

Percepções e enfrentamentos do graduando de enfermagem no cuidado ao cliente necessitado de tecnologias duras e em processo de morte e morrer em
UTI

Perceptions of students and confrontations in the nursing care technologies to customers in need of hard and in the process of death and dying in the UTI

Percepciones de los estudiantes y los enfrentamientos en los cuidados de enfermería a los clientes las tecnologías que necesitan duro y en el proceso de la muerte y morir en la UTI

Andréia Fittipaldi – Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Carlos Roberto Lyra da Silva - Doutor em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Enfermeiro e professor adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Tel. (21) 32534517 cr-mano@uol.com.br. Estrada do Tindiba nº 979. Bl. 02 ap. 405 Jacarepaguá, CEP 22740360.

Resumo

Introdução: Tal propositura emergiu a partir da minha prática hospitalar, mais especificamente na unidade de terapia intensiva ao cumprir a carga horária de uma disciplina do Curso de Graduação em Enfermagem. O *objeto* tornou-se mais presente em minhas reflexões acadêmicas, pessoais e coletivas quando tive um tempo maior para cuidar de clientes em UTI de hospital público de referência em cardiologia localizado no município do RJ, na condição de estagiária, não

obstante, a referida investigação já vinha sendo desenvolvida quando desempenhava a Iniciação Científica na condição de bolsista. Objetivo: Identificar as percepções dos graduandos que cuidam de clientes necessitados de tecnologias duras e em processo de morte e morrer. Metodologia: Método qualitativo; o cenário uma IFES. Os sujeitos foram graduandos de enfermagem. A estratégia utilizada para a coleta de dados foi entrevista estruturada. Resultados e Discussões: Listamos 01 categoria de percepções de graduandos em termos lexicais. Conclusões: A preocupação e valorização das percepções dos graduandos de enfermagem por parte daqueles que ensinam e prestam assistência à saúde e cuidados de enfermagem; na pior das hipóteses, deve simbolizar um compromisso ético, um horizonte e uma meta perseguida pelos profissionais docentes e assistenciais de saúde, sobretudo, pela enfermeira.

Descritores: Enfermagem; Percepções; UTI.

Abstract

Introduction: This commencement emerged from my hospital practice, especially in the intensive care unit to meet the work load of a discipline of graduate programs in Nursing. The subject has become more present in my thoughts academic, personal and collective when I had more time to care for clients in the ICU of a public hospital of reference in Cardiology located in the city of Rio de Janeiro, on the condition of probation, however, that research was already being developed when performed in the Scientific Initiation of stock condition. Objective: To identify the perceptions of students who take care of customers and hard technologies needed in the process of death and dying. Methodology: qualitative method, the scenario

an IFES. The subjects were students of nursing. The strategy used for data collection was structured interview. Results and Discussions: listed 01 categories of perceptions of students in lexical terms. Conclusions: The recovery of concern and perceptions of nursing students by those who teach and provide health care and nursing, at worst, to symbolize an ethical, a horizon and a goal pursued by professional teachers and welfare of health, especially for the nurse.

Keywords: Nursing; Perceptions; UTI.

Resumen

Introducción: El comienzo de salir de mi práctica hospitalaria, sobre todo en la unidad de cuidados intensivos para atender la carga de trabajo de una disciplina de programas de postgrado en Enfermería. El tema se ha hecho más presente en mis pensamientos académico, personal y colectivo cuando tuve más tiempo para atender a los clientes en la UCI de un hospital público de referencia en Cardiología ubicado en la ciudad de Río de Janeiro, con la condición de prueba, sin embargo, que la investigación ya se desarrolló cuando se realizan en el almacén de Iniciación Científica condición. Objetivo: identificar las percepciones de los estudiantes que toman el cuidado de los clientes y las tecnologías necesarias duro en el proceso de la muerte y el morir. Metodología: método cualitativo, el escenario de una de IFES. Los sujetos eran estudiantes de enfermería. La estrategia utilizada para la recolección de datos fue estructurada. Resultados y discusiones: la lista de 01 categorías de las percepciones de los estudiantes en términos de léxico. Conclusiones: La recuperación de la preocupación y las percepciones de los estudiantes de enfermería por parte de quienes enseñan y

proporcionar la atención de la salud y enfermería, en el peor, para simbolizar el punto de vista ético, un horizonte y un objetivo perseguido por el secreto profesional y el bienestar de los maestros salud, especialmente para la enfermera.

Palabras clave: Enfermería; percepciones; UTI.

Introdução

Na concepção bachelardiana, ao fazer referência à formulação do *problema*, nos chama atenção que, em primeiro lugar, é preciso saber formular problemas. “E, digam o que disserem, na vida científica os problemas não se formulam de modo espontâneo^{1:18}”. Com fulcro em sua afirmação, o *objeto* dessa investigação são as percepções do graduando de enfermagem acerca do cliente necessitado de suporte tecnológico em processo de morte e morrer.

Tal propositura emergiu a partir da minha prática hospitalar, mais especificamente na unidade de terapia intensiva ao cumprir a carga horária de uma disciplina do Curso de Graduação em Enfermagem. Destarte, o referido *objeto* tornou-se mais presente em minhas reflexões acadêmicas, pessoais e coletivas quando tive a oportunidade de dispor de um tempo maior para cuidar de clientes necessitados de cuidados intensivos em um hospital público de referência em cardiologia localizado no município do Rio de Janeiro, na condição de estagiária.

No decorrer desse tempo, mantendo contato mais direto com o cuidado de enfermagem, principalmente com aqueles clientes fora de possibilidades terapêuticas, mas, necessitados de respirador mecânico, fez com que viesse a me questionar como e de que forma os cuidados estavam sendo realizados pelos

graduandos de enfermagem, uma vez que pude observar que eles se preocupavam, prioritariamente, em como manipular a máquina. Inclusive eu.

Essa preocupação passava a ter relevância quando me aproximava desse cliente para realizar alguns ajustes no respirador, raro era o momento em que eu interagia com o cliente. Talvez, por entender que, ao me preocupar prioritariamente com o respirador, não considerava o cliente *terminal* uma extensão da máquina, não na condição de coadjuvante, ou seja, o menos importante e sim, no sentido de interligação entre o cliente e a máquina.

Isso corroborou para aumentar ainda mais minhas reflexões sobre as percepções e os enfrentamentos dos graduandos quando estão diante desses clientes e, portanto, prestando cuidados de enfermagem. Observava também, a “dificuldade” que o graduando tinha para se aproximar do leito desse cliente. Ficava nítido que sua aproximação ocorria iniludivelmente quando no momento em que o alarme do respirador era disparado.

Sabendo que se tratava de um cliente que no plano biomédico se encontrava fora de possibilidades terapêuticas, era tomada pela impressão de que a máquina, naquele momento era quem determinava quando e com que frequência deveria nos aproximar do cliente para prestar-lhe o devido cuidado. Esse era um momento em que me “estranhava” com o referido contexto, mas, ainda assim, não emitia opinião capaz de contemplar uma possível resposta para esse problema, principalmente, ao fazer referência considerando que “a ciência, tanto por sua necessidade de coroamento como por princípio, opõe-se

absolutamente à opinião. Segue ainda afirmando que, (...) a opinião está de direito, sempre errada. A opinião pensa mal; não pensa; traduz necessidades em conhecimentos^{1:18}”.

Na concepção bachelardiana, a opinião não pode servir de base para o conhecimento, visto que, antes de tudo, é preciso destruí-la.

Tal atitude me fez pensar que nós graduandos nos perdemos num espaço fronteiro entre o homem em processo de morte e morrer e a máquina, neste caso, os respiradores, e, esta atitude poderia contribuir também para a construção *discursiva* de enfermagem em terapia intensiva de que o cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva é des(humano).

Jamais poderia imaginar o quanto a Unidade de Terapia Intensiva fosse capaz de despertar em mim algumas reações – boas e ao mesmo tempo ruins. Boas por estar diante de unidade altamente tecnológica, com profissionais tidos como qualificados e capazes de contribuírem para a minha formação. Em contrapartida, despertou-me emoções impactantes, sobretudo, quando me vi diante de um corpo inerte, que não era capaz de manter comigo uma relação de via dupla devido a sua condição de enfermidade extremamente grave, inclusive, necessitado de tecnologia dura (respirador artificial) para se manter biologicamente vivo. Tratava-se de um corpo que se quer, tinha condições de obter o precioso oxigênio para que seus milhares de células pudessem permanecer vivas. Ele dependia de um respirador artificial.

Devo confessar que cuidar de um ser humano em processo de finitude talvez não seja o desejo de muitos graduandos de enfermagem, mesmo sabendo que em sua prática cotidiana de cuidar em enfermagem, deverão cuidar de seus clientes desde a concepção até a morte. Sei também, que, a enfermagem muito embora não possa parecer, pode oferecer um cuidado diferenciado, um cuidado que transcende o aspecto biológico das necessidades humanas em sua natureza estrita.

Cuidar de um corpo fora de possibilidades terapêuticas no olhar biomédico vigente é sem dúvida, “martelar em ferro frio”, mesmo sabendo que a enfermagem cuida do cliente desde a sua concepção até a sua morte.

Como entender os axiomas nightingaleanos, diante de um cliente nesse contexto, quando diz que: “colocar o paciente nas melhores condições para que a natureza possa atuar sobre o processo de cura^{2:146}”. No entanto, como é cuidar de um cliente nessas condições mesmo entendendo que “cura” não é e nem tem sido uma terminologia própria da enfermagem, muito menos, tem sido utilizada por esses profissionais, haja vista que a “cura” muitas das vezes não é possível.

Ao fazer referência ao ambiente, em *Notas sobre Enfermagem*, a autora ressalta a importância de tornar o ambiente confortável como meta desejável no/do cuidado de enfermagem. Embora a idéia de conforto tenha sido abordada na literatura específica de enfermagem como parte do cuidado físico, com ênfase às ações voltadas para a higiene, posição do cliente no leito, manutenção da integridade corporal, sono e repouso, ainda assim, afirma que o conforto é um aspecto importante do cuidado e - levando-se em conta a qualidade da assistência

de enfermagem -, uma prática entendida por ela como da responsabilidade precípua da enfermeira no que concerne ao processo de restauração da saúde².

Na condição de graduanda em enfermagem, pensar quais/nos cuidados aos clientes necessitados de tecnologias e em processo de morte e morrer me leva a algumas questões, mas que para esse estudo destaco como norteadora, e que, no meu entendimento, ainda se trata de um *prolegômeno*.

Objetivo

Identificar as percepções dos graduandos que cuidam de clientes necessitados de tecnologias duras e em processo de morte e morrer.

Justificativa

Tal propositura encontra sua justificativa quando, ainda na condição de graduanda e em vias de se fazer enfermeira, pensar e refletir nas mais variadas possibilidades de pensar o cuidado ao cliente em fase terminal e no futuro enfermeiro, são imensas.

Embora ainda não materializada como ação de fato, pensamos que é possível buscar a partir das falas dos graduandos de enfermagem uma constatação de que para eles, existem em suas percepções, sentimentos e emoções que podem ser positivas ou negativas para sua formação e contribuição no cuidado dessa clientela.

Essa assertiva justifica-se, a nosso ver, porque precisamos entender o graduando de enfermagem diante de situações conflitantes, emergentes de um

contexto *tecnificado* onde muitas das vezes, prevalece como mais importante o arsenal/parafernália a qual os profissionais que nele labutam, precisam dominá-lo antes mesmo de cuidar do cliente, mesmo entendendo que esse processo é importante e necessário.

Assim, acessar as percepções dos graduandos nesse contexto é pensar neles também como sujeitos que necessitam de atenção por parte de seus professores, preceptores e demais membros da equipe de saúde da UTI.

Metodologia

Nessa monografia, a fim de que possa ser possível ampliar as possibilidades de investigação, optamos pelo método qualitativo, complementado-o pela quantificação do conteúdo das falas de graduandos de enfermagem para a organização e análise dos dados que foram aqui produzidos. Nesse sentido,

“A pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das reações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização das variáveis^{3:21}”.

Considerando as particularidades, limites e possibilidades do método qualitativo na busca de resultados que transcenda a simples compreensão do fenômeno, ressalta que a estratégia metodológica de se utilizar a complementaridade entre os dados quantitativos e qualitativos, proporciona um maior nível de integração e profundidade na análise⁴.

Desta forma, à análise de conteúdo será enriquecida com dados quantitativos (freqüência simples), permitindo uma visão mais ampla do fenômeno e do objeto

estudado, além de ter facilitado a maneira pela qual os dados serão interpretados e analisados à luz do referencial teórico proposto para discutir as percepções dos graduandos.

A fase de exploração de campo obedeceu quatro etapas propostas por a saber: "... (a) escolha do espaço da pesquisa; (b) escolha do grupo de pesquisa; (c) estabelecimento dos critérios de amostragem; (d) estabelecimento de estratégia de entrada em campo...^{3:101}".

A pesquisa foi realizada em uma Universidade Federal, mais especificamente, em uma Escola de Enfermagem localizada no estado do Rio de Janeiro.

Os *sujeitos-objeto* foram graduandos de enfermagem que estão em plena atividade assistencial nessas unidades, isto porque, as percepções e os enfrentamentos desses graduandos poderão estar mais aguçados pelo fato de estarem diante de clientes em processo de morte e morrer em uso de tecnologias duras. O número da amostra foi de dezessete (17) graduandos.

O instrumento de coleta de dados foi composto por entrevista semi-estruturada, contemplando as questões das sensações do discente acerca do seu estado emocional quando cuida de clientes fora de possibilidade terapêutica em uso de tecnologias duras em UTI, as percepções dos mesmos e a influência destas percepções em seus cuidados com esta clientela.

Ressaltamos que este estudo cumpriu os aspectos éticos de pesquisa existentes envolvendo seres humanos preconizado pela Resolução 196/1996 do Conselho

Nacional de Saúde. As entrevistas se deram após os sujeitos-objeto terem ciência dos objetivos do estudo e do caráter confidencial de suas respostas. Em seguida, foi entregue e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. A aprovação do Protocolo pelo CEP/UNIRIO obteve CAAE: 0008.0.313.000-09, aprovado em 17 de abril de 2009.

O referencial teórico

As Unidades de Terapia Intensiva têm sua origem na década de 60, mais precisamente durante a guerra do Vietnã, quando os soldados em estado crítico precisavam de um atendimento rápido e eficiente, porém, eram assistidos de modo improvisado por uma equipe de médicos e enfermeiros, que de uma forma heróica tentavam salvar vidas em meio a uma guerra de armas bélicas e também, uma guerra virtual com a morte.

Portanto, com menos de 40 anos de existência, estas unidades tiveram e até hoje gozam de grande repercussão dentro das instituições hospitalares, e vêm desde então, acompanhando as evoluções técnico-científicas que ocorram nesses poucos anos.

Estas unidades altamente especializadas tanto em recursos materiais como também em recursos humanos, possuem como papel principal a restauração da saúde/vida, a partir da combinação de cuidados intensivos de enfermagem, com a constante atuação de médicos intensivistas no atendimento ao cliente crítico, está “(...) está na combinação do cuidado intensivo de enfermagem com a constante atuação médica, no atendimento dispensado ao paciente crítico^{6:04}”.

A necessidade de oferecer um atendimento especial faz com que as Unidades de Terapia Intensiva reúnam em seu bojo pessoal exclusivamente qualificado e com características próprias, sendo esta, a alma da unidade de tratamento intensivo não é a sua instrumentação, mas a sua equipe médica e de enfermagem⁷.

O mesmo autor justifica a existência desses setores pela necessidade de unificar os recursos médicos, de enfermagem e tecnológicos, e o desenvolvimento da instrumentação, que permitiu o progresso das modalidades terapêuticas e de monitorização.

O desenvolvimento tecnológico dentro dessas unidades proporcionou a elaboração de equipamentos eletro-eletrônicos capazes de manter vivo o cliente criticamente enfermo e, com possibilidade de recuperar a sua saúde. Dentre esses equipamentos, o que mais vem se sofisticando juntamente com as UTI(s), são os respiradores mecânicos. No entanto, esse mesmo desenvolvimento mexe com a sociedade de todas as formas, desencadeando em alguns sentimentos de admiração, perplexidade e entusiasmos e em outras, sentimentos de desconfiança, de medo e até de desprezo pelas tecnologias que avançaram assustadoramente sobre o trabalho humano substituindo o próprio homem.

A percepção – perceptio – subjetividade e objetividade do/no corpo

O termo percepção se apresenta com três significados distintos. O primeiro é um significado bastante abrangente e que remete ou designa qualquer atividade cognitiva em geral; no entanto, pode ser também entendido de forma mais restrita, segundo a qual designa o ato ou a função cognitiva à qual se apresenta um objeto real e, por último, apresenta-se com significado específico ou técnico, segundo o qual designa uma operação determinada do homem em suas relações com o ambiente⁵.

Nesta investigação utilizaremos a *perceptio* para designar o *ambiente* da unidade de terapia intensiva como o agente *efetor* de estímulos no corpo - matéria

e cognição - do graduando de enfermagem. Será a partir das percepções dos *sujeitos-objeto* em questão que nos permitirá uma aproximação maior da interpretação desses estímulos e suas respostas.

A *perceptio* não é um termo recente em nosso vocabulário, muito menos, na história da humanidade. Telésio já fazia uso do *termo* para dizer que “a sensação é a percepção das ações das coisas, dos impulsos do ar e das mesmas paixões e mudanças, especialmente destas últimas^{5:876}”. Para Descartes apud⁵, a *perceptio* indicava todos os atos cognitivos, que são passivos em relação ao objeto, em oposição aos atos da vontade, que são ativos. No pensamento cartesiano existe uma divisão da *perceptio* que se refere aos objetos externos, que se referem ao corpo e que se referem à alma. Cabe, porém salientar que mesmo sendo entendidos por nós como uma “separação” do corpo e da alma, ainda assim, utilizaremos as idéias metafísicas de Descartes nesta investigação.

Entendemos que a *perceptio* tem relação direta com a reflexão cognitiva do *sujeito* diante do *objeto*. É nesse momento em que o produto desta relação (*imagem*) é entendido por nós como uma faculdade da *alma/espírito* para apreender o *objeto* através de suas sensações/sentidos corporais. Para Locke apud⁵ “(...) a *perceptio* é a primeira e mais simples idéia a que chegamos por meio da reflexão”. Nesse sentido, a *perceptio* “nada mais é do que uma representação com consciência^{5:876}”, distinguindo-a de *sensação* (se faz referência somente ao sujeito) e *conhecimento* (se for objetiva).

Fazendo referência à *perceptio* como significado ela não é outra coisa a senão a interpretação dos estímulos, o reencontro ou ainda, a construção do significado deles. Portanto e tão somente, estaremos apoiados na *perceptio* como referencial teórico para acessar *significados* emitidos por graduandos de enfermagem acerca do cliente em processo de morte e morrer dependente de tecnologias duras em unidade de internação hospitalar, como uma possibilidade de aquisição de informações, incluindo até mesmo, suas reações, seus interesses e suas atitudes afetivas para com aquilo que percebe do/no ambiente.

Cabe aqui um *realce*. As teorias da percepção são as mais variadas possíveis na psicologia com área de conhecimento, no entanto, não é nossa pretensão, um aprofundamento das mesmas em um trabalho de conclusão de curso de graduação. Importante sim é sabermos em que *solo epistemológico* estamos nos assentando e que, seja este, um solo firme e seguro para nossas respostas desejadas, posto que, não temos a menor pretensão de que, com este *prolegômeno* buscar uma função generalizante. Sabemos da possibilidade de incorrerem em um *obstáculo epistemológico*, "(...) será, então, não mais o caso de pensamento empírico, mas de pensamento filosófico. Aí, uma suave letargia imobiliza a experiência^{1:103}".

Análise e discussão dos dados

Antes de darmos início a discussão sobre a categoria emergente, parece-nos oportuno conduzir as idéias acerca da investigação para o ponto em que

estávamos organizando as percepções dos graduandos de enfermagem acerca dos “*referentes- clientes terminais e processo de morte e morrer*”.

Encontramo-nos de fato frente ao pensamento deles (*sujeitos-objeto*) acerca do *referente* em baila, e observamos que tal pensamento referia-se a capacidades mentais de abstrair idéias relativas às perguntas – de acesso às percepções - que lhes dirigíamos. Buscamos acessar, então, suas imagens mentais, aqui entendidas como *perceptio*, quando respondiam e produziam informações para esta nossa investigação.

Listamos (14) termos *lexicais* inseridos nas frases *predicativas*, como produzidas pelos graduandos do 9^o período do Curso de Graduação em Enfermagem. Cada uma dessas frases é entendida por nós (pesquisadores) como *signos lingüísticos* que podem *denotar* a percepção de cada respondente acerca do cuidado de enfermagem ao cliente necessitado de tecnologia dura no processo de morte e morrer. É importante enfatizar que:

“Os signos lingüísticos se apresentam arbitrariamente gerando uma pluralidade semântica, no momento de representação, e que essa representação é fruto da ação do mundo sobre o homem e da interpretação do mundo pelo homem^{8:18}”.

Supostamente, esses graduandos, localizados no mesmo contexto, em especial na Unidade de Terapia Intensiva, manifestam em suas falas efeitos de ações de pensar e de interpretar, - para nós pesquisadores -, acerca do *dado referente*. E, por isso, tivemos também o cuidado de analisar as informações/*percepções sígnicas* e as categorias de análise, olhando-as a partir do referencial teórico aqui já descrito.

Para tanto, o instrumento de coleta de dados foi respondido por discentes do nono (9º) período de Enfermagem com faixa etária compreendida entre 21 e 28 anos, destes 94,1% (16) pertenciam ao sexo feminino e 5,8% (1) do sexo masculino. Trata-se de uma amostra pouco heterogênea no que diz respeito ao sexo, fato este bastante comum nas investigações de enfermagem quando os *sujeitos-objeto* entrevistados são aqueles pertencentes à equipe de enfermagem, visto que, trata-se de uma profissão eminentemente feminina. Com relação à idade, trata-se de uma amostra bastante jovem e que talvez, as percepções emergentes podem guardar alguma relação com respostas emotivas e bastante sensíveis.

Dentre os demais questionamentos fechados, iniciamos com a sensação que caracteriza o estado emocional do graduando frente ao cuidado de clientes sem possibilidade terapêutica em uso de tecnologia duras em UTI. Nesse sentido, a resposta que mais ocorreu foi a apreensão, culminando com 47% das respostas, seguida da solidariedade com 29,4%, da incapacidade com 5,8%, do medo com 5,8%, e da tristeza com 11,76%.

Após a análise das respostas dos discentes do nono período foi possível construir em uma (1) categoria de análise denominada de Percepções dos discentes frente ao cuidado de clientes fora de possibilidade terapêutica em uso de tecnologias duras em UTI. Perceber o mundo através dos órgãos sensoriais é um atributo/característica intrínseca ao ser humano, desde que, suas funções corticais estejam em plenas condições.

O ser humano assim como outros animais, percebe situações que ocorrem em seu cotidiano inserido em um determinado contexto e é claro, que tal contexto irá influenciar diretamente nas suas reações. No entanto, somente o homem é capaz de perceber o mundo a sim mesmo e ainda, tomar decisões a partir de tais percepções de forma crítica, na maioria das vezes, assentadas na razão.

Profissionais de enfermagem, desde a sua formação, já podem apresentar uma pré-concepção em relação ao ser humano que vivencia seu processo de morte e de morrer. Destarte, em virtude disso, torna-se possível exarar algumas respostas sobre suas percepções no enfrentamento cotidiano de cuidar de clientes necessitados de tecnologia dura em processo de morte e morrer, como é o caso dos respondentes dessa investigação.

A apreensão, talvez, juntamente com o medo da morte do outro sob seus cuidados nos coloca diante de situações conflitantes e que muitas das vezes, nos faz pensar sobre a eficiência dos cuidados prestados a essa clientela, mesmo que, no juramento da profissão, não nos seja imputada a responsabilidade da busca constante da cura do cliente enfermo, muito pelo contrário, somos profissionais que cuidamos desde à concepção até a morte, ainda que tenhamos ou não, a dificuldade de aceitação diante do outro ser humano que enfrenta a experiência única de estar findando sua existência física.

Considerando que a Morte *denota* o término de um ciclo. Precisamos aceitar que se trata de um fenômeno natural o qual todos deverão experimentar, visto que,

na concepção heideggeriana *o homem é um ser para a morte*. É certo que esse dia chegará, felizmente não podemos precisar o momento exato. É justamente tal imprecisão, aliada à incerteza do que encontraremos adiante, uma “possível causa de nossa apreensão e medo^{9:103}”. Contudo, é importante ressaltar que cada indivíduo pode apresentar uma percepção diferente de acordo com suas próprias experiências de vida, suas crenças, sua cultura, sua inserção social, etc. Trata-se, portanto, de percepções cujas origens e motivos são entendidos por nós como elementos complexos da natureza humana.

No plano da evolução tecnocientífica, não podemos negar que a assistência à saúde, sobretudo os conhecimentos médicos e a medicina, vêm ao logo dos últimos trinta (30) anos sendo subsidiados pelos avanços tecnológicos, contribuindo iniludivelmente para a mudança da representação da morte.

Hoje, principalmente nos grandes centros urbanos, não se morre mais em casa como outrora, na presença da família e dos amigos. Atualmente, esses *sujeitos-objeto* vivenciam a morte às escondidas, trancafiada em um ambiente hospitalar, sobretudo, em unidade altamente tecnificada – UTI que no imaginário do *senso-comum*, é um ambiente de dor e sofrimento.

Muitas das vezes nos parece que o processo de morte e morrer quando acompanhado pela (sub)utilização de aparato tecnológico, como por exemplo o respirador artificial acaba sendo dissimulado pela equipe de saúde, mais especificamente os médicos que detêm o poder da prescrição e portanto, da determinação do momento “certo” de usar ou não essa tecnologia, cabendo a

enfermagem, no momento da finitude, a “preocupação” com o cuidado ao corpo inerte e gelado, sem função, desprovido de qualquer interesse pela equipe de saúde, chegando ao ponto inclusive de se tornar um incômodo que pode ser inferido quando a enfermagem, quase que imediatamente após o óbito prepara o corpo e legaliza o novo status do morto por meio do atestado de óbito. Até mesmo as palavras delatam essa ocultação, ao invés de simplesmente dizer que alguém morreu, usam a expressão, impessoal e menos angustiante, “foi a óbito¹⁰”.

Tomando-se como base o currículo do Curso de graduação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - EEAP/UNIRIO, não seria exagerado afirmar que, das disciplinas ofertadas durante a graduação, somente uma discute os aspectos inerentes ao processo de morte e morrer. Talvez esta constatação contribua com as percepções de graduandos aqui descritas.

Entendemos que a falta de reflexão acerca da morte, ou até mesmo o fato de evitarmos falar sobre ela em nosso cotidiano pessoal/social e de cuidar em enfermagem, pode talvez representar o não pensar na perda dos que ficam e também na dor da solidão. Tudo isso, converge com a percepção de solidariedade emitida pelos graduandos respondentes desse estudo e que pode ser entendida por nós como uma maneira de cuidar daqueles familiares e entes queridos daqueles que estão vivenciando o processo de finitude.

No entanto, as percepções de medo, tristeza e incapacidade, aqui entendidos por nós como mecanismos de defesa, podem criar um invólucro protetor, futuramente, manifestado ou não pela insensibilidade e frieza,

prejudicando, assim, o desenvolvimento do futuro profissional, impedindo-o de evoluir humana e profissionalmente.

Essas percepções podem ser facilmente encontradas em outros estudos, isto posto, nos faz pensar que os futuros enfermeiros não estão sendo devidamente preparados para lidar com a morte ou até mesmo para ajudar um cliente que está morrendo. O que podemos inferir é que os procedimentos meramente técnicos, sobretudo aqueles que se relacionam diretamente com a satisfação das necessidades humanas de origem biológicas, têm sido mais aprofundadas na graduação em detrimento de cuidados que enfatizem o conforto, além do aspecto físico, o emocional, espiritual e social.

Parece-nos que a morte contextualizada a partir do suporte tecnológico de vida tem se traduzido num paradoxo para os graduandos de enfermagem que cuidam de pessoas que estão enfrentando o processo do morrer e da morte, principalmente na UTI dos serviços públicos de saúde, perpassando pela necessidade de manter a vida de um cliente entendido pelo modelo biomédico como fora de possibilidades terapêuticas a todo custo, e ao mesmo tempo, de ajudá-la a morrer da maneira mais tranqüila e digna possível, inclusive, tendo que, na medida do possível, ter que confortar aquele que aguarda do lado de fora da UTI.

As percepções aqui destacadas estão na contramão da postura que mais parece governar grande parte dos praticantes do conhecimento médico, principalmente no momento em que esse conhecimento se instrumentaliza cada vez mais com técnicas e tecnologias que potencializam a eficácia da terapêutica e

que, muitas das vezes dão a sensação de “poder” e de “invencibilidade” frente à morte. Não seria exagero de nossa parte dizer que com o advento das tecnologias duras na prática médica -hospitalar, e mais ostensivamente na terapia intensiva, nossos clientes têm morrido “bem equipados”, no entanto, pouco confortados. As Unidades de terapia intensiva são a materialização moderna dos templos míticos de Esculápio, ainda que potencialmente salvadoras de vida, permitem vagarosamente o desenlace de muitas outras, aumentando o sofrimento do que se vê diante da finitude, de seus familiares porque não dizer, dos profissionais que cuidam e de indivíduos que estão aprendendo a cuidar.

Considerações finais

Antes de iniciar as considerações finais, com base na categoria emergente a partir das respostas de dezessete (17) graduandos de enfermagem, consideramos importante lembrar que, no presente *ensaio*, tivemos os objetivos de: identificar as percepções dos graduandos de enfermagem quando cuidam de clientes necessitados de tecnologias duras e em processo de morte e morrer? Cumpre-nos adiantar que o mesmo foi alcançado.

A abordagem metodológica atendeu plenamente ao objeto proposto, assim como ao seu objetivo, pois favoreceu que os *sujeitos-objeto* respondentes da investigação expusessem livremente suas repostas acerca do assunto.

A primeira e a segunda ilação a que chegamos constituem uma assertiva aceita pela metodologia e terminologia científica. Assim, para os metodólogos e terminólogos, não há que se falar em pesquisa científica, se esta não é

consecutada tendo em vista certos postulados e princípios que dão o fundamento de validade episteme-conceitual-metodológica desta. Deste modo, foi fundamental a observância do instrumental teórico-metodológico utilizado nesta monografia.

A possibilidade de determinar, agrupar e selecionar as percepções de graduandos, destacadas nesta investigação, poderá permitir que outros investigadores de enfermagem preocupados com os aspectos da formação acadêmica em enfermagem analisem, construam, reconstruam, correlacionem, categorizem, e possam aprofundar seu estudos em âmbito de enfermagem.

Lançar mão de dois referenciais teóricos completamente diferentes do ponto de vista da área de conhecimento, em que pese suas especificidades foi coerente.

Pareceu-nos que, do ponto de vista epistemológico, não resultou em *obstáculo*, nem mesmo a um *desvio*.

Tomando-se como parâmetro as respostas de graduandos que se apresentam na unidade de terapia intensiva para aprender a cuidar, identificamos que esses *sujeitos-objeto* convergem para um mesmo discurso de que o medo, a ansiedade, a solidariedade, etc., são entendidos por eles como percepções emergentes características de um ambiente, nesse sentido, é fundamental para que o cuidado de enfermagem possa ser oferecido ao cliente, sem que, tais percepções possam se transformar em possíveis barreiras.

A esse respeito Nightingale² à época em que viveu já se mostrava comprometida com as condições físicas nas quais os cuidados de enfermagem eram oferecidos aos clientes, em especial, àqueles “baixados” em consequência da guerra da Criméia. Para ela, é esse mesmo ambiente que poderá interferir na

restauração/manutenção da saúde do cliente, enfermo ou não, esse ambiente poderá ser também, capaz de proporcionar uma morte serena.

No entanto, longe ainda de se tornar uma realidade, na prática assistencial hospitalar, a preocupação e valorização das percepções dos graduandos de enfermagem por parte daqueles que ensinam e prestam assistência à saúde e cuidados de enfermagem; na pior das hipóteses, deve simbolizar um compromisso ético, um horizonte e uma meta perseguida pelos profissionais docentes e assistenciais de saúde, sobretudo, pela enfermeira.

A título de reforço, é pertinente ressaltar que o objeto de estudo desta monografia emergiu de situações da vida, de pessoas que ensinam, aprendem, cuidam e que são cuidadas. Suas inquietações, indagações e objetivos diante da problemática e do objeto focalizado surgiram como fruto de experiência real e não como fruto do *sensu comum*. Sendo a idéia de sua investigação, um produto do espírito humano relacionado ao mundo exterior¹ e que, por si só, não poderia ser sustentado unicamente pelo Racionalismo ou pelo Idealismo; ou ainda, pelo Realismo e pelo Empirismo. Na construção desta monografia, pensamos construir um conhecimento científico permeado por duas metafísicas ainda que aparentemente contraditórias, são complementares, pois entendemos que a demonstração científica se apóia tanto na experiência (empíria) quanto no raciocínio (razão).

Referências

1. BACHELARD, Gaston. A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Tradução de Estela dos Santo Abreu. Rio de Janeiro/Brasil: Contraponto, 2007. Tradução de: La formation de l'esprit scientifique: contribution a une psychanalyse de la connaissance. Paris/França: Librairie Philosophique J. Vrin, 1938. CACHAPUZ, Antônio.
2. NIGHTINGALE, F. Notas sobre Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.
3. MINAYO, M.C. O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em saúde. 2ªed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995.
4. RICHARDSON, Roberto. Pesquisa social. Métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1985.
5. ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de Filosofia. Tradução por Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes. 2007. Tradução de: Dizionario di Filosofia.
6. GOMES, A.M. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. 2. ed. São Paulo: EPU, 1988.
7. ZIMMERMAN JL, SHORTELL SM, Rosseau DM, Gillies RR, Wagner DP, Prapai EA, Kraus WA. The performance of intensive care units: does good management make a difference? Med Care 1988.
8. GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007.
- NASCIMENTO- SCHULZE, C.M. Dimensões da Dor no Câncer: Relações sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Robe Editorial, 1997.
9. Smeltzer SC, Bare BG. Resposta humana à doença. In: _____.Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 103-14.
10. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. Rev Latinoam Enferm 2005;13(1):99-104. [citado 2006 mar.26]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100016.