes que precisam de nós, temos que nos abstrair, até ao final do turno (...)” E6: L27-30</i></p> <p><i>“(...) Como já disse anteriormente uma pessoa tem de se abstrair um bocadinho, porque temos de o fazer, e nós como profissionais de saúde lidamos com isso, não digo diariamente, mas várias vezes, e pronto, temos de saber ultrapassar de alguma maneira, senão é negativo para nós (...)” E6: L62-67</i></p> <p><i>“(...) às vezes uma pessoa tenta não pensar, não vivenciar estes sentimentos, essa tristeza, pois há pessoas que nos tocam muito mais e uma pessoa não é não sente, sente mas esquece (...)” E11: L28-31</i></p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>D. Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte</p>	<p>D1. Estratégias de coping</p>	<p>D1.1. Evitamento</p>	<p>“(…) <i>Tento esquecer, tento evitar aqueles pensamentos de morte, de depressão e de luto. E penso nas pessoas a chorar ao ver aquele corpo. A pessoa tem de evitar estes pensamentos, é mesmo evitar esses pensamentos (...).</i>” E12: L131-13</p> <p>“ (...) <i>Tentando evitar aqueles pensamentos (...) Tentando evitar, é assim é praticamente impossível evitar, mas também depende de cada pessoa, há pessoas mais sensíveis do que outras, há pessoas que levam mais tempo a esquecer aquele corpo, aquela pessoa, do que outras (...).</i>” E12: L124-128</p> <p>“(…) <i>Sinceramente eu não penso muito na morte. Isso é como a realidade, eu já tive experiências de morte muito próximas, mesmo (...).</i>” E4:L66-67</p> <p>“(…) <i>Isso era melhor acontecer no turno dos outros do que no meu. (...).</i>”E1:L74-75</p> <p>“(…) <i>É tentar abstrair-me e pronto tem de ser. Eu já cheguei a pedir a colegas minhas para irem fazer os cuidados (...).</i>” E9: L63-64</p> <p>“(…) <i>Tento não pedir, porque acho que é pior para mim se não enfrentar isso, mas às vezes peço. Mas é uma técnica que mexe comigo (...).</i>” E9: L76-77</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>D. Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte</p>	<p>D1. Estratégias de coping</p>	<p>D1.2. Experiência</p>	<p>“(…) Com alguns anos de profissão, a gente também aprende a defender-se e a estabelecer alguns limites (…).” E4: L47-48</p> <p>“(…) mas depois com o hábito uma pessoa consegue ultrapassar esses sentimentos (…).” E6: L23-24</p>
		<p>D1.3. Distanciamento</p>	<p>“(…) Então criou uma barreira? Um certo distanciamento (…).” E1:L19-20</p> <p>“(…) Aqui num serviço de Medicina há sempre um relacionamento, pois a pessoa não nos é estranha, é-nos conhecida. Nós conhecemos a pessoa, já conhecemos a família, faz parte da nossa vida, o trabalho também faz parte da nossa vida. Por isso a tal distância que é muitas vezes necessária manter (…).” E1:L182-186</p> <p>“(…) Acaba por não afectar muito, eu consigo discernir as coisas, e o que é trabalho é trabalho e lá fora consigo abstrair-me das coisas (…).” E7: L25-26</p> <p>“(…) e que embora seja uma pessoa que tem sentimentos e que me custa realmente prestar estes cuidados post mortem, mas lá fora percebo que tenho a minha vida e que tenho que ultrapassar essas situações (…).” E7: L36-41</p> <p>“(…) Um certo distanciamento, pois isso implicava que a pessoa fosse para casa no início a chorar, porque estava em casa a lembrar-se do que tinha acontecido, e emocionalmente ficava arrasada. E eu não poderia ir para casa com uma dor de todas as pessoas e famílias que faleceram no serviço (…).” E1: L20-24</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>D.Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte</p>	<p>D1. Estratégias de coping</p>	<p>D1.4. Expressão de sentimentos com colegas durante o trabalho no hospital</p>	<p>“(…) Geralmente quando saio do hospital, corto radicalmente qualquer assunto a nível do Hospital ou dos doentes. Não quer dizer que depois não possa, quando regresso ao Hospital e falo com os colegas no dia a seguir ou no outro dia, na conversa falar que foi uma injustiça, que foi tudo aquilo injusto ou que foi um alívio. Portanto, no fundo falar destes sentimentos (…).” E4: L53-58</p>
		<p>D1.5. Reflexão</p>	<p>“(…) Pensar o que podia ter feito melhor com aquela pessoa para melhorar com a próxima pessoa, e pensar se tenho a consciência tranquila ou não, em relação àquela pessoa (…).” E5: L53-55</p> <p>“(…) Não sei, se calhar mentalmente, vendo a situação dos doentes, vendo como estão a sofrer (…).” E6: L11-12</p> <p>“(…) principalmente se calhar eu, mas é perguntar-nos se estamos a fazer bem as coisas, ser objectiva (…).” E8: L35-36</p> <p>“(…) E depois, realmente, quando saímos daqui fico sempre a pensar (…).” E5: L35-36</p>
		<p>D1.6. Aceitação</p>	<p>“(…) Depois lá fora, pronto temos de conseguir lidar com isso normalmente, a vida é assim (…).” E6: L31-32</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
D.Estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte	D1. Estratégias de coping	D1.7. Sair para distração, Música e TV	“(…) ou saio, para tentar distrair-me um bocadinho, pois há sempre aquela coisa “eh pá”, pronto já foi, já está bem (…).” E5: L36-38 “(…) Música para distrair, ver televisão, existem muitos recursos que temos de recorrer a eles, senão acabamos por andar muito em baixo (…).” E10: L79-81
		D1.8. Sorrir	“(…) nós mesmo depois de prepararmos um doente temos de sorrir para outra pessoa, não podemos levar aquilo a todos os doentes, nem essa tristeza a todos os doentes. E com este sorriso quase forçado de início acabamos por ter de ultrapassar de certa maneira (…).” E10: L69-73

