

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS - UNIS/MG

ENFERMAGEM

**ANA CAROLINA PONTES
ARIANE HELENA LOPES**

610.730699

2813e

2008

100704

**CUIDADOS COM O CORPO PÓS-MORTE: percepção e atuação do
Enfermeiro**

**Varginha
2008**

BIBLIOTECA - UNIS/MG

**ANA CAROLINA PONTES
ARIANE HELENA LOPES**

**CUIDADOS COM O CORPO PÓS-MORTE: percepção e atuação do
Enfermeiro**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas - UNIS/MG, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel, sob a orientação da Profª Ms. Renata de Souza Zanatelli.

**Varginha
2008**

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ANA CAROLINA PONTES
ARIANE HELENA LOPES**

CUIDADOS COM O CORPO PÓS-MORTE: percepção e atuação do Enfermeiro

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel pela Banca Examinadora composta pelos membros:

() Aprovado

() Reprovado

Data / /

Prof^ª. Ms. Renata de Souza Zanatelli

Prof^ª. Esp. Daniela Scotini Carneiro

Prof^ª. Esp. Janaína Ferreira Santos

Dedicamos este trabalho às nossas famílias, que muito nos apoiaram neste importante passo de nossas vidas, aos nossos professores pelo conhecimento transmitido, a Deus, força e conforto em todos os momentos, e aos nossos pacientes, que contribuem de maneira imensurável na nossa formação.

Agradecemos a nossa querida orientadora Renata, pela ajuda ímpar oferecida para elaboração deste trabalho, as nossas colegas Aline, Márney e Valquíria, pela amizade, companhia e apoio, e a todos que colaboraram para a realização desta pesquisa.

“[...] morrer pertence à vida, assim como o nascer. Para andar, primeiro levantamos o pé e, depois o baixamos ao chão [...]. Algum dia saberemos que a morte não pode roubar nada do que a nossa alma tiver conquistado, porque nossas conquistas se identificam com a própria vida.”

TAGORE, poeta indiano.

RESUMO

PONTES, Ana Carolina; LOPES, Ariane Helena. **Cuidados com o corpo pós-morte: percepção e atuação do Enfermeiro**. 2008. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, Varginha, 2008.

Esta monografia objetivou verificar a humanização presente na percepção e na atuação do Enfermeiro frente aos cuidados pós-morte. Trata-se de um estudo que busca conhecer as emoções e os sentimentos mais comumente vivenciados pelos Enfermeiros quando na realização de tais cuidados; analisar os fatores que interferem neste processo e sugerir medidas para que o mesmo seja realizado de forma mais holística e completa. Esta pesquisa possui caráter qualitativo, hipotético-dedutivo. Desta forma, foi realizada uma pesquisa de campo através da aplicação de questionários para os Enfermeiros de um hospital geral no município de Varginha, sul de Minas Gerais, no mês de outubro de 2008. Foram entrevistados 27 Enfermeiros funcionários do hospital em estudo. A entrevista constou de dados de identificação e de perguntas abertas relacionadas à morte, percepção a atuação nos cuidados pós-morte, emoções, sentimentos presentes durante sua realização. Os resultados apontam que a maioria dos Enfermeiros se concentra na realização de tarefas administrativas e gerenciais e que a assistência à família do cliente falecido é posta em um segundo plano. Os Enfermeiros demonstraram conhecimentos científicos insuficientes relacionados às alterações fisiológicas pós-morte, o que pode prejudicar sua assistência. Com relação às emoções e sentimentos vivenciados pelos Enfermeiros quando na realização de cuidados pós-morte, surgiram principalmente sentimentos de: “tristeza”, “despreparo”, “impotência”, “dor”, “alívio”, “pesar”, “saudade”, “desconforto”, “revolta”, o que mostra que, mesmo com a vivência constante com o processo, os Enfermeiros se sensibilizam sim com cuidados pós-morte, embora sejam rotulados, na maioria das vezes como profissionais indiferentes ao processo, que não se envolvem emocionalmente com os clientes, e que não possuem percepção humanizada do corpo de um cliente falecido.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados pós-morte. Percepção e atuação.

ABSTRACT

PONTES, Ana Carolina; LOPES, Ariane Helena. **Post-death body care: perception and actuation of the Nurse.** 2008. 60 p. Monograph – Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, Varginha, 2008.

This monograph aims to verify the degree of humanization present in the perception and actuation of the Nurse when confronted with post-death care. The study is an attempt to know emotions and feelings most commonly experienced by Nurses when doing such an activity; to analyze factors that may interfere in the process and to suggest measures to perform it in a more holistic and complete way. The work presents a qualitative, hypothetic-deductive character. A field research will be conducted by means of the application of a questionnaire for the Nurses in a hospital in the municipality of Varginha, south of Minas Gerais, Brazil, during the period ranging from September to October, 2008. 27 employee Nurses of the hospital in study had been interviewed. The questionnaire consisted of data of identification and open questions related the death, perception the performance in the cares postmortem, emotions, feelings gifts during its accomplishment. The results point that the majority of the Nurses if concentrates in the accomplishment of administrative and managemental tasks and that the assistance to the family of the deceased customer is ece of fish in as a plain one. The Nurses had demonstrated related insufficient scientific knowledge to the physiological alterations postmortem, what he can harm its assistance. With regard to the emotions and feelings lived deeply for the Nurses when in the postmortem accomplishment of cares, they had appeared mainly: “sadness”, “unpreparedness”, “impotence”, “pain”, “relief”, “regret”, “homesickness”, “discomfort”, “revolt”, what sample that, exactly with the constant experience with the process, the Nurses if sensetize yes with cares postmortem, even so are friction, as professional most of the time indifferent to the process, that is not become involved emotionally with the customers, and that they do not possess humanizada perception of the body of a deceased customer.

Keywords: Nursing. Post-death care. Perception and actuation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Gráfico - Gênero dos participantes.....	36
Figura 2 – Gráfico - Faixa etária dos participantes.....	37
Figura 3 – Gráfico - Religião dos participantes.....	37
Figura 4 – Gráfico - Tempo de atuação na enfermagem	38
Figura 5 – Gráfico - Tempo de serviço na instituição	39
Figura 6 – Gráfico - Realização dos cuidados pós-morte.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CTI – Centro de Terapia Intensiva	11
UTI – Unidade de Terapia Intensiva.....	14
IML – Instituto Médico Legal	22
ml – Mililitros	22
n° – Número	23
MI – Membro Inferior.....	24

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 MORTE E MORRER	13
1.1 O processo de morte e morrer.	13
1.2 Alterações fisiológicas no pós-morte.....	14
1.3 A visão do Enfermeiro diante da morte	16
2 HUMANIZAÇÃO	18
2.1 Conceito	18
2.2 Humanização em saúde	19
2.3 Humanização na Enfermagem	20
3 CUIDADO EM ENFERMAGEM	21
3.1 O Enfermeiro e o cuidado	21
3.2 Os cuidados de Enfermagem com o cliente no pós-morte.....	22
3.3 A bioética e o cuidado	26
3.4 A importância da espiritualidade no cuidar	28
3.5 A abordagem do Enfermeiro com a família do cliente falecido	30
4 TRANSFORMANDO A VISÃO DOS CUIDADOS PÓS-MORTE	32
4.1 Sentimentos e emoções do Enfermeiro.....	32
4.2 Reconstruindo a visão de morte e do cuidar	33
5 MATERIAL E MÉTODOS	35
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
6.1 Significado do processo de morte.....	41
6.2 Atuação nos cuidados pós-morte	42
6.3 Percepção do corpo no pós-morte.....	44
6.4 Alterações fisiológicas no pós-morte.....	45
6.5 Emoções e sentimentos vivenciados nos cuidados pós-morte.....	46
6.6 Cuidados pós-morte X demais procedimentos de Enfermagem	48
6.7 Idade do cliente falecido em relação aos sentimentos nos cuidados pós-morte	49
6.8 Espiritualidade na atuação e nos sentimentos do Enfermeiro.....	50
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE A – Entrevista.....	57
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
APÊNDICE C – Termo de Solicitação e Autorização de pesquisa junto à instituição	60

INTRODUÇÃO

Esta monografia tem como tema a análise da percepção do Enfermeiro perante aos cuidados pós-morte, em um hospital geral no município de Varginha, sul de Minas Gerais, tendo como objetivo verificar a presença de humanização na atuação dos Enfermeiros diante dos cuidados pós-morte prestados ao cliente, analisar os fatores que interferem neste processo, e sugerir medidas para que o mesmo seja realizado de forma mais holística e completa.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem traz no seu primeiro capítulo, que trata dos princípios fundamentais da profissão, o seguinte no 3º artigo: “*O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza* (FIGUEIREDO et al, 2003, p. 397, grifo do autor)”. Nesse sentido, o Código de Ética alerta para o dever de se cuidar integralmente do cliente, esteja ele no processo de vida ou de morte.

Até algum tempo atrás, na história da sociedade, a morte foi percebida como um evento natural e compartilhada publicamente, mas com a individualização da sociedade tornou-se um evento dramático e temível, na medida em que tornou-se solitária e enigmática, além de oposta aos valores contemporâneos. Com esta mudança, surge a necessidade de ocultar os que estão morrendo e os hospitais assumem a função de esconder tanto aquele que morre quanto a morte propriamente dita (SOUZA; CHAVES, 1999).

Com o surgimento dos CTI's e a sofisticação dos métodos de suporte de vida avançados, veio à tona a necessidade de se repensar a morte, o morrer e os cuidados prestados ao cliente falecido e seus familiares, mudando desta maneira vários paradigmas não só da sociedade, mas principalmente daqueles estão presentes nestes momentos; os profissionais de Enfermagem (FIGUEIREDO et al, 2003).

Nesta pesquisa, foi enfatizado que é necessário rever o comportamento que ainda hoje existe, no qual o rigor da técnica é o que importa, e os corpos mortos são vistos apenas como simples objetos a serem “embalados” ou “empacotados”. É preciso que os profissionais de Enfermagem repensem seus valores acerca da morte e do morrer, para que se possa desmistificá-la e com isso humanizá-la, transformando esse um momento de paz e serenidade tanto para o cliente, quanto para a família e o profissional (Id.).

Esta pesquisa possui caráter qualitativo, hipotético-dedutivo. Desta forma, para a análise deste processo, foi realizada uma pesquisa de campo com a coleta de dados feita através de entrevistas para os Enfermeiros de um hospital geral no município de Varginha, sul

de Minas Gerais, no período do mês de outubro de 2008, com posterior tabulação dos dados coletados.

Tem-se o propósito ainda, de estimular novas pesquisas na área, para se trazer excelência à assistência de Enfermagem no cuidado pós-morte.

1 MORTE E MORRER

1.1 O processo de morte e morrer

Alguns dos maiores mistérios que inquietam o ser humano dizem respeito às suas origens, ao seu papel no mundo e a sua finitude. Dentre esses mistérios, é certo que a morte é o que traz mais insegurança e medo, pois liga-se intimamente com o deixar de ser (CASORLA, 2007). Por isso, a morte ainda é um tabu para nossa cultura e falar sobre ela é algo difícil. A morte é impensada e escondida, apesar de pessoas morrerem todos os dias (MARTINS, 2008).

Para falar sobre a morte, precisa-se primeiramente ter em mente o que é a vida: é o funcionamento orgânico ideal, ou seja, a vida é um equilíbrio, é a homeostasia das funções vitais, não bastando estar vivo, pois é preciso também estar saudável. Quando essas funções vitais param, começa o processo da morte, assim, ela não é um fenômeno instantâneo, mas sim variável (TANATOLOGIA, 2008).

A morte é a parada das funções vitais, que se instala com uma velocidade variável, não sendo um fenômeno momentâneo, súbito ou abrupto (ela não acontece no momento da parada cardíaca, já que em alguns casos o processo cardíaco-respiratório pode ser revertido). A morte real de todas as células se dá horas depois (Id.).

Há tempos, o poder da sociedade sobre a morte era muito pequeno, por isso homens e mulheres se preocupavam somente com a maneira de viver suas vidas (SIQUEIRA, 2005). Nos primórdios, morrer era tido “como um fenômeno natural, integrante da natureza humana” (SANTOS, 2007). Hoje, com a evolução dos equipamentos e procedimentos médicos que tentam prolongar cada vez mais a vida do cliente, a morte passou a ser uma “inimiga” que deve ser derrotada (SIQUEIRA, 2005).

Para Tagore, poeta indiano que incorpora a morte como parte inseparável da vida e não como uma intrusa indesejável:

[...] morrer pertence à vida, assim como o nascer. Para andar, primeiro levantamos o pé e, depois o baixamos ao chão [...]. Algum dia saberemos que a morte não pode roubar nada do que a nossa alma tiver conquistado, porque nossas conquistas se identificam com a própria vida. (TAGORE, 1991 apud SIQUEIRA, 2005, p. 37, grifo nosso).

Entretanto, a civilização ocidental moderna a encara de maneira diferente. A palavra morte se associa frequentemente a sentimentos de dor, sofrimento, separação, perda e fracasso (MORITZ, 2005).

Antigamente, a morte era encontrada nas salas de visita. Mais precisamente a partir da década de 40, ela se esconde nos hospitais, e principalmente nas UTI's (FIGUEIREDO et al, 2003).

Assim, vive-se numa sociedade que busca se esconder e fugir da morte. Tenta-se cada vez mais atrasá-la e ela não é vista como algo natural. Inúmeras técnicas são elaboradas para não deixar o doente morrer, mesmo que tragam maior sofrimento a ele (Id.).

Analisando através do contexto social, a morte é tida como algo incompreensível e inaceitável, diante da civilização industrial na qual estamos mergulhados. Vive-se em um meio no qual há uma supervalorização dos bens temporais, do material, e morrendo não existe mais nada. Ao morrer, não se pode usufruir mais das coisas oferecidas pela sociedade tecnológica e consumista. Com a morte, tudo perde o sentido, pois existir é estar no mundo, e o mundo só existe enquanto estamos existindo (MARTINS, 2008).

É certo que não há vida sem morte. A morte representa o fim da vida em duplo sentido: o fim cronológico da existência humana e do elemento que lhe dá significado. Inevitavelmente cada vida humana chega a seu final (SIQUEIRA, 2005), e lidar com ela se constitui, às vezes, em uma terrível situação para os profissionais da Enfermagem.

Se não há compreensão do sentido da morte e do morrer, o cuidado a ser prestado ao cliente falecido torna-se também sem sentido, sem rumo, pois no momento em que são prestados, o Enfermeiro acaba sendo influenciado pela educação para morte que recebeu. Somente modificando esta visão é que o cuidado pós-morte será enxergado como algo a mais que uma continuidade dos “procedimentos” de Enfermagem.

1.2 Alterações fisiológicas no pós-morte

Para realização dos cuidados pós-morte, torna-se útil que o Enfermeiro responsável saiba reconhecer no cliente que se encontra no pós-morte as alterações fisiológicas reais da morte, que além de orientarem sua assistência, irão guiá-lo e ajudá-lo a intervir quando necessário (POTTER; PERRY, 2004).

Após a confirmação do óbito, se instalam no cliente falecido os chamados “fenômenos cadavéricos”, que são classificados em três tipos: imediatos, mediatos ou consumativos, e os cadavéricos tardios, sendo que o último não será abordado neste trabalho,

visto que os cuidados pós-morte são realizados pela Enfermagem em períodos inferiores há 24 horas.

- Imediatos – Surgem imediatamente após a parada cardio-respiratória, sendo eles: imobilidade; flacidez; ausência de sinais de respiração e circulação; insensibilidade; arreflexia (os reflexos da córnea são utilizados para verificar o grau do coma e se ainda existe alguma função vital).
- Mediatos ou consumativos – Podem aparecer em minutos a horas, após a morte: o primeiro é o enrijecimento do corpo (*rigor mortis*), que se desenvolve em duas a quatro horas depois da morte (envolve a contração da musculatura esquelética e lisa pela falta de trifosfato de adenosina) e o relaxamento dos esfíncteres (MOZACHI et al, 2007). Após, ocorre redução da temperatura corporal com a perda de elasticidade cutânea (*algor mortis*), sendo, em média perda de 1,5° C por hora na temperatura interna. Em seguida, surge coloração purpúrea da pele (*livor mortis*) nas áreas sob a ação da gravidade devido à ruptura dos eritrócitos (POTTER; PERRY, 2004); por último o amolecimento e liquefação dos tecidos corporais por fermentação bacteriana (TANATOLOGIA, 2008).

Desta forma, antes que o *rigor mortis* se desenvolva, é recomendado realizar o posicionamento do corpo no alinhamento anatômico normal, fechando-se as pálpebras e a boca, e também introduzindo, se houver, as próteses dentárias na boca do cliente falecido.

Na alteração *algor mortis*, deve-se remover os esparadrapos e curativos com especial cuidado, para evitar a ruptura da pele, bem como evitar tracionar a pele ou partes do corpo.

Se o cuidado for prestado para o cliente que se encontra em *livor mortis*, deve-se elevar a cabeça do cliente, para se evitar a descoloração facial.

A fim de se prorrogar o amolecimento e a liquefação dos tecidos corporais causada pela fermentação bacteriana, é recomendado guardar o corpo em um local frio do hospital, ou em alguma área designada já para este fim (POTTER; PERRY, 2004).

Reconhecer e saber atuar nessas alterações é dever do Enfermeiro. Se o profissional não conhece tais alterações, tampouco proporcionará o cuidado adequado a ser realizado neste momento.

1.3 A visão do Enfermeiro diante da morte

Profissionais da área da saúde convivem diariamente com a morte, mas apenas com a morte do outro. Constantemente fala-se dela, mas sempre em terceira pessoa, como se fosse algo muito distante de si mesmo. Não se pensa na morte em primeira pessoa, ou seja, em sua própria consciência de finitude (MARTINS, 2008).

Ainda em sua formação, pouco ou quase nada é passado para os acadêmicos de Enfermagem no que diz respeito aos aspectos éticos relacionados à morte dos clientes e aos cuidados pós-morte: há uma grande atenção às técnicas de prolongamento de vida e às esperanças de recuperação, sem a devida atenção em proporcionar conforto aos que vão falecer e, principalmente em humanizar o momento de pós-morte do cliente (MORITZ, 2005).

Eles são capacitados para o tratamento técnico do cliente falecido, mas não para acompanhá-lo do ponto de vista psicológico (Id.); o aspecto psico-emocional é pouco privilegiado em sua formação, não tratando o ser humano de forma integral, e deixando o acadêmico sem prática nas habilidades de percepção do emocional (SCHLIEMANN, 2007). Para ele, o hospital é a instituição onde há uma freqüente luta entre a vida e a morte, eles são preparados somente para a cura e ficam desorientados diante da morte de um paciente sob seus cuidados (MORITZ, 2005).

A formação profissional é marcada pela aplicação do modelo médico-biológico, que confere aos profissionais algum poder explicativo sobre os fenômenos de saúde e doença, vida e morte, mas com relação a esta, não facilita sua compreensão e nem o modo como encará-la (REZENDE et al, 1995 apud SÁ; PEREIRA, 2008).

Assim, o Enfermeiro já entra no mercado de trabalho e, conseqüentemente, entra em contato com seus clientes sem a visão ampla de finitude de vida e de como ela ocorre com todos os seres humanos, fazendo com que ele tome uma postura tecnicista no cuidado pós-morte deixando em segundo plano, a questão filosófica e existencial do cuidar.

Não se deve deixar que a morte e o morrer se tornem barreiras que dificultam e até mesmo atrapalham o cuidado. Se o Enfermeiro possui uma visão negativa deste processo natural, pelo qual todos um dia irão passar, esta percepção se refletirá em suas atitudes. Assim, passará a tomar, por exemplo, uma posição de defesa em relação as suas emoções, tornando-se “frio” e distante do processo. Poderá também sentir-se frágil e com sentimento de fracasso, culpa pela morte do cliente, recusando-se a aceitar a realidade.

Somente mudando a visão da morte e do morrer é que o Enfermeiro prestará uma assistência digna e respeitosa, compreendendo que cuidar do cliente independe do seu estado

vital, e que o cuidado ao corpo morto deve ser realizado da mesma forma como prestamos ao corpo vivo.

2 HUMANIZAÇÃO

2.1 Conceito

A palavra humanização tem como significado o ato ou efeito de humanizar (se). Assim, humanizar é tornar humano, dar condição humana a algo, humanar; tornar benévolo, afável, tratável (FERREIRA, 1999).

Em seu sentido literário, o ato de humanizar se preconiza como respeitosa atitude humana. Porém, como ação propriamente dita, deixa a desejar.

Desde os primórdios, a capacidade do ser humano de humanizar é limitada, pois ao humanizar, pensa-se “no outro”. Logo, para a sociedade individualista e egoísta em que todos estão inseridos, isto se torna uma tarefa árdua para ser realizada.

Humanizar se resume em estender e distribuir, integral e igualmente à humanidade uma série de benefícios e resultados considerados propriedades da condição humana, que podem ser definidas como: atenção às necessidades básicas de subsistência (alimentação, moradia, vestuário), educação, segurança, justiça, trabalho, acesso à liberdade de associação, de pensamento e de expressão, de ir e vir, de prática política, científica, arte, esporte, tempo livre, culto religioso e, para o que aqui se interessa particularmente: o cuidado à saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que as atitudes do indivíduo sejam humanizadas, precisa-se que tanto quanto as palavras quanto o sujeito que as expressa sejam reconhecidos pelo outro, e esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Através da linguagem se fazem as descobertas de comunicação com o outro. Então, sem comunicação não há humanização. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes (Id.).

Deve-se buscar nas relações e interações humanas o diálogo, não só como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam resultar no bem-estar recíproco (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

2.2 Humanização em saúde

Em razão do acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde, a dignidade da pessoa humana, com frequência, parece ser rebaixada em segundo plano. A doença, muitas vezes, passou a ser o objeto do saber científico, separada do ser que a abriga e no qual ela se desenvolve (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Assim, o humanizar na assistência em saúde é unir à eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano. O planejamento da assistência sempre deve buscar valorizar a vida humana e a cidadania, levando em conta as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo. Ela deve se basear no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemplar a integralidade do ser humano (HUMANIZAÇÃO, 2008).

O atendimento em saúde, muitas das vezes, ainda é centrado em técnicas e tarefas, fixado continuamente na racionalidade científica que fragmenta e objetiva o homem, diminuindo-o a um mero portador de sinais e sintomas que são entendidos como uma patologia que precisa de um tratamento específico. Desta maneira, a singularidade não é contemplada, pois cada profissional acaba se relacionando com o “doente” com um só objetivo, sendo insensível à sua subjetividade, ao seu existir (BOEMER, 2007).

Faz-se necessário prestar uma assistência em saúde na qual a pessoa doente é compreendida a partir de outra perspectiva, para ser mais que um simples alvo das ações de saúde, mas sim como um cidadão, um sujeito, que ao entrar em uma instituição traz consigo seus desejos e esperanças, que são o seu singular modo de vida. E isso que é humanizar a assistência, é cuidar e respeitar a singularidade de cada cliente (Id.).

Ao mudar a assistência com a pessoa doente, deve-se incentivar que os trabalhadores da saúde se envolvam com sua prática, tomada não apenas como tarefas a serem fielmente cumpridas, mas como um fazer essencial que completa o atendimento ao cidadão e exige, além da competência técnica, capacidade crítica, criatividade, sensibilidade e compromisso (BOEMER, 2007).

Assim, a humanização na saúde é praticada compreendendo o homem a ser cuidado em sua integralidade e complexidade, e resgatando sua dignidade e o sentido de ser-gente (Id.).

2.3 Humanização na Enfermagem

É necessário e importante acompanhar o avanço científico, tecnológico e a modernização de procedimentos. Não se pode ficar atrás ou às margens desse processo. É dever de todos acompanhar o desenvolvimento das ciências humanas, científicas, culturais e tecnológicas dos tempos atuais, o que vem implicar não só na necessidade da aquisição de novos conhecimentos como também na atualização dos mesmos (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004).

Porém, não é adequado que a técnica se sobreponha ao aspecto humano. O Enfermeiro precisa saber conciliar e harmonizar suas diversas funções. O cuidado humanístico não é rejeição aos aspectos técnicos, tão pouco aos aspectos científicos, o que se pretende ao revelar o cuidado é enfatizar a característica do processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva, que compõe o lado artístico além do aspecto moral (WALDOW, 1998 apud FARIAS; VARELA; OLIVEIRA, 2006). Quanto mais os profissionais conseguirem articular conhecimento técnico e científico aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos, tanto mais próximos estarão de um ambiente de cuidado humanizado e integrado.

Todo o processo de humanização assume um processo de conscientização que se caracteriza na unidade dialética do ato ação-reflexão. A humanização deve fazer parte da filosofia de Enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta sim irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de Enfermagem, principalmente do Enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004).

Humanizar não é técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda atividade das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer o tratamento que merecem enquanto pessoa (LIMA, 2004 apud REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

3 CUIDADO EM ENFERMAGEM

3.1 O Enfermeiro e o cuidado

O cuidado acompanha o ser humano durante todo seu ciclo de vida. Ele necessita de cuidados desde sua gestação e nascimento até a morte. Por isso, cuidar é mais que um ato; é uma atitude que envolve mais que um momento de atenção e zelo (FIGUEIREDO et al, 2003).

Com o passar do tempo, com o surgimento de tecnologias sofisticadas baseadas em ações curativas, a Enfermagem passou a desvalorizar o cuidado, e buscar somente obter a cura com ênfase nas técnicas para tratar a enfermidade. A busca pelas técnicas tornou a Enfermagem mais eficiente, porém menos humana, e o cuidado técnico passou a prevalecer sobre o cuidado humano (WALDOW, 2001).

O objetivo da Enfermagem passou a estar centrado não no cuidado com o cliente, mas na maneira como a técnica é realizada. Isso contribuiu para que o cuidado direto passasse a ser desempenhado pelas demais categorias de Enfermagem. Houve, assim, um afastamento gradativo dos Enfermeiros em relação ao cliente, pois eles passaram a ser solicitados para liderarem a equipe de Enfermagem, e devido à demanda passaram a assumir totalmente a função administrativa, de gerenciamento, e o contato com a clientela passou a ser cada vez menos freqüente, por vezes “frio” e até mesmo grosseiro (Id.)

O Enfermeiro não deve jamais perder de vista que o cuidado com o cliente é o foco principal de sua assistência, e que o cuidado é uma prática complexa que considera que aquele a quem se presta este cuidado é um Ser digno, com necessidades não apenas biológicas, mas psicológicas, sociais e espirituais (BARBOSA; SILVA, 2006).

Antes de mais nada deve-se mudar o pensamento do Enfermeiro a respeito do cuidado. O cuidado não é uma atitude que é prescrita, que segue regras ou manuais. O cuidado deve ser vivenciado, experienciado em toda sua plenitude, e para que faça parte de seu dia-a-dia, deve fazer parte de si mesmo primeiramente (WALDOW, 2001).

O cuidado representa uma atitude de preocupação e responsabilidade. O Enfermeiro é o líder da equipe, é nele que a equipe se focaliza e é através de suas atitudes que ela se influencia.

3.2 Os cuidados de Enfermagem com o cliente no pós-morte

Cuidados pós-morte a serem realizados no cliente compreendem a adoção de uma postura ética e solidária por parte dos profissionais e de medidas e procedimentos benéficos. É um dever do Enfermeiro oferecer ao cliente no pós-morte uma assistência digna, de qualidade, de maneira humanizada e respeitosa.

Os cuidados a serem prestados com o corpo após a morte, tecnicamente, têm como objetivo preparar o cliente recém-falecido para ser visto por seus familiares e para seu traslado para o necrotério ou IML. Constituem-se basicamente em impedir o extravasamento de líquidos e excrementos, manter o corpo higienizado, evitando a exalação de odores desagradáveis durante o velório do corpo e dispor o corpo em alinhamento anatômico normal, antes do enrijecimento do corpo (*rigor mortis*) (FIGUEIREDO et al, 2003).

Após se verificar e constatar o óbito pelo médico, se desligam todos os equipamentos e aparelhos que estejam sendo usados. Registra-se o horário em que foi constatado o óbito e providencia-se a presença de um familiar no setor, para fornecer um documento de identificação do cliente (identidade, carteira de motorista, certidão de casamento ou nascimento, etc.) para preenchimento do atestado de óbito (Id.).

Para ser iniciada a técnica, os materiais normalmente necessários são:

- Biombos;
- Luvas de procedimento;
- Aventais ou capotes (preferência descartáveis);
- Máscaras descartáveis;
- Lâmina de bisturi descartável;
- Seringa de 10 ml;
- Almotolia com éter ou benzina;
- Almotolia com água oxigenada;
- Jarro com água limpa;
- Bacia com água e sabão;
- Luva de banho (ou compressa);
- Solução para higiene oral (ou dentifrício do cliente);
- Pacotes de gaze; (FIGUEIREDO et al, 2003)

- Espátula de madeira (ou escova de dente do cliente);
- Cuba rim;
- Pacote de curativos;
- Esparadrapo;
- Hamper;
- Balde de lixo forrado com saco plástico;
- Ataduras de crepom;
- Barbeador descartável;
- Bolas de algodão;
- Etiquetas de identificação contendo os seguintes dados: nome do cliente; nº. do registro; clínica, enfermaria, leito; hora do óbito; nome do médico que constatou o óbito e assinatura do profissional que realizou o registro;
- Toalha de banho;
- Balde com solução desinfetante;
- Lençóis (três);
- Pente;
- Aspirador montado (caso seja necessário);
- Maca; (Id.).

Cuidados de Enfermagem:

- Lavar as mãos e reunir todo o material levando-o à beira do leito;
- Vestir o capote ou o avental;
- Colocar a máscara;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Manter a cama na posição horizontal;
- Posicionar o cliente falecido em decúbito dorsal com um travesseiro sob a cabeça (evitar a hipostase do sangue *post mortem*, que descora a face);
- Soltar os lençóis da cama;
- Proceder a retirada dos cateteres (cortando os fios dos que estiverem fixados, esvaziando os balões dos que forem fixados por esse método) e drenos, desprezando no balde de lixo todo o material descartável; (FIGUEIREDO et al, 2003)

- Desconectar eletrodos, respirador, bombas infusoras após, pinçamento e dispositivos intravenosos, encaminhando-os para a limpeza e desinfecção;
- Retirar dispositivos intravenosos, ocluindo seu sítio de inserção com gaze e esparadrapo;
- Proceder a limpeza do cliente, iniciando pela higiene oral;
- Recolocar próteses dentárias após proceder sua limpeza (se não for possível, junte aos pertences do cliente que serão devolvidos à família);
- Realizar a higiene do couro cabeludo, se necessário, e pentear os cabelos;
- Realizar a higiene da face (retirando todos os restos de adesivos com solvente) e barbear o cliente se necessário;
- Tamponar os orifícios com algodão seco, montado em pinça (do pacote de curativos), de maneira que não deforme o rosto do cliente e não apareça na parte externa;
- Se necessário, aspirar os orifícios da face antes de tamponar;
- Retirar camisola ou pijama sujo;
- Limpar o tórax e o abdome;
- Retirar e refazer curativos, caso seja necessário;
- Limpar membros superiores e inferiores;
- Retirar aliança (se houver) e colocar junto aos pertences do cliente que serão devolvidos aos familiares;
- Sustentar a mandíbula com atadura crepom, amarrando-a no alto da cabeça;
- Virar o cliente para um dos decúbitos laterais;
- Proceder a limpeza da parte posterior do tórax, nádegas e órgãos genitais (após flexionar o MI);
- Realizar o tamponamento do ânus e vagina (se for o caso);
- Iniciar a retirada da roupa de cama suja, limpar o colchão, secá-lo e posicionar um lençol limpo, em diagonal, (dobrado em quatro partes, como para substituição em cama de doente acamado);
- Virar o cliente para o decúbito oposto ao inicial;
- Proceder a limpeza das partes restantes, se necessário;
- Retirar a roupa de cama suja, desprezando-a no hamper; limpar o colchão, secá-lo e terminar de esticar o lençol limpo;
- Reposicionar o cliente em decúbito dorsal;
- Colocar no tórax uma identificação do cliente; (Id.)

- Colocar a camisola limpa (caso seja rotina da instituição);
- Unir as mãos do cliente sobre a cintura e fixá-las com atadura de crepom;
- Unir os pés do cliente e fixá-los com atadura de crepom;
- Cobrir o corpo do cliente dobrando o lençol em envelope e fixando-o com esparadrapo;
- Fixar a etiqueta de óbito na altura do tórax do cliente, após fechar o lençol que envolve o corpo do cliente;
- Forrar a maca sem colchão com um lençol;
- Passar o cliente para a maca;
- Cobrir o cliente todo com outro lençol;
- Terminar de reunir e identificar todos os pertences do cliente e entregá-los à família, ou encaminhar ao setor responsável pela guarda dos pertences do cliente;
- Encaminhar o cliente à capela, à Anatomia Patológica ou comunicar ao serviço responsável para que o corpo do cliente seja retirado da enfermaria;
- Retirar luvas, máscaras e avental e jogá-los no lixo da Anatomia Patológica;
- Lavar as mãos na Anatomia Patológica;
- Lavar as mãos na unidade;
- Proceder as anotações pertinentes, como data, hora do óbito, se houve ou não tentativa de reanimação cardíaca, nome do médico que constatou o óbito e assinatura de quem elaborou o registro (em prontuário, Livro de Relatórios de Enfermagem, Impressos a serem encaminhados ao setor de Admissão e Alta, ao Serviço de Supervisão De Enfermagem e aos demais serviços requeridos pela instituição) (FIGUEIREDO et al, 2003).

Não se realiza o tamponamento:

Quando a religião do cliente não permite (pergunte sempre ao familiar);

Quando o cliente evolui a óbito antes de completar 24 horas de internação (será realizada necropsia no IML, conforme requerido por lei);

Quando o cliente falece de mal súbito ou acidente (será realizada necropsia no IML, conforme requerido por Lei);

Quando, por qualquer outro motivo, o corpo do cliente for submetido à necropsia (Id.).

Um ponto a se lembrar, é que a equipe de Enfermagem deve ter uma atenção especial aos outros clientes internados, tendo a sensibilidade de transportar o corpo cobrindo-o com lençóis limpos e observando para evitar os visitantes, quando levar o corpo para a outra parte do hospital ou a saída para a funerária; evitar comentários impertinentes durante todo o processo.

O cuidado com o corpo no pós-morte se resume, acima de tudo, em aliar capacidades mecânicas e instrumentais, exercidas nas técnicas, com capacidades humanas e espirituais. É enxergar no corpo a vulnerabilidade e a fragilidade humana e exercê-lo com preocupação, com responsabilidade e envolvimento afetivo, emocional e espiritual, transcendendo a barreira do real e do concreto (FIGUEIREDO et al, 2003).

3.3 A bioética e o cuidado

A bioética originalmente constitui-se em *“um sistema de moralidade baseado no conhecimento biológico e nos valores humanos, com a humanidade aceitando sua responsabilidade pela própria sobrevivência e a preservação do ambiente natural”* (PEGORARO; ZOBOLI, 2008, p. 164, grifo nosso).

Neste capítulo a bioética será abordada no seu sentido global, enquanto proposta para o desenvolvimento de uma moralidade, que abrange decisões em cuidados à saúde e na preservação do ambiente natural.

A prioridade da bioética global é de que a saúde é para todas as pessoas e não só para poucos indivíduos. Porém, o maior empecilho para a sua abertura e aceitação, é a visão que enfatiza o individualismo, ocorrendo assim descaso à noção de cuidado e sua influência na ética (Id).

A bioética global se apresenta como ponte que leva a interligação do cuidado-técnica com cuidado-ética, unindo competência e sensibilidade em um espírito de cuidar que conscientiza a ligação com a humanidade, cujo caminho é a escuta e disponibilidade para com o sofrimento e a saúde do outro (PEGORARO; ZOBOLI, 2008).

A ética do cuidado é importante e central para todos os profissionais de saúde e não pode ser exclusivo de nenhum. Os problemas éticos têm início nas responsabilidades em conflito e necessitam de um modo de pensar contextual e narrativo para serem resolvidos. Sendo assim, o ideal do cuidado se baseia em uma atividade de relacionamento, de sentir e responder as necessidades do outro, buscando a manutenção de uma conexão no qual ninguém é deixado sozinho ou desprotegido (Id.).

Em Grum (2005 apud PEGORARO; ZOBOLI, 2008), a pessoa vista como cuidadosa é aquela que presta atenção em tudo o que faz; é atenciosa com o que pega na mão, e procura sentir e perceber tudo o que está em sua volta, pois para ela tudo é valioso. Cuidar significa desdobrar-se em preocupação, estima e responsabilidade com todas as coisas, por isso revela-se como exercício renovado, diário, corajoso e espiritual por excelência, cuja experiência se baseia em atentar e conscientizar para as coisas do dia-a-dia, estando em cada momento por inteiro, em todos os sentidos. Esta atitude exige concentração em relação consigo próprio, com as pessoas e com as coisas ao redor. No cuidado, se valoriza o que se faz, toca ou o que se vive, o que permite que possamos entrar realmente em contato com as pessoas, principalmente as mais diferentes.

Por isso, o profissional de saúde cuidadoso presta atenção em tudo o que realiza e não se preocupa somente em como desempenha as tarefas. Ele se aproxima do ser a ser cuidado sem julgamentos, e se coloca por inteiro em cada procedimento, por mais rotineiro e corriqueiro que seja, com sua total atenção e sentidos, como se fosse pela primeira e única vez que a executa, pois esse momento representa uma única oportunidade que se perdida, não retorna. Mais do que unir cuidado e trabalho, *o profissional cuidadoso agrega o cuidado-técnica e o cuidado-ética na atenção à saúde, impulsionado na sua prática pelo espírito de cuidar* (GRUM, 2005 apud PEGORARO; ZOBOLI, 2008, grifo nosso).

Porém, hoje com a inversão existente do cuidado, que foi reduzido a uma instrumentalidade técnica aliada às inovações tecnológicas, a assistência e organizações de saúde passaram a ser ícones desta inversão, como por exemplo, os hospitais, que de locais inicialmente designados à práticas de caridades, passaram a ser organizações complexas, onde a incorporação da tecnociência faz parte do dia-a-dia da assistência. A Enfermagem também representa esta inversão, já que ao longo de sua trajetória, a idéia de “vocação” foi substituída pela importância no preparo e competência técnica, para uso de instrumentos e procedimentos com destreza e habilidade (Id.).

A solução para este fato é “[...] *resgatar a paixão por tudo o que é humano, voltar-se a maravilhar-se com o milagre da vida e solidarizar-se com as pessoas fragilizadas e excluídas, dando-lhes uma resposta no cuidado.*” (GRUM, 2005 apud PEGORARO; ZOBOLI, 2008, p. 172, grifo nosso), o que exige uma conversão ética das atitudes e conversão *espiritual* da mentalidade do cuidar, entrando assim em sintonia com a bioética global (Id.).

3.4 A importância da espiritualidade no cuidar

Para Jung, (1986 apud PEGORARO; ZOBOLI, 2008, p. 173.) a:

[...] espiritualidade refere-se a uma relação transcendental da alma com a divindade e na transformação daí resultante, ou seja, diz respeito a uma atitude, a uma ação interna, a ampliação da consciência, a um contato com pensamentos e sentimentos superiores e ao fortalecimento e amadurecimento da personalidade.

Nesse sentido, a dimensão do espiritual ao tratar-se do sentido da vida, abre-se para realidades além das estruturas somática e psíquica e da configuração histórico-social do ser, abrindo-o assim para seu horizonte do infinito (AGOSTINI, 1995; JUNGES, 2006 apud PEGORARO; ZOBOLI, 2008).

Ser alguém possuidor de espiritualidade não significa necessariamente ter confissões de fé ou religiosas, pois as mesmas se constituem em vivências distintas. É possível ser uma pessoa espiritualizada sem participar de alguma organização religiosa ou comunidade de fé, e há pessoas que freqüentam regularmente esses serviços e não são espiritualizadas (ELIAS, 2001 apud PEGORARO; ZOBOLI, 2008).

A espiritualidade é o local no espaço, onde a pessoa expressa os desejos do seu coração, as exigências de sua razão, fragilidades, forças, o caminho no qual está seguindo suas razões de viver e de esperança. É nela que são construídos aos poucos, atitudes de liberdade que fazem a pessoa alcançar a altura de sua dignidade de ser humano (PEGORARO; ZOBOLI, 2008).

Boff, (2000 apud PEGORARO; ZOBOLI, 2008); mostra que “a espiritualidade é a atividade pela qual o ser humano sente-se ligado ao todo”, através de um fio condutor que recebe vários nomes, como simplesmente, Deus. Sentir Deus funde a espiritualidade à mística, e isso faz o ser humano acolhê-lo, interiorizá-lo, deixando-o ocupar sua existência.

Assim, para que a ética se torne prática concreta, é necessário levá-la ao local do conjunto de sonhos, utopias e valores, que se encontram na mística e na espiritualidade. Lá, a ética terá “mais a ver com sabedoria do que com razão, mais com bem-viver do que com bem-julgar e mais com virtudes do que com idéias” (Id.). Por isso, *sem espiritualidade na assistência de saúde, sem o espírito de cuidar, não se transpõem as portas do cuidado-técnica e do cuidado-ética* (PEGORARO; ZOBOLI, 2008, grifo nosso).

Para Grum, (2005 apud PEGORARO; ZOBOLI, 2008), a ternura representa a expressão mais verdadeira da espiritualidade, mostrando que pessoas grosseiras nada entendem de espiritualidade. Ternura, cuidado e atenção andam de mãos dadas, pois a

primeira se expressa no cuidado, e atenção se expressa em tudo o que existe. Assim, ternura consigo e com os outros é resultado de constante esforço, e necessita de coragem renovada para uma vida de união e paz.

A espiritualidade pode ser encarada como “aquilo que permite que uma pessoa vivencie um sentido transcendente na vida”. Sentido implica em direção, significado, em experimentar algo. (ALARCOS, 2006; BREIBART, 2004 apud PEGORARO; ZOBOLI, 2008). Então, a espiritualidade da atenção em saúde resgata o sentido transcendente do cuidado, sentido esse que ultrapassa normas, rotinas e procedimentos e também atitudes e comportamentos ético-morais. Este (sentido) busca na atenção à saúde uma experiência espiritual que ativa uma espécie de energia interior, que prepara os profissionais de saúde para diferentes situações da vida e do trabalho como, por exemplo, o momento dos cuidados pós-morte a um cliente falecido (PEGORARO; ZOBOLI, 2008).

O ser humano consiste-se em corpo e espírito. O corpo é limitado e finito, mas o espírito transcende e busca a infinitude, plenificação e absoluto (GRACIA, 2004 apud PEGORARO; ZOBOLI, 2008). Ao engajar a espiritualidade ao espírito de cuidar permite-se a integração do cuidado-técnica com cuidado-ética, fazendo com que a atmosfera de cuidado no trabalho se equilibre entre ser (ética) e fazer (técnica) (PEGORARO; ZOBOLI, 2008).

Faz-se um chamado para o autoconhecimento, utilizando a capacidade de silenciar para acalmar-se, aquietar-se, ouvir e perceber o imperceptível. A espiritualidade para ser realmente desempenhada, necessita de uma prática integrada dentro da vida e do trabalho. Uma boa maneira de se preparar, seria a realização de um programa regular de exercícios, leituras sobre meditação e espiritualidade, e participação em grupos de experiência sobre o assunto (Id.).

Enfim, é preciso tomar o espírito do cuidar como uma espiritualidade engajada e inseri-la no cotidiano da realidade da saúde (PEGORARO; ZOBOLI, 2008).

3.5 A abordagem do Enfermeiro com a família do paciente falecido

De longe, o mais importante e significativo tipo de morte para os seres humanos é a morte de um dos seus. A morte é uma experiência avassaladora e que atinge a todos os envolvidos na situação de perda e morte de um indivíduo.

O Enfermeiro é responsável pela coordenação dos aspectos dos cuidados que se relacionam à morte do cliente. Assim, após a realização dos cuidados pós-morte ao cliente falecido, a família transforma-se no novo cliente, e a preocupação passa do cliente falecido para a família viva. O Enfermeiro deve refocalizar as necessidades da família depois da morte e implementar as ações para satisfazer às suas necessidades atuais, pois a família passa agora a ser sua nova clientela, e ele deve atendê-la no que for necessário, prestando suporte emocional e psicológico (POTTER; PERRY, 2004).

Após ter sido constatada a morte do cliente, deve-se considerar a alternativa de permitir que membros da família assistam o cuidado do corpo após a morte, devendo o Enfermeiro no caso, seguir o procedimento da instituição (SMELTZER; BARE, 2006). Se não for possível, e após o corpo ter sido preparado de maneira humanizada pela Enfermagem, a família deve receber permissão de passar um tempo com o falecido, ser encorajada a fazê-lo, a dizer adeus através do toque e da fala. Não se deve apressar este processo. Quando a família estiver mais confortável, perguntar se os membros gostariam de ficar sozinhos e lembrá-los de que podem chamar a Enfermagem se necessário (POTTER; PERRY, 2004).

Ao receberem a notícia, inicialmente surgem na família sentimentos de negação, dificuldade de compreensão e estado de torpor. Ao tentarem se organizar, surgem perguntas de angústia, nas quais encontram-se normalmente sentimentos de fracasso, culpa, revolta, e impotência, pois embora sabendo que a morte poderia ocorrer, é como se ela agora se tornasse inesperada, e eles percebem que finalmente isso aconteceu e é para sempre. É necessário ser paciente, respeitar os rituais de despedida, e os sentimentos de desespero e desamparo que as famílias apresentam, ajudando-as com o incentivo do diálogo, da expressão de sentimentos e criando situações de enfrentamento (Id.).

Assim como o cliente que faleceu, a família também passa por estágios para a aceitação da morte, e precisa de cuidados. Seus membros apresentam diferentes reações e é necessário oferecer um tempo para que eles reconheçam a ausência que o familiar fará (KOVÁCS, 2007a).

O luto, que corresponde ao processo de elaboração diante de uma perda de uma pessoa com quem vínculos foram estabelecidos, possui quatro fases principais, nas quais o Enfermeiro pode atuar:

- Fase do choque, que é o momento da descoberta da perda, na qual podem ocorrer reações de anestesia e até um total descontrole;

- Fase da busca, na qual ocorre a busca pela pessoa perdida e também o contato com a realidade, de que houve uma perda da qual não há volta. Pode ocorrer também a ilusão de que a pessoa não tenha morrido, e que tudo não passa de imaginação. Aparecem sentimentos como tristeza, raiva, medo, culpa, que são transferidos para aqueles ao redor.

- Fase de desorganização e desespero, ocorre quando a perda já é realidade, e aqui se encontram reações contraditórias, como o desejo de manter tudo o que lembre o ente perdido, ou desfazer-se de tudo. É nesta fase que pode ocorrer processos patológicos, como depressão.

- Fase de reorganização: a vida é reorganizada em novos patamares sem a existência daquele que se perdeu. Novas habilidades e novos relacionamentos são realizados (KOVÁCS, 2007b).

Conhecer os estágios de luto aumenta a consciência do Enfermeiro e possibilita-lhe empatizar melhor com a família enlutada.

A família e cada membro que a constitui lida com sua perda de acordo com a maneira como vê a realidade da morte. Sendo assim, a percepção que o Enfermeiro possui sobre a morte será fundamental para oferecer suporte a essa família, já que ele transforma-se em uma das fontes de apoio nestas situações. Suas experiências prévias com a morte e a perda, sua interpretação individual, suas habilidades de comunicação e compreensão são alguns fatores que irão lhe auxiliar a planejar o processo de Enfermagem (POTTER; PERRY, 2004).

Não se esquecendo do trabalho da equipe multidisciplinar, é ideal a presença de um psicólogo para auxiliar o Enfermeiro no apoio a família no enfrentamento do luto e pesar.

4 TRANSFORMANDO A VISÃO DOS CUIDADOS PÓS-MORTE

4.1 Sentimentos e emoções do Enfermeiro

A morte afeta a todos os que conhecem o cliente que faleceu. O Enfermeiro faz parte deste círculo de relacionamentos, devido à relação compartilhada durante a prestação da assistência. Ele é um produto desse ambiente. O vínculo criado entre o Enfermeiro e o cliente, o posiciona em uma relação semelhante à de um membro da família, assim, ele também deve passar pelo processo de luto. Reconhecer a necessidade de se lamentar ajuda o Enfermeiro a passar por este processo, e ele procura geralmente outros enfermeiros e profissionais de saúde para desabafar seus próprios lutos, se beneficiando desta maneira do apoio dos colegas (POTTER; PERRY, 2004).

Os Enfermeiros vivenciam estressores ou perdas adicionais, como falhas em sua adaptação, quando não lhes sobra tempo ou quando eles não se permitem esta lamentação. Assim, eles desenvolvem uma sobrecarga de perdas. Frustrações, raiva, culpa, tristeza, desânimo, ansiedade, depressão e sentimentos de sobrecarga podem ocorrer. Por isso, seu cuidado pessoal é fundamental à sua sobrevivência e recuperação após a perda, para o seu próprio bem e também o dos futuros clientes. O reconhecimento da perda dá início ao processo, e a lamentação da perda necessita ocorrer antes que ele passe para o próximo cliente que faleceu (Id.).

O trabalho individual e o apoio em grupos de experiência ajudam os Enfermeiros a gerenciar o estresse, e atravessar efetivamente sua própria lamentação pela perda de clientes, pois o luto e o estresse não descarregados levam à incapacidade de cuidar de outros clientes (POTTER; PERRY, 2004).

Agora, no tocante às emoções sentidas ao se prestar os cuidados pós-morte no cliente falecido é que se baseou a pesquisa de campo que foi realizada. Pode-se verificar em algumas literaturas já existentes, que os profissionais que lidam com estes acontecimentos no seu cotidiano são, muitas vezes, estigmatizados como pessoas "frias". Em Ribeiro, Baraldi e Silva (1998), as autoras apontam que as pessoas encontram-se tristes durante o preparo do corpo, além do mesmo ser caracterizado como "deprimente", "impressionante", "fim de luta" e "sofrimento", "estressante e angustiante", "chato", além de ser um mal necessário", e afirmam que há diferença desse procedimento em relação aos outros. Além disso, verificaram que os trabalhadores de Enfermagem adotam o distanciamento, como um mecanismo de defesa contra o sofrimento gerado por essa atividade. Por isso, é comum perceber trabalhadores

contando piadas durante o preparo do corpo. Elas associam que o vínculo com o cliente e o tempo de experiência profissional são determinantes na intensidade e na presença de determinados sentimentos e emoções, e que o momento do preparo do corpo pela Enfermagem não é desprovido de profissionalismo e emoções.

Em Alvim, Santos e Tonini (2002), as autoras, acadêmicas de Enfermagem, vivenciaram o processo de morrer de um cliente, e o cuidado de seu corpo no pós-morte, o que para elas gerou muitos conflitos, dúvidas, emoções positivas e negativas, carregadas de reflexões sobre o cuidado e a Enfermagem. Afirmam o aparecimento de sentimentos, como: medo, pavor, tristeza, insegurança, nervosismo, ansiedade, angústia, aflição, e de sinais e sintomas como: taquicardia, dor no fundo do coração, tremor e sudorese fria nas extremidades. Também questionam o fato de que acadêmicos não são preparados para realizarem cuidados pós-morte a seus clientes.

Oliveira, Bretãs e Yamaguti (2007), afirmam que o cuidado com o corpo no pós-morte causa impacto em estudantes de Enfermagem durante procedimentos que envolvem o cuidado com o corpo do ser humano após o falecimento.

Para Shimizu (2007), situação que causa muita angústia e sofrimento aos trabalhadores de uma UTI é a necessidade de cuidar do cliente após a sua morte: realizar limpeza do corpo, desligar aparelhos, retirar sondas, tamponar orifícios, vestir e transportar o corpo do cliente até a câmara mortuária. Estas atividades são percebidas por eles como muito difíceis de serem realizadas, sobretudo quando se trata de clientes que cuidaram enquanto tinham vida.

São inúmeras as visões para este momento. Por isso esta pesquisa, ao mesmo tempo em que buscou verificar o nível de humanização presente na percepção e atuação dos Enfermeiros diante dos cuidados pós-morte prestados ao cliente, buscou também analisar os fatores que interferem neste processo e oferecer medidas para que o mesmo seja realizado de forma mais holística, humana e espiritual.

4.2 Reconstruindo a visão de morte e do cuidar

É preciso que o profissional de Enfermagem entenda que o ser humano acaba, morre. A morte diz respeito ao próprio ser humano, finaliza sua existência. A voz da consciência chama-o a si mesmo, ao que é e ao que não pode deixar de ser: *um ser-para-a-morte*. Para encontrar o verdadeiro ser autêntico é preciso reconhecer que a possibilidade de morte existe e assumi-la. Integrar a morte como parte fundamental do ser, e entender a inegável impossibilidade da existência eterna. Entretanto, conscientizar-se da possibilidade de morte

não deixa o ser humano inerte, imóvel e sem a menor perspectiva de realização. Pelo contrário: abre-o a sua temporalidade e mostra a importância de uma existência autêntica e realizada (MARTINS, 2008).

Pensar na morte, entender que o ser humano é um ser lançado no mundo e é um *ser-para-a-morte* leva o profissional de saúde a saber utilizar melhor o ambiente e a convivência com o semelhante. Quanto mais cedo se adquirir a consciência de finitude, mais cedo se poderá compreender a existência humana (Id.).

E é somente entendendo, dando sentido à vida que se dá sentido à morte. A finitude humana, presente no cotidiano de trabalho representa um momento ímpar do existir. Ao se trabalhar com a morte deve-se fugir de receitas e fórmulas e assumir a angústia presente nela, essa angústia que faz paralisar, mas que move em direção a busca de novas formas de assistir o cliente no processo de morte e no seu pós-morte, sem se esquecer de sua dimensão humana. Se essa visão começa a ser passada desde o início, para os acadêmicos, eles serão levados a questionar seu modo de ver e pensar sobre a morte, possibilitando assim o surgimento de transformações no ato do cuidar no pós-morte (BOEMER, 2007).

Sendo um cuidado que contempla a dignidade diante e após a morte. É isso que se deve reconstruir. Mesmo estando no cotidiano imersos à rotinas, normas, técnicas. Enfim, todas essas maneiras esperadas de ser e fazer diluídas no impessoal, sempre haverá uma possibilidade de se buscar essa dignidade (Id.). Basta que a transformação se inicie em si mesmo.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Optou-se pela abordagem qualitativa pelo fato da mesma permitir acesso às representações e aos valores correspondentes às práticas profissionais dos Enfermeiros ao realizarem cuidados pós-morte. Assim o próprio ambiente e os sujeitos que vivenciam o fenômeno constituem-se como fonte viva de dados.

Local de estudo

O campo escolhido para o presente estudo, foi um hospital geral no município de Varginha, sul de Minas Gerais, após a aprovação da pesquisa pela Comissão Técnico-Científica da instituição, obedecendo aos padrões estabelecidos pela resolução 196/96, que trata das Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Elegeu-se como cenário de estudos todos os setores do hospital, para uma análise mais ampla das percepções de profissionais que atuam em diferentes áreas.

Sujeitos da pesquisa

A população entrevistada foram 27 Enfermeiros, funcionários do hospital em estudo, que tiveram ou não experiência em cuidados pós-morte. Inicialmente, os mesmos foram convidados a participarem do estudo, tendo sido solicitado autorização por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo assim o anonimato às respostas.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no mês de outubro de 2008, pelas autoras, através de entrevistas realizadas com os sujeitos, a fim de se favorecer a livre expressão dos mesmos. A coleta foi realizada em todos os turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno). A entrevista constou de dados de identificação (idade, sexo, religião, tempo de profissão e de instituição) e de 10 perguntas relacionadas à percepção e atuação nos cuidados pós-morte (Apêndice A).

Análise dos dados

Para análise dos dados optou-se por adotar a técnica de análise do conteúdo, especificamente a análise temática. E para buscar elementos que ajudam na compreensão das percepções e atuações dos Enfermeiros acerca do cuidado pós-morte, adotou-se os seguintes procedimentos: leitura e re-leitura flutuante das entrevistas; mapeamento das respostas individuais com base nos temas relevantes, definidos através da leitura flutuante e dos objetivos da pesquisa (destacando-se palavras e frases índices); análise da dinâmica das entrevistas e construção do discurso.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identifica-se que a sociedade hodierna cada vez mais fragmenta o trabalho, através da especialização e da burocratização, tendendo ao mecanicismo, impregnado por normas e rotinas e centrado em exigências obsoletas que impedem o profissional de se transformar e de recriar suas atividades. Por isso, é relevante identificar as emoções e os sentimentos vivenciados na prática pelos Enfermeiros, pois o processo de auto-conhecimento é um processo importante a ser explorado, a fim de melhor lidar com as situações que implicam do mesmo manifestação de emoções mais profundas, como às relacionadas com a morte e cuidados pós-morte aos clientes, e para com isso, se aprender e se compreender diferentes representações relacionadas ao tema, e assim resgatá-las e integrá-las ao modo de ser, pensar, sentir e agir que dão sentido à sua atuação profissional.

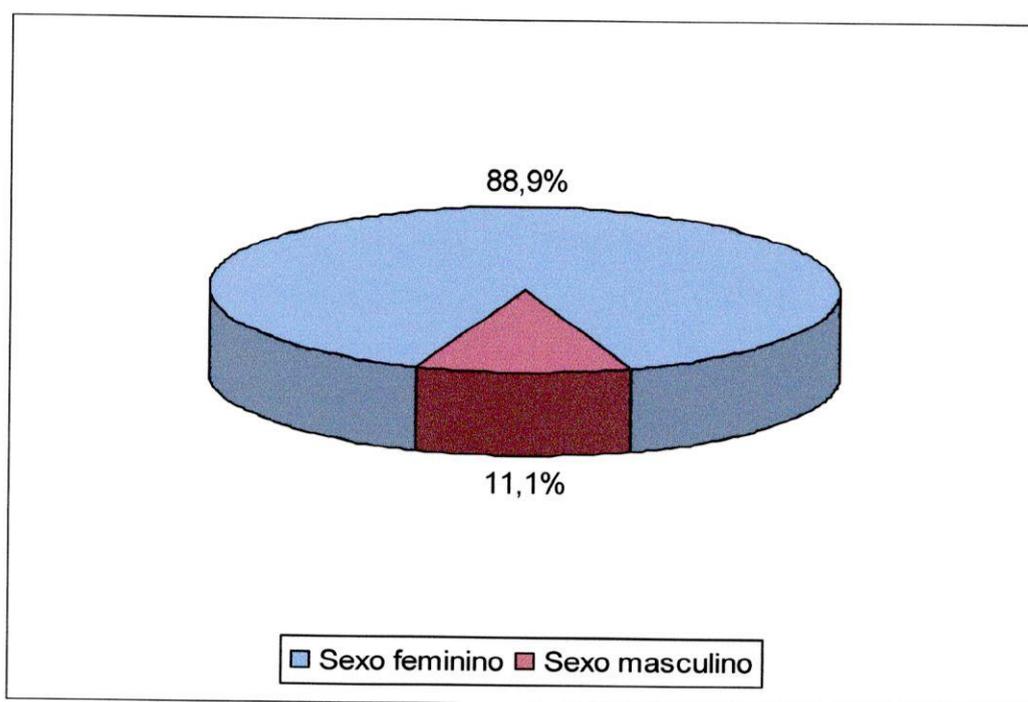


Figura 1 – Gráfico - Gênero dos participantes

Foram entrevistados 27 Enfermeiros do hospital em estudo, amostra que corresponde à 100% dos Enfermeiros da instituição. Desses, 24 (88,9%) enfermeiros eram do sexo feminino, ou seja, gênero predominante, e 3 (11,1%) eram do sexo masculino.

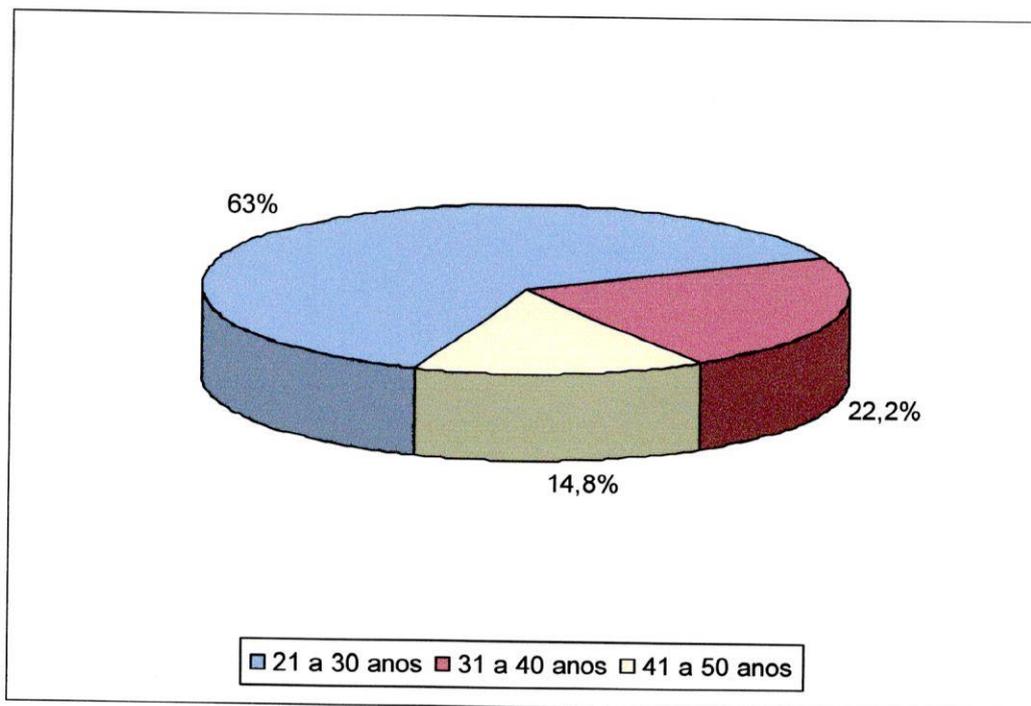


Figura 2 – Gráfico – Faixa etária dos participantes

A faixa etária dos entrevistados variou de 21 a 30 anos, em 17 (63%) deles, sendo esta a faixa etária predominante; entre 31 a 40 anos em 6 (22,2%) e entre 41 a 50 anos em 4 (14,8%) dos participantes.

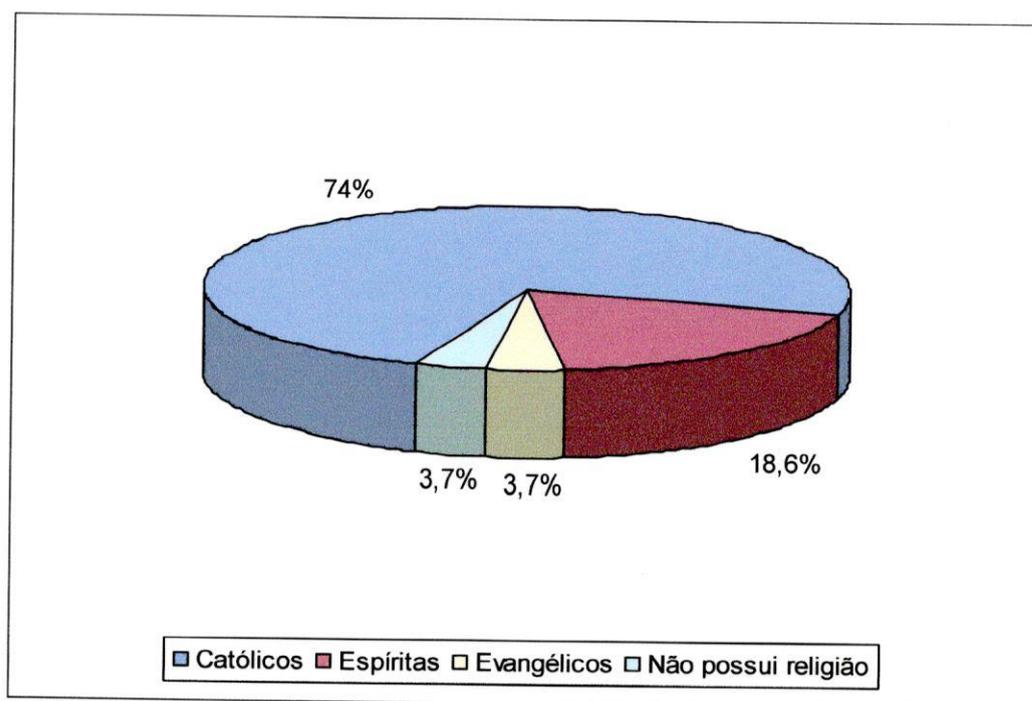


Figura 3 – Gráfico - Religião dos participantes

Quanto ao item religião, identificou-se que 20 (74%) deles afirmam ser católicos; 5 (18,6%) afirmam ser espíritas, 1 (3,7%) afirma ser evangélico, e 1 (3,7%) Enfermeiro afirma não possuir religião.

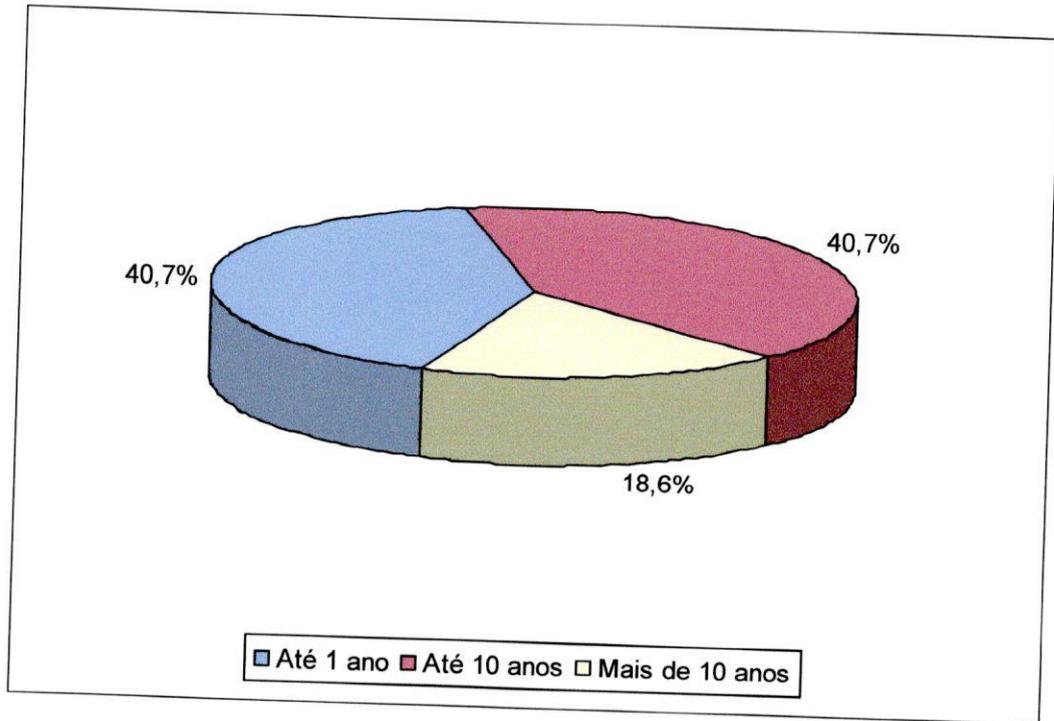


Figura 4 – Gráfico - Tempo de atuação na Enfermagem

Em relação ao tempo de atuação na Enfermagem, 11 deles, (40,7%) atuam há até 1 ano; 11 (40,7%) atuam há até 10 anos, e 5 dos participantes (18,6%) atuam há mais de 10 anos na Enfermagem.

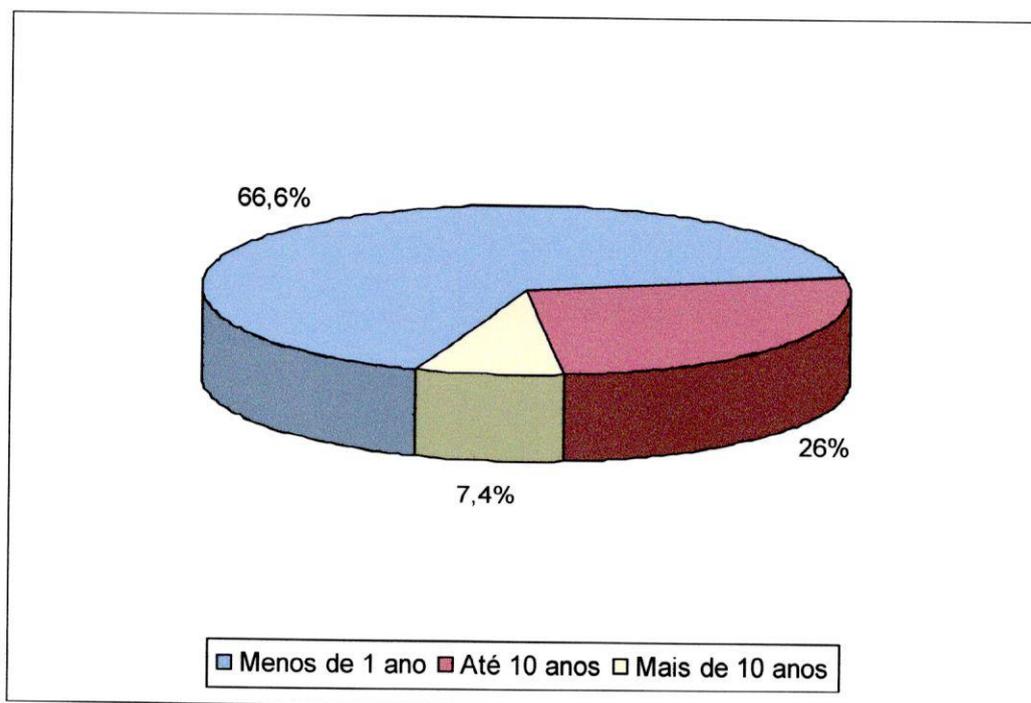


Figura 5 – Gráfico - Tempo de serviços na Instituição

Em relação ao tempo de serviços na instituição, 18 (66,6%) Enfermeiros atuam há menos de 1 ano na instituição; 7 (26%) atuam há até 10 anos e 2 (7,4%) deles atuam há mais de 10 anos.

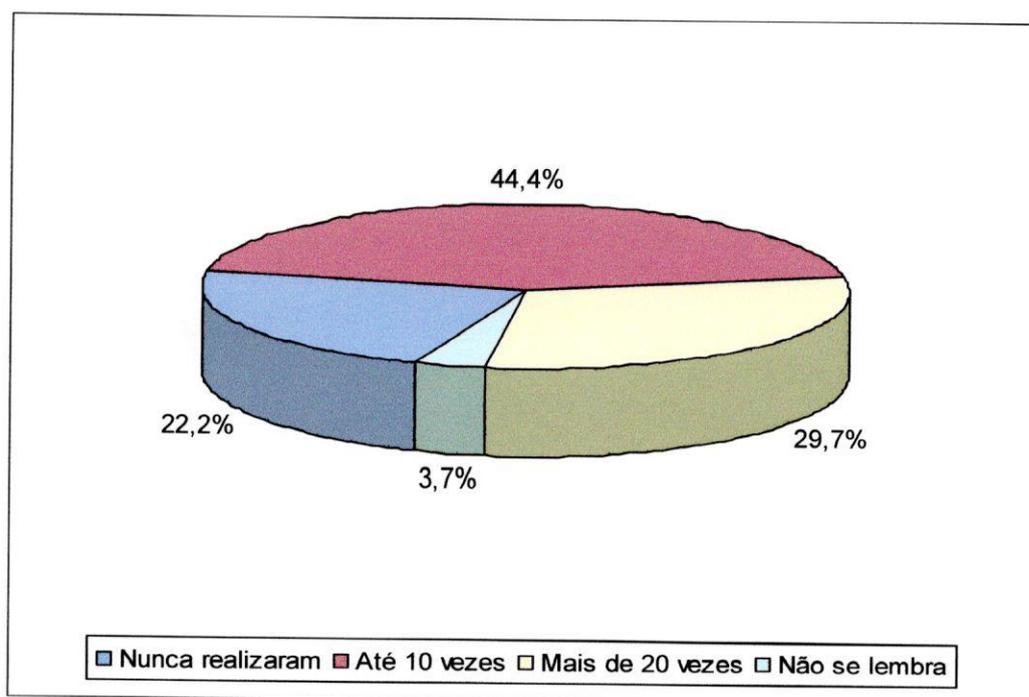


Figura 6 – Gráfico - Realização de cuidados pós-morte

Acerca da realização, 6 Enfermeiros (22,2%) nunca realizaram cuidados pós-morte. Doze (12) Enfermeiros (44,4%) já realizaram esses cuidados até 10 vezes; 8 (29,7%) mais de 20 vezes, e 1 Enfermeiro (3,7%) não se lembra de quantas vezes já realizou cuidados pós-morte.

6.1 Significado do processo de morte

Quando questionados a respeito do significado do processo da morte, pode-se perceber que os entrevistados conceituam a mesma como fato inevitável, integrante da natureza humana e do seu ciclo vital, como analisado por Santos (2007).

E-1: *“Estágio inevitável de nossa existência, faz parte do ciclo natural da vida”*.

E-7: *“Finalização evolutiva das funções orgânicas e suas adaptações em face a doença”*.

E-16: *“Evolução humana”*.

E-8: *“Uma fase que todo o ser humano irá passar”*.

Também, foi identificado que os princípios religiosos influenciam na visão dos Enfermeiros a respeito da morte, o que pode ser entendido como auxílio que ajudam os mesmos a melhor aceitarem o momento do fim da vida. Estes princípios contribuem com explicações para busca de conforto e sentido à existência humana diante da morte, reforçando a idéia de que a vida não é inútil e não acaba:

E-8: *“No primeiro momento, uma perda, um vazio. Depois, o percebo como uma passagem para a eternidade, para Deus”*.

E-26: *“Significa o processo de desencarnação do espírito”*.

E-9: *“Uma passagem da vida para outro âmbito espiritual”*.

E-2: *“Significa buscar entender, ou melhor, compreender que a vontade de Deus está acima de tudo”*.

A idéia de incógnita, que tem a morte como algo desconhecido e enigmático; e o elemento passagem, como concepção da morte e como transição entre mundo material e espiritual também aparecem em algumas frases:

E-15: *“Algo estranho e desconhecido, por mais que se procure explicações para ela”*.

E-14: *“Algo inevitável, real e misterioso”*.

E-20: *“Uma fase de transição”*.

E-10: *“Desencaixe do corpo, passagem espiritual”*.

Alguns dos entrevistados, porém, encaram a morte de maneira negativa, ligando-a a idéia de finitude, acompanhada de tristeza, seguindo o que diz Moritz (2005).

E-22: *“De maneira geral, não vejo o processo de morte com naturalidade. Para mim é uma etapa do ciclo vital permeada de dor e sofrimento”*.

E-4: *“Perda de uma pessoa querida por alguém”*.

E-12: *“Processo natural do ciclo da vida, porém doloroso, principalmente quando há apego sentimental (familiar)”*.

E-6: *“Etapa difícil e dolorosa”*.

A visão pessimista da morte, e o fato de não ser encarada como algo natural, que o ser humano *é um ser-para-a-morte* (MARTINS, 2008), podem atrapalhar o cuidado a ser prestado ao cliente, e mais ainda, fazer com que o Enfermeiro isole suas emoções não se permitindo viver o processo. É primordial fazer com que o profissional compreenda a existência, a essência do outro na sua vida e morte, para que assim ele possa integrá-la em seu ato de cuidar e passe a fazer parte de seu existir, nunca deixando de lado a humanização que deve haver neste momento.

6.2 Atuação nos cuidados pós-morte

Para se avaliar a atuação do Enfermeiro nos cuidados pós-morte, foi feita a seguinte pergunta: *“Diante da morte de um cliente, você participa dos cuidados pós-morte? De que maneira? Quais são suas orientações para a equipe?”*

Dos 27 Enfermeiros, 13 (48,1%) afirmaram participar ativamente dos cuidados pós-morte, incluindo cuidados e preparo do corpo.

E-17: *“Sim eu participo a todo o momento. Desde o preparo do corpo na sala de emergência até o encaminhamento ao necrotério”*.

Os outros 14 participantes (51,8%) afirmaram participar indiretamente dos cuidados pós-morte, realizando *“atividades de rotina”*, como aviso aos setores competentes e a chamada *“parte burocrática”*.

E-13: *“Aviso óbito à recepção, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Preparo e Administração de Medicamentos e familiares”.*

E-17: *“Faço a parte burocrática de atestado de óbito que é responsabilidade do enfermeiro nesta instituição e setor”.*

E-7: *“Não na manipulação, mas avisando setores competentes”.*

Desta maneira, pode-se perceber que devido às normas e rotinas do hospital em estudo, os Enfermeiros em mais da metade das ocasiões não atuam ativamente nos cuidados pós-morte, por uma das causas ser a necessidade de se realizar serviços administrativos e de gerenciamento, como afirma Waldow (2001), limitando assim o tempo disponível para a assistência, e comprovando assim a hipótese: *“O Enfermeiro não possui uma percepção, (e neste caso mais ainda) uma atuação participante e humanizada nos cuidados pós-morte devido a sua quantidade, por vezes acentuada de funções”.*

Outro ponto que chamou atenção, é que de todos os Enfermeiros entrevistados, somente 8 (29,6%) citaram, entre os cuidados indiretos no pós-morte, a assistência aos familiares do cliente falecido, um número relativamente pequeno pois, como afirma Potter e Perry (2004), após o falecimento do cliente, a família passa a ser o “novo cliente”.

E-15: *“Permitir sempre que possível a presença deles junto ao ente querido”.*

E-6: *“Eu me preocupo com os familiares e procuro oferecer-lhes apoio neste momento tão difícil”.*

E-10: *“Fazer solicitação psicológica junto aos familiares”.*

E-12: *“Atenção para com os familiares e contato telefônico com familiares ausentes (não dizendo o motivo do fato por telefone para evitar choque emocional”.*

No tocante as orientações à equipe de enfermagem, os enfermeiros em geral orientam quanto à postura a ser tomada, e os cuidados pós-morte a serem realizados por parte da equipe de Enfermagem, sempre enfatizado o respeito ao corpo durante o procedimento.

E-14: *“A equipe deve ser orientada principalmente quanto ao respeito pelo próprio corpo do cliente, evitando brincadeiras e comentários desnecessários e postura frente aos familiares”.*

E-20: *“Tratar o corpo do cliente com o respeito que gostaria de ser tratado”.*

E-3: *“Oriento quanto ao respeito, ética e dignidade ao assistido”.*

E-15: *“Oriento quanto à identificação correta do corpo, higienização, retirada de sondas, cateteres[...] compressão local para evitar sangramentos, identificação de seus pertences e não realizar nenhum procedimento que interfira nos serviços funerários”.*

Nota-se que em nenhuma das respostas dos entrevistados detectou-se sensação de atividade sem importância, de indiferença; pelo contrário, todos os Enfermeiros, mesmo convivendo com o falecimento de clientes no seu dia-a-dia, e participando ou não ativamente dos cuidados pós-morte, possuem uma percepção sensibilizada perante os mesmos, contrariando assim a hipótese: *“O Enfermeiro não apresenta uma percepção e atuação humanizadas perante os cuidados pós-morte devido os mesmos fazerem parte de sua rotina, sentindo, desta maneira, indiferença”.*

6.3 Percepção do corpo no pós-morte

Quando questionados a respeito da percepção do corpo do cliente durante os cuidados pós-morte, surgiram várias posições a respeito.

E-8: *“É um sentimento inexplicável, confuso. Há pouco tempo o paciente estava vivo, falando conosco, e no preparo do corpo não há sinal de vida!”*

Pode-se perceber nesta resposta que o envolvimento entre cliente – profissional é fator considerável durante a realização dos cuidados pós-morte, e que este momento não é desprovido de emoções e sentimentos, principalmente quando houve *apego* na relação entre ambos. E mais, estas emoções e sentimentos não devem ser anulados, pois suas manifestações pelo profissional são de fundamental importância para o cuidado a ser realizado por ele.

Percebe-se também que em nenhum momento o corpo é visto como “sujo”, ou um mero “objeto inerte”, escravo das técnicas:

E-2: *“Apesar de ter perdido suas funções fisiológicas, o mesmo deve ser inteiramente respeitado”.*

E-23: *“Apesar de cientificamente acreditar ser somente uma matéria física, o respeito, solidariedade com o paciente continua, não se compara um ser humano a um simples objeto”.*

O sentimento de fragilidade e sensibilidade em relação ao corpo do cliente falecido também aparece em algumas passagens:

E-14: *“Sensação de fragilidade, relacionada ao estado em que o corpo se encontra, nesse momento”*.

E: 15: *“Sensação de invasão e percepção da fraqueza e fragilidade humana”*.

E-6: *“Tenho a mesma percepção que eu possuía quando o cliente estava vivo, sempre procurando manuseá-lo com todo cuidado e muito respeito”*.

Em profissionais que realizaram os cuidados pós-morte mais de 20 vezes, é perceptível que a experiência traz mais segurança e amadurecimento ao Enfermeiro, ajudando-o a melhor realizar o cuidado e sempre se colocando no lugar do outro, ou seja, a idéia da finitude humana está mais desenvolvida nos mesmos, divergindo também do senso comum que acredita que com o tempo os profissionais de saúde tornam-se “frios”:

E-17: *“O cuidado deve ser dado de uma maneira humana e responsável, pois devemos a todo o momento nos colocarmos no lugar do outro. Deve existir muito respeito”*.

E-27: *“Sem dúvidas vejo o corpo do cliente da mesma maneira como se ele estivesse com vida, tratando-o sempre com ética, respeito, competência e privacidade”*.

Nota-se claramente em todas as passagens que a percepção com corpo falecido do cliente é permeada de total respeito e consideração, contrapondo o que diz Waldow (2001), na qual a autora identifica que alguns profissionais enxergam o corpo a ser preparado como “objetos a serem embalados, empacotados”, contrariando assim a hipótese: *“O Enfermeiro não apresenta uma percepção e atuação humanizadas perante os cuidados pós-morte por não possuir uma visão holística do paciente, vendo-o somente como um corpo já sem vida”*.

6.4 Alterações fisiológicas no pós-morte

Diante da pergunta: “Você conhece as alterações fisiológicas pós-morte? Se sim, cite-a (as)”, 4 Enfermeiros (14,8%) afirmaram não conhecer ou não se recordar dessas alterações. Os demais, 23 (85,2%) dos entrevistados afirmaram conhecer as alterações pós-morte; porém, percebe-se visivelmente na maioria das respostas a falta de conhecimento profundo sobre o tema:

E-7: “*Mais ou menos. Decomposição do corpo*”.

E-8: “*Sim. No momento me lembro de rigidez*”.

E-15: “*Algumas são evidentes outras variam de acordo com a fisiologia de cada um [...]*”

E-17: “*[...] audição presente (audição é a última coisa que morre)*”.

Notou-se que os profissionais da instituição em estudo possuem um déficit em relação no que diz a respeito às alterações fisiológicas no pós-morte.

A maioria dos Enfermeiros entrevistados associou a essas alterações sinais de parada cardio-respiratória:

E-20: “*Sim. Parada cardíaca, respiratória, midríase [...]*”

E-21: “*Pupilas midriáticas, pulsos ausentes, PA inaudível*”.

E-25: “*[...] a língua pode ficar protusa, cessam sinais vitais, ausência de perfusão periférica*”.

É importante e necessário que o profissional de Enfermagem saiba reconhecer no cliente falecido tais alterações, como afirma Potter e Perry (2004), pois, só dessa maneira é que as orientações a serem feitas pelo Enfermeiro e a assistência a ser realizada pela equipe serão adequadas e eficazes.

6.5 Emoções e sentimentos vivenciados nos cuidados pós-morte

Ao serem questionados sobre quais são as emoções e os sentimentos vivenciados por eles na realização de cuidados pós-morte, foram identificadas várias percepções por parte dos Enfermeiros:

E-20: “*Sinto-me triste pela impossibilidade de conceder-lhe a vida saudável*”.

E-15: “*Me sinto mal e despreparada para lidar com a morte. Somos preparados para fazer todo o possível para preservar a vida, mesmo cientes da nossa própria mortalidade*”.

Identifica-se nestas respostas o sentimento de *impotência* por parte dos profissionais diante do óbito de um cliente, mas ao mesmo tempo reconhecimento do nosso próprio fim, enquanto seres humanos.

Já nas respostas a seguir pode-se identificar, que os Enfermeiros sentem “alívio” diante da morte de um cliente que se encontrava em situação angustiante para eles, e é encarada como “descanso”:

E-23: *“Depende do convívio e do prognóstico do paciente. Quando se convive um tempo maior com o paciente e/ou seu prognóstico era bom, mas o mesmo vem a falecer a equipe em geral fica mais triste, mas quando acontece ao contrário, a morte passa a ser alívio para o sofrimento do doente”.*

E-27: *“Amor, compaixão, serenidade, tristeza, alívio (pelo sofrimento encerrado) do cliente”.*

A percepção de aceitação também foi identificada nas seguintes passagens:

E-7: *“Sensação de missão cumprida”.*

E-20: *“[...] sinto que a missão do cliente na terra chegou ao fim [...]”*

E-18: *“Eu encaro a morte de forma muito natural”.*

No mais, as respostas dos participantes são identificadas como: “tristeza”, “respeito”, “pesar”, “desconforto”, “dor”, “revolta”.

Nas respostas desta questão, foi ainda percebido a preocupação por parte de alguns Enfermeiros com a família do cliente falecido:

E-12: *“No primeiro instante penso na família e depois associo a dor da perda a mim, como se fosse alguém de minha família”.*

E-18: *“[...] penso no sofrimento que a família passará”.*

E-22: *“Momento de tristeza porque me lembro dos familiares daquele cliente”.*

E-13: *“Não me sinto confortável durante a realização de cuidados pós-morte, principalmente diante da família do cliente que foi a óbito, até pela dificuldade de se confortar a família neste momento”.*

Assim, através destas respostas pode-se afirmar que a hipótese: *“O Enfermeiro não apresenta uma percepção e atuação humanizadas perante os cuidados pós-morte por não querer se envolver emocionalmente com o cliente”* é contraditória, visto que os Enfermeiros sentem a perda do cliente e também o momento dos cuidados pós-morte.

Em relação aos pensamentos presentes neste momento da realização ou na delegação dos cuidados pós-morte a algum membro da equipe, os Enfermeiros em geral enfocaram:

E-22: *“O respeito ao corpo e a família do cliente”*.

E-13: *“O cuidado com outros clientes internados, que ficam “nervosos” diante de um óbito”*.

E-9: *“Integridade e dignidade ao cliente falecido”*.

E-10: *“Momento de reflexão, calma, serenidade”*.

E-7: *“Atuar com eficiência e esmero a pessoa assistida”*.

E-20: *“Cuidar o melhor possível como gostaríamos de ser tratados”*.

6.6 Cuidados pós-morte X demais cuidados de Enfermagem

Diante da pergunta: “Para você, há diferença entre os cuidados pós-morte e os demais procedimentos de Enfermagem?”, 12 participantes (44,4%) responderam que sim:

E-15: *“Sim, uma coisa é preservar a integridade de quem está vivo, outra é respeitar o ser humano cuja vida se findou”*.

E-11: *“Sim, o corpo (morto) não tem mais como expressar desconforto, incômodos”*.

E-10: *“Sim, porque como não há mais interação, há a necessidade da reflexão e respeito ao que o cliente foi e significou para família e amigos”*.

Assim, para estes profissionais, de acordo com Barbosa; Silva (2006) e Figueiredo, (2003), o cuidado e principalmente o cuidado pós-morte resume-se num momento de profissionalismo aliado à preocupação e responsabilidade, ainda mais pela importância que o mesmo exerce.

Para 15 (55,6%) Enfermeiros, não existem diferença entre os cuidados pós-morte e os demais procedimentos de Enfermagem; ou seja: para eles o procedimento ao cliente falecido deve ser realizado da mesma forma como que ao cliente vivo, como um seguimento da assistência:

E-2: *“Não. Os cuidados pós-morte devem seguir o mesmo zelo, cuidado e atenção assim como os demais procedimentos de Enfermagem”*.

E-6: *“Não. Os cuidados do corpo pós-morte assim como os outros procedimentos de Enfermagem devem sempre ser embasados na humanização”*.

E-23: *“Não. A única diferença é que o sentimento de luto sempre está presente”.*

E-3: *“Não. Em todas as etapas do cuidado deve-se ter respeito e ética”.*

6.7 Idade do cliente falecido em relação aos sentimentos nos cuidados pós-morte

No referente à idade do cliente, fez-se a seguinte pergunta: “A idade do cliente falecido faz diferença em relação aos seus sentimentos nos cuidados pós-morte?”. Dezoito (18) participantes (66,7%) responderam que sim:

E-17: *“Sim. Ficamos mais tocados quando perdemos um cliente jovem, acidentado, cheio de vida; crianças nos tocam muito também, não que os outros clientes não sejam importantes”.*

E-13: *“Sim. Claro que a morte de uma criança causa comoção maior entre a equipe de Enfermagem, por estarmos “acostumados” mais com a morte de um idoso”.*

E-18: *“Com certeza Quanto menor a idade, maior é o sentimento de pesar”.*

E-15: *“Toda diferença. Sinto uma angústia maior quando se trata de recém-nascidos e crianças”.*

E-6: *“Sim. A morte é um processo muito difícil em qualquer idade, porém pelo ciclo natural da vida, quando mais jovem for a pessoa falecida mais difícil é a aceitação”.*

Pode-se notar nestes depoimentos que a morte de clientes mais idosos ou com uma doença terminal é mais aceita pelos trabalhadores de Enfermagem, e eles sentem dificuldades para lidar com a morte de uma criança ou jovem, porque em nossa sociedade isso não é aceito, uma vez que eles estão apenas começando a viver. Outro fator que gera angústia aos profissionais de saúde em relação ao cuidado pós-morte a crianças, é fato deles podem relacionar que o mesmo poderia acontecer com seus filhos.

Já para 9 (33,4%) dos Enfermeiros, não há diferença na idade do cliente falecido em relação aos sentimentos nos cuidados pós-morte; independentemente da idade o cuidado a ser prestado, de acordo com os mesmos, não se difere:

E-14: *“Não. Cada indivíduo, independente da idade está passando por este momento único, o qual fica difícil mensurar a complexidade”.*

E-19: *“Não. Pois a morte é uma passagem, não importando a idade”.*

6.8 Espiritualidade na atuação e nos sentimentos do Enfermeiro

Para saber sobre a existência de espiritualidade na atuação e sentimento do Enfermeiro, foi feita a seguinte pergunta: “A espiritualidade é uma atividade pela qual o ser humano sente-se ligado ao todo, relacionando-se ao sentimento da vida. Para você, ela interfere em seus sentimentos/atuação nos cuidados pós-morte? Como você encara e de que maneira vive a espiritualidade?”

Desta maneira, 3 (11,2%) não responderam esta questão; para 20 (83,4%) dos Enfermeiros, a espiritualidade interfere sobre seus sentimentos/atuação:

E-11: “*Sim. A espiritualidade para mim é algo permanente, que deve ser vivido o tempo todo em todas as situações da vida. Ajuda e faz com que toda a atividade realizada tenha um conteúdo, um sentido maior*”.

E-10: “*Sim. O nível de espiritualidade de uma pessoa pode ser observado no dia-a-dia, sua fala principalmente em seus atos. Aceitar e entender o diferente; o feio, sujo, pobre, indefeso, chato, hipócrita, etc., é uma forma de estarmos nos espiritualizando*”.

E-23: “*Sim. Pois a certeza de que acontece após a morte, nos leva fazer muitos questionamentos, muitas vezes até nos conduzindo em nossas atitudes. Acredito que devemos sempre procurar fazer o bem aos outros, não prejudicando o outro em nosso favor. Isto é ser espiritualizado para mim*”.

E-24: “*Eu procuro viver a espiritualidade da melhor maneira possível, sempre tratando as outras pessoas como gostaria de ser tratada, e isto inclui o cuidado do corpo pós-morte*”.

Poucas respostas dos entrevistados mostraram a espiritualidade no seu sentido mais abrangente. E alguns Enfermeiros que afirmam serem possuidores de espiritualidade a confundem com a religião. Elias (2001 apud PEGARORO; ZOBOLI, 2008) afirma que espiritualidade e religião se constituem em vivências distintas.

E-22: “*Sim. Na verdade as minhas convicções religiosas são essenciais para todas as atividades que exerço no cotidiano, fundamentalmente na minha profissão*”.

E-15: “*Às vezes busco na religião apoio para mim mesma a fim de suportar a dor dos entes queridos e a minha própria sensação de impotência*”.

E-12: “*Normalmente sempre volto meu pensamento a Deus e faço uma oração para aquela pessoa que partiu e peço apoio de Deus a seus familiares. Já aconteceu um óbito de uma*

criança evangélica cuja mãe queria que eu ficasse ao lado dela até o fim e mesmo estando no quarto com outros evangélicos fazendo a oração conforme o costume deles, eu, em pensamento fiz minhas orações conforme o costume do catolicismo na qual sou membro integrante e participante”.

A espiritualidade é algo muito mais amplo do que uma determinada prática religiosa, e sua essência consiste na busca de um sentido maior de transcendência da vida. Já a religião está ligada aos aspectos instituídos de determinadas práticas conforme as tradições culturais dos distintos ritos religiosos. Por isso, que essas práticas se diferem, pois ser alguém possuidor de espiritualidade não significa necessariamente ser possuidor de alguma religião (ELIAS, 2001 apud PEGARORO; ZOBOLI, 2008).

Quatro (4), (16,7%) dos Enfermeiros responderam que a espiritualidade não interfere no seu sentimento/atuação, e percebe-se que aqui também há distorção em relação à espiritualidade e religião:

E-7: *“Não interfere. Encaro como missão exercida com dignidade e esperança da vida eterna no Senhor; criador de todos”.*

E-25: *“Não. Não sou praticante, retiro da religião somente os conceitos que acredito e que me auxiliam”.*

E-21: *“Não. Encaro de uma forma humana, quando cessa a vida, tudo acaba”.*

E-27: *“Acho que não interfere, os cuidados pós-morte independem da espiritualidade”.*

CONCLUSÃO

A presente pesquisa possibilitou traçar, por meio das opiniões concedidas, num primeiro momento, o perfil do profissional Enfermeiro na instituição em estudo: é do sexo feminino; idade entre 21-30 anos; católico; atua há menos de 1 ano na Enfermagem e está há menos de 1 ano na instituição.

Através das representações obtidas pode-se concluir que a morte é vista como etapa do ciclo vital, fase de transição do “espírito”, mas que envolve dor, perda e separação tanto para a família do cliente falecido quanto para o profissional.

A atuação dos Enfermeiros nos cuidados pós-morte é limitada; a maioria se concentra na realização de tarefas administrativas, não exercendo assim o cuidado em si, essência da Enfermagem. Escolher ser Enfermeiro implica na vontade de estar próximo também do sofrimento e da morte, situações repelidas pelo ser humano. Essas situações, se não vividas e elaboradas corretamente pelo Enfermeiro, acabam por trazerem dificuldades profissionais e pessoais e interferência na assistência a ser prestada.

O apoio e a ajuda à família do cliente falecido ainda são pouco executados pelos Enfermeiros. É essencial que este contato além de realizado seja estimulado, visando assim que uma assistência integral e holística seja feita pelo profissional.

As orientações delegadas pelos Enfermeiros à equipe de Enfermagem mostraram-se em geral permeadas de respeito e consideração em relação ao corpo de cliente falecido, e eles percebem este mesmo corpo como alvo de seus cuidados, (mesmo que indiretos), com sensibilidade e solidariedade.

Em relação às alterações fisiológicas no pós-morte, os Enfermeiros mostraram conhecimentos teóricos e práticos insuficientes, não fazendo jus ao caráter científico da profissão. Percebe-se aí a necessidade de se realizar um trabalho de informação, que poderia ser feito através de, por exemplo, módulos de educação continuada, a fim de auxiliar e guiar os cuidados a serem prestados pelos mesmos.

Com relação às emoções e sentimentos vivenciados pelos Enfermeiros quando na realização de cuidados pós-morte, surgiram principalmente: “tristeza”, “despreparo”, “impotência”, “dor”, “alívio”, “pesar”, “saudade”, “desconforto”, “revolta”, o que mostra que, mesmo com a vivência constante com o processo, os Enfermeiros se sensibilizam sim com cuidados pós-morte, embora sejam rotulados, na maioria das vezes como profissionais

indiferentes ao processo, que não se envolvem emocionalmente com os clientes, e que não possuem percepção humanizada do corpo de um cliente falecido.

Encara-se a espiritualidade como aliada do Enfermeiro neste momento. Engajada com a bioética, ambas constituem-se como ponto de partida e equilíbrio para os profissionais e os ajudam não só na compreensão da assistência a ser prestada no serviço de Enfermagem, mas também em todas as atividades de seu cotidiano, principalmente no relacionamento com o próximo (seja e esteja ele como for). Entendê-la, trabalha-la, expressa-la e exercê-la só trará benefícios ao Enfermeiro, ajudando-o a prestar uma assistência biopsicossocial e desenvolver o auto-conhecimento.

É importante que desde a formação acadêmica os Enfermeiros sejam preparados e estimulados a realizarem cuidados pós-morte, para que recebendo educação para morte desde o início, eles possam ao longo de suas carreiras lidarem e atuarem de maneira mais firme e presente em tais momentos.

É interessante a criação de espaços (nesta e nas demais instituições) que auxiliam os Enfermeiros, através do diálogo aberto ou individual, a melhor compreenderem a morte (Tanatologia); o cuidar; e a importância da espiritualidade no cuidar, ajudando-os a melhorar e inovar sua capacidade de adaptar-se à situações novas, debater sobre conhecimentos e práticas, visando troca de experiências e acompanhamento das transformações, ampliando assim seu conhecimento científico no âmbito social e espiritual.

A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, como sugestão para novos trabalhos na área, para se trazer excelência à assistência de Enfermagem no cuidado pós-morte, sugere-se os seguintes temas: Benefícios da educação continuada na prestação dos cuidados pós-morte; Importância da assistência de Enfermagem à família em luto.

REFERÊNCIAS

- ALVIM, Alyne de Medeiros; SANTOS, Camila; TONINI, Teresa. Cuidando do corpo morto: um relato de experiência. **Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**. [S.l.], maio 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000052002000200050&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 jun. 2008.
- BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.14, n. 1, jan./fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692006000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2008.
- BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Julia Paes da. **O cuidado humanizado de Enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário**. [S.l.:s.n.], 2006. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/graduacao/exibe_monografia.asp?vcodpesgr=4935132&vnompesgr=Ingrid%20de%20Almeida%20Barbosa&vcodpesco1=2084252&vcodpesco2=>>. Acesso em: 08 mar. 2008.
- BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
- BOEMER, Magali Roseira. Enfermagem e morte. In: INCONTRI, Dora; SANTOS, Franklin Santana (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista, SP: Comenius, 2007. Cap. 19, p. 188-195.
- CASSORLA, Roosevelt. A negação da morte. In: INCONTRI, Dora; SANTOS, Franklin Santana (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista, SP: Comenius, 2007. Cap.26, p. 271-279.
- FARIAS, Maria do Carmo Andrade; VARELA, Zulene Maria de Vasconcelos; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de Oliveira. Retroação social em enfermagem comunitária: um estilo de cuidar. **Revista Nursing**, [S.l.], 2006. v. 101, n. 9, p. 1050-1056.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p. 908.
- FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de et al. O cuidado na fronteira vida-morte: uma questão existencial. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. (Org.). **Práticas de Enfermagem: fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003. Cap.20, p. 393-409.
- HUMANIZAÇÃO. [S.l. s.n.], 2008. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/spdm/hsp/humaniza/humani.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2008.

SÁ, Ana Cristina de; PEREIRA, Luciane Lúcio. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. (Org.). **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2008, p. 183-207.

SANTOS, Franklin Santana. A tanatologia e a universidade. In: INCONTRI, Dora; SANTOS, Franklin Santana (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista, SP: Comenius, 2007. Cap. 28, p. 289-303.

SCHLIEMANN, Ana Laura. A morte e morrer na infância e na adolescência. In: INCONTRI, Dora; SANTOS, Franklin Santana (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista, SP: Comenius, 2007. Cap.5, p. 50-63.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Considerações individuais e familiares relacionadas com a doença. In: _____ **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 7, p. 103-117.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Cuidados em fase terminal. In: _____ **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 17, p. 394-421.

SHIMIZU, Helena Eri. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2008.

SIQUEIRA, José Eduardo de. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. In: **Bioética**, Brasília-DF, v.13, n.2, p. 37-50, 2005.

SOUZA, Gláucia Maria Ribeiro de; CHAVES, Eliane Correa. **O Significado da morte para os profissionais de saúde**. [S.l.:s.n.], 1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/graduacao/exibe_monografia.asp?vcodpesgr=2219585&vnompesgr=Glauucia%20Maria%20Ribeiro%20de%20Souza&vcodpesco1=76558&vcodpesco2=>. Acesso em: 04 mar. 2008.

TANATOLOGIA. [S.l.:s.n.], 2008. Disponível em: <http://www.fjaunet.com.br/briani/fac_integradas/planos_aulas/tanatologia.htm>. Acesso em: 24 abr. 2008.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

APÊNDICE A – Entrevista

Pesquisa “Cuidados com o corpo pós-morte: percepção e atuação do Enfermeiro”

I – Identificação:

Qual sua idade? _____

Sexo: () F () M

Possui religião? () Não () Sim Qual? _____

Há quanto tempo trabalha na instituição? _____

Há quanto tempo atua na Enfermagem? _____

II – Perguntas:

1. O que o processo de morte significa para você?

2. Você já realizou cuidados pós-morte?

() Não () Sim: quantas vezes? () até 10 vezes () De 10 a 20 vezes () Mais de 20 vezes

3. Diante da morte de um cliente, quais são suas orientações para a equipe de Enfermagem? Você participa desses cuidados? De que maneira?

4. Qual sua percepção do corpo do cliente durante os cuidados pós-morte?

5. Você conhece as alterações fisiológicas pós-morte? Se sim, cite-a (as).

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Cuidados com o corpo pós-morte: percepção e atuação do Enfermeiro

Pesquisador Responsável : Ana Carolina Pontes/Ariane Helena Lopes.

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (35) 8823-7410/ (35) 8809-8163

Pesquisadores participantes: Renata de Souza Zanatelli

Telefones para contato: (35) 8846-5720

Nome e Assinatura do pesquisador:

Ana Carolina Pontes / Ariane Helena Lopes.

Os objetivos deste estudo são:

Analisar a percepção e atuação dos Enfermeiros diante dos cuidados pós-morte prestados ao cliente, analisar os fatores que influenciam este processo, e sugerir medidas para a melhoria de sua realização.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: Entrevistado.

Os riscos relacionados com a sua participação são: Não haverá riscos para a sua pessoa, todas as informações são confidenciais.

Os benefícios relacionados com a sua participação são: As informações fornecidas por você, funcionarão como subsídios para melhorar a formação dos profissionais de Enfermagem.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, e asseguramos o sigilo sobre a participação. Os dados não serão divulgados, de forma a possibilitar a sua identificação.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo(s) pesquisador(s) _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou prejuízo no relacionamento com a instituição ou com os pesquisadores.

Local e data _____ / _____ / _____ / _____ /

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE C – Termo de Solicitação e Autorização de pesquisa junto à instituição

Ao Hospital Bom Pastor- FHOMUV

A/C Diretor Técnico

Nós, Ana Carolina Pontes e Ariane Helena Lopes, acadêmicos de enfermagem do 8º período do curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, sob orientação da Profª Ms. Renata Zanatelli estamos elaborando um trabalho para aperfeiçoamento acadêmico cujo título é **Cuidados com o corpo pós-morte: percepção e atuação do Enfermeiro**, que tem como objetivo verificar a percepção e atuação dos Enfermeiros diante dos cuidados pós-morte prestados ao cliente, analisar os fatores que influenciam neste processo, e oferecer medidas para a melhoria de sua realização.

Vimos então respeitosamente solicitar a esta instituição a autorização para realizar a coleta de dados através de entrevistas feitas individualmente aos profissionais de Enfermagem do nível superior.

Esclarecemos que respeitaremos o Conselho Federal de Enfermagem e o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, utilizaremos uma declaração de consentimento livre e esclarecido de acordo com a resolução 196/1996, bem como, será garantido o anonimato e utilização dos dados somente para fim científico.

Desde já agradecemos e aguardamos respostas.

Atenciosamente;

Ac. Enf. Ana Carolina Pontes

Ac.Enf. Ariane Helena Lopes

Profª. Enfª. Renata Zanatelli