

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

EMERSON DANIEL SOUZA

**PERCEPÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DA FORMAÇÃO
PROFISSIONAL, SOBRE A MORTE E O MORRER.**

**BELO HORIZONTE
2014**

EMERSON DANIEL SOUZA

**PERCEPÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DA FORMAÇÃO
PROFISSIONAL, SOBRE A MORTE E O MORRER.**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, para a obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde.

Orientador
Prof. Dra. Selme Silqueira de Matos

BELO HORIZONTE

2014

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG**

SOUZA, EMERSON DANIEL

PERCEPÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
ACERCA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL, SOBRE A
MORTE E O MORRER. [manuscrito] / EMERSON DANIEL
SOUZA. - 2014.

65 f.

Orientador: SELME SILQUEIRA DE MATOS.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do
título de Especialista em Formação Pedagógica Para Profissionais
da Saúde

1.MORTE. 2.MORRER. 3.ENFERMAGEM.
4.TANATOLOGIA. I.MATOS, SELME SILQUEIRA DE .
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III.Título.

Emerson Daniel Souza

**PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM ACERDA DA
FORMAÇÃO PROFISSIONAL SOBRE A MORTE E O MORRER**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Selme Silqueira de Matos (Orientadora)



Profª. Isabela Silva Cancio Velloso

Data de aprovação: **21/02/2014**

DEDICATÓRIA

Ao meu Pai, Elcio Roberto de Souza e minha Mãe, Selma Daniel de Souza
por servirem de exemplo de vida;

A Deus e a Lògún,
por me concederem o dom da vida;

Aos Mestres,
por toda dedicação em guiar no caminho do aprendizado;

OFEREÇO.

Aos meus familiares e amigos;

A Prof^ª. Dra. Selme Silqueira de Matos por compartilhar a sua bela experiência de
vida e por me guiar nesta jornada;

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que este trabalho fosse realizado.

Em primeiro lugar, agradeço à Prof^a. Dra. Selme Silqueira de Matos a forma como orientou este trabalho. As notas dominantes de suas orientações foram à utilidade das suas recomendações e a cordialidade com que sempre me recebeu. Sou grato por ambas e também pela liberdade de ação que permitiu, que foi decisiva para que este trabalho contribuísse para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço aos meus pais, pelo dom da vida e por todo o empenho em me amparar nas horas mais difíceis.

Deixo, em especial, uma palavra de agradecimento à “Lud”, pela forma como me proporciona momentos ímpares no curso da vida. São também dignos de uma nota de apreço os colegas de trabalho e de classe que acompanharam a realização deste trabalho, e pela boa disposição com que realizamos os muitos trabalhos em comum.

Finalmente, gostaria de deixar um agradecimento a todos os outros atores envolvidos durante e para a realização deste trabalho.

A todos deixo aqui o meu agradecimento sincero.

A dúpé Íowó Olòrun!

Imõn mímòn mímòn ni.

Lògún gbè o ojoojúmón!

Ìri ifé ti awa thouhè.

*A morte é o acontecimento mais profundo
E significativo da vida;
Eleva até o último dos mortais além da semiescuridão
E da banalidade da vida.
E somente a ocorrência da morte
Levanta a questão sobre o significado da vida
Em toda sua profundidade.
O significado está ligado com o final
E se não houvesse final,
A vida não teria nenhum significado...
Nicolai Berdiaev*

RESUMO

Morte: matriz conflituosa que ainda interfere negativamente na forma de se processar a relação educativa e o agir profissional para lidar com acontecimentos que envolvem a morte e o morrer. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos técnicos de enfermagem acerca da formação profissional, sobre a morte e o morrer. Trata-se de uma metassíntese, cuja busca dos estudos foi realizada nas bases LILACS, BDENF, SCIELO, MEDLINE, REDALYC e Banco de Teses e Dissertações da USP, UNICAMP e UFMG. Foi identificado um total de 638 publicações incluindo todas as repetições, selecionadas quarenta e sete, sendo que cinco compuseram a amostra por atenderem os critérios de inclusão: estudos relacionados à percepção de técnicos e enfermeiros, publicados em inglês, português ou espanhol no período de 1998 a 2013. Os resultados revelaram que os técnicos de enfermagem ainda estão despreparados para o enfrentamento da morte em seu cotidiano de trabalho. Conclui-se que apesar da incipiência de estudos ainda publicados, os selecionados possuem baixo risco de viés, permitindo que o resultado desta pesquisa forneça subsídios para reflexões, sensibilizações e melhorias nos processos ensino-aprendizagem que favoreçam uma educação sobre a morte e o morrer na formação do técnico em enfermagem, permitindo a descoberta e prática de valores morais, éticos e bioético, além de modos mais humanizados na prestação do cuidado, tanto na vida, quanto na morte.

Descritores: Morte, Morrer, Enfermagem, Tanatologia.

ABSTRACT

Death: conflicting array that still interferes negatively in the rendering of the educational relationship and the act of professionalism in dealing with events involving death and dying. The objective of this study was to identify the perception of nursing technicians regarding the professional training concerning death and dying. This is a meta-synthesis for which researches were conducted in the following databases: LILACS, BDNF, SciELO, MEDLINE, REDALYC Bank of Theses and Dissertations USP, UNICAMP and UFMG. A total of 63 publications, including all repetitions, were identified and forty seven were selected, of which five were the sample, chosen due to the inclusion criteria identified: studies related to the perception of nursing technicians, published in English, Portuguese, or Spanish from 1998 to 2013. The results revealed that nursing technicians are still not yet equipped to the handling of death in their everyday work. It is concluded that despite the insipience of the studies yet published, the selected possess a low risk of bias, permitting that the results of this research provide subsidies for reflections, sensitization and betterment of the learning process which favors education about death and dying in the training of a nursing technician, permitting the discovery and practice of moral, ethical and bioethical values, as well as more humane ways in the provision of care, both in life and in death.

Key-words: Death, Dying, nursing, Thanatology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	32
5 PERCURSO METODOLÓGICO	38
6 RESULTADOS	42
7 DISCUSSÃO	50
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
ANEXO	62
APÊNDICE	64

1 INTRODUÇÃO

Se quiseres poder suportar a vida, fica pronto para aceitar a morte.
Sigmund Freud

Morte, a marca da temporalidade da vida, o único fato certo e derradeiro do homem. Tema polêmico que intriga, desperta, fascina e aguça a curiosidade de alguns e o questionamento de vários indivíduos dentro de nossa sociedade, conforme a cultura e filosofia de cada um (ARGENTA *et al*, 2008); uma das “maiores interrogações para o ser humano e se constitui em algo que desperta medo e angústia, pois coloca o homem em contato consciente com a sua mortalidade” (BARROS; MARTINS, 2009, p.110), principalmente para o profissionais de saúde, pois está presente no cotidiano destes profissionais (COMBINATO; QUEIROZ, 2011).

“A morte incomoda e desafia a pretensa onipotência humana, podendo conter vários significados, de acordo com a formação estrutural, cognitiva e religiosa de cada pessoa” (SALOMÉ; CAVALI; ESPÓSITO, 2009, p.682), o que justifica o fato de lhe outorgarem um caleidoscópio de emoções (JÚNIOR *et al*, 2011). Neste viés, Pierre citado por Dastur (2002), aponta que tal fato fez com que há tempos, a sociedade expurgou e baniu a morte do convívio do homem contemporâneo, tornando-a um tabu, em algo assustador além de angustiante, levando a gradativa mediocridade da discussão sobre a finitude humana.

Conforme Bellato e Carvalho (2005, p.101), em todas as sociedades, sejam elas primitivas ou atuais:

O ser humano sempre teve, efetivamente, dois tipos de morte: uma biológica, que representa o fim do organismo humano, e uma morte social, que representa o fim da identidade social do indivíduo [...] característica própria do humano e implícita desde a pré-história, que longe de se refletir em aceitação, leva o ser humano a revoltar-se contra sua inelutável finitude, ávido de uma imortalidade que desejaria realizar.

A trajetória da morte, de sua aceitação e representação, foi modificada ao longo dos tempos, acompanhando o existir humano desde seu alvorecer: “relatos da bíblia e escritos desde a criação do mundo apontam que o homem possui medo do desconhecido, incluindo questões relacionadas à morte e ao morrer” (SULZBACHER *et al*, 2009, p.12). Formas distintas de enfrentar estes processos são evidenciadas nos vários períodos da História, o que por vez, traduz o pluralismo cultural existente no mundo (JÚNIOR *et al*, 2011).

A sociedade, mesmo tendo a morte como perda, ruptura e ausência, almejou transpor o medo da finitude, vivenciando a morte em comunidade, ritualizando-a como forma estratégica contra a natureza, procurando domar sua selvageria e violência; “o temor e angústia [da morte] eram tranquilamente traduzidos em palavras e canalizados para ritos familiares e sociais” (BELLATO; CARVALHO, 2005, p.101). O participar destas ritualizações, segundo Moreira e Lisboa (2006, p.451), permitia que os homens pensassem na “possibilidade de sua própria morte, o que lhe caracterizava a sua finitude [...]”.

Na idade Média, a morte era um fenômeno comum e natural, ocorrendo no próprio lar dos moribundos, junto aos seus. Com o passar do tempo e evolução do homem, além do avanço tecnológico, a morte e o morrer foram sendo retirados do espaço familiar e deslocados para o ambiente hospitalar, onde no século XX, devido às transformações emergentes desta época, a forma de lidar com a morte sofre uma “profunda transformação revolucionária [...] deixando de ser parte inalienável do curso da vida, passando a ser ocultada no cotidiano, com aparente indiferença” (SALOMÉ; CAVALI; ESPÓSITO, 2009, p.682), tornando-se vergonhosa e objeto de interdição, pois o “tabu que a envolve aponta para o fracasso dos profissionais de saúde [...]” (BARROS; MARTINS, 2009, p.111).

Formou-se então como a morte feia e escondida; fato justificado pela exigência cultural em escondê-la e, portanto ocultar “a figura social do moribundo” (JÚNIOR *et al*, 2011, p.1123). Seus ritos, até então mantidos, salvo algumas modificações devido à evolução do tempo e sociedade, perdem a carga mítica do fim junto ao lar. A medicina então, “desnuda-a buscando munir-se, através dela, de conhecimentos e técnicas para ludibriar ou, pelo menos, adiar a finitude humana” (BELLATO; CARVALHO, 2005, p.102), prolongando a vida o máximo que puder ou buscando formas de fomentar a utópica possibilidade da imortalidade humana (BARROS; MARTINS, 2009; COMBINATO; QUEIROZ, 2011).

Foi então transferida, nas sociedades ocidentais, para o ambiente hospitalar, onde se crê que o paciente terá melhores chances de se curar e se livrar da temida morte, e também para ser vivida com “discrição, [...] tecnologizando-a e dessacralizando-a. [...] uma forma que a sociedade produziu para se proteger de situações dolorosas que podem abalar seu equilíbrio” (ARGENTA *et al*, 2008, p.284). Corroborando com o exposto, Pitta (1990) assegura que é no ambiente hospitalar que o processo de trabalho, ancorado no poder e técnica, tentam abrandar o impacto e o aflorar dos diversos tipos de sentimentos que emergem no profissional mediante a necessidade de lidar com a morte.

Assim,

tanto a repulsa pela morte como os conhecimentos adquiridos para o seu adiamento indefinido por parte da medicina, legitimaram a passagem do quarto do moribundo da sua casa para o hospital. Esse passou a ser o templo da morte solitária, apenas os parentes mais próximos acompanham, a uma distância segura, o findar, não raro longo e silencioso, do ente querido. Chega ao fim a morte solene e circunstanciada, em família: morre-se no hospital [...] (BELLATO; CARVALHO, 2005, p.102).

Dessa forma, em conformidade com o entendimento de Ariès (2003), citado por Oliveira, Quintana e Bertolino (2010, p.1078), a morte, transferida para o hospital, “se torna um fenômeno técnico [...]”, onde a vida é prolongada e a morte adiada (FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

É neste contexto hospitalar, que os profissionais de Enfermagem, enfermeiros e técnicos e auxiliares de Enfermagem, se inserem, e lidam intensamente com a morte no cotidiano de seu trabalho, associando-a erroneamente ao fracasso de sua assistência, uma “intrusa na existência da pessoa do paciente e uma ameaça à onipotência dos próprios profissionais” (BARROS; MARTINS, 2009, p.111), sem conscientizarem-se que esta associação se dá pelo fato de se tornarem resistentes a reconhecer a morte como um fato inexorável da existência, e por não estarem culturalmente preparados para esse tipo de acontecimento (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010; MOREIRA; LISBOA, 2006).

Entretanto, perde-se a cada dia. Morre a cada dia uma parte de nós, porém nasce a cada dia, expectativas, ideais e oportunidades que fazem parte do ciclo da vida, que impreterivelmente, depende da morte e do morrer – composição do processo de desenvolvimento humano. (ARAUJO; VIEIRA, 2004; COMBINATO; QUEIROZ, 2011).

Sendo um processo natural de todo ser humano, inevitável a vida, a morte não deve ser desvinculada ao viver, ao assistir, ao cuidar da Enfermagem, nem tida como algo ainda totalmente aterrorizante, capaz de fomentar sentimentos pouco discutidos, “mas integrada a ela de forma a valorizá-la. O homem só valoriza a vida quando assume a sua própria morte e, sendo a morte uma possibilidade, pode vir a qualquer momento” (MOREIRA; LISBOA, 2006, p.448), embora, ainda “observa-se ser comum não pensar na morte enquanto uma certeza da vida do homem” (SALOMÉ; CAVALI; ESPÓLITO, 2009, p.682).

Mas em que se define o morrer, visto que a morte é um fenômeno individual e único? Para Boemer (1989), citado por Araújo e Vieira (2004, p.361), “um processo que ocorre ao longo da vida e que precisa ser compreendido existencialmente”. Nos dizeres de Elias, Valls e Hall citados por Silva, Ribeiro e Kruse (2009, p.451):

Morrer pode ser definido como deixar de viver, falecer, acabar, cair no esquecimento! Assim, uma forma de nos mantermos vivos após a morte é na memória daqueles que permaneceram vivos. Talvez, por isso, morrer seja sinônimo de cair no esquecimento, pois o ser humano existe pelas relações que mantém com a sociedade. A definição de morte carrega consigo alguns problemas, pois como outras definições, é circular. Por isso, conceituar, exatamente, o que é a morte não é possível, já que seu significado varia de acordo com a cultura. A cultura forma nossas identidades a partir de arranjos discursivos, submetendo-nos a relações de poder e saber que nos governam e constituem nossas práticas.

Existem diversas definições sobre a morte. Semanticamente, morte significa “destruição, ruína, fim. Ato de morrer. O fim da vida animal ou vegetal [...]. Figurativamente, uma grande dor ou pesar profundo”. Cientificamente, “é o deixar de existir; quando o corpo acometido por uma patologia ou acidente qualquer tem a falência de seus órgãos vitais, tendo uma parada súbita ou progressiva de toda atividade do organismo [...]” (MOREIRA; LISBOA, 2006, p.448). Um acontecimento que pode ser acompanhado por outra pessoa que presta cuidados para o momento derradeiro.

Entretanto, o cuidado, o ato de cuidar, mesmo que inerente ao ser humano é uma prática diária de Enfermagem: uma vez que “a Enfermagem é uma profissão direcionada ao cuidar e norteada por princípios científicos, técnicos, administrativos e éticos. É uma ciência essencialmente humana, baseada em fundamentações e práticas do cuidar do ser humano [...]” (SALOME; CAVALI; ESPÓSITO, 2009, p.682).

E para praticar a sua assistência, “o profissional de Enfermagem tem como agente de trabalho o homem, e, como sujeito de ação, o próprio homem. Há uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento [...]” (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009, p.857).

Sendo assim, é sabido que os profissionais de Enfermagem possuem um enorme papel de cuidar da pessoa que passa por um processo de morte, sendo esta, o maior mistério da existência humana, ainda demandando esforços para seu entendimento e aceitação. Uma experiência universal, onde o seu compreender e representar variam conforme a cultura popular, conforme o preparo acadêmico, formação profissional e crenças pessoais. Dentro destas variáveis o cuidado se faz presente por fazer parte da profissão, mas também por ser:

Uma questão presente em seu cotidiano, o que, pela sua proximidade com a pessoa doente, pode causar-lhes sentimentos como tristeza, frustração, raiva, fuga e até negação, por não conseguirem manter a vida. A enfermagem tem como filosofia assistir ao paciente holisticamente. Portanto, esse assistir abrange as necessidades relacionadas às esferas física, emocional, social e espiritual da pessoa doente. No momento da morte, emerge a reflexão sobre a necessidade espiritual do doente, pois isso se reveste de grande importância para o alívio do sofrimento das pessoas

envolvidas em um processo de morrer. (SALOMÉ; CAVALI; ESPÓSITO, 2009, p.682).

Nesse sentido, o cuidar/cuidado hospitalar de Enfermagem, defronta-se com a situação de morte e gera sofrimento na equipe de Enfermagem, principalmente pelo caráter humano desse trabalho, seja pelo envolvimento afetivo ou até por ser a morte um fator de incômodo que desafia a onipotência profissional, pois, nos dizeres de Quintana e Arpini (2002) citados por Barros e Martins (2009, p.111), “o trabalho de enfermagem se configura como processo de cura e de recuperação do paciente. [...] A doença no contexto hospitalar é encarada como inimiga e a morte como expressão de fracasso”.

Em se tratando das academias de Enfermagem, é sabido que a Tanatologia, sua temática morte e morrer, são abordadas muito superficialmente ou até mesmo excluídas ou negligenciadas na formação do profissional enfermeiro e respectivamente do técnico em enfermagem, estando direcionada, segundo Júnior et al (2011) e Lima et al (2012), à proteção, à recuperação da vida, o que é compartilhado por Argenta et al (2008, p.284), ao evidenciarem que “a vida é centralizada [...] e a morte torna-se cada vez mais inaceitável e dolorosa”, mesmo que inerente ao ser humano. Os estudantes de Enfermagem, quer seja a nível técnico ou de graduação, são educados de forma a salvarem vidas através da prestação de cuidados que irão perpetuar a vida de seus pacientes (BARROS; MARTINS, 2009). Via de regra, este assunto é abordado sem uma disciplina específica sobre o tema, propiciando discussões minuciosas e aprofundadas sofre a “esfera humanística e filosófica, potencializando a sensação de que somente o restabelecimento da saúde faz parte de uma boa assistência” (SALOMÉ; CAVALI; ESPÓSITO, 2009, p.682).

Os mesmos autores (2009, p.682) ainda destacam que:

Muitos profissionais de enfermagem sentem-se despreparados para lidarem com situações que envolvem a morte, devido a essa ausência de reflexão e total silêncio, por parte da academia, a qual se atém ao tecnicismo, acreditando que a vivência possa levar aos profissionais a descobrirem o que é relevante neste processo. A concepção do que venha a ser um bom enfermeiro tem sido aquele que, com o passar dos anos de profissão, passa a ser ‘frio’ em suas ações. Essa situação está presente no cotidiano, pois é comum haver um impropriedade julgamento no sentido de que, quando o enfermeiro expressa suas emoções seja considerado imaturo profissionalmente.

Para Kovács (2003, p.33) “os cursos da área de saúde [...] têm enfatizado os procedimentos técnicos em detrimento de uma formação mais humanista”, fato que ocasiona uma despersonalização do corpo humano, que se reflete em dessensibilização do profissional para o paciente no ambiente hospitalar (BARROS; MARTINS, 2009; BORGES; MENDES, 2012; FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009; COMBINATO; QUEIROZ, 2011).

Validando os dizeres acima, Borges e Mendes (2012, p.325) apresentam um posicionamento semelhante ao que se refere à lacuna na formação do profissional, pois as “emoções, as perturbações e mudanças que a possibilidade da morte acarreta pouco se fala” na formação dos profissionais de saúde. Em conformidade, Júnior et al (2011, p.1125) descrevem que “[...] a formação direcionada a recuperar a vida” e também Barros e Martins (2009, p.111) ao descreverem que a “formação acadêmica colabora com o despreparo em lidar com o evento na prática profissional”, além de Bernieri e Hirdes (2007) citados por Fernandes, Iglesias e Avellar (2009) ao evidenciarem que os acadêmicos de Enfermagem estão despreparados para vivenciar o processo de morte e o morrer de seus pacientes, pois pouco foi discutido sobre o assunto na graduação. Kübler-Ross (1985) corrobora ao dizer que o profissional busca rejeitar o incômodo da morte iminente, apavorante o que o coloca defronte sua própria mortalidade e com a impossibilidade de cura do outro sob seus cuidados.

Portanto, esta temática deve ser melhor valorizada no âmbito acadêmico, formador de profissionais de Enfermagem, propiciando meios para discussões e reflexões sobre como o profissional deve agir diante de tal fato, mesmo sabendo que as reações serão individuais, mas por que não dizer pautadas por um saber científico, levando o enfermeiro e o técnico a perderem o temor de “olhar-se no espelho da própria finitude” ao se deparar com o processo de morte e morrer (BELLATO; CARVALHO, 2005, p.103).

Em se tratando do assunto morte no atendimento prestado por enfermeiros e técnicos em Enfermagem, mesmo sabendo que o propósito é o de prestar cuidados para evitar a morte ou minimizar complicações decorrentes de algum agravo à saúde (ARGENTA *et al*, 2008), estes profissionais convivem com o risco de morte e com a morte constante no âmbito de seu trabalho, o que pode desencadear diversos sentimentos nos profissionais envolvidos.

Estes profissionais acabam por vivenciar situações que exigem capacidade de lidar emocionalmente, devido ao constante risco de morte dos pacientes sob seu atendimento. Um espaço que demarca a manutenção da vida, além de poder gerar situações de estresse, essencialmente quando há a morte de pacientes, ou por estarem inabilitados a defrontar as pressões trabalhistas (SALOMÉ; CAVALI; ESPÓSITO, 2009; FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009; MOTA *et al*, 2011; OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010).

Enfermeiros são profissionais que lidam tão rotineiramente com situações emergenciais que envolvem a morte e o processo de morrer, que os acaba levando a desenvolverem sentimentos como a ansiedade ímpar, “por serem os primeiros a lidarem e sentirem a morte, uma vez que prestam assistência, desde os procedimentos mais simples aos

mais complexos, cuidando, principalmente, quando o paciente encontra-se em estágio final” (SALOMÉ; CAVALI; ESPÓSITO, 2009, p.682).

Técnicos em Enfermagem são profissionais que mais “tem contato com o paciente durante o período de internamento” (BARROS; MARTINS, 2009, p.111) e nem sempre se encontram preparados para lidar com o processo de morte e de morrer de seus pacientes (COMBINATO; QUEIROZ, 2011; FERNANDES, IGLESIAS, AVELLAR, 2009; OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010). Para estes profissionais, conforme salienta Kovács (1992), a morte é uma constante nas atribuições diárias e até pode ser companheira na rotina acelerada de trabalho, obrigando-os a negá-la, a ocultá-la. No mesmo sentido, Fernandes, Iglesias e Avellar (2009, p.147) corroboram com o exposto ao considerarem a ideia de que “o cotidiano de trabalho dos técnicos impõe uma rotina acelerada que pode estar associada com a necessidade de negação da morte”.

Logo, assistir a pacientes com prognóstico reservado de morte ou a morte abrupta, presenciando óbitos diários no atendimento, mesmo que inconscientemente por parte dos enfermeiros e técnicos, em tornar-se insensível à dor, a morte e ao morrer do paciente, acabam por criar uma armadura, uma redoma que os protege contra a falta de reflexão sobre a morte e o medo de vivenciá-la. O sofrimento mascarado pela necessidade de se cumprir as rotinas, atendendo a ideologia da instituição, pois conviver e atender pacientes onde a finitude é clara, ainda é um grande desafio, visto que objetivam e até juraram preservar a vida, principalmente quando se deparam com a morte súbita, inesperada, pois esta “traz insegurança para muitos, pois é uma morte que acontece de repente e, se aconteceu com o paciente pode acontecer com qualquer um, inclusive com o próprio profissional” (AGUIAR *et al*, 2006, p.135).

Considerando o exposto, busca-se com esta pesquisa: analisar as formas de enfrentamento dos técnicos de Enfermagem diante da morte, compreender a percepção de sua formação profissional nas questões que envolvem o processo de morte e morrer na prática profissional, e descrever os sentimentos por eles vivenciados, uma forma de representação social por se tratar de “expressões mais imediatas de seus conteúdos” (COMBINATO; QUEIROZ, 2011, p.3894).

Para tanto, tem-se como objetivo identificar, na literatura, as percepções de técnicos em Enfermagem acerca da formação profissional, sobre a morte e o morrer, seu posicionamento diante deste processo, mediante o (des)preparo acadêmico-profissional, pois questiona-se de que modo a formação profissional contribui ou deveria contribuir com a compreensão e o enfrentamento de situações referidas ao processo de morte e morrer.

Acredita-se que o interesse maior em abordar esta temática, além de permitir conhecer concretamente a consciência, a atividade, a identidade e respostas imediatas de sujeitos situados social e historicamente em determinado espaço, caminha pela possibilidade de propor medidas preventivas à forma destes profissionais de perceber a morte no cotidiano de seu trabalho, e também de fornecer subsídios apreendidos em sua quase totalidade para a discussão do tema, permitindo principalmente a ampliação do cuidado, pois sabe-se que a morte e o morrer, sempre desencadeou e continua a desencadear, por si só, os mais inconstantes sentimentos no ser humano. E não seria diferente para técnicos, pois são os primeiros a lidar com a morte, a sentir a morte, uma vez que prestam desde cuidados simples aos complexos, fundamentalmente a pacientes em estágio final/terminal. Uma evidência do limite do homem, da sua mortalidade, da sua finitude. “A morte é um acontecimento infalível, ameaça à existência terrena que desperta medo e pavor no ser humano” (KÜBLER-ROSS, 1985 apud SANTOS, 2013, p.25). A única certeza da vida.

Conforme Pitta (1990), o trabalho hospitalar em saúde coloca o profissional, muitas vezes, frente a frente com a dor e a morte de pacientes, o que acaba por influenciá-los no surgimento de sintomas psíquicos. Na busca para se viver melhor, prestar uma melhor assistência de Enfermagem de forma mais humanizada, holística e livre de pré-noções, preservando-se contra o surgimento de sintomas psíquicos e até mesmo físicos, é preciso apreender a conviver, trabalhar, superar o preconceito em falar sobre a morte, pois entendê-la não como uma doença em possibilidades de cura, mas sim como parte integrante da vida, ajudará na compreensão de nossa finitude e na remoção de armaduras usadas para enganar a si próprio e aos outros. Talvez, assim serão todos desenganados e livres. E mais humanos no ato de cuidar.

2 OBJETIVO

Analisar a percepção dos técnicos de Enfermagem acerca da formação profissional sobre a morte e o morrer.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A morte vivida conscientemente é falada, comentada, compartilhada, é ocasião de intercâmbio entre seres vivos. Sua negação ameaça desumanizar o ser humano no momento em que é chamado a viver seu derradeiro ato de liberdade. É preciso aprender o caminho interior indispensável a ser trilhado, se quisermos ser humanos até o fim.
Léon Burdin

“Entender as atitudes do homem diante da morte é compreender seu comportamento diante da vida” (FIDELIS, 2001, p.1). Perceber como a morte é vivenciada pelos profissionais de saúde, e como a cultura pode influenciar positiva ou negativamente no ato de cuidar, de enfrentar tal fato, modifica as atitudes no cotidiano de trabalho, pois fora as inúmeras exigências de mercado que determinam por diversas vezes a renúncia de questões singulares que podem até demandar em agressões à vida e à saúde, é no ambiente hospitalar, local em que os sentimentos não devem ser manifestados, que seus funcionários devem manter um posicionamento desconectado de suas vivências e sentimentos (FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

Discorrendo sobre a temática da morte, Júnior et al (2011), Bellato e Carvalho (2005), pontuam que a imagem lúgubre da morte vem acompanhado o existir humano desde seu alvorecer, sendo então, inerentes à existência humana. Nesta perspectiva, morte e morrer, mesmo se constituindo um fenômeno natural da vida, se configuram em palavras árduas que acionam mecanismos cerebrais de defesa diante as referências de vida e despertam para o medo do desconhecido, tornando tais acontecimentos, uma difícil questão a ser discutida, tanto no meio social quanto no profissional; é o despertar de um caleidoscópio de emoções; um “caleidoscópio de significações” (JÚNIOR et al, 2011, p.1123).

Para Kovács (2003) citado por Barros e Martins (2009), a morte vista como evento natural despersonaliza-se porque não é de ninguém, é de toda a humanidade e torna o homem expectador do seu próprio processo de morrer. Assim, filosoficamente, a morte é tida como “condição inerente ao ser vivo [...], uma única certeza [...] do desdobramento da existência humana”, embora este feito provoque interdição sobre o assunto, promovendo o silêncio, a negação, a dissimulação dos homens e dos profissionais da saúde (ARAÚJO, VIEIRA, 2004, p.361).

Culturalmente, a definição precisa de morte carrega consigo certos problemas, pois “o ser humano existe pelas relações que mantém com a sociedade” (SILVA; RIBEIRO; KRUSE,

2009, p.453), e para e na sociedade ocidental falar em morte é deletério; ocultá-la se torna o ato mais correto, um tabu pouco ou nada discutido.

Conforme os dizeres de Bellato e Carvalho (2005), a morte acompanha os homens promovendo a perda da determinação do sujeito e do valor nas relações sociais, visto que em todas as sociedades, das primitivas as atuais, a morte foi figurada como morte biológica, na qual ocorre o fim do organismo humano, e morte social, onde há a privação da identidade social dos indivíduos, o que promove revolta contra a finitude, contra a perda, ruptura e ausência promovida. É, portanto, a expressão da dificuldade em lidar com a finitude presente nos valores, na crença e na visão de mundo que cada um traz consigo e ao longo dos vários períodos da história (JÚNIOR et al, 2011; FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009; AGUIAR et al, 2006; BELLATO; CARVALHO, 2005).

Enquanto que nos primórdios da sociedade, passando pela Idade Média e Idade Moderna existiam ritos de morte, sendo que estes eram comunitários até o século XIII, onde a Igreja Católica apontava aos seus fiéis que “a morte era a porta para a vida eterna; portanto deveriam alegrar-se com sua chegada [...]” (FIDELIS, 2001, p.11) e intervinha, absolvendo o moribundo ou o morto de seus pecados, construindo assim meios de defesa contra a angústia da morte, através dos ritos de passagem que “não concebiam a morte como ausência ou separação irreparáveis”, permitindo ao homem participação “ativamente de todo o ritual fúnebre” (MOREIRA; LISBOA, 2006 apud FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009, p.143), no século XIX passa a ser objeto de interdição, um “espetáculo nauseabundo, pelos odores e imagens que traz, torna-se inconveniente e, portanto, indecente a sua demonstração pública” (BELLATO; CARVALHO, 2005, p.102).

Na Idade Média, segundo Santos e Bueno (2011), Oliveira, Quintana e Bertolino (2010), Salomé, Cavali e Espósito (2009), Shimizu (2007) e Fidelis (2001), a morte era tida como uma certeza da vida, um acontecimento natural, portanto compreendia-se sua inevitável ocorrência junto ao lar e familiares. Era esperada no leito e “organizava-se como um ato público, onde os familiares, entes queridos, vizinhos e crianças despediam-se da pessoa em suas últimas horas de vida” (2010, p.1078). Já Santos e Bueno (2011, p.273) sinalizam que após realização ritualística por parte do doente, onde este pedia perdão por suas faltas, legava seus bens e esperava a morte, “não havia drama ou gestualidade excessivas”.

Moreira e Lisboa (2006, p.449) destacam que nesta época em que se morria em casa, tendo a participação da comunidade, as “pessoas ao redor do moribundo vivenciavam esse fenômeno de perto e, por estar ocorrendo com alguém tão próximo, era possível a identificação com o outro”, o que tornava o momento algo normal, natural e aceito com mais

facilidade. Ritos fúnebres que faziam parte do contexto social, sendo vivenciado por todos. Para os mesmos autores (2006), esta forma de encarar tal acontecimento perdura entre meados dos séculos V ao XII, ainda sendo considerada como algo natural e pertencente ao ciclo da vida, o que com o advento do capitalismo, com a burguesia do século XIX, muda de panorama e torna-se personalizada, individualizada.

De acordo com Fidelis (2001), com o avanço da medicina no final do século XIX e com as diversas mudanças sociais ocorridas nesta época, a morte distancia-se do cotidiano, passando a não mais fazer parte do ambiente comum a todos, mas sim tornando-se silenciada, oculta. Para Pitta (1990), o que antes estava presente nas salas de visita, hoje se encontra escondida nos hospitais ao encargo dos trabalhadores da saúde.

Segundo Oliveira, Quintada e Bertolino (2010, p.1078), após o século XIX, preocupava-se mais com a morte do outro do que com a própria, pois é a ausência do outro que “deixará saudades e lembranças” ao que ficam. Para Shimizu (2007), até o século XX, cabia ao médico apenas acompanhar o doente durante o processo de morrer e que a partir do início deste século, foi que médicos começaram a lutar contra a morte dos pacientes; marco do início da medicina curativa.

Para Silva, Ribeiro e Kruse (2009), somente no final da Segunda Guerra Mundial é que a morte e o morrer passaram a fazer parte do discurso social, que foi modificado e ocultado à medida que a vida podia ser prolongada. De acordo com Bellato e Carvalho (2005, p.102), “os ritos de morte [...] começam a ser esvaziados em sua carga mítica com os processos empregados para o seu escamoteamento”.

Shimizu (2007), ainda relata que a partir da década de trinta é que começaram a crescer o número de pessoas que morriam em hospitais. Confirmando esta afirmativa, Moreira e Lisboa (2006, p.450) descreveram que a “institucionalização das práticas curativas, no Brasil, data da década de 60 e, conseqüentemente, a maioria das mortes passou a acontecer dentro das instituições de saúde, caracterizando uma institucionalização da morte”.

Na década de 1990, o assunto torna-se objeto de estudo da enfermagem e um dos focos de atenção profissional, onde se questionava acerca das percepções do término da vida, sendo “ressaltados os diferentes mecanismos de defesa, como a negação e a racionalização utilizadas pela equipe de saúde” ao estar defronte tal acontecimento (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009, p.454).

O morrer tem se modificado junto ao processo de transformação da sociedade; o que antes era público, atualmente é ocultado e hospitalizado (JÚNIOR et al, 2011; MOTA et al, 2011; SHIMIZU, 2007; AGUIAR et al, 2006; BELLATO; CARVALHO, 2005; FIDELIS,

2001), fenômeno que segundo Borges e Mendes (2012, p.325), provocou “uma completa alteração na representação da morte”. Diante tal evento, o assunto emerge de forma incipiente, relacionado à educação e a sua inserção nos currículos de enfermagem de modo a revelar a morte e permitir discussões que auxiliem na compreensão por parte do aluno-profissional, auxiliando-o a se tornar apto ao enfrentamento da morte e não somente prepará-lo para a cura e preservação da vida.

Então, “a morte torna-se impessoal ao ser retirada do espaço privado para as instituições de saúde” (MOREIRA; LISBOA, 2006, p.450). O capitalismo faz com que o homem não se perceba finito diante seu cotidiano. Tal sentimento apenas surge diante “a um risco [...] à sua integridade física, patologia ou acidente qualquer” (2006, p.450).

Neste íterim, a medicina transpõe a morte antes solene, coletiva, ritualizada, em família, para a morte solitária para o ambiente hospitalar, onde apenas a equipe de saúde e os mais próximos poderiam acompanhar o findar de seu familiar; “morre-se no hospital, símbolo da extraterritorialidade da morte” (BELLATO; CARVALHO, 2005, p.102), característico da população ocidental, desarticulando-se de um “fenômeno natural [...] para morte fria, escondida e profundamente indesejada” (SANTOS; BUENO, 2011, p.273), sendo “ocultada das crianças e banida das conversas cotidianas” (LIMA et al, 2012, p.194).

Nos dizeres de Sulzbacher et al (2009), reforçados por Oliveira, Quintana e Bertolino (2010, p.1078), a partir do século XX, a morte “se torna um fenômeno técnico, transferindo-se para o hospital, ficando a mercê da decisão médica e da equipe de saúde”. Tal acontecimento então deixou de ser natural, familiar e se deslocou para o hospital, de modo solitário, “desde que se criou a obsessão em curá-la” (2009, p.1078), pois a sociedade esqueceu a maneira de conviver com a morte, se comparado ao homem da Idade Média até meados do século XIX, o que é consensual com os dizeres de Borges e Mendes (2012, p.325) ao relatarem que “a estrutura de personalidade dos indivíduos é alterada para o esvaziamento dos rituais seculares e um controle individual maior sobre a expressão dos sentimentos face ao sofrimento e a morte”, tornando-a então “escondida, negada, deslocada da ordem da natureza e, agora, administrada pelo saber e pela instituição médica” (2012, p.325), que procura desenvolver técnicas para prolongar a vida, ludibriar ou, pelo menos, adiar a finitude humana (FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009; BELLATO; CARVALHO, 2005).

Consequentemente a esta transferência, produziu-se um devaneio de poder absoluto e infinito sobre a morte diante as novas tecnologias e modificações sociais que tangenciaram em melhorias a saúde, levando a errônea ideia de adiamento do final da vida, em controle da hora da morte, o que se caracteriza como “o desejo [...] em prolongar a vida ao máximo que

puder” (BARROS; MARTINS, 2009, p.110), o que acaba por se revelar como uma “atitude defensiva da equipe institucional frente à morte” (BORGES; MENDES, 2012, p.325), ou seja, uma mudança de atitudes em relação ao modo de lidar com a morte no contexto hospitalar (BELLATO; CARVALHO, 2005; FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

Dentro deste contexto na realidade contemporânea, a morte ocorre principalmente nos hospitais, sendo assistida por profissionais da saúde que “vivenciam o conflito de ter a responsabilidade pelo cuidado ao paciente em processo de morte e a vontade de curar e restabelecer a saúde de todos a quem se cuida [...]” (MOTA et al, 2011, p.130) e presumem sua ocorrência como fracasso, sendo portanto, seu tabu potencializado e devendo ser escamoteado, visto ir contra o objetivo do trabalho destes profissionais: “de salvar vidas” (BARROS; MARTINS, 2009, p.111).

Em relação a isso, Oliveira, Quintana e Bertolino (2010, p.1079) ressaltam o “início da obsessão em adiar a morte”, passando o hospital a ser local da morte solitária, pois “a repulsa pela morte e seu adiamento indefinido proporcionou o deslocamento do quarto do moribundo para o leito do hospital” (2010, p.1079). Para Borges e Mendes (2012, p.325), esta transferência massiva transformou o hospital no espaço social de presença da morte, um local onde “os profissionais serão preparados para o NÃO enfrentamento da morte”, pois ali são forjadas estratégias de controle emocional, tanto dos profissionais, quanto dos pacientes e familiares, visando proteger e resguardar a rotina da instituição.

Segundo Bellato e Carvalho (2005) e compartilhando o mesmo pensamento, Oliveira, Quintana e Bertolino (2010), é neste ambiente de negação, ocultação da morte, de cura onde a morte não deveria ter lugar para sua ocorrência, que a equipe de saúde tem que preparar rapidamente o novo “status social do morto através da emissão do atestado de óbito” (2005, p.103), e por se ver obrigada a não mais emitir palavras denunciadoras dessa ocultação; agora, usa-se a expressão impessoal e menos angustiante: “foi a óbito”. Assim, para Borges e Mendes (2012, p.325), “cria-se um modelo de negação da realidade que impede o sujeito/profissional de se defrontar com a inexorabilidade da finitude do paciente. [...] a assistência em saúde é impessoal, mecânica e asséptica”.

Analisando tal postura, os profissionais de saúde, “verdadeira e inconscientemente” (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010, p.1079), projetam uma forma de defesa, de negar a perturbação provocada por assuntos em torno de e pelo fato da ocorrência da morte pois mesmo que embora faça parte da vida, falar sobre a morte sempre assustou o ser humano, mesmo em se tratando dos profissionais de saúde (TRUGILHO, 2008 apud MOTA et al, 2011; LIMA et al, 2012; BORGES; MENDES, 2012), embora, o que os diferencia das outras

pessoas é que para estes, conforme os dizeres de Kovács (1992) citado por Fernandes, Iglesias e Avellar (2009, p.144), a morte se faz presente no cotidiano podendo se tornar companheira de trabalho, o que mais intensamente recai “sobre o serviço de enfermagem que lida mais diretamente com o paciente”, embora nem sempre estejam culturalmente preparados para tal enfrentamento.

Abordando a questão, Ribeiro, Baraldi e Silva (1998) citado por Fernandes, Iglesias e Avellar (2009, p.144), postulam que este lidar com situações estressantes, com situações de perda conduzem o profissional de saúde a diversas reflexões sobre o assistir a morte do outro e participar dela ao prestar cuidados, embora seu real desejo é que aconteça “no plantão do outro”, o que propicia o surgimento de “várias reações para negar ou anular tal acontecimento, pelo silêncio ou vazio do leito”, o que vai de contrapartida ao esperado pela equipe de enfermagem que deve estar comprometida também com tal momento desconhecido, com o momento da morte.

É o viver um paradoxo ao saber que a morte é fenômeno natural, mas recusado como pessoal, pois ao prestar cuidados a um paciente na iminência de óbito, “face-a-face com um semelhante, com as mesmas possibilidades existenciais que as nossas, corremos o risco de defrontarmos com a possibilidade de nossa própria morte” (MOREIRA; LISBOA, 2006, p. 451), ocorrência que acaba por impulsionar um cuidado impessoal, necessário a manutenção da saúde mental do profissional, visto não estar preparado para tal.

Como um mecanismo de defesa e proteção contra o sofrimento, o processo de morrer e morte passa a ser visto como banal, sendo o distanciamento e endurecimento das relações frente à morte e ao paciente terminal algo tornado natural e considerado comum e rotineiro. (LUNARDI et al, 2001 apud MOREIRA; LISBOA, 2006, p.451).

No âmbito da educação, visto não ser somente um acontecimento biológico, pois perpassa pelo social, entram em pauta as discussões sobre a “morte social, [...] sobre o isolamento do moribundo do convívio do coletivo antes de sua morte biológica” (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009, p.454). Oliveira, Quintana e Bertolino (2010, p.1078), consideram que mesmo tendo o organismo cessado suas funções vitais, é no “contexto cultural que terá função de significar este acontecimento”. Portanto, investigar a morte no ambiente educacional na área da saúde, pode contribuir com a humanização do processo educativo, além de propiciar forma de agir autênticas, criativas, não rotineira nas práticas do cuidar da enfermagem (CARVALHO; VALLE, 2006).

Neste enredo, as representações sociais sobre a morte e o processo de morrer não configuram somente a morte biológica, mas constituem também na interpretação social que é construída conforme época e modificações culturais e partilhamento conforme contextos históricos, sócias e culturais (BORGES; MENDES, 2012), o que não seria diferente na enfermagem, principalmente por ser uma profissão que tem a” filosofia de assistir ao paciente holisticamente”, atendendo todas as esferas física, emocional, social e espiritual da pessoa doente (SALOMÉ; CAVALI. ESPÓSITO, 2009, p.682).

Na enfermagem, inúmeros problemas são vivenciados por estarem “associados às questões históricas, à formação adquirida, às exigências e deficiências de um sistema inserido em um determinado contexto socioeconômico e político” (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009, p.857). Assim é possível dizer, amparado nos mesmos autores (2009) e em Lima et al (2012), que o fim então envolve toda uma gama de questões psicossocioculturais.

Como nos dizeres de Fidelis (2001, p.2), “somos crianças que fecham os olhos no jogo de esconde-esconde e pensam que assim ninguém pode vê-las’, mesmo sabendo que a “única certeza que temos é a incerteza sobre o instante da nossa morte a que nos agarramos para adiar encará-la diretamente”. A morte torna-se então um acontecimento temido e negado, tanto pela equipe de saúde, quanto pelos próprios pacientes e familiares, o que gera mecanismo de fuga constante, principalmente por parte dos profissionais quando não foram adequadamente preparados durante sua formação técnica profissional, o que também é sinalizado por Salomé, Cavali e Espósito (2009, p.682) ao destacarem que “muitos profissionais de enfermagem sentem-se despreparado para lidarem com situações que envolvem a morte’, o que é “decorrente da exclusão temática da morte durante a formação dos profissionais de saúde”. Combinato e Queiroz (2011, p.3897) destacam que mesmo os profissionais formados mais recentemente, a abordagem do assunto foi considerada insatisfatória, “não conseguindo cumprir com seu objetivo de preparar o profissional pra lidar com esse tipo de situação”.

Kovács (2003) conclui que há uma valorização dos aspectos objetivos e científicos e que espaços para lidar, para discutir sobre os sentimentos e emoções desencadeadas pelo tema não existem. Logo, pode-se dizer que escamotear a realidade da morte do outro torna o profissional de saúde, desvinculado daquele que assiste e é o objeto de seus cuidados durante o processo de morte e morrer (REZENDE, 1995 apud FIDELIS, 2001).

Ainda segundo esta mesma autora (2001), “a equipe está se especializando e se preparando para atuar em relação à doença, tentando assim garantir a vida, mas não havendo

explicitamente a preocupação com o enfrentamento da morte e do percurso do morrer, distanciando-se do verdadeiro ‘assistir’ à pessoa nesse momento”, o que o acaba desvinculando daquele a quem assiste. Reforçando esta ideia, Fernandes, Iglesias e Avellar (2009, p.147) consideram que a presença da morte que necessita ser enfrentada pelo técnico, “instaura no exercício profissional um alto grau de compromisso do técnico para com o enfermo”, o impulsionando para duas realidades de seu trabalho, ou a reabilitação do paciente ou a morte deste, que o acaba levando a necessidade de negação da morte em imposição a sua acelerada rotina trabalhista.

O impacto da morte dos pacientes representa o insucesso de todos os esforços, como relata Shimizu (2007). Fernandes, Iglesias e Avellar (2009, p.147), ainda destacam que mesmo para os técnicos mais experientes, “o medo da morte de outrem remetia ao medo da própria morte, sem que pudessem desprezar as marcas culturais da negação da morte [...]”; “uma relação conflituosa com o processo de formação desses profissionais”.

Corroborando com estes dizeres, Oliveira, Quintana e Bertolino (2010, p.1078) ainda citam que os profissionais da saúde sentem-se frustrados e não gostam de discutir sobre o tema, “pois foram formados para salvar vidas” e por ser a sensação de frustração “consequência da formação direcionada a recuperar a vida” (JÚNIOR et al, 2011, p.1125). Santos e Bueno (2010) partilham da mesma posição e Lima et al (2012, p.191), concordam ao destacarem que “a formação dos profissionais da saúde está voltada à defesa da vida e ao combate da temida inimiga: a morte”. Borges e Mendes (2012, p.327), ainda completam que o “modelo biomédico ensina a tratar da doença e não há cuidar das pessoas”, o que acaba por reforçar a incompreensão do aluno em perceber a programação genética individual do morrer. Com isto, sofre-se por não discutir sobre a morte, “por ser algo inconveniente e proibido” (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2012, p.1077), além de ausente no preparo consistente para lidar com a morte conforme afirmado por Barros e Martins (2009).

Mesmo sendo um ciclo natural da vida, os profissionais de enfermagem estão sendo preparados de forma incipiente para lidar adequadamente com a morte, sendo então sua vivência despertadora de sentimentos negativos e geradores de uma consciência de fracasso pessoal e profissional (MOTA et al, 2011; SANTOS; BUENO, 2010), o que é reforçado por Aguiar et al (2006, p.132) quando consideram que existem lacunas na formação do profissional e este é projetado a “acreditar que somente a cura e o restabelecimento são característicos de um bom cuidado”.

Borges e Mendes (2012) ressaltam que a morte, nos currículos dos profissionais da saúde, é abordada pragmaticamente focada nos sinais abióticos e que pouco se fala das

emoções, perturbações e mudanças possíveis com a ocorrência da morte. Combinato e Queiroz (2011, p.3897) concordam com os dizeres ao considerarem que “a deficiência na formação profissional e ao paradigma científico que impõe como regra a obstinação pela cura do paciente”, faz com que “o profissional tenha dificuldades para lidar com situações de terminalidade de vida”; uma formação condutora de um processo de alienação ao que foi negligenciado durante sua formação.

A formação dos profissionais da saúde é voltada e intensificada no “cuidado para a promoção, recuperação e preservação da vida, deixando-os despreparados, técnica e psicologicamente, para os enfrentamentos referentes à morte, a partir do entendimento de que ela não faz parte da vida” (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010, p.1078), embora se apresente como parte do seu fazer cotidiano, tendo-a como parte ostensiva à sua rotina (SANTOS; BUENO, 2011; LIMA et al, 2012).

Lima et al (2012), Borges e Mendes (2012), apontam que, no Brasil, poucas escolas direcionadas ao ensino da saúde ainda oferecem disciplinas voltadas a compreensão de tal fenômeno, que ênfase é dada na instrumentalização do profissional no cuidado visando a preservação da vida ou cura de doenças, mas pouco se aborda sobre a forma de agir, de ser e se manter diante a vivência da finitude do outro, da terminalidade dos pacientes, ou seja, o profissional de saúde, durante seu processo formativo não recebeu informações e treinamento suficientes para poder lidar com a morte e o processo de morrer, o que é compartilhado por Fernandes, Iglesias e Avellar (2009), Barros e Martins (2009), Moreira e Lisboa (2006), Aguiar et al (2006) e Fidelis (2001), quando ressaltam que os alunos de enfermagem estão despreparados para vivenciar o processo morte-morrer de seus futuros clientes na prática profissional, por causa das poucas oportunidades de discutir tal tema em sua formação ou pelos escassos recursos dos currículos das escolas profissionalizantes. Combinato e Queiroz (2011, p.3897) ainda acrescentam que “os cursos de formação na área da saúde – principalmente os de enfermagem e de medicina – caracterizam-se pela ênfase nos procedimentos técnicos em detrimento de uma formação humana”.

Concordando com estes dizeres, Lima et al (2012, p.195) consideram que a morte, além de ser geradora de sentimentos negativos, invasora de “todos os espaços e sua onipresença implícita ou explícita detona angústias difusas e paralisantes”, além de ser uma nascente geradora de conflitos, pode ser “resultado de uma formação acadêmica voltada para o tratamento e cura das doenças, levando os profissionais a pensarem ser possível curar sempre, o que causa frustração e culpa” (MOTA et al, 2011, p.134), afora produtora de embates que interferem negativamente no ação e relação educativa.

Nesse viés, a figura do docente, em situações de morte, é de grande responsabilidade e não deveria permitir sentimentos negativos, como o não falar, o distanciar-se e negar a morte, utilizando mecanismos de defesa que acabam por criar uma barreira que prejudica a relação educando-educador e a evolução do educando, o que o faz ficar estagnado no mesmo patamar de conhecimento e o impedindo de crescer cultural e profissionalmente.

Lima et al (2012) são consensuais a Borges e Mendes (2012), a Quintana e Arpini, (2002) citados por Barros e Martins (2009), a Argenta et al (2008) e a Carvalho e Valle (2006), ao tratarem a compreensão da morte como fracasso, a partir da própria formação profissional inadequada que reforça o mau êxito ao deixar de “abordar e promover discussões propícias referentes às concepções e ao sentimentos sobre o morrer e a morte” (2012, p.195).

Como os docentes da enfermagem também podem ter passado por um processo insuficiente durante sua formação profissional, com “ênfase na intervenção profissional a preservar a vida e obter a cura dos pacientes” (SULZBACHER et al, 2009, p.14), estes, “além de serem impelidos a desenvolver uma abordagem pedagógica técnico-científica, regida por normas, regras e rotinas, numa atitude sem reflexão, ou seja, mecanizada” (SANTOS; BUENO, 2011, p.274), afirmam que as disciplinas apresentam pouco tempo para discussão acerca desta temática tão complexa e diversificada para cada ser e, portanto, sentem-se despreparados para fomentar a educação de forma efetiva e na prática, tentam “demonstrar equilíbrio ao vivenciar a morte em campo de estágio com seus alunos”, sentindo-se “angustiados e temerosos, pois não foram formados para aceitar ou vivenciar o que é tão presente no seu próprio dia-a-dia profissional, ou seja, a morte”.

Carvalho e Valle (2006) discorrem a este respeito afirmando que na vivência docente com o aluno no campo de estágio, no campo hospitalar, diversas situações estressantes ligadas à morte a ao processo de morrer são enfrentadas, promovendo uma vivência solitária, uma carga temerosa, mas possível de ser escondida e abafada de seus alunos. Tal acontecimento se procede através do silêncio, da falta de discussão sobre o assunto, ora quando uma fala rápida e superficial, vista como modo característico de um revestimento de proteção emocional, embora seja mais um empecilho na formação humanizada do discente, além de subentender que estão desamparados, “sem uma equipe de apoio que dê suporte nesses momentos difíceis que ele [docente] atravessa” (2006, p.30), obrigando-o a tatear em busca de uma saída que permita apreender o existir humano em sua totalidade.

Tais fatos vão contra a posição de Vigotsky (2003) citado por Combinato e Queiroz (2011, p.3898) quando afirmam que “a meta da educação não é a adaptação ao ambiente já existente, [...] mas a criação de um ser humano que olhe para além de seu meio”, ou seja, para

os profissionais de saúde e educação, o olhar sobre a morte deve “extrapolar a morte medicalizada e alcançar o cuidado para a boa morte”.

Assim, os docentes então se mostram perdidos defronte o impacto da morte, tentando se tornar insensível ao fato, se esquivando, procurando subterfúgios para o enfrentamento deste processo além de não conseguirem apreender o ser, a vida e a morte em sua totalidade, em contrapartida ao esperado, pois para o professor-educador, acredita-se que por sua experiência profissional e maturidade, apresente uma forma de agir mais equilibrada, potencialmente estável e de forma a evitar conflitos e preparar o aluno para o lidar com questões de morte e morrer (CARVALHO; VALLE, 2006). Cabe ainda ao professor, melhor capacidade de entendimento ético, prático, educativo e profissional por ser revestido de:

Um caráter de maior responsabilidade, daquele que deve conduzir essa relação (aluno-professor) por um caminho mais brando, mais equilibrado e mais satisfatório, de modo a atingir um conviver sadio e eficaz, capaz de proporcionar a verdadeira ação educativa, ou seja, ‘tirar-de-dentro’” (CARVALHO; VALLE, 2006, p.27).

Ocorre que nesse viés, Lima et al (2012), Borges e Mendes (2012), Barros e Martins (2009) consideram que diversas produções na área de enfermagem apontam que os conteúdos curriculares abordados atualmente ainda são insuficientes ao preparo do aluno-profissional, futuro docente, para o lidar com a morte, sendo então as tecnologias e medicamentos utilizados à cura ou tratamento de patologias abordados de forma incisiva e enfática. Há uma lacuna na formação teórica e prática, onde existe “investimento na preservação da vida a todo custo, a ideia de luta contra a morte e o enfoque na gratificação da cura favorecerá que na mente do profissional, a morte signifique colapso, falência, declínio e fracasso” (BORGES; MENDES, 2012, p.325).

Lima et al (2012) ainda ressaltam que aos docentes enfermeiros, ao promover o ensino-aprendizagem sobre tal tema é ainda desafiador, principalmente porque estes se sentem despreparados para discutir o assunto, e por existir a associação da finitude como fracasso do cuidado profissional. Fracasso que segundo Borges e Mendes (2012, p.325) se “transformará em fonte constante de angústia e constituirá objeto fóbico”, por ser algo que “afasta as pessoas e isto causa dificuldades para abordá-la” (BARROS; MARTINS, 2009, p.114).

De acordo com Lima et al (2012, p.191), sabe-se que ao educador há a incumbência de “encaminhar o educando para a descoberta e a prática dos valores morais, éticos e bioéticos, por intermédio dos quais a educação ganha sentido e o próprio educando se emancipa, enquanto sujeito de suas próprias ações”, entretanto, a morte ainda é trabalhada dentro de uma

visão biologicista, um “evento vital oposto a vida”. Nesta linha de pensamento, esta forma de abordagem é criadora de sentimentos contraproducentes como o medo, sofrimento e frustração, em “detrimento de uma abordagem multifatorial determinada por aspectos biopsicossocioculturais que influenciam [...] as ações e emoções de todos os sujeitos (2012, p.191)”.

Neste sentido, faz-se necessário ao docente abordar conteúdos dentro desta temática, durante a formação dos discentes, abrangendo questões inerentes à morte e o modo de enfrentamento desta, além da relevância da prestação de um cuidado integral, ético, humanizado aos pacientes que passam pelo processo terminal.

Suficientemente idôneo, é adequado ao educador precipitar para a descoberta e a “prática dos valores morais, éticos e bioéticos, por intermédio dos quais a educação ganha sentido e o próprio educando se emancipa, enquanto sujeito de suas próprias ações” (LIMA et al, 2012, p.191).

Os mesmos autores (2012, p.191) enfatizam que:

A questão educacional é imperativa na reformulação curricular nos cursos da área da saúde. Pois, torna-se *mister* que os discentes em seu processo de formação, tenham possibilidades de vivenciar a prática de tecnologias mais simples no cuidado ao paciente terminal, como: a compaixão, respeito e o diálogo.

Há a necessidade de desvelar um ponto de equilíbrio entre a formação do docente, o ensinar a fazer e o compreender entre o agir e permitir a transformação do educando sobre o enfrentamento da morte e toda a gama misteriosa que ainda a envolve; é o desocultamento para uma melhor compreensão (CARVALHO; VALLE, 2006).

Para tanto, os assuntos abordados devem ser feitos de forma significativa e que permitam um aprendizado amplo ao educando. Porém, cabe ao docente influenciar e intervir pedagogicamente de forma instigante sobre a temática, o que determinará “a base de formação profissional dos discentes” (LIMA et al, 2012, p.191), além de permitir a compreensão da morte “no prisma da humanização da assistência ao paciente em fase terminal” (LIMA et al, 2012, p.195).

Visando modificar o despreparo, Lima et al (2012), destacam ser necessário subsidiar o ensino e a assistência em saúde, papel próprio ao educador, pois tal feito forneceria melhores recursos ao enfrentamento do processo de morrer e morte.

Nesta perspectiva, o educador em saúde tem parte primordial e de imensa responsabilidade ao guiar a relação educando-educador e propiciar momentos de discussões sobre tal assunto e permitir uma abordagem mais branda sobre a morte e o processo de

morrer, quebrando com todo um paradigma errôneo, agora de forma completa e a proporcionar a verdadeira ação educativa e diferencial no ato de cuidar dos pacientes em sua finitude (BARROS; MARTINS, 2009).

Então, diante do exposto, faz-se necessário a compreensão do despreparo profissional para enfrentamento da morte que se reflete em prática desumanizada, fria, além de uma abordagem educativa progressista visando à modificação deste panorama atual, propiciando uma educação efetiva para lidar com a morte e que “favoreçam a incorporação do desenvolvimento de habilidades cognitivas, afetivas e emocionais” (BORGES; MENDES, 2010, p.328).

Considera-se primordial rever questões relacionadas à morte e ao processo de morrer na formação profissional, tanto na parte teórica quanto na prática, pois nesta, segundo Barros e Martins (2009, p.115) há uma contribuição significativa “para a formação profissional, dando-lhes segurança e um melhor preparo para conviver futuramente com tal ocorrência”, visto ainda haver uma “lacuna em relação à discussão de tal temática na área de ensino, deixando os profissionais de saúde despreparados para trabalharem com essa realidade” (LIMA et al, 2012, p.196). Trata-se, portanto, de “dar voz a [formação] e vivência dos alunos em relação a sua prática profissional com a morte [...]” (KOVÁCS, 2003 apud BARROS; MARTINS, 2009, p.115), permitindo uma escuta qualificada e comprometida antes, durante e depois dos estágios do curso de Técnico de Enfermagem, contribuindo assim no “redirecionamento e ampliação dos conceitos da prática de enfermagem que é permeada pelo prazer da cura, dor e sofrimento” (BARROS; MARTINS, 2009, p.116).

Santos e Bueno (2010, p.485) ainda ressaltam que “somente aulas expositivas são insuficientes para a obtenção de aproveitamento pedagógico necessário”, que espaços devem ser criados para permitirem uma melhor reflexão e discussão a partir de aulas dialógicas, pois “os alunos carregam consigo suas próprias experiências socioculturais” que devem ser (re)consideradas durante sua formação.

Por conseguinte, no contexto da educação na área da saúde, torna-se essencial uma formação que dê suporte para a visão crítico-reflexiva sobre a morte e o morrer, além de “humanizar o processo educativo e propiciar um agir autêntico, crítico, não rotineiro e criativo nas ações de enfermagem” (CARVALHO; VALLE, 2006, p.26), o que se refletirá no cuidar e no cuidado que só existem sob a égide de uma ampla compreensão da vida e dos modos de cuidado e da morte enquanto parte integrante do viver, em detrimento “[...] ao tabu social da morte, coligado ao modelo formativo, o que constitui uma barreira à prática de um cuidado humanizado” (BORGES; MENDES, 2012, p.330).

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

“Com a morte diante dos olhos a questão do significado da vida torna-se inevitável”.
Bento XVI, Spes Salvi

Para a elaboração deste estudo, a prática baseada em evidências (PBE) foi adotada para o referencial teórico e a metassíntese como referencial metodológico.

Dentro do contexto das profissões da área de saúde, que exigem um acompanhamento atualizado e constante dos diversos resultados de pesquisas visando minimizar danos e o distanciamento entre os avanços tecnológicos, científicos e a prática assistencial, surgiu, inicialmente no campo da Medicina e, posteriormente, na Enfermagem, a Prática Baseada em Evidências (DOMENICO; IDE, 2003).

Conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008), a PBE objetiva estimular o uso de resultados de pesquisa junto à assistência à saúde, prestada em níveis diversos de atenção, reforçando o mérito da pesquisa para a prática clínica. Trata-se então de uma abordagem para a solução de problemas a partir da tomada de decisão que agrupa a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica profissional, valores e predileções dos pacientes inseridos no ambiente de cuidado. Para tanto, é necessário a “definição de um problema, busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos” (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003 apud MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.759). Tal percurso encoraja uma melhor assistência à saúde, agora fundamentada em conhecimento científico, e que prioriza resultados de qualidade.

A PBE, segundo Coelho (2013, p.19) é, portanto, uma forma de “abordagem para o cuidado clínico e para o ensino que tem no conhecimento e qualidade da evidência a finalidade de promover a qualidade dos serviços de saúde e a redução dos custos operacionais”, o que conseqüentemente guia para a tomada de decisão consensual a partir de dados relevantes para a administração do melhor cuidado possível.

Nesse contexto, tal prática também se aplica a enfermagem e é denominada como a enfermagem baseada em evidências, que se origina a partir do movimento da medicina baseada em evidências, sendo que seu conceito enfatiza, conforme Karino e Felli (2012, p.11), “uma tomada de decisão sobre a assistência à saúde que seja realizada a partir do

consenso de evidências relevantes, obtidas de pesquisas, estudos e informações de bases de dados”.

Galvão, Sawada e Rossi (2002, p.692) a definem como “o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência para tomar decisão sobre o cuidado individual do paciente”, o que se traduz em “integração da experiência clínica individual com a melhor evidência externa avaliada, oriunda de revisão sistemática de pesquisas” (SACKETT et al, 1996 apud GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p.692).

A medicina baseada em evidências, nome inicial da PBE, segundo Drummond (1998) citado por Galvão, Sawada e Rossi (2002) é um padrão desenvolvido no Canadá, na década de 1980, por estudiosos da Universidade McMaster, refere-se a um processo metodológico estabelecido em etapas, sendo: “a primeira, no levantamento do problema e formulação da questão; a segunda em pesquisa da literatura correspondente; a terceira na avaliação e interpretação dos trabalhos coletados mediante critérios bem definidos e a quarta na utilização das evidências encontradas, em termos assistenciais, de ensino e/ou elaboração científica” (2002, p.692).

Já a enfermagem baseada em evidências é definida conforme os mesmos autores (2002), como “o uso consciencioso, explícito e criterioso de informações derivadas de teorias, pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupo de pacientes, levando em consideração as necessidades individuais e preferências”. Portanto, ênfase é dada no uso de pesquisas que direcionam a decisão clínica, e que exigem habilidades do profissional de saúde para agregar os diversos resultados de pesquisas na prática clínica, para a resolução dos problemas específicos (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Além disto, ressalta-se que a confiabilidade das evidências seja essencial para o desenvolver do método, requerendo conhecimentos, inclusive metodológicos, do profissional para sua avaliação e utilização, visto que irá utilizar “evidências captadas em pesquisas confiáveis para a escolha de possibilidades terapêuticas em cuidados de saúde” (KARINO; FELLI, 2012, p.11).

A prática da enfermagem baseada em evidências se desenvolve em cinco etapas da PBE: a primeira consiste na formulação de problemas clínicos gerados da prática profissional; a segunda da busca de evidências na literatura e outros recursos; a terceira etapa consta em avaliar as evidências; a quarta etapa busca utilizar a melhor evidência encontrada a fim de planejar e implementar o cuidado ao cliente e a quinta consiste na avaliação do enfermeiro em relação a sua própria prática (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Aplicá-la requer um alicerce “no pensamento crítico e na competência clínica dos enfermeiros”, pois são requisitos para a coordenação de processos de cuidar, sustentados pelas melhores evidências científicas (DOMENICO; IDE, 2003, p.117).

Nesse caso, ao enfermeiro cabe à responsabilidade de ter conhecimentos e competências para saber obter, interpretar os resultados de pesquisas e integrar as evidências encontradas com os dados clínicos e preferências do paciente, o que conseqüentemente irá impelir positivamente nas decisões a serem tomadas em relação à assistência de enfermagem (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Então, para sua construção e implementação, torna-se necessário à produção de métodos de revisão de literatura que permitam a busca criteriosa, a avaliação crítica e a síntese das melhores evidências disponíveis sobre o que está sendo pesquisado, dentre os quais podem se destacar a revisão sistemática de resultados qualitativos a partir da interpretação destes resultados – metassíntese (LOPES; FRACOLLI, 2008).

Referencial Metodológico: Metassíntese

A revisão bibliográfica sistemática, uma fonte de evidência, é definida como “uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível” (GREENHALGH, 1997 apud LOPES; FRACOLLI, 2008, p.772).

Estas reúnem resultados de pesquisas clínicas e são metodicamente sistemáticos na abordagem, além de usar métodos explícitos e rigorosos para identificar textos, julgamento crítico e elaboração de síntese dos dados relevantes encontrados. É fundamentada na prática baseada em evidências e possui certas características próprias, como “fontes de busca abrangentes, seleção dos estudos primários sob critérios aplicados uniformemente e avaliação criteriosa da amostra” (LOPES; FRACOLLI, 2008, p.772).

Tal metodologia é resultante dos estudos desenvolvidos pela Fundação Cochrane, “uma iniciativa internacional com origem no Reino Unido”, que prepara, mantém e “dissemina revisões sistemáticas de intervenções de saúde, tornando-se a maior referência da pesquisa baseada em evidências” (CASTRO et al, 2002 apud LOPES; FRACOLLI, 2008, p.772).

Seu planejamento deve ser cuidadoso, visto a necessidade de garantir a validade dos resultados, pois fornece subsídios para fundamentar as mudanças propostas a serem

implementadas na PBE, ou seja, disponibiliza evidências clínicas “em todos os níveis do sistema de cuidado em saúde” (GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011, p.1262).

Pode ser fundamentada em abordagem quantitativa ou qualitativa, a partir do objetivo proposto. Quando de abordagem qualitativa, segundo Guanilo, Takahashi e Bertolozzi (2011, p.1262), permitem “entender ou interpretar questões sociais, emocionais, culturais, comportamentos, interações ou vivências que acontecem no âmbito do cuidado em saúde ou na sociedade, a partir da ocorrência de um fenômeno, além de subsidiar a proposição de novas teorias”. Na metodologia da metassíntese, a revisão sistemática prioriza “descrever um fenômeno determinado” (2011, p.1264).

Partindo do pressuposto de que as pesquisas qualitativas que contêm informações sobre as “sutilezas e complexidades das respostas à doença e seu tratamento, que são essenciais à construção de efetivas intervenções sensíveis ao desenvolvimento e à cultura” (LOPPES; FRACOLLI, 2008, p.775), estas buscam explorar como os indivíduos dão sentido ao mundo que os cerca, identificando-se neste meio e respondendo aos outros, “um tipo de pesquisa que busca interpretar os significados trazidos por indivíduos acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde doença“, além de ter magnitude para a enfermagem, pois para cuidar, relações e interações humanas são estabelecidas no lidar com vivências particulares que fornecem significado único para aquele que experiencia o processo saúde-doença (TURATO, 2003, 2005).

Para Noblit e Hare (1988), a metassíntese objetiva analisar minuciosamente uma teoria, seus métodos e resultados obtidos por meio de estudos de abordagem metodológica qualitativa, propiciando a interpretação dos dados.

Este tipo de pesquisa desafiadora e atraente, tanto pela necessidade de aprender o método, quanto pela própria natureza do recorte da pesquisa qualitativa, no qual o estudo é desenhado enquanto é conduzido, requer estratégias de coleta e análise de dados com características inerentes, podendo ser definida como metassíntese qualitativa uma integração interpretativa dos resultados de achados qualitativos, que são a síntese interpretativa de dados, fornecendo novas interpretações de descobertas a partir da descrição coerente ou explicação de um evento ou experiência, integrando dados a fim de alcançar um nível teórico de compreensão mais elevado (NOBLIT; HARE, 1988; LOPPES; FRACOLLI, 2008; SANDBAR, 2009; SANDELOWSKI, 1997 apud MATHEUS, 2009).

Para Lopes e Fracoli (2008), trata-se de um agrupamento de resultados qualitativos que refletem o discernimento e a frequência lógica dos resultados obtidos em maior prevalência. São integrações que permitem uma nova interpretação ao somar todos os artigos

em uma amostra, como um todo, permitindo a “descrição coerente ou explanação sobre determinado evento” (2008, p.774). Não é uma replicação lógica, mas uma lógica integradora dos fenômenos em estudo, o que constitui mais uma interpretação do que agregação de índices numéricos como ocorre na meta-análise.

Ainda segundo as mesmas autoras (2008, p.774), os métodos incluem “constante comparação, análise taxonômica, tradução recíproca de conceitos in vivo, bem como a utilização de conceitos importados para enquadrar dados, [...] a partir de outros estudos qualitativos relativos ao mesmo tema”.

Para Matheus (2009, p.544), a metassíntese objetiva “fortalecer o papel de estudos qualitativos nas pesquisas de ciências de saúde, melhorar a aplicabilidade dos resultados de pesquisas qualitativas na prática clínica e, explorar um corpo de conhecimento qualitativo para fundamentar a teoria, a prática, a pesquisa, e as políticas de saúde”.

No tocante a questão, a Fundação Cochrane no ano de 1992 “prepara, mantém e dissemina revisões sistemáticas de intervenções de saúde” (MATHEUS, 2009, p.544), que possibilitam a metanálise. Em 1998, estabelece o Qualitative Research Methods Working Group, que oferta suporte ao método qualitativo em revisões sistemáticas, auxiliando na transformação de vários estudos qualitativos em um novo estudo, a partir da desconstrução e análise dos dados de pesquisas, por indução e interpretação do pesquisador sobre as interpretações dos dados primários que compõem a amostra da metassíntese.

Embora na metassíntese “não se calculem médias ou se reúnem resultados dentro de um mesmo intervalo de medidas” (BARROSO et al apud LOPPES; FRACOLLI, 2008, p.775), o método ampara na compreensão de certos fenômenos e na ampliação do conhecimento, corroborando em maior visibilidade, impacto, aplicação prática e na tomada de decisões na saúde-educação-Enfermagem, principalmente por contemplar a compreensão dos profissionais de saúde sobre a experiência vivida, a partir da perspectiva de seus clientes, dentro de um contexto sócio-histórico-cultural específico.

Diante do exposto e visando atingir o objetivo a que se propõe, este estudo trata-se de uma metassíntese com abordagem qualitativa, um importante instrumento para a saúde e educação que permite a integração de diversos estudos publicados e a construção de um arcabouço conceitual sobre o qual se desenvolverá a abordagem do tema.

De acordo com Francis-Baldesari (2006, p.25), pesquisadora da UK Cochrane Centre, a metassíntese é descrita nas seguintes etapas: “1. Identificar o interesse intelectual que a pesquisa qualitativa pode informar. 2. Decidir o que é relevante aos interesses iniciais de inclusão para os estudos. 3. Leitura dos estudos. Aqui os estudos devem ser lidos e relidos

para análise das metáforas e interpretações relevantes a pesquisa, elaborando sínteses. 4. Determinar como os estudos estão relacionados, identificando e registrando metáforas-chave, frases importantes, ideias ou conceitos e fazer a justaposição com outros estudos. 5. Analogicamente, elaborar novas afirmações que correspondam às metáforas e conceitos centrais identificados, respeitando o seu contexto de origem. 6. Sintetizar as interpretações, elaborando a nova explicação de modo equivalente aos estudos pesquisados. 7. Elaborar expressamente a nova síntese, traduzida em linguagem claro, conciso, transparente e direto.”

A metodologia das pesquisas qualitativas é avaliada a partir do instrumento *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) recomendado por pesquisadores da PBE (GUANILO; TAKASASHI; BERTOLOZZI, 2011), a partir de três eixos principais: A- validade dos resultados da revisão qualitativa; B- quais são os resultados; C- como estes resultados podem auxiliar? Para respondê-los, o instrumento (ANEXO) que norteia a avaliação da qualidade destas pesquisas, consta de dez questões sistematicamente investigativas da natureza metodológica do estudo: (1) clareza do objetivo; (2) adequação da metodologia da pesquisa; (3) os procedimentos metodológicos são apropriados para alcançar os objetivos; (4) adequação da seleção amostral; (5) descrição da coleta de dados; (6) relação entre pesquisador e participantes; (7) atenção dada às questões éticas; (8) análise rigorosa dos dados; (9) clareza dos resultados apresentados; (10) aplicabilidade do conhecimento gerado pela pesquisa.

Tendo aplicado este instrumento avaliativo, os estudos são classificados como categoria A quando atendem pelo menos nove dos itens propostos, significando que este têm baixo risco de viés ou categoria B quando atende a pelo menos cinco dos itens apresentados, o que o determina como risco de viés moderado.

Destaca-se aqui a potencialidade da metassíntese qualitativa em ampliar o alcance dos resultados advindos da percepção, sentimentos, visão, vivência e experiência dos sujeitos envolvidos nos estudos, uma soma das partes que propiciam uma nova interpretação dos resultados que até então não poderiam ter sido encontrados em estudos primários, contribuindo assim nas decisões assistenciais e educacionais da saúde, especificamente na formação tanatológica dos técnicos em Enfermagem (LOPES; FRACOLLI, 2008).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

"Assim, a morte de um outro significa também a perda de parte do "eu" que se constituiu na relação com aquele. A nossa vivência fica marcada naqueles com quem nos relacionamos e em tudo aquilo que, com outros, construímos como acúmulo para a humanidade". Antônio Inácio Andrioli

Para a operacionalização desta revisão, as seguintes etapas foram percorridas: seleção das questões temáticas a partir da área de interesse intelectual e objetivo da pesquisa (formulação do problema); coleta de dados e estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos trabalhos (amostra) que permitiram a seleção dos estudos relevantes à amostra; análise e interpretação dos resultados por meio de leituras e registros de palavras-chave, temas e categorias centrais e análise de como os estudos se inter-relacionam, comparação dos estudos; elaboração de novas afirmações a partir de síntese e integração dos achados e elaboração do resultado da pesquisa, uma nova explicação equivalente aos estudos pesquisados.

5.1 População e amostra

A população desta pesquisa foi constituída por 47 publicações científicas processadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e indexadas nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências de La Salud) e SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), bem como o acervo da biblioteca Baeta Viana, base de teses e dissertações da USP e UNICAMP, no que se refere a periódicos, teses e dissertações.

Após leitura e análise, a amostra consta de cinco publicações científicas selecionadas, conforme critérios de inclusão e exclusão deste estudo, sendo descartadas às que apareceram por mais de uma vez durante a pesquisa.

A busca dos trabalhos publicados limitou-se ao período compreendido entre os anos de 1998 a 2013, restringindo-se aos idiomas inglês, português e espanhol, sendo realizada no período de fevereiro de 2013 a abril de 2013.

Os descritores utilizados na busca, conforme descrições próprias pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: “morte”, “morrer”, “enfermagem”, “atitudes frente à morte”, “Tanatologia” e “representações sobre a morte”, empregando o operador booleano AND, OR e NOT, além de recursos como palavras truncadas e expressões entre aspas, na

tentativa de encontrar o máximo de publicações. O caminho percorrido no levantamento de artigos esta descrito na Tabela I.

TABELA I – Estratégia de busca eletrônica

Banco de Dados	Palavras-chave/Descritores	Artigos encontrados	Artigos selecionados
LILACS	1) Morte, morrer, enfermagem	104	16
	2) Morte, Atitudes frente a morte, Tanatologia	1	0
	3) Representações sobre a morte	66	2
	4) Tanatologia, enfermagem	25	0
	5) Tanatologia	87	3
BDENF	1) Morte, morrer, enfermagem	76	4
	2) Tanatologia, enfermagem	16	4
	3) Representações sobre a morte	31	1
	4) Atitudes frente a morte	9	0
	5) Atitudes frente a morte, enfermagem	4	0
	6) Tanatologia	20	0
SciELO	1) Morte, morrer	74	7
	2) Morte, morrer, enfermagem	31	0
	3) Morte, morrer, representações sobre a morte	1	1
	4) Tanatologia, Enfermagem, Representações sobre a morte	0	0
	5) Tanatologia, enfermagem	7	1
	6) Representações sobre a morte	0	0
	7) Atitudes frente a morte	2	0
	8) Atitudes frente a morte, enfermagem	0	0
MEDLINE	1) Morte, morrer, enfermagem	18	0
	2) Atitude frente a morte, enfermagem	26	0
	3) Representações sobre a morte	0	0
	4) Tanatologia, enfermagem	10	0
Base de tese e dissertações da USP, UNICAMP, UFMG	1) Morte, morrer, Enfermagem, tanatologia, representações sobre a morte	21	8
	2) Representações sobre a morte, enfermagem	10	0
	3) Atitude frente a morte, enfermagem, morrer	0	0

Para a inclusão de materiais foi feita a leitura dos títulos de cada trabalho, seguida da leitura do resumo daqueles que forem pertinentes a cada expressão de pesquisa – estarem relacionados à percepção do técnico de enfermagem sobre o lidar com a morte e o morrer. Como critério de exclusão foram separados os artigos, teses e dissertações que continham o tema morte relacionados a outras áreas profissionais que não a enfermagem e a psicologia, por meio da leitura do título e resumo dos mesmos além dos que não apresentem relação com a temática proposta para a pesquisa, bem como aqueles que apresentavam apenas resumo disponível online. Sabe-se que outras produções científicas podem não estar indexadas significando que o achado desta pesquisa não esgota a temática em questão.

Os cinco artigos selecionados foram obtidos por meio de arquivos em Portable Document Format (PDF), via online e por reprodução de artigos impressos localizados nas referidas bibliotecas.

Dos artigos que se adequaram aos critérios de inclusão estabelecidos para esse estudo, apenas três possuem abordagem direta com o tema em estudo, demonstrando a carência de publicações sobre essa temática.

Alguns livros do acervo particular com importância reconhecida e de relevância para o estudo também foram utilizados como fonte de pesquisa.

5.2 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo estão relacionadas aos autores, conforme sua profissão e titulação profissional; às características das publicações, como o título, delineamento e tipo de publicação; relação a variável de interesse: formas de enfrentamento e sentimentos diante o processo de morte e morrer.

5.3 Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um instrumento (APÊNDICE) para extração dos dados dos artigos selecionados, de modo a assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída e que respondam as questões norteadoras deste estudo. Este referido instrumento contém itens relacionados às variáveis: características dos autores – profissão e titulação, ano de publicação, título, objetivo, desenho do estudo e resultados.

5.4 Análise dos estudos

Nessa etapa se define o que será extraído dos estudos selecionados. O tratamento dos dados se processou através da análise de conteúdos, comparação, tradução, análise e síntese dos dados originais e como se relacionam entre os estudos, em especial à análise temática apresentada nas publicações, de forma que resultem em novas interpretações, englobando e destilando os significados nos estudos constituintes da amostra. Este tipo de análise retrata “os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 1993, p.209). A análise dos dados a partir da integração e síntese de pesquisas qualitativas por técnicas de análise comparativa qualitativa, comparação e categorização da informação obtida dos dados individuais e análise do conteúdo, permite obter resultados que influenciam no conhecimento e proporcionam tomadas de decisões essenciais (LOPES; FRACOLLI, 2008).

Os artigos selecionados foram submetidos à leitura, extração de dados e preenchimento do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE) que contemplou os seguintes itens: referentes ao artigo – codificação do estudo, título, ano de publicação; referente ao autor – profissão e titulação; referente ao estudo – objetivo, desenho e resultado.

Para análise da qualidade dos artigos, conforme critérios de qualidade preconizados utilizou-se o formulário padronizado *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*.

6 RESULTADOS

Trabalhar com morte e luto é lidar com emoções.
Aroldo Escudeiro

Os resultados estão apresentados na seguinte ordem:

Características das publicações;

Características dos autores, título, objetivo dos estudos, tipo de estudo e nível de evidência;

Características dos estudos quanto ao número de autores, profissão, titulação e local de atuação;

Manifestações dos enfermeiros e técnicos;

Os cinco estudos que constituíram a amostra deste trabalho foram publicados no período de 2001 a 2012 em periódicos e foram nomeados de A1 a A5. Suas características estão discriminadas nos Quadros 1 e 2.

QUADRO 1- Características das Publicações

Estudo	Ano	Base/dados	Idioma	Referências
A1	2006	LILACS	Português	CARVALHO, Maria Dalva de Barros; VALLE, Elisabeth Ranier Martins. Vivência da morte com o aluno na prática educativa. Ciência, Cuidado e Saúde , Maringá, v.5, Supl., p. 26-32, 2006. ISSN 1984-7513. Disponível em: < http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5149 >.
A2	2011	SCIELO	Português	COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. Ciência & Saúde Coletiva , v.16, n.9, p. 3893-3900, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000025 >. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000025 .
A3	2009	SCIELO	Português	FERNANDES, Priscila Valverde; IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia. Psicol. Teor. Prat. , v.11, n.1, p.142-152, 2009. ISSN 1516-3687. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100012&lng=pt&nrm=iso >.
A4	2009	UNESP	Português	BARROS, Amailson Sandro; MARTINS, Claudia Regina Magnabosco. A percepção do técnico de enfermagem sobre sua formação em Tanatologia. Revista de Psicologia da UNESP, v.8, n.1, p.110-121, 2009. ISSN:1984-9044. Disponível em: < http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/54/143 >.

A5	2012	SCIELO	Português	LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues. Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. Rev Gaúcha Enferm , Porto Alegre, v.33, n.3, p. 190-197, set. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300025&script=sci_arttext >. ISSN 1983-1447. http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300025 .
----	------	--------	-----------	--

A maioria dos artigos selecionados para a pesquisa encontra-se disponíveis na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) – A2, A3, A5, ou na Literatura Latino-americana em Ciências de La Salud (LILACS) – A1. O outro estudo encontra-se no banco de dados da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – A4.

QUADRO 2- NÚMERO DE AUTORES, TÍTULO, OBJETIVO DOS ESTUDOS, TIPO DE ESTUDO.

Estudo	Autores	Título	Objetivo	Tipo
A1	02	Vivência da morte com o aluno na prática educativa.	Investigar a morte no âmbito educacional na área de saúde, na relação aluno-professor de enfermagem.	Qualitativo
A2	02	Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski.	Focalizar a complexidade da morte para profissionais da saúde que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva.	Qualitativo
A3	03	O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia.	Conhecer as concepções de morte, reações, sentimentos para técnicos de enfermagem que lidam com pacientes terminais.	Qualitativo
A4	02	A percepção do técnico de enfermagem sobre sua formação em Tanatologia.	Analisar a percepção do técnico de enfermagem sobre sua formação em Tanatologia.	Qualitativo
A5	07	Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico.	Conhecer como a morte e o ensino acadêmico, nessa temática, tem sido abordados em publicações científicas nacionais na área da saúde.	Qualitativo

Os estudos apresentados no quadro acima (Quadro 2) são de abordagem qualitativa, geralmente de trajetória fenomenológica, sendo que os dados coletados são predominantemente exploratório-descritivos, obtidos através de entrevistas, observação do participante, revisão sistemática da literatura e pesquisa exploratório experimental, além de uma revisão integrativa, com o objetivo de capturar a perspectiva em estudo e comprovar as hipóteses anteriormente formuladas, ou seja, há o interesse na interpretação da informação coletada com ênfase na subjetividade.

Dos artigos em estudo, todos procuram compreender o medo e a complexidade da morte, a institucionalização da morte, os reflexos e as consequências para os profissionais de enfermagem, em especial para o técnico de enfermagem.

Os sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde também foram outro ponto de análise destacado, como observado nos mesmos.

Outro importante fator detectado e discutido pelos autores foi à educação para a morte, enquanto formação acadêmica de enfermagem para o enfrentamento do processo de morte e morrer.

A análise de artigos publicados em periódicos nacionais abordando os reflexos da morte na equipe de saúde pode ser observada em A5, bem como o modo que circulam as informações em publicações de enfermagem e o impacto destas na produção de “verdades” que podem alterar a percepção do profissional.

As concepções e representações da morte para o técnico em enfermagem, frente a sua formação técnica foram descritas em A3 e A4, os únicos artigos ligados diretamente à temática deste estudo.

É possível compreender que os artigos abordam a proposição em estudo direcionada a setores hospitalares tidos como presença constante da morte - unidades de terapia intensiva e a emergência - em detrimento a educação profissional para o desenvolvimento de habilidades específicas para o lidar com tais processos: morte e morrer.

Pode-se perceber a incipiência de artigos científicos publicados relacionados diretamente com a temática envolvendo o técnico de enfermagem – A3 e A4, fator instigante que desvelou o interesse desta pesquisa, seja na sua formação profissional, no seu cotidiano de trabalho, nos sentimentos expressos por estes profissionais ou na forma de identificar e lidar com elementos que possam dificultar a sua atividade laboral, fatos que suscitam a necessidade de uma educação efetiva para compreender a morte através da modificação do paradigma pedagógico utilizado na formação destes profissionais.

Características dos autores das publicações identificadas

QUADRO 3- CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS QUANTO AO NÚMERO DE AUTORES, PROFISSÃO, TITULAÇÃO E LOCAL DE ATUAÇÃO.

Estudo	Nº autores	Profissão	Titulação	Local de atuação
A1	02	Enfermeira Psicóloga	Doutora Doutora	UEM, PR USP
A2	02	Psicóloga Antropólogo	Doutora Doutor	UNESP, ITA UNICAMP
A3	03	Psicóloga Psicóloga Psicóloga	Mestre Mestre Doutora	UFSC UFSC UFSC
A4	02	Psicólogo Psicóloga	Mestre Mestre	UFPR UNICENTRO
A5	07	Enfermeira Enfermeira Química Acadêmica de Enfermagem Acadêmica de Enfermagem Enfermeira Enfermeiro	Mestre Doutora Doutora Acadêmica Acadêmica Mestre Mestre	UFSM UFSM UFRGS UFSM UFSM FURG FURG

Analisando o quadro acima (Quadro 3), pode-se observar que a maioria dos autores dos artigos são psicólogos, sendo que somente seis são enfermeiros, duas são acadêmicas de Enfermagem, um antropólogo e uma química.

Destes autores, seis são Doutores em suas respectivas áreas – Psicologia e Enfermagem, quatro psicólogos e quatro enfermeiras possuem a titulação de Mestre em Enfermagem. O antropólogo, os psicólogos, além da química possuem a titulação de doutor em sua respectiva área.

Interessante notar a falta de produção científica das faculdades e universidades, dentro do período de tempo selecionado para o estudo, em nosso estado, pois como visto, os artigos são de faculdades/universidades vinculadas a outras cidades e estados brasileiros.

QUADRO 4 – Manifestações dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

Estudo	Manifestações dos enfermeiros e dos técnicos
A1	No cotidiano docente com o aluno no campo hospitalar, vivenciam-se situações estressantes que envolvem a morte e o morrer, manifestada pela não verbalização, da não discussão. Não falar sobre a morte na relação ensino-aprendizagem é o usual entre os docentes. Uma armadilha, um empecilho para uma formação mais humanizada. Os professores revelam a angústia de pensar na morte e um profundo desamparo ao enfrentar com seus alunos no cotidiano do hospital, mesmo sendo cobrados pelos alunos, o que o faz procurar saídas e falar sobre a morte apenas quando ela acontece, rápido e superficialmente. Sentem-se desamparados, sem uma equipe de apoio. O docente compreende a

	urgência de discutir, de refletir a questão da morte na formação do enfermeiro.
A2	A morte adquire sentimentos subjetivos que dependem da influência cultural, do meio social e do mundo psíquico de cada indivíduo. A formação técnica em saúde gera a possibilidade de morte e afirma ser função do profissional da saúde não o cuidado do paciente, mas a recuperação e manutenção da vida a qualquer custo. Todo mundo foi treinado para salvar vidas e simplesmente fingir que não existe a morte. Os cursos de formação na área da saúde caracterizam-se pela ênfase nos procedimentos técnicos em detrimento de uma formação humanizada. Então, o profissional da saúde está preparado para a cura, mas frequentemente angustiado pela morte. Mesmo para os profissionais que se formaram mais recentemente, a formação sobre o assunto foi considerada insatisfatória, não conseguindo seu objetivo de preparar o profissional para lidar com esse tipo de situação. A deficiência na formação profissional pode ser um determinante importante na maneira como os profissionais da saúde entendem e lidam com a morte. Falta de estratégias de enfrentamento que leva a representação da morte como fracasso e impotência.
A3	A presença da morte instaura no exercício profissional um alto grau de compromisso do técnico para com o enfermo, pois é nessa hora que este depara fortemente com os dois possíveis resultados de seu trabalho, que seriam a restituição da saúde ou a morte do paciente. O cotidiano de trabalho dos técnicos impõe uma rotina acelerada que pode estar associada com a necessidade de negação da morte. O “ocultamento” e “desaparecimento” das pessoas que acabaram de morrer não pode esperar. Parece difícil suportar a concretude da morte. Há uma dificuldade em presenciar a morte, mesmo para os técnicos experientes, o medo da morte de outrem remetia ao medo da própria morte. O preparo mais adequado para a experiência com o paciente terminal poderia influenciar positivamente na maneira de encarar o assunto e melhorar o relacionamento enfermeiro-paciente-terminal. Na formação dos profissionais da enfermagem, são aprendidas diversas técnicas a serem executadas para prevenção, promoção, cura ou reabilitação do paciente, com protocolos específicos, sinalizando passo a passo os procedimentos. No preparo do corpo pós-morte, os técnicos informaram que a preparação vai muito além da técnica; é um momento de grande concentração, na prática, afloram sentimentos e emoções variados, além da utilização de mecanismos de defesa para suportar esses momentos. Abafar a morte, expulsá-la do cenário torna uma defesa para o técnico que precisa terminar de realizar todos os procedimentos necessários e que não pode se abater com a morte.
A4	A ênfase do curso é de que os profissionais de enfermagem devem saber amenizar a dor e sofrimento do paciente, e aprender a se acostumar com a situação de perda. De outra forma, para o docente e para a equipe, a morte é uma temática difícil de nominar, de explicar e de ser pensada, porque causa medo e tristeza e afasta as pessoas. Os entrevistados evidenciam que houve uma lacuna durante a formação profissional, sendo a temática Tanatologia estudada superficialmente em sala de aula. Há ausência de preparo consistente para lidar com a morte e as consequências emocionais desta para o profissional, relatando terem recebido orientações apenas sobre os procedimentos técnicos a serem adotados quando da ocorrência da morte de seus pacientes e de como controlar seus sentimentos evitando envolver com a situação. A análise da entrevista do docente revelou que poucos comentários foram feitos sobre o tema, pois a morte é algo que “afasta as pessoas” e isto causa dificuldades para abordá-la, fato que demonstra despreparo deste profissional que evidenciou não ter tido nenhuma disciplina específica em sua graduação que abordasse o tema, ou seja, os currículos de Enfermagem não privilegiam de forma eletiva questões da morte e o morrer. Verifica-se a necessidade de estudar e debater mais sobre o tema com a expectativa de obter melhores condições para lidar com a situação de morte durante a prática dos estágios. A experiência da morte de pacientes, já no primeiro estágio, torna-se um dos principais fatores de desistência do curso, talvez ligado ao não acolhimento por parte da equipe pedagógica, dos medos e da ansiedade que tal vivência desperta nos estudantes. O curso privilegia o saber-fazer e que nos estágios o suporte para o enfrentamento da experiência de morte de pacientes ocorre entre os próprios estagiários. O distanciamento do profissional e do estudante do curso Técnico de Enfermagem demonstra uma tentativa destes em não querer entrar em contato com as suas próprias angústias diante do processo de morte e morrer. Uma proteção psíquica para suportar o sentimento de fracasso que morte desperta no estudante e no trabalhador, educados para salvar vidas e não perdê-las. O tempo de experiência não suprime o sentimento de fracasso, apenas faz com que o profissional se acostume com a rotina de trabalho e com que suas atitudes perante a morte sejam encaradas de maneira fria. A negação da morte se revelou uma estratégia dos entrevistados para lidar com a morte de pacientes, silenciada na preocupação com a rotina de trabalho. A escolha de se tornar Técnico em Enfermagem implica enfrentar a morte, sendo que a experiência de vivenciar a morte de pacientes durante o estágio curricular pode se tornar a confirmação de que o estudante está apto a exercer a profissão. É o intuito de dar a si e aos outros a prova de que ele consegue trabalhar

	no hospital sem se desestabilizar com o sofrimento e a morte.
A5	A morte invade todos os espaços e sua onipresença implícita ou explícita detona angústias difusas e paralisantes, um grande desafio para os profissionais da área da saúde, onde a morte faz parte do cotidiano e pode se tornar sua companheira de trabalho diária. Mesmo assim, estes profissionais encontram dificuldades em encará-la como integrante da vida e consideram sua presença como resultado do fracasso terapêutico e do esforço pela cura. Esta compreensão da morte como fracasso está reforçada pela própria formação do profissional, quando neste momento, se deixam de abordar e promover discussões referentes às concepções e aos sentimentos sobre o morrer e a morte. No foco da aprendizagem, na formação de profissionais da saúde, a morte é matriz geradora de conflitos, de estresse que interferem negativamente na relação educativa. No Brasil, poucas escolas na área da saúde oferecem ênfase em disciplinas em seu currículo que abordem a temática. Ênfase maior é dada em disciplinas que instrumentalizam o profissional no cuidado para a preservação da vida ou cura das doenças, mas pouco ou nenhum respaldo oferecem para abordar o cuidado as pessoas que vivenciam a terminalidade. Por vezes, o docente, o educador encontra-se perdido, procurando uma saída na impessoalidade, sentindo-se inseguro ao tratar o tema morte. Fato evidenciado através da sua insensibilidade e frieza, o que prejudica o desenvolvimento do educando, impede-o de crescer humana e profissionalmente.

Todos os artigos foram submetidos à avaliação CASP, sendo classificados na categoria A, os estudos A1, A2, A3 e A4, o que significa que atenderam pelo menos nove dos dez itens propostos, ou seja, os artigos possuem baixo risco de viés e como categoria B, o estudo A5, visto ter atendido sete itens, apresentando risco de viés moderado.

Analisando o quadro acima, no estudo A1, nota-se que os próprios docentes ao vivenciarem a morte e o processo de morrer com seus alunos, passam por momentos conflituosos e por não estarem aptos, por não se sentirem confortáveis para discutir sobre o assunto, acabam compartilhando de momentos de não discussão durante o processo de ensino-aprendizagem. Um reflexo de uma formação inadequada sobre a temática que os impele a proferir alguns poucos dizeres superficiais, em especial somente quando tais fatos ocorrem, além de se sentirem solitários ao buscar um apoio da equipe e estarem cientes da exigência em discutir sobre o assunto.

Já no estudo A2, fica nítido que a cultura, o meio social e fator psicológico, influenciam toda a percepção individual sobre a morte durante a formação técnica em saúde, que priorizam as técnicas, a recuperação e a manutenção da vida, os obrigando a ocultar a morte ou a encará-la como fato irreal e a se sentirem angustiados quando vivenciam tal acontecimento, visto que representam como fracasso de seu trabalho. Outro destaque neste estudo é para a formação contemporânea que ainda se procede de forma insatisfatória ao não preparar os discentes para lidarem com tal situação, o que pode ser fator determinante para o modo profissional de compreender e participar do processo de morte e o morrer.

Em A3, denota-se, por um lado, o envolvimento do técnico de enfermagem com seu trabalho, que busca conseguir restituir a saúde dos pacientes sob seus cuidados, e do outro o lidar com a morte. Os autores levantam a hipótese de que a rotina de trabalho acelerada dos

técnicos pode estar associada às necessidades especiais de negar a morte, de ocultá-la em seu cotidiano, o que demonstra a árdua tarefa de agora sustentar a forma material da morte, e não apenas a imaginária, mesmo para aqueles técnicos que já possuem experiência de trabalho, visto os fazer defrontar com o medo de sua morte própria. Neste estudo, tanto quanto em A2, é destacado que na formação do técnico em enfermagem, priorizam-se além da prevenção, promoção, cura ou reabilitação do paciente os procedimentos técnicos específicos inerentes à profissão, mesmo que alguns procedimentos, como o preparo do corpo, seja vivenciado de forma diferenciada da técnica-teoria, pois sentimentos são despertados, emoções são vivenciadas e armaduras de defesa são projetadas, pois há a necessidade de se continuar com rotina trabalhista sustentando tais fatos. Ainda há destaque para a necessidade de um preparo mais capacitado que proporcione modos melhores de enfrentar de maneira menos negativa tais acontecimentos, inclusive melhorando a convivência e comunicação entre os envolvidos no processo de cuidar dos pacientes terminais.

No estudo A4, ênfase maior é dada ao curso profissional dos técnicos em enfermagem, que abordam formas de abrandar a dor do paciente e que este profissional deve se acostumar com a situação de perda, pois tal assunto, tanto para a equipe, quanto para o docente é de difícil abordagem e explicação, pois pensar nela provoca sentimentos como o medo e a tristeza, além de afastar as pessoas. Ainda é destacado, como em A2 e A3, que os procedimentos técnicos são melhor orientados, e de que a formação em Tanatologia foi superficial, sem um preparo mais sólido que os ajudariam a defrontar-se com a morte e com os sentimentos e emoções despertados durante o processo de morrer. O estudo mostra também que os docentes sentem-se despreparados e desconfortados para dissertar sobre o assunto, visto que também não tiveram alguma disciplina mais específica durante sua graduação para compreender e apreender sobre questões da morte e o morrer. Esta falta de preparo, tanto docente, quanto discente, faz com que o discente, ao vivenciar a morte em sua primeira prática de estágio, o faça desistir de sua formação profissional, o que está ligado ao não acolhimento da equipe pedagógica, aos medos, receios e ansiedade ao vivenciar tais episódios. Mais uma vez, aqui a morte também é encarada como fracasso profissional, pois foram treinados para salvar vidas, os obrigando apenas a acostumar-se com a rotina e a se tornarem frios e negar a morte para encarar o fenômeno comum em seu trabalho.

O estudo A5 discorre que a morte é rotineira aos trabalhadores da saúde e que estes profissionais, mesmo lidando diariamente com este evento, possuem dificuldades para compreendê-la como integrante da vida e que, mais uma vez, como em A2, A3 e A4, consideram-na como fracasso terapêutico, fracasso do esforço pela cura, pois foram formados

para tal empreendimento. Durante sua formação, poucas discussões sobre o assunto foram feitas, pois é tida como matriz geradora de conflitos e estresse que atrapalha a relação educador-educando, como em A2, A3 e A4. Os autores ainda destacam que no Brasil, o número de escolas de saúde que abordam com maior ênfase sobre esta temática é reduzido, sendo as disciplinas instrumentalizadoras, as técnicas próprias da profissão, a preservação da vida e a cura de doenças mais enfatizadas, e que o docente sente-se despreparado e perdido para o processo de educação sobre o assunto, como também foi destacado nos estudos anteriores - A1, A2, A3 e A4.

7 DISCUSSÃO

Como cuidadores devemos estar preparados para este enfrentamento e cuidarmos também de nossas questões pessoais em relação à morte e às nossas perdas, para que possamos cuidar bem de nossos pacientes.
Aroldo Escudeiro

Mesmo sendo parte do processo de desenvolvimento humano, estando presente no cotidiano dos profissionais de saúde, negar a morte, fato imposto pela cultura ocidental, impede o crescimento profissional e o desenvolvimento de estratégias menos negativas para o enfrentamento do processo de morte e morrer.

Dentro do contexto da educação em saúde, investigar a morte pode resultar em uma melhora na humanização do processo educativo, além de favorecer um modo de agir autêntico, criativo e não rotineiro nas ações cotidianas da enfermagem, principalmente ao considerar que a morte é fato constante e se apresenta junto a outros fatos.

Dentre os dados desta metassíntese, destaca-se que a morte continua a ser matriz conflituosa que interfere negativamente na forma de se processar eficazmente a relação educativa, preparando os discentes para um enfrentamento do processo de morrer e da morte de pacientes sob seus cuidados.

Enquanto docente, enfrentar a morte junto aos alunos e ser capaz de tratar de forma adequada toda a gama de mistérios que ainda envolvem tal temática, desocultando o lado negativo que a permeia é o papel adequado da docência para uma melhor compreensão do aluno e para que este se torne melhor preparado para sua atuação profissional.

Vivenciar situações estressantes com o aluno na prática hospitalar, resultado encontrado nessa metassíntese, é outro indício da falta de preparo do docente para um saber agir e lidar com tais acontecimentos que envolvem a morte e o morrer, o que acaba em resultar na não verbalização, na ausência de discussão na relação ensino-aprendizagem, tornando-se um grande obstáculo para uma formação que privilegie a humanização do cuidado. Portanto, é evidente que o docente deveria ter tido uma formação mais adequada sobre a morte e o processo de morrer, o que consequentemente modificaria o seu enfrentamento junto a seus alunos e o seu ensinar-educar.

Como disse Kovács (1992), existe uma necessidade de sensibilização e aprofundamento nas questões relacionadas à angústia fundamental do homem, que é a morte. O que ocorre é que rotineiramente quase não se fala sobre a morte, apenas quando ela acontece e mesmo assim, de forma breve e simplória, principalmente porque não há uma

equipe preparada e que apoie estes profissionais, fornecendo suporte nos momentos necessários ao enfrentamento da morte.

Compactuando com Carvalho e Valle (2006, p.31), a falta de preparo, o abandono e as dificuldades para o enfrentamento da situação, além da responsabilidade do início da formação prática, modifica o cotidiano do professor com seu aluno em uma “permanente ebulição emocional”.

Em consequência, novos profissionais, técnicos em enfermagem também serão inapropriadamente educados para lidar com as questões de vida e morte. Então, identifica-se também que cabe um melhor preparo do enfermeiro em sua graduação, o que resultará em uma formação mais adequada dos futuros técnicos. É o “quebrar o gelo”, modificar o contexto da educação em saúde.

Fato importante constatado foi o despreparo dos técnicos em enfermagem sobre a sua formação técnica em saúde, enraizada no modelo biomédico, que prioriza os procedimentos técnicos em detrimento de uma formação humana, negando a possibilidade de morte, além de consolidar que a função do profissional da saúde é a recuperação e manutenção da vida a qualquer custo.

Sabe-se que a morte ainda representa um tabu cultural, mas a estes profissionais, discutir sobre o assunto e desenvolver habilidades interpessoais, junto aos conhecimentos teóricos-técnicos é primordial para o desenvolvimento das atividades profissionais, embora o que ocorra, como tratado no estudo de Combinato e Queiroz (2011), é que os profissionais da saúde estão preparados para a cura e mais frequentemente angustiados pela morte, mesmo para os formados mais recentemente, visto a discussão insatisfatória e o não preparo do profissional para lidar com as situações de morte e morrer. Barros e Martins (2009) corroboram com o exposto ao tratarem que a educação em saúde está voltada para o salvar vidas, forçando os estudantes de enfermagem a aprender que o cuidado prestado estará assegurando a continuação da vida.

Kovács (1992) afirma que nos cursos da área de saúde existe uma valorização dos aspectos objetivos e científicos, mas não há momentos e espaços adequados para discussões sobre o lidar com os sentimentos e as emoções desencadeadas pelo tema, fazendo com que os alunos, futuros profissionais não desenvolvam habilidades interpessoais importantes para a relação profissional-paciente-família. Logo, é esta deficiência na formação profissional um fator determinante, importante, que altera negativamente no modo destes profissionais entenderem e lidarem com a morte.

Entretanto, sabe-se do peso da educação e da sociedade na formação destes profissionais, pois a educação é determinada pela sociedade e pelos processos educativos é que “acontece a apropriação do conhecimento produzido historicamente, a formação da humanidade em cada indivíduo e a transformação da cultura e da sociedade” (COMBINATO; QUEIROZ, 2011, p.3898). Como disse Vigotski (2003), citado pelas mesmas autoras (2011, p.3898), “a meta da educação não é a adaptação ao ambiente já existente, [...] mas a criação de um ser humano que olhe para além de seu meio”, ou seja, um profissional que deve conseguir ir além da morte medicalizada e alcançar o cuidado para a boa morte.

Nesse viés, confirma-se que existe uma falta de estratégias de enfrentamento para lidar com o processo de morte que leva a representação da morte como fracasso e impotência profissional, visto terem sido educados para salvar o paciente a qualquer custo, um paradigma científico que impõe a obstinação pela cura do paciente.

Identificou-se também na metassíntese que os técnicos em enfermagem, além de lidarem mais assiduamente com pacientes terminais percebem a morte como fator intrínseco ligado diretamente à maneira de lidar com a morte e enfrentá-la. Isto porque a ideologia hospitalar faz com que ali seja um local de cura, negando então a morte. Quando esta ocorre e precisa ser enfrentada pelo técnico, fundamenta um grau elevado de comprometimento deste profissional para com o enfermo, visto que vai se debater com dois possíveis processos: a cura de seu paciente ou a morte deste. Nesta perspectiva, o trabalho da enfermagem se configura em processos de cura e de recuperação do paciente, sendo a morte enfrentada como expressão de fracasso. Assim, a rotina do técnico o obriga a negar a morte, pois esta o remete ao medo da própria morte, sem se lembrar de sua carga cultural ocidental que o leva a tal atitude (FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

Nesse sentido, ao técnico ainda cabe ter que lidar com a dor e sofrimento do paciente no processo de morte, o que acaba por abalá-los e os faz encarar seus mais recônditos conflitos, marca da atividade desenvolvida pelo técnico de enfermagem mediante diversas pressões em seu cotidiano de trabalho ao passar por tal situação. Acrescenta-se ainda que devido aos inúmeros afazeres, a tristeza não tem lugar, devendo ser rapidamente suprimida, pois não deve fazer parte da rotina.

Esslinger (2004), citado no estudo produzido por Fernandes, Iglesias e Avellar (2009, p.148) destaca que os conflitos vivenciados pelo técnico são decorrentes do processo de formação desses profissionais que priorizam as técnicas a serem executadas para “prevenção, promoção, cura ou reabilitação do paciente [...]”. Adotando visões análogas, Moreira e Lisboa (2006) citados no mesmo estudo (2009), destacam que não há uma discussão sobre o modo

de agir mediante inúmeras indagações, tanto do paciente, quanto dos familiares e até mesmo em como lidar com seus próprios sentimentos.

Em consonância no estudo de Barros e Martins (2009), fica nítido a formação formal inconsistente que aborda de forma superficial os estudos sobre a tanatologia, não auxiliando o aluno a se preparar para lidar com a morte e a perceber, identificar e saber se relacionar com as consequências emocionais desencadeadas pelo processo.

Os mesmos autores (2009, p.115) destacam que o próprio docente passou por sua graduação sem uma disciplina que abordasse de forma mais contundente o tema, ou seja, “os currículos de enfermagem ainda não privilegiam de forma eletiva questões da morte e o morrer”, o que, conseqüentemente irá refletir na atuação profissional e na formação dos discentes do curso de técnico em enfermagem. A falha então talvez se inicie na formação dos professores que vivenciam dificuldades em abordar e refletir sobre o assunto; um “ponto frágil que precisa ser revisto pelo curso em prol da qualidade de ensino oferecido pela instituição, [...] para garantir aos estudantes um espaço formal e sistematizado de elaboração dos fenômenos experienciados” (BARROS; MARTINS, 2009, p.119).

Esta lacuna na formação do técnico os faz desenvolver mecanismos de defesa para suportar os diversos momentos de angústia vivenciados junto ao processo de morrer, a morte e até mesmo no preparo do corpo: surge então a frieza, o distanciamento profissional, visto não poderem se abalar com a morte e terem de negar seus sentimentos e ansiedades, por não querer defrontar suas própria angústias diante do processo de morte e morrer. Inconscientemente, acabam por desenvolver essas armaduras que os protegem de enfrentar o sentimento de fracasso.

Os cinco artigos desta metassíntese concordam que há então, uma formação tecnicista que se preocupa em promover a manipulação do corpo em detrimento ao cuidado próprio e do outro, principalmente quando envolve o cuidado emocional que permeia toda esta relação, o que acaba por dificultar a compreensão profissional do processo de morte, conseqüentemente levando a não prestação do cuidado de forma satisfatória. Além disto, identificou-se a necessidade de mudança no paradigma do cuidado e a necessidade de priorizar os processos educacionais que favoreçam uma educação sobre a morte e o morrer na formação profissional e no contexto das instituições de saúde, o que favoreceria uma educação permanente sob o aspecto da “construção de novos sentidos e maneiras de atuação profissional que valorize a dignidade humana e a qualidade de vida de pacientes, familiares e trabalhadores” (COMBINATO; QUEIROZ, 2011, p.3899).

Barros e Martins (2009, p.112) pactuam com esta mesma ideia e consideram que abordar o tema morte durante o curso de formação do profissional de saúde é um “instrumento pedagógico que favorece um canal de diálogo capaz de ampliar a visão tecnicista que se tem do cuidado com o outro”, permitindo modos mais humanizados na prestação do cuidado, quer seja na vida, no processo de morrer ou na morte. Vão mais além ao apontarem a necessidade de se criar espaços sistematizados de discussão durante o estágio do técnico, o que o permitira expressar o luto, seus sentimentos, as experiências e as formas de enfrentamento inerentes a morte. Então, fica claro a necessidade de fomentar o ensino-aprendizado sobre a temática, além de ter a consciência de que ao educador compete conduzir o educando para a descoberta e a prática de valores morais, éticos e bioéticos, por meio dos quais a educação ganha sentido e o próprio educando se emancipa, enquanto sujeito de suas próprias ações (LIMA et al, 2012).

A partir desta metassíntese, detectou-se a escassez de estudos que caracterizem e auxiliem os técnicos de enfermagem a lidarem de forma mais adequada com as situações de morte e morrer, a saberem situar-se diante os sentimentos experimentados e a prestarem um cuidado mais humanizado.

Foi também possível identificar a necessidade de uma reflexão mais abrangente sobre os estudos ligados a morte e ao morrer, o que colaboraria com uma práxis educativa mais coerente e comprometida com a formação, com as formas de enfrentamento dos alunos e com a percepção dos profissionais técnicos em enfermagem acerca da morte e do morrer.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqueles que tiveram a força e o amor para ficar ao lado de um paciente moribundo com o silêncio que vai além das palavras, saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo.
Elizabeth Kübler-Ross

Trabalhar a morte abrange um enorme contexto dentre várias polêmicas que seguem o profissional de saúde, em especial o técnico em enfermagem. Para alguns profissionais, abordar sobre o tema ainda é questão incômoda, difícil de ser aceita, compreendida, seja por sua má formação sobre a temática, ou por não ter tido oportunidades de refletir sobre esta etapa natural da vida dos homens, ou até por se sentir culpado pela morte do paciente – paradigma que impõe a cura do paciente, responsabilizando o profissional pelo sucesso ou fracasso de seu atendimento.

Cabe ao homem tomar consciência de sua impermanência e romper com o medo de discutir e melhorar os processos de vida, sob a ótica da morte.

Procurou-se analisar as percepções dos técnicos em enfermagem acerca da formação profissional, sobre a morte e o morrer a partir de sua conduta e educação profissional.

Diante disto, este estudo permitiu identificar a percepção de que os técnicos de enfermagem atribuem ao seu cotidiano de trabalho ao terem que lidar com a morte e com o processo de morrer dos pacientes sob seus cuidados, principalmente quando esta se torna real e desperta a carência de qualificação para sustentá-la.

Foi possível observar que na formação destes profissionais, ainda prevalece o modelo centrado no atendimento biomédico, em detrimento de uma formação mais humanista. Um ponto de partida para tal acontecimento, se processa a partir dos currículos de enfermagem que não abordam de forma eficiente tais assuntos em poucas disciplinas ora isoladas, ora inexistentes. Então, fica nítido a necessidade de melhora no modelo educacional ainda utilizado na formação do técnico em enfermagem, priorizando uma educação voltada para a humanização do cuidado próprio e do outro, e de forma a fornecer subsídios suficientes para que estes profissionais consigam lidar de forma eficiente com os sentimentos emergidos durante os processos de morte e do morrer.

Espera-se que este estudo, principalmente diante a carência de trabalhos publicados relacionados ao âmbito dos técnicos em enfermagem de vivenciarem a morte em sua rotina de

trabalho, contribua para uma mudança na formação destes profissionais, além de permitir que menos efeitos colaterais sejam experienciados ao lidarem com a morte de pacientes.

No campo educacional, cabe ressaltar a importância de uma melhor abordagem da temática durante a graduação do docente, permitindo-o parar de tatear na escuridão e apreender a totalidade humana e começar a lidar com as questões do binômio vida e morte, fato que refletirá diretamente na formação do profissional de nível técnico em enfermagem. A este, melhorar seus conhecimentos sobre os assuntos tanatológicos, abriria momentos para reflexão dos aspectos que perfazem a morte e o morrer. Nesse viés, a educação então se transformaria em espaços que permitam a (re)construção de novos sentidos sobre a morte, novas perspectivas e atitudes profissionais que priorizem a humanização, além de facultar a criação de um ser humano que olhe para além do seu meio.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, I.R. *et al* . O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2006 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 mar. 2013.

ARAÚJO, P.V.R.; VIEIRA, M.J. A questão da morte e do morrer. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v.57, n.3. maio-jun. 2004. P.361-363. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a22v57n3.pdf>>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000300022>. Acesso me 23 mar. 2013.

ARGENTA, C. *et al*. A morte em setor de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 13, n. 2, p.284-289, jan./mar. 2008. ISSN 2176-9133. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/12516/8573>>. Acesso em: 20 dez 2009.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Trad. Priscila Vianna de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003. 316 p.

BARROS, A.S.; MARTINS, C.R.M. A percepção do técnico de enfermagem sobre sua formação em Tanatologia. **Revista de Psicologia** da UNESP, v.8, n.1, p.110-121, 2009. ISSN:1984-9044. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/54/143>>. Acesso em 7 mar. 2013.

BELLATO, R.; CARVALHO, E.C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.99-104, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100016>. >. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100016> Acesso em: 16 mar. 2013.

BOEMER, M.R. **A morte e o morrer**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1989. 135 p.

BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.2, p.324-331, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000200019&script=sci_arttext>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200019>. Acesso em 22 mar. 2013.

CARVALHO, M.D.B.; VALLE, E.R.M. Vivência da morte com o aluno na prática educativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, Supl., p. 26-32, 2006. ISSN 1984-7513. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5149>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

COELHO, L.H. G. V;MATOS S.S; BORGES E.L; Percepção do enfermeiro brasileiro sobre a manutenção do potencial doador de órgãos em morte encefálica .Monografia apresentada à EEUFMG. Belo Horizonte: 2013.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p. 3893-3900, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000025>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000025>. Acesso em: 23 mar. 2013.

DASTUR, R. **A morte, ensaio sobre a finitude**. Rio de Janeiro: Difel, 2002.

DOMENICO, E.B.L.; IDE, C.A.C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev Latino-am Enfermagem**, USP, 2003, jan-fev., v.11, n.1, p.115-118. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1743/1788>>. Acesso em 10 dez. 2013.

FERNANDES, P.V.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z. O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia. **Psicol. Teor. Prat.**, v.11, n.1, p.142-152, 2009. ISSN 1516-3687. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100012>. Acesso em: 23 mar. 2013.

FIDELIS, W.M.Z. **A morte e o morrer nas representações sociais dos alunos de curso de ensino médio de enfermagem**. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FRANCIS-BALDESARI C. Systematic reviews of qualitative literature. UK Cochrane Centre, Fevereiro, 2006. Disponível em: <http://www.dcu.ie/cochrane/presentations/FrancisBaldesari_06.pdf>. Acesso em: 19 out. 2013.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v.10, n.5, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1706/1751>>. Acesso em: 19 out. 2013.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I.A.C. A busca das melhores evidências. **Rev Esc Enferm**, USP, São Paulo, v. 37, n. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>>. Acesso em 20 out. 2013.

GUANILO, M.C.De-la-Torre-Ugarte; TAKAHASHI, R.F.; BERTOLOZZI, M.R. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo. v.45, n.5, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a33.pdf>>. Acesso em 19 out. 2013.

JÚNIOR, F.J.G. et al. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.64., n.6, p.1122-1126, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600020>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600020>. Acesso em: 23 mar. 2013.

KARINO, M.E; FELLI, V.E.A. Enfermagem Baseada em Evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. **Ciência, Cuidado e Saúde** 2012, v. 11 (suplem.): p.011-015. Disponível em:<

<http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17048/pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

KOVÁCS, M.J. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2003.

KOVÁVC, M.J. Atitudes diante da morte - visão histórica, social e cultural. In: _____ (coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LIMA, M. G. R. et al. Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.33, n.3, p. 190-197, set. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300025&script=sci_arttext>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300025>. Acesso em: 23 mar. 2013.

LOPPES, A.L.M.; FRACOLLI, L.A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008, n. 17, v. 4, p. 771-778, out-dez, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400020>.

MATHEUS, M.C.C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paul Enferm**. V. 22 (Especial Nefrologia), p.543-545, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/19.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2013.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: Ed. HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MOREIRA, A. C.; LISBOA, M. T. L. A morte – entre o público e o privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3. p.447-454, jul./set. 2006. ISSN 0104-3552. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2013.

MOTA, M.S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.32, n.1, p.129-135, mar. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100017>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100017>. Acesso em 23 mar. 2013.

NOBLIT, G.W.; HARE, R.D. Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies. Newbury Park, CA: Sage, 1988. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=fQQb4FP4NSgC&oi=fnd&pg=PA10&dq=+Meta-ethnography:+synthesizing+qualitative+studies&ots=MT7Dvxb5Ud&sig=uJoHIyYqhTDwJCqEmsdhXPwtfyY#v=onepage&q=Meta-ethnography%3A%20synthesizing%20qualitative%20studies&f=false>>. Acesso em: 19 out. 2013.

OLIVEIRA, S.G.O.; QUINTANA, A.M.; BERTOLINO, K.C.O. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.6, p.1077-1080, dez. 2010. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600033&script=sci_arttext>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600033>. Acesso em 23 mar. 2013.

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

SALOMÉ, G.M.; CAVALI, A; ESPÓSITO, V. Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p.681-686, set./out. 2009. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500005>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500005>. Acesso em: 24 mar. 2013.

SALOMÉ, G.M.; MARTINS, M.F.; ESPÓSITO, V.H.. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.62, n. 6, p. 856-862, nov./dez. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600009&script=sci_arttext>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600009>. Acesso em: 24 mar. 2013.

SANTOS, G.S. **A postura da equipe de saúde frente à morte fim dos cuidados paliativos em UTI**. Campinas, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/20052013gilberto.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2013.

SANTOS, J.L.; BUENO, S.M.V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100038&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100038>. Acesso em 20 mar. 2013.

SANTOS, J.L.; BUENO, S.M.V. A questão da morte e os profissionais de enfermagem. **Rev enferm**, UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n.3, jul/set 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a26.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2013.

SHIMIZU, H.E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm.**, 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>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300002>. Acesso em: 20 mar. 2013.

SILVA, K.S.; RIBEIRO, R.G.; KRUSE, M.H.L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade?. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, maio/jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300019&script=sci_arttext>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300019>. Acesso em: 24 mar. 2013.

- SULZBACHER *et al.* O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 11-16, jan./mar. 2009. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/3873/3852>>. Acesso em: 24 mar. 2013.

TURATO E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde**: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 out. 2013.

ANEXO

Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

<p>1. Houve uma declaração clara dos objetivos da pesquisa? Considerar: Qual o objetivo da pesquisa Por que é importante Seu relevância</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>2. A metodologia qualitativa é apropriada? Considerar: Se a pesquisa procura interpretar ou iluminar as ações e/ou experiências subjetivas dos participantes da pesquisa.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Vale a pena continuar?</p>	
<p>3. O modo da pesquisa foi apropriado para alcançar os objetivos da pesquisa? Considerar: Se o pesquisador tem justificado o modelo da pesquisa (ex: discutiu como eles decidiram, quais métodos usar?)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>4. A estratégia de recrutamento (seleção) foi apropriada para os objetivos da pesquisa? Considerar: Se o pesquisador explicou como os participantes foram selecionados. Se eles explicaram por que os participantes que eles selecionaram foram os mais apropriados para prover acesso ao tipo de conhecimento procurado pelo estudo. Se há discussões sobre o recrutamento (seleção) (ex: por que algumas pessoas não querem tomar parte)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>5. A informação coletada foi de uma maneira que alcançasse o assunto da pesquisa? Considerar: Se o local da coleta da informação foi justificada. Se está claro como a informação foi coletada (ex: grupo focal, entrevista semi-estruturada, etc). Se o pesquisador justificou os métodos escolhidos. Se o pesquisador tem feito os métodos explícitos (ex: para o método da entrevista, há uma indicação de como as entrevistas foram conduzidas, eles usaram uma guia tema?) Se os métodos foram modificados durante o estudo. Se a respostas for sim, o pesquisador explicou como e por que? Se a forma dos dados está clara (ex: gravações, material de vídeo, anotações, etc). Se o pesquisador tem discutido a saturação dos dados.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>6. O relacionamento entre pesquisadores e participantes tem sido considerado adequadamente? Considerar se está claro: Se o pesquisador examinou criticamente seu próprio papel, potencial e influência durante: *formulação das perguntas de pesquisa; *coleta de dados, incluindo amostra e seleção e local de escolha. Como o pesquisador respondeu aos eventos durante o estudo e se eles consideraram as implicações de alguma mudança no modelo de pesquisa.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>7. Os temas éticos têm sido levados em consideração? Considerar: Se há detalhes suficientes de como a pesquisa foi explicada aos participantes para o leitor acessar se os padrões éticos foram mantidos. Se o pesquisador tem discutido temas que surgidos pelo estudo (ex: temas sobre o consentimento informado ou confidencialidade ou como eles têm lidado com os efeitos do estudo nos participantes durante e depois do estudo). Se a aprovação foi solicitada ao Comitê de Ética.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>8. A análise dos dados foi suficientemente rigorosa? Considerar: Se há uma análise profunda do processo de análise. Se a análise temática é usada. Caso sim, está claro como as categorias/temas forma obtidas dos dados? Se o pesquisador explica como os dados apresentados foram selecionados da amostra original para</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>

<p>demonstrar o processo de análise. Se dados suficientes são apresentados para apoiar os achados. Até que extensão os dados contraditórios foram levados em conta. Se o pesquisador examinou criticamente seu papel, potencial e influência durante a análise e seleção dos dados para a apresentação.</p>	
<p>9. Há uma clara declaração dos achados? Considerar: Se os achados são explícitos. Se há discussão adequada da evidência no que diz respeito aos argumentos do pesquisador a favor e contra. Se o pesquisador tem discutido a credibilidade de seus achados (ex: triangulação, validação respondente, mais de um analista). Se os achados são discutidos em relação às perguntas da pesquisa original.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>10. Quanto valiosa é a pesquisa? Considerar: Se o pesquisador discute a contribuição que o estudo faz para o conhecimento existente ou compreensão (ex: eles consideram os achados em relação à prática atual ou política, ou em relação à relevância dessa pesquisa-base na literatura?) Se eles identificaram novas áreas onde a pesquisa é necessária. Se os pesquisadores têm discutido se ou como os achados podem ser transferidos para outras populações ou considerados outras maneiras pela qual a pesquisa pode ser usada.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Resultado da avaliação: categoria A = atendeu pelo menos nove dos dez itens propostos B = atendeu pelo menos cinco dos dez itens propostos</p>	<p><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B</p>

Fonte: CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP) Qualitative Research Checklist 31.05.13.
<http://www.casp-uk.net/wp-content/uploads/2011/11/CASP-Qualitative-Research-Checklist-31.05.13.pdf>

APÊNDICE

Instrumento de Coleta de Dados

Estudo/Autor/Ano Profissão e/ou Titulação	Título	Objetivo	Desenho do estudo	Resultado
A1- CARVALHO, M.D.B.; VALLE, E.R.M., 2006. <i>(Doutor em Enfermagem)</i>	Vivência da morte com o aluno na prática educativa.	Investigar a morte no âmbito educacional na área de saúde, na relação aluno-professor de enfermagem.	Qualitativa. Descritiva.	Compreensão do docente em discutir, refletir a questão da morte na formação do enfermeiro, na relação ensino-aprendizagem.
A2- COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S., 2011. <i>(Psicóloga, Doutora; Enfermeiro, Doutor)</i>	Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski.	Focalizar a complexidade da morte e do morrer para trabalhadores das UTIs – como lidar com o processo de morte? Como a formação profissional contribuiu com a compreensão e o enfrentamento de situações relacionadas à morte na UTI?	Qualitativo.	Necessidade de mudança no contexto institucional e na educação em saúde, com um foco mais específico na morte e no processo de morrer.
A3- FERNANDES, P.V.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z., 2009. <i>(Psicólogas)</i>	O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia e suas implicações na rotina de trabalho e na vida cotidiana.	Conhecer as concepções de morte, reações, sentimentos para técnicos de enfermagem que lidam com pacientes terminais.	Qualitativo.	Necessidade de criar espaços nos hospitais para expressar ideias, percepções e sentimentos ao enfrentar a morte no cotidiano de trabalho.
A4- BARROS, A.S.; MARTINS, C.R.M. 2009. <i>(Psicólogo. Mestre)</i>	A percepção do técnico de enfermagem sobre sua formação em Tanatologia.	Analisar a percepção do técnico de enfermagem sobre sua formação em Tanatologia.	Qualitativo.	Despreparo para lidar com a morte e o morrer. Falta de reflexão sobre o assunto durante o curso. Melhor abordar a Tanatologia na formação profissional.
A5- LIMA, M.G.R.	Revisão	Conhecer as formas	Qualitativo.	Despreparo dos

<i>et al</i> , 2012. <i>(Enfermeiras acadêmicas)</i>	e	integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico.	de abordagem da morte e do ensino sobre a morte e o morrer em publicações científicas na área de saúde.	discentes, docentes e demais profissionais da saúde para trabalhar com a morte, devido ao mau preparo em sua formação.
---	---	--	---	--