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>E. O valor do Cuidar em fim de vida</p>	<p>E1. Manifestação cognitiva em relação aos cuidados em fim de vida</p>	<p>E1.1. Preocupação e desconforto</p>	<p>“(…) Sei que a velhice pode trazer algum desconforto, alguma preocupação. Não saber quem no futuro possa tomar conta de nós, ou se nós próprios vamos parar a uma instituição de retaguarda ou a um hospital, com ou sem o acompanhamento da família, isso preocupa-me um bocado, porque a pessoa não sabe se o discernimento se vai manter ou se não se vai manter, ou se a autonomia vai ser aceitável ou se vai ser uma dependência total (…).” E1:L89-95</p>
		<p>E1.2. Escolha</p>	<p>“(…) Isso preocupa-me um bocado, e a pessoa também não escolhe quando morre, excepto em algumas excepções quando escolhem a hora da sua morte (…).” E1:L96-98</p> <p>“(…) Muitas das vezes dizia se eu pudesse escolher, não era isso que queria. (…).” E1:L55-56</p>
		<p>E1.3. Qualidade de vida</p>	<p>“(…) Ainda falta muito para os utentes terem qualidade de vida (…).” E1:L190</p> <p>“(…) Mas a grande guerra da Medicina é não deixar que a vida termine, quando tem de terminar. Isso implica para o outro muito sofrimento, porque quem está deitado numa cama, e está dependente não tem opção. Colocar um CVC, e se tiver de morrer, morre uma hora depois, mas leva o CVC, e não tem sítio para picar, por exemplo. Lembro-me de montes de coisas, porque não se deixa a pessoa morrer, pois a esperança média de vida aumentou e a qualidade diminuiu (…).” E1 L232-239</p>

Fenómeno em estudo: Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados *post mortem* em Unidade de Medicina

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>E. O valor do Cuidar em fim de vida</p>	<p>E1. Manifestação cognitiva em relação aos cuidados em fim de vida</p>	<p>E1.4. Sofrimento do doente</p>	<p>“(…) E por vezes o sofrimento das pessoas em internamento, com todas as técnicas e suportes que temos actualmente em regime hospitalar, parece-me a mim que causa mais sofrimento, do que calma nesta fase da vida que a pessoa tem de morrer (…).” E1:L38-42;</p> <p>“(…) Acho que não necessitavam na maior parte das vezes passar por aquele sofrimento. Bastava que a pessoa tivesse um conforto, não tivesse dor, e que a vida, como dizia uma colega minha no início do meu serviço “Antigamente morria-se com mais conforto e menos dor. Hoje morre-se com mais dor, mais sofrimento e nada de conforto”. Nada de conforto, às vezes também é exagerado porque a pessoa tenta. Se calhar se a pessoa não fizesse tanta medicação e tantas técnicas, a pessoa consegue sair de um serviço de medicina com tudo o que é buraco (…).” E1:L45-53;</p>
		<p>E1.5. Dificuldade em lidar com o doente em fim de vida</p>	<p>“(…) É mais antes deles morrerem, é mais difícil (…).” E2:L22</p>
		<p>E1.6. Atender às necessidades da pessoa em fim de vida</p>	<p>“(…) normalmente há pessoas, é muito raro, dizerem se eu morrer vem alguém ver-me, para onde é que eu vou (…). Costumo responder de forma simples, dependendo da pessoa (…).” E8: L47-51</p>
		<p>E1.7. Sonhar</p>	<p>“(…) Houve uma ou duas situações que se calhar que me afectaram mais e que me fizeram pensar. (...) doente (...) estava em fase terminal, (...) e era uma família que ficava quase 24 horas por dia, eu cheguei a sonhar com ela num desses dias(…).” E7: L27-31</p>

ANEXO VI – CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigador: Ana Maria Gusmão Guimarães Mota Parece

Enfermeira do Centro Saúde da Lapa

Mestranda do V Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Eu, abaixo assinado, declaro participar como participante num trabalho de investigação com o tema Vivências dos Enfermeiros relativamente aos cuidados Post Mortem em unidades de Medicina, tendo em conta os seguintes itens, acerca dos quais fui elucidado(a):

1 - Os objectivos do estudo, que são:

- Identificar as vivências dos enfermeiros, relativamente aos cuidados prestados ao corpo post mortem;
- Analisar as vivências dos enfermeiros, relativamente aos cuidados prestados ao corpo post mortem;

2 - A informação recolhida é para uso exclusivo deste trabalho e será fornecido apenas a pessoas directamente implicadas nele;

3 - A informação será dada através de uma entrevista conduzida por um entrevistador e será gravada em áudio.

4 - A selecção dos participantes foi por conveniência atendendo aos critérios de inclusão previamente estabelecidos;

5 - Não são previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais, podendo eventualmente surgir algum mal-estar emocional. Caso tal suceda, será respeitada a vontade do entrevistado. A entrevista poderá ser interrompida ou mesmo suspensa, poder-se-á dialogar-se sobre o assunto, marcar novo encontro se o entrevistado mostrar interesse para tal;

1. A sua participação é voluntária, salvaguardando o direito à recusa a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo;
2. A privacidade do participante será salvaguardada, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas directamente implicadas no trabalho de investigação;
3. Caso surja necessidade de outra informação, dúvidas, reclamação acerca deste trabalho, o participante deverá contactar as pessoas, cujo os nomes e contactos, se encontram atrás descritos.

Compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o trabalho de investigação a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para colocar as perguntas que julguei necessárias e considero ter obtido resposta satisfatória a todas elas.

Data: ____/____/____,

Assinatura do (a) Participante:

Eu, abaixo assinado, _____ expliquei os objectivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correcto entendimento.

Data:

____/____/____,

Assinatura do(a) entrevistador:
