

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**Faculdade de Ciências e Tecnologia**

**Secção Autónoma de Ciências Sociais Aplicadas**

**Ciências da Educação**

**A APRENDIZAGEM DO CUIDAR E A MORTE**

**UM DESÍGNIO DO ENFERMEIRO EM FORMAÇÃO**

**por**

**Cidália de Fátima Cabral de Frias**

**Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências e Tecnologia  
da Universidade Nova de Lisboa para obtenção  
do Grau de Mestre em Ciências da Educação/Área Educação e Desenvolvimento**

**Orientador: Professor Doutor Joaquim Coelho Rosa  
Co-Orientadora: Mestre Maria dos Anjos Pereira Lopes**

**Lisboa**

**2001**

**Cada trabalho segue o seu próprio percurso. É um percurso por vezes difícil, outras vezes fácil, mas sempre dependente dos esforços de várias pessoas para além da sua autora.**

**Obrigada a todas elas!**

## RESUMO

### A aprendizagem do cuidar e a morte Um desígnio do enfermeiro em formação

Este trabalho de investigação, na área das Ciências da Educação/Educação e Desenvolvimento, enquadra-se numa metodologia qualitativa e tem como linhas orientadoras:

- Compreender como a história de vida do enfermeiro influencia o processo de cuidar a pessoa em fim de vida;
- Compreender como é que os enfermeiros vivenciam o processo de morrer;
- Compreender como o cuidar da pessoa em fim de vida revela a essência do próprio momento de cuidar.

É um estudo que mobiliza como material empírico o conteúdo de oito entrevistas efectuadas a enfermeiros, que exercem a sua actividade profissional no Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo.

Sendo a globalização um fenómeno que obriga a (re)pensar a nossa forma de viver, emerge, neste contexto, uma questão: como (re)pensar a nossa forma de morrer?

Constata-se actualmente que a morte foi transferida do domicílio para o hospital. É no hospital que se proporcionam os cuidados que em casa já não são possíveis, sendo também um local de muitas emoções e onde o processo de cuidar as pessoas em fim de vida deve ser (re)pensado.

Neste contexto, os enfermeiros confrontam-se, frequentemente, com o fim de vida das pessoas, pelo que surge como pertinente a seguinte pergunta de investigação: *Como se formam os enfermeiros para cuidar das pessoas em fim de vida, na sua prática profissional?*

O trabalho divide-se em três partes:

- **Parte I** engloba: “Concepções, vivência da morte e formação da pessoa”.
- **Parte II** evidencia: “O enfermeiro em formação e a vivência da morte”.

Nesta parte apresentam-se os temas encontrados no trabalho empírico:

- A vida por um fio;
- Uma vida que caminha para o fim;
- A vida e a morte uniram-se;
- A aprendizagem do cuidar a pessoa em fim de vida.

No seu conjunto, os enfermeiros aprenderam a cuidar das pessoas em fim de vida em processos de auto-formação e eco-formação.

- **Parte III** considera: “Formação para o cuidar em fim de vida”.

Esta dissertação reclama uma reflexão sobre a aprendizagem do cuidar na morte, centrada na pessoa do enfermeiro, perspectivando uma formação que privilegie novos entendimentos e novas maneiras de estar com a pessoa em fim de vida.

## RÉSUMÉ

### **L'apprentissage du souci et la mort** **Esquisse sur la formation de l' infirmier**

Ce travail d'investigation dans le domaine des Sciences de l'Éducation et Développement adopte une méthodologie qualitative et prend les lignes d'orientation suivantes:

- Comprendre comment l'histoire de vie de l'infirmier exerce influence sur le processus de soigner la personne en fin de vie;

- Comprendre comment les infirmiers vivent le processus de mourir;

- Comprendre comment les soins prêtés à la personne en fin de vie révèlent l'essence même du souci.

Le matériel empirique de cette étude rassemble le contenu de huit interviews d' infirmiers exerçant leur activité professionnelle à l'Hôpital de Santo Espírito, à Angra do Heroísmo.

La question fondamentale concerne le fait de ce que le moment actuel du monde nous oblige à (re)penser notre manière de vivre et, par conséquent, suscite la tâche de (re)penser notre manière de mourir?

On constate actuellement que la mort a été transférée du domicile à l'hôpital. L'hôpital est le lieu où l'on procure les soins qui ne sont plus possibles à la maison, devenant ainsi un lieu d'émotions où le processus de soigner les personnes en fin de vie doit être (re)pensé.

Dans ce contexte, les infirmiers se confrontent, fréquemment, avec la fin de vie des personnes, ce qui nous mène à poser la question d'investigation suivante: *comment les infirmiers sont-ils formés, pendant leur activité professionnelle, pour soigner les personnes en fin de vie?*

Le travail est divisé en trois parties:

**Partie I:** "Conceptions, expérience de la mort et formation de la personne";

**Partie II:** "L' infirmier en formation et l'expérience de la mort";

Dans cette partie nous présentons les thèmes trouvés dans le travail empirique:

- La vie ne tient qu'à un fil;

- Venir à bout de la vie;

- Vie et mort s'assemblent;

- Apprendre à soigner la personne en fin de vie.

**Partie III:** "Formation pour soigner en fin de la vie".

Cette dissertation entame une réflexion sur l'apprentissage du souci de la mort, et il est centré sur l' infirmier, réclamant une formation qui privilégie de nouvelles conceptions et façons d'être avec la personne en fin de vie.

## ABSTRACT

### **The learning process of caring and death A design of the nurse in training**

This investigation work, in the Education Science/Education and Development area, fits in a qualitative methodology and has following guiding lines:

- Understand how the life history of a nurse influences the caring process of a person whose life is ending;
- Understand how nurses live through the dying process;
- Understand in which way how the caring of a person whose life is ending reveals the essence of that caring moment.

It's a study that mobilizes as empiric material the contents of eight interviews given by nurses, who exercise their professional activity at the Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo.

Being globalization a phenomenon that forces us to think twice about our way of life, in this context, one question is essential: How to re-think our way of dying?

It's a fact that nowadays death has been transferred from home to the hospital. The hospital now provides caring that no longer is offered at home, and it is also a place of several emotions and where the caring of people whose life is ending should be reconsidered.

In this context, nurses are frequently confronted with life ending situations, therefore it is pertinent to ask the following investigation question: How do we train nurses, in their professional, practice to assist someone whose life is ending?

The work is divided in three groups:

**Group I** includes: "Conceptions, Experiencing Death and Training of Personnel".

**Group II** clearly shows: "The Nurse in Training and the Experiencing Death".

The topics of the empirical work are presented in this section:

- Life hanging by a thread;
- Life heading towards the end;
- Life and death has united;
- Learning how to care for a person in a life-ending situation.

Together, the nurses have learned in self-formation and eco-formation processes how to care for people whose lives are ending.

**Group III** considers: "Training for caring in a life ending situation".

This dissertation claims for a reflection about the learning process of dealing with death and it is focused on the nurse. This dissertation also views an instruction that should benefit new understandings and ways of being with someone in a final stage.

# ÍNDICE

## INTRODUÇÃO GERAL

|   |    |
|---|----|
| 1. A questão da morte humana .....                        | 11 |
| 2. Motivações pessoais e profissionais para o estudo..... | 12 |
| 3. A problemática de investigação.....                    | 14 |
| 4. A estrutura do estudo.....                             | 18 |

## PARTE I

### CONCEPÇÕES, VIVÊNCIA DA MORTE E FORMAÇÃO DA PESSOA

#### CAPÍTULO I

##### PERSPECTIVAS DA MORTE NO OCIDENTE

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Introdução ao Capítulo I..... | 21 |
| 1. A morte domesticada.....   | 21 |
| 2. A morte de si próprio..... | 24 |
| 3. A morte do outro.....      | 29 |
| 4. A morte interdita.....     | 32 |
| Conclusão do Capítulo I.....  | 36 |

#### CAPÍTULO II

##### A MORTE NA ACTUALIDADE

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Introdução ao Capítulo II.....       | 38 |
| 1. O contexto da morte .....         | 38 |
| 2. A imagem que temos da morte ..... | 43 |
| 3. “A morte mora ao lado”.....       | 45 |
| 4. A eternidade.....                 | 49 |
| Conclusão do Capítulo II.....        | 53 |

#### CAPÍTULO III

##### ANÁLISE CONCEPTUAL DO CUIDAR

|  |    |
|--|----|
| Introdução ao Capítulo III .....               | 54 |
| 1. O conceito de cuidar .....                  | 54 |
| 1.2. Cuidar como ideal moral .....             | 63 |
| 2. O cuidar a pessoa em fim de vida.....       | 65 |
| 2.1. Quem é a pessoa em fim de vida?.....      | 66 |
| 2.2. Os direitos da pessoa em fim de vida..... | 67 |
| 3. A dor e o sofrimento.....                   | 69 |
| Conclusão do Capítulo III.....                 | 70 |

#### CAPÍTULO IV

##### A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS COMO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE ADULTOS

|   |    |
|---|----|
| Introdução ao Capítulo IV .....                               | 72 |
| 1. As diferentes interpretações do conceito de formação ..... | 72 |
| 2. Formação experiencial.....                                 | 75 |
| 2.2. A auto-formação.....                                     | 79 |
| 2.2.1 – Os diferentes paradigmas para a formação .....        | 83 |
| Conclusão do Capítulo IV .....                                | 85 |

|                           |    |
|---------------------------|----|
| CONCLUSÃO DA PARTE I..... | 87 |
|---------------------------|----|

**PARTE II**  
**O ENFERMEIRO EM FORMAÇÃO E A VIVÊNCIA DA MORTE**

**CAPÍTULO V**  
**PARADIGMAS DE INVESTIGAÇÃO**

|   |     |
|---|-----|
| Introdução ao Capítulo V .....                          | 91  |
| 1. Paradigma positivista/Paradigma construtivista ..... | 91  |
| 2. Opção metodológica .....                             | 93  |
| 3. Sujeitos do estudo .....                             | 95  |
| 3.1 Considerações éticas .....                          | 97  |
| 4. Procedimentos na colheita de dados .....             | 97  |
| 4.1 Instrumento da colheita de dados .....              | 98  |
| 5. Procedimentos na análise de dados .....              | 99  |
| 6. Limitações do estudo .....                           | 103 |
| Conclusão do Capítulo V .....                           | 104 |

**CAPÍTULO VI**  
**ANÁLISE DOS DADOS**

|   |     |
|---|-----|
| Introdução ao Capítulo VI .....                           | 105 |
| 1. A vida por um fio .....                                | 105 |
| 2. Uma vida que caminha para o fim .....                  | 118 |
| 3. A vida e a morte uniram-se .....                       | 136 |
| 4. A aprendizagem do cuidar a pessoa em fim de vida ..... | 153 |
| Conclusão do Capítulo VI .....                            | 174 |

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| <b>CONCLUSÃO DA PARTE II .....</b> | <b>176</b> |
|------------------------------------|------------|

**PARTE III**  
**(RE)PENSAR A FORMAÇÃO**

**CAPÍTULO VII**  
**FORMAÇÃO PARA CUIDAR NO FIM DE VIDA**

|  |     |
|--|-----|
| Introdução ao Capítulo VII .....         | 180 |
| 1. Formação inicial de enfermeiros ..... | 180 |
| Conclusão do Capítulo VII .....          | 187 |

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| <b>CONCLUSÃO DA PARTE III .....</b> | <b>188</b> |
|-------------------------------------|------------|

|                              |            |
|------------------------------|------------|
| <b>CONCLUSÃO GERAL .....</b> | <b>189</b> |
|------------------------------|------------|

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b> | <b>199</b> |
|---------------------------|------------|

**ANEXOS**

**Anexo I** - Cartaz para solicitar a participação dos sujeitos no estudo

**Anexo II** - Guião das entrevistas

**Anexo III** - Entrevistas

## ÍNDICE DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro N° 1</b> – Procedimentos que conduzem ao próprio momento de cuidar.....                                  | 61 |
| <b>Quadro N° 2</b> – Direitos da pessoa com doença terminal.....   | 68 |
| <b>Quadro N° 3</b> – A auto-formação e o decurso da vida no trabalho, segundo a abordagem dos ciclos de vida ..... | 81 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura Nº 1</b> – O próprio momento de cuidar ..... | 62  |
| <b>Figura Nº 2</b> – Apresentação dos temas .....      | 102 |

## INTRODUÇÃO GERAL

### 1. A questão da morte humana

A morte é um facto a viver e como tal faz parte da vida. A vida e a morte não se confundem, tornando-se evidente que nenhum de nós duvida que está vivo e que todos nós reconhecemos alguns sinais de morte, sinais da presença da morte num corpo então feito cadáver (Neves, 1996, p. 8).

Por natureza, o Homem é um ser vivo e é por a morte existir que ele é capaz de criar, pensar e procurar um sentido para a vida. E não se pretende ir aprendendo a morrer, através de uma aceitação gradual da morte como factual, mas antes de a ir interiorizando com uma realidade na vida a que cada Homem atribui um sentido em função da sua existência “determinando o que é a morte para a sua vida (...). A morte é assim interiorizada pelo Homem; ela torna-se, finalmente, imanente, e assim também humana” (*ib.*, p. 14)

A morte adverte e conduz, sob diferentes interpretações, a muitas questões levantadas pelo Homem: “*O que faço neste mundo?*”, “*Qual é o sentido da minha vida?*”, entre outras. Se assim não acontecesse, a morte só seria analisada na sua realidade última, ou seja, no seu significado mais radical de “cessação”, o que implicaria transcendermos absolutamente a vida (*ib.*, p. 10). Desta forma, a morte não poderia ser discutida nem compreendida pelo Homem e a questão do seu sentido não se levantaria.

É comumente aceite que a morte é algo que desconhecemos mas em relação à qual profundamente não duvidamos: “É como a outra face da lua, nunca a vemos mas sabendo que existe, podemos compreender a face que nos é revelada: a vida” (Louis Vincent Thomas, citado in Marc Augé, 1997, citados em Lalanda, 1996, p. 19). Assim, podemos conceber a morte como um limite: o limite da “lua” ou o limite da vida (*ib.*, p. 19).

Se soubermos assumir que a morte enquadra a nossa existência, podemos concentrarmo-nos melhor na nossa vivência quotidiana, equacionando o que fazemos e para que o fazemos. Mas aquilo que mais tememos não é a morte, mas sim a perspectiva de deixar de ser, ou antes de “não ser”, um estado em que já não existimos como um

todo, porque a ideia de “não ser” é tão estranha que achamos impossível assumi-la (Wippler, 1998, p. 17).

Parece que a razão para a nossa inabilidade em encarar o fim de vida é o facto de nos encontrarmos embebidos no nosso sentido de consciência, o que nos conduz à incapacidade de consentir a ideia de que o vamos deixar para sempre. Não parece tratar-se tanto de não quereremos abdicar da vida, mas antes de deixarmos de experimentá-la (*ib.*, p. 17).

É durante a vida que devemos pensar na morte. A vida e a morte surgem ao longo da história do Homem. Fernando Pessoa redigiu: “Se depois de eu morrer quiserem escrever a minha biografia, não há nada mais simples, tem só duas datas – a da minha nascença e a da minha morte: entre uma e outra cousa todos os dias são meus”<sup>1</sup>.

De facto, todos os dias são nossos. Será que a questão essencial não é a morte de cada um de nós, mas a questão do sentido da vida para cada um de nós? Um dia vamos morrer e isso é indiscutível, pois somos seres vivos até à (nossa) morte. Nesta perspectiva, cada instante deve ser vivido em plenitude e em nada deve ser perturbado pela vivência da morte.

A existência da vida, o seu processo de descoberta, a caminhada que nos leva ao verdadeiro encontro do sentido da nossa existência finita é onde reside a verdadeira reflexão sobre a morte.

Reconhecer a morte, apenas como um facto exterior à vida ou como um acontecimento portador de sentido da vida, é opção de cada homem, sem que a morte deixe de competir entre estes dois modos de ser. Deriva da interpretação que cada um de nós tem da própria vida, da opção pelo afastamento/indiferença ou, então, pela aproximação/reflexão à própria morte.

## **2. Motivações pessoais e profissionais para o estudo**

As reflexões sobre a morte sempre nos interessaram e sempre nos despertaram curiosidade na sua compreensão e relevância, enquanto pessoa<sup>2</sup> e enquanto profissional. “Ora, é evidente que o adulto tem que construir a sua própria formação com base num

---

<sup>1</sup> Esta citação foi extraída de uma comunicação “A morte da pessoa”, apresentada por Daniel Serrão em Ponta Delgada, a 2 de Março de 1996, in *Cadernos Bio-Ética* (1996, p. 43).

<sup>2</sup> Lerbet (1981, pp. 22-25) considera que a pessoa é um sistema aberto que compreende um ego – o conjunto {*je* (acção), *moi* (identidade), *soi* (relação com o outro)} e “um mundo próprio” (*milieu*). Este sistema está imerso num meio que o rodeia “*environnement*” com o qual estabelece trocas.

balanço de vida (perspectiva retrospectiva e não apenas numa óptica de desenvolvimento futuro” (Nóvoa, 1998, p. 115) e que “a formação é inevitavelmente um trabalho de reflexão sobre os percursos de vida” (*ib.*, p. 116).

Em primeiro lugar, tivemos em termos familiares, vivências durante a infância e juventude com familiares doentes crónicos. Em segundo lugar, na nossa vida profissional como enfermeira fomos, frequentemente, confrontados com a morte quer dentro do hospital quer na sociedade. Muitas questões nos foram colocadas quer por familiares quer por amigos: “*Como se pode conviver com a morte?*”, “*O que fazer perante a morte?*” Todos estes aspectos nos obrigaram a reflectir sobre o processo de cuidar a pessoa em fim de vida e a reflexão mais profunda veio mais tarde na nossa vida profissional, provavelmente já como docente de enfermagem. Assim, desejámos pensar acerca de questões interpessoais de uma forma mais diferenciada, tornando-nos mais capazes de pensar para além da nossa própria perspectiva, a fim de podermos ver e considerar outras perspectivas e questões acerca da morte.

Profissionalmente, relevamos a experiência que adquirimos no Serviço de Medicina e no Serviço de Urgência onde fomos lidando e cuidando de pessoas em fim de vida e dos seus familiares.

Algumas vezes, interrogámo-nos sobre o porquê da morte desta ou daquela pessoa e tínhamos que “mergulhar para dentro de nós próprios” nos cuidados que prestávamos a fim de consciencializar a individualidade do momento. Muitas vezes, sentimo-nos embaraçados com o momento, mas sempre nos sentimos solidários com a pessoa no seu processo de morrer. Consciencializámos também que a morte da pessoa nos confrontava com os limites da nossa actuação e por isso algumas vezes nos sentimos “desfeitos”. Por outro lado, chegámos a ter receio da nossa fragilidade perante a morte do outro, não nos fossemos sentir incapazes de lidar com a pessoa e de não saber como gerir a sua revolta, angústia e, mesmo, a sua aceitação.

Parece haver um contra-senso quando apregoamos o direito à vida e, no fim da mesma vida, remetemos a pessoa ao esquecimento e recusamos a solidariedade a essa pessoa que se confronta com o seu fim. De facto, há que saber aceitar esse fim, visto ser um acontecimento natural, mas aceitá-lo com responsabilidade e dignidade, pois o que dá sentido à vida também deve dar sentido à morte, promovendo a realização pessoal.

A morte é um acontecimento muito “ventilado”. Fala-se dela nas publicações periódicas, na televisão, na rádio e nos livros. Será que é sempre abordada com seriedade?

A nossa sociedade mediatiza a morte e não a vive, por julgar-se protegida e porque “quem morre são sempre os outros”. Mas como educar para uma sociedade que aprenda a integrar a morte na vida? Se os enfermeiros fazem parte desta mesma sociedade, como aprendem<sup>3</sup> a cuidar das pessoas em fim de vida?<sup>4</sup>

Na infância, as aprendizagens que os enfermeiros adquiriram para lidar com a morte sustentam-se na transmissão de representações precisas do mundo em que vivem, pois, as referências e os critérios dessas aprendizagens são objectivos e universais<sup>5</sup>.

Assim, a formação que vão adquirindo para cuidar das pessoas em fim de vida, apenas, ocorre em locais específicos – as escolas e as organizações de saúde. A relação que estabelecem com estes locais, cria oportunidades que levam ao desenvolvimento de estratégias para a sua formação ao longo da vida. Neste contexto, a aprendizagem é vista como dependente do contexto em que se processa e da experiência que vive, bem como da interpretação que lhe dá. E, quando se torna capaz de perceber a sua experiência através de um quadro de referência, torna-se também capaz de atribuir-lhe um sentido.

Naturalmente que se trata de um processo multidimensional de aprendizagens que ocorrem, não só nos contextos formais, mas também em contextos informais, como sejam a família, a sociedade e os órgãos de comunicação social.

### **3. A problemática de investigação**

As atitudes do Homem perante a morte ou são muito lentas ou se situam em longos períodos de imobilidade (Morin, 1975, p. 13). Na maioria das vezes, as suas atitudes são inocentes e condicionadas por um pressuposto que norteia a sua prática: o seu modo de acompanhar a pessoa na (sua/nossa) morte. E teima em não olhar a morte de frente, tornando-a num assunto só seu, do qual não quer falar. Na hora da (sua) morte

---

<sup>3</sup> “Aprender não é somente aprender isto ou aquilo, é descobrir novos meios de pensar e de fazer de outro modo, é partir à descoberta do que poderá ser esse “outro modo”; pelo que hoje em dia arriscaria dizer que o acto de aprender transformado em “acto de investigação” poderá permitir ao aprendente desenvolver a sua criatividade, as suas habilidades, a sua capacidade de avaliação (auto e co-avaliação, valor extraído ou atribuído à...), a sua capacidade de atenção e de presença consciente” (Josso, 1996, p. 84).

<sup>4</sup> Neste trabalho utilizar-se-á aleatoriamente o termo “moribundo” e “pessoa em fim de vida”, adulta ou idosa.

<sup>5</sup> Estamos perante o paradigma objectivista, um dos paradigmas contemporâneos da aprendizagem adulta propostos por Mezirow (1996). Segue-se o paradigma interpretativo em que a aprendizagem é influenciada pelo contexto em que ocorre e, por último, o paradigma emancipatório em que a aprendizagem é submetida a um processo de aprofundamento e construção de significado. Estes paradigmas serão abordados no capítulo IV.

fica num quarto e o “trabalho ao corpo” é entregue a uma agência funerária: “morra que tratamos de tudo”, dizem os “novos senhores da morte” (Lalanda, 1996, p. 30). Embora o Homem desconheça a morte por completo, não duvida que um dia ela chegará e, assim, terá a oportunidade de admitir enquanto evento pessoal.

Para o Homem moderno, a morte é sempre a dos outros, uma morte alheia, da qual conjectura, apenas, os seus efeitos, mas cuja realidade viverá. E ainda não compreendeu que o mistério não é a morte, mas a sua atitude para com a morte. Tomou em mãos essa atitude, em vez de lhe pesquisar os segredos (Morin, 1970, p. 19).

A única certeza que o Homem tem ao nascer é a de que vai morrer. Durante a vida, tem necessariamente que pensar na morte. É inevitável, porque há uma obrigatoriedade de ter em conta a vida como ponto de partida indispensável para reflectir sobre a morte e isso é o enunciar da cumplicidade entre ambas. O período de tempo que as separa deveria levá-lo a compreender estas duas realidades – a vida e a morte. É na compreensão que tem delas que desenrola a (sua) própria história. O Homem assumindo a inevitabilidade da morte e não podendo dominá-la, incorpora-a nas novas condições de vida, procurando esvaziar a sua carga dramática, simplificando-a e diluindo-a na vida que, entretanto, vai continuando.

A transferência do local da morte, do domicílio para o hospital, é parte integrante do seu processo de dissimulação. Assim como o nascimento, a morte também deixou de acontecer em família. Esta transferência implica um (re)ajustamento da estrutura hospitalar que, concebida para prestar cuidados tendentes a curar a doença, não encontra, muitas vezes, resposta para as pessoas em fim de vida. Por falta de verbas, de camas e de pessoal, tem tendência para desinteressar-se dos moribundos (Henriques *et al.*, 1995, p. 11). Desta forma, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sentem-se desarmados perante a angústia das pessoas em fim de vida, com os quais têm dificuldade em estabelecer uma relação de ajuda (Pinto, 1991, p. 14).

É neste contexto que se torna premente a criação de uma interligação entre a aprendizagem do cuidar e a morte, interligação que norteia o presente trabalho.

A problemática da morte e do morrer tem vindo a ser objecto de reflexão, nomeadamente, no que põe em evidência a compreensão da prática do cuidar em enfermagem<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Neste âmbito, destacamos os trabalhos de Rosado (1993) “Os Técnicos de Saúde face ao doente Terminal – Contributo para o estudo desta problemática” e o de Pires (1995) “Cuidar em Fim de Vida”.

Dados os vários constructos teóricos à volta de alguns termos ou expressões, que encontraremos ao longo do estudo, considerámos pertinente definir o que entendemos por sentimentos, emoções, vivências e aprendizagens.

Assim, “o termo *sentimento* deve ser reservado para a experiência mental e privada de uma emoção, enquanto o termo *emoção* deve ser usado para designar o conjunto de respostas que constitui uma emoção, muitas das quais são publicamente observáveis” (Damásio, 2000, pp. 62-63). Em termos práticos, não podemos observar um sentimento numa pessoa, embora possamos observar um sentimento em si próprio quando, enquanto ser consciente, tem a percepção dos seus próprios estados emocionais (*ib.*, p. 63).

O termo “vivência”, que tende a ser utilizado em vários contextos, quer sejam pessoais, colectivos ou históricos (Mora, 1982), entendemos circunscrevê-lo a uma situação vivida, para seguidamente ser definida como algo repleto de significado que perdura no tempo.

Assim, “vivência” significa “a consciência imediata do objecto (...) a vivência tem sempre um vivido, um resultado preche de significado que permanece” (Fidalgo, 1990, p. 556). Portanto, não deverá ser utilizado meramente como uma situação vivida circunstancial, mas sim repleta de significado. Entre o “vivido” e a “vivência” existe um espaço que só pode ser ocupado pela interpretação/significado que a pessoa lhe atribui, concebendo-a como uma construção de sentido que deve ser compreendida em si mesma.

Também reconhecemos a importância da experiência nos processos de aprendizagem, que se supõe que seja encarada “como um processo interno ao sujeito e que corresponde, ao longo da vida, ao processo da sua auto-construção como pessoa (Canário, 1999, p. 109). Esta forma de conceber a aprendizagem decorre de dois aspectos: o primeiro consiste em atribuir um sentido, “uma vez que o conhecimento não é um processo cumulativo de informação, mas sim de um processo de selecção, organização e interpretação da informação a que estamos expostos e que depende dos contextos dando origem a perspectivas diferentes” (*ib.*, p. 110); o segundo aspecto decorre da mobilização da pessoa que faz apelo a ela própria, fazendo com que “se utilize a si própria como um recurso” (Charlot, 1997, p. 62, citado em Canário, 1999, p. 110).

O hospital, ou o centro de saúde, é também, por vezes, um local onde existem muitas contradições, mas é aí que os profissionais necessitam de uma maior serenidade

e disponibilidade para cuidar da pessoa em fim de vida. É a partir destes locais que a lógica do cuidar deve ser pensada e colocada em prática (Hesbeen, 2000, p. 6).

Esta perspectiva tem despertado um interesse crescente na enfermagem que, ao longo dos anos, tem mudado de uma orientação dualista, redutora, hipotético-dedutiva para uma orientação holística, intuitiva, fenomenológica<sup>7</sup> e baseada na experiência humana, levando a uma mudança nos paradigmas que norteiam as investigações. Daqui advém o paradigma construtivista, “caracterizado por considerar as teorias como forma de tornar a experiência inteligível, procurando o sentido dado à experiência vivida e a compreensão da cultura, podendo gerar hipóteses, seguindo um pensamento indutivo. A metodologia é geralmente qualitativa” (Basto, 1998, p. 24).

A enfermagem tem vindo a adquirir um lugar de destaque na investigação qualitativa e Watson (1988) refere que cada vez mais, existem investigadores a colocarem-se nesta perspectiva e que a enfermagem deve explorar a sua herança, comprometer-se com os seus valores e explorar métodos de investigação consistentes com a sua natureza.

Tendo em conta estas reflexões, procuraremos aprofundar alguns aspectos teóricos que nos ajudarão a delimitar, aprofundar e a contextualizar a problemática deste trabalho que se enquadra numa metodologia de natureza qualitativa.

Definimos, como as suas principais linhas orientadoras as seguintes:

- Compreender como a história de vida do enfermeiro influencia o processo de cuidar a pessoa em fim de vida;
- Compreender como é que os enfermeiros vivenciam o processo de morrer;
- Compreender como o cuidar da pessoa em fim de vida revela a essência do próprio momento de cuidar.

À pessoa em fim de vida, confrontada com a sua morte, devem ser proporcionadas todas as condições que lhe permitam vivê-la em consciência, como sendo o culminar da sua vida.

Em todo este processo entram os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, os familiares e os amigos, que não se devem demitir das suas responsabilidades, como seja o favorecimento de uma relação de atenção e respeito que sustente a confiança.

---

<sup>7</sup> “O termo significa estudo dos *fenómenos*, isto é, daquilo que aparece à consciência, *daquilo que é dado*. Trata-se de explorar este dado, a própria coisa que se percebe, em que se pensa, de que se fala” (Lyotard, 1986, p. 10).

Neste contexto, sentimos que precisávamos encontrar algumas respostas que fundamentassem o nosso olhar “gratificante” sobre o processo de cuidar a pessoa em fim de vida e, simultaneamente, que nos permitissem compreender as experiências e vivências dos enfermeiros que cuidam das pessoas em fim de vida.

A partir das reflexões que temos vindo a fazer sobre a morte e sobre a relação dos enfermeiros com essa realidade, enveredámos para a nossa pesquisa, direccionando a atenção para uma temática, até há pouco tempo, raramente abordada na sociedade, na formação e na investigação.

Cuidar da pessoa implica a compreensão das suas reais necessidades de pessoa, das suas capacidades e das suas limitações, bem como da aprendizagem, pelo enfermeiro, de cuidar a pessoa em fim de vida.

Julgamos, assim, que a pergunta “Como se formam os enfermeiros para cuidar das pessoas em fim de vida, na sua prática profissional?” se apresenta pertinente como questão de investigação condutora deste trabalho.

#### **4. A estrutura do estudo**

Este trabalho está estruturado em sete capítulos. Para uma melhor compreensão do mesmo, decidimos distribuir esses capítulos em três partes.

A Parte I, Concepções e Vivência da morte e Formação da Pessoa, engloba o enquadramento teórico que evidencia a problemática desta pesquisa. Abordamos as perspectivas da morte no Ocidente e a morte na actualidade . Seguidamente fazemos referência à conceptualização do cuidar em enfermagem e ao processo de cuidar a pessoa em fim de vida. Um último capítulo desta Parte I é dedicado à formação dos enfermeiros como processo de formação de adultos.

Na Parte II, O Enfermeiro em Formação e a Vivência da Morte, apresentamos o trabalho empírico e a metodologia. Nele apresentamos os critérios subjacentes à escolha dos sujeitos do estudo, bem como o modo como conduzimos a investigação.

Na Parte III, (Re)pensar a Formação, pretendemos repensar a formação, isto é, pretendemos reflectir sobre a formação para o cuidar no fim de vida.

Por fim, apresentamos as conclusões que considerámos mais relevantes.

Pretendemos com o nosso trabalho, consciente das suas limitações, dar não só um contributo para os profissionais de saúde como também para todos aqueles cidadãos que, explícita ou implicitamente, se preocupam com esta temática.

## **PARTE I**

### **CONCEPÇÕES, VIVÊNCIA DA MORTE E FORMAÇÃO DA PESSOA**

## **PARTE I**

### **CONCEPÇÕES, VIVÊNCIA DA MORTE E FORMAÇÃO DA PESSOA**

No Capítulo I fazemos uma abordagem ao percurso da morte, da Idade Média até aos dias de hoje, em quatro épocas distintas: a morte domesticada, a morte de si próprio, a morte do outro e a morte interdita.

O Homem, ao amedrontar-se com a sombra da sua morte, cada vez mais se vai apegando à vida, aos bens materiais, ao viver de aparências, tornando a sua morte numa miragem. O percurso entre a vida e a morte será o que tentaremos clarificar no Capítulo II: A morte na actualidade.

Havendo muito a fazer, depois de já “não haver mais nada a fazer” no face a face com a morte, espera-se, na enfermagem, uma prática de cuidar congruente com as necessidades e desejos de uma pessoa que vive o derradeiro momento da vida. Embora saibamos que cuidar a pessoa na sua morte pode ser angustiante, porque nos incomoda e nos confronta com a nossa própria morte, é sem dúvida um momento em que a pessoa se pode revelar um verdadeiro mestre da vida. A partir do momento em que rejeitamos a imagem de “todo poderoso”, algo se transforma na pessoa em fim de vida. Mostrar-lhe que estamos sensíveis e afectuosos, que estamos a permitir-lhe que aceite o seu destino, ajuda-nos a consciencializar a oportunidade, que a morte nos dá, de viver a (nossa) vida. É o que pretendemos abordar no Capítulo III.

Por último, dedicamos o Capítulo IV à formação, pois é através dela que adquirimos, mobilizamos e desenvolvemos conhecimentos e procedimentos num determinado contexto. Assim, torna-se fundamental perspectivar a formação de adultos que decorre das novas realidades do contexto do trabalho ou de novos modos de pensar a formação, consequência da pesquisa nesta área.

# CAPÍTULO I

## PERSPECTIVAS DA MORTE NO OCIDENTE

### Introdução ao Capítulo I

Neste capítulo pretendemos abordar o percurso das concepções da morte e das práticas, das atitudes e dos ritos no Ocidente, desde a Idade Média até à Actualidade. Para tal, recorreremos a Ariès, historiador contemporâneo que, numa abordagem intuitiva e subjectiva, procurou compreender o percurso da morte. Nesta abordagem, o observador possui vários documentos (artísticos, litúrgicos) e tenta analisar esses documentos, que de outra forma, são ininteligíveis e sem relação entre si.

Sustentados em Ariès, apresentamos as perspectivas da morte em quatro épocas distintas, em função das atitudes do Homem perante a morte. A primeira é uma abordagem sincrónica<sup>8</sup>, que abrange cerca de um milénio – é a morte domesticada. À medida que o Homem vai tomando consciência da sua individualidade, explica-nos a morte de si próprio, numa abordagem diacrónica<sup>9</sup>. A terceira e quarta partes estão relacionadas com as atitudes contemporâneas: a morte do outro e a morte interdita.

### 1. A morte domesticada

Na baixa Idade Média, todos os seres humanos reconheciam a sua condição de mortais e ninguém morria sem ser prevenido, excepto os que morriam de peste ou de outra causa súbita. A advertência era feita por sinais naturais ou por uma convicção e não por uma premonição sobrenatural. Era algo de muito simples, que atravessa os tempos, e que está presente nos nossos dias, pelo menos como uma sobrevivência. De

---

<sup>8</sup>“As novas ciências do homem e a linguística introduziram as noções de diacronia e de sincronia. Como muitas questões de mentalidade que se situam na longa duração, a atitude perante a morte pode parecer quase imóvel através de períodos muito longos. Aparece como anacrónica. E no entanto, em certos momentos, intervêm modificações, na maior parte dos casos lentas e por vezes imperceptíveis, e hoje em dia mais rápidas e mais conscientes” (Ariès, 1975, p. 19). A dificuldade para o historiador está em ser sensível às modificações, bem como em não ficar obcecado por elas, para além de não esquecer as grandes inércias que reduzem a dimensão social das inovações. Assim, a abordagem sincrónica pode ser entendida como o estudo de um fenómeno linguístico considerado num determinado tempo, independentemente da sua evolução (*ib.*, p. 19).

<sup>9</sup> Perspectiva de análise histórico-evolutiva; observação de fenómenos (linguísticos, sociais, culturais) quanto à sua evolução no tempo (Dicionário Universal da Língua Portuguesa, 1995, p. 504).

facto, a morte<sup>10</sup> era um acontecimento bem simples e ninguém tinha medo dela. A única preocupação residia no facto de não serem prevenidos a tempo da sua própria morte ou, então, de morrerem sozinhos. Quando o moribundo pressentia o seu fim tomava precauções, isto é, aguardava serenamente no leito a sua morte, rodeado dos familiares, amigos e crianças<sup>11</sup>. Após fazer uma retrospectiva da sua vida, lastimava-se das injustiças que esta lhe havia proporcionado e de seguida pedia perdão aos companheiros que o rodeavam e que eram sempre em grande número.

Eis que chega a hora de se despedir do mundo e de pensar em Deus. A oração, declamada em voz alta, era constituída por duas partes: na primeira parte, o moribundo confessava a sua culpa pelos pecados cometidos, e resgatava-os por um acto público, pedindo a remissão deles. Na segunda parte da oração, pedia a salvação para a sua alma, não se esquecendo de recomendar a Deus todos os companheiros que o rodeavam. Neste único cerimonial religioso o padre absolvía-lhe os pecados, lia os salmos, incensava o corpo e aspergia-o com água benta. Esta cerimónia era repetida sobre o corpo morto, na sepultura, e recebia o nome de *absoute*-absolvição.

Ao terminar o ritual, o moribundo aguardava, “jazendo no leito”, a sua morte. E esses momentos eram tornados públicos, como uma cerimónia a que o moribundo presidia, conhecendo o seu protocolo. Não havia pressa para que a morte chegasse, mas, também, não havia motivos para que tardasse. Todos os ritos de morte eram cumpridos com simplicidade e sem dramatismos. E assim se morre durante séculos ou milénios, o que ainda hoje se pode observar nalguns meios rurais do nosso país (Oliveira, 1995, p. 18).

Contudo, cada vez menos assistimos a uma morte familiar que contrasta com aquela que tem vindo a predominar e que provoca medo, a ponto de nem ousarmos dizer-lhe o nome.

Um outro aspecto a salientar, aborda a antiga familiaridade com a morte: a coexistência dos vivos e dos mortos<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup>A morte, nos vocabulários mais arcaicos, não existe, ainda, como conceito: fala-se dela como um sono, uma viagem, um nascimento, um malefício, uma entrada para a morada dos antepassados ou de tudo isto ao mesmo tempo (Morin, 1988, p. 25). As evidências que têm vindo a ser comprovadas, levam-nos a consciencializar que os povos primitivos, encaravam a morte de uma forma natural, isto é, sem medo “o medo da morte é muito menos pronunciado nos povos arcaicos do que nas sociedades mais evoluídas” (*ib.*, p. 39).

<sup>11</sup> Até ao século XVIII, não há representação do quarto de um moribundo que não incluía crianças. Actualmente afastam-se as crianças da morte (Ariès, 1975, p. 24).

<sup>12</sup> É um fenómeno novo, desconhecido da Antiguidade pagã e mesmo cristã. É absolutamente estranho desde os finais do século XVIII (Ariès, 1975, p. 25).

Apesar da familiaridade com a morte, os povos da Antiguidade temiam a proximidade dos mortos e mantinham-nos “expulsos” deste mundo. Contudo, honravam as sepulturas<sup>13</sup> porque temiam o regresso dos defuntos e o culto tinha como objectivo impedir que retornassem à terra e transtornassem os vivos. Sendo assim, a morada dos vivos estava separada da “morada” dos mortos a fim de evitar qualquer contacto e era uma regra absoluta. De facto, a intolerância dos vivos em relação aos mortos levou a que os cemitérios da Antiguidade fossem construídos fora das cidades, ao longo das estradas. Eis porque em Roma era proibido enterrar *in urbe*, no interior da cidade.

São João Crisóstomo, numa homilia, exortava os cristãos a oporem-se a um novo costume e pouco seguido “vela para que jamais se erga um túmulo dentro da cidade. Se depositassem um cadáver no sítio onde dormes e comes, o que tu não farias! Entretanto, depositas os mortos não onde dormes e comes mas sobre os membros de Cristo”<sup>14</sup>, isto é, nas igrejas (Ariès, 1975, p. 26).

Este costume, denunciado por São João Crisóstomo, devia expandir-se e impor-se mesmo com as interdições do Direito Canónico. Os mortos vão penetrar nas cidades, local de onde estiveram afastados durante milénios. Tudo isto começou, não tanto com o cristianismo mas com o culto dos mártires, de origem africana<sup>15</sup>.

A partir do século VI, o clero contorna a tradição, levanta o interdito e faz desaparecer a distinção onde se enterrava *ad santus*, (junto dos santos e próximo da basílica) e a cidade até então interdita às sepulturas (Ariès, 1977, vol. I, p. 26). Desta forma, a abadia cemiterial e a Igreja catedral deixaram de ficar separadas.

Na Época Medieval, a Igreja era um edifício com um espaço à sua volta. O cemitério era a parte exterior da Igreja; o seu pátio, adro ou *atrium*, onde os mortos eram enterrados. Nesta época, e mesmo nos séculos XVI e XVII, apenas importava que os ossos ficassem perto dos santos ou na Igreja, junto do altar. O corpo era confiado à igreja que devia conservá-lo no seu recinto sagrado.

A Igreja e o seu pátio eram locais públicos. O cemitério, para além de ser um lugar de sepultura, serviu também de asilo e foi um local permitido para construir casas. Desta forma, passou a existir um bairro que gozava de privilégios fiscais, ou até mesmo de comércio e diversão. Neste contexto, participavam livreiros, comerciantes e outros e

---

<sup>13</sup> Os conhecimentos das antigas civilizações pré-cristãs provêm da arqueologia funerária, dos objectos encontrados nos túmulos (Ariès, 1975, p. 25).

<sup>14</sup> São João Crisóstomo, Opera... Paris, Ed. Montfaucon, 1718-1738, vol. VIII, p. 71, homilia 74.

<sup>15</sup> Os mártires eram enterrados nas necrópoles extra-urbanas, comuns a cristãos e pagãos. Os sítios venerados dos mártires atraíram por sua vez as sepulturas (Ariès, 1975, p. 26).

procediam-se a inumações, abriam-se túmulos e levantavam-se cadáveres, ainda não totalmente decompostos, que exalavam odores nauseabundos.

No final do século XVII, aparecem sinais de intolerância, o que contrasta com a acomodação que durante mais de um milénio se verificou com toda a promiscuidade que os vivos toleraram.

O espectáculo dos mortos em que os ossos estavam expostos à superfície nos cemitérios, impressionava os vivos que foram deixando de se sentirem familiarizados com a ideia da sua própria morte.

## **2. A morte de si próprio**

A partir dos séculos XI-XII, iremos encontrar algumas modificações subtis que, lentamente, vão concedendo um sentido dramático e pessoal à familiaridade do Homem perante a morte. Esta familiaridade implicava uma concepção colectiva do destino, pois o Homem estava profundamente socializado com a natureza e a aceitação da morte era uma forma de aceitação da ordem da natureza e, por isso, não pensava em exaltar a morte nem dramatizá-la mas aceitá-la como justa.

Se, no passado, houve uma preocupação com o destino colectivo da espécie, agora a preocupação centra-se no destino particular de cada pessoa. E, o Homem desta segunda Idade Média, começa a aperceber-se da existência de uma série de fenómenos. Seguidamente, apresentaremos alguns desses fenómenos.

### A representação do Juízo Final

A representação do Juízo Final foi um dos fenómenos que sofreu grandes mudanças, pois na escatologia<sup>16</sup> dos primeiros séculos do Cristianismo, o Homem não era condenado nem era submetido a qualquer julgamento<sup>17</sup>.

Acreditava-se na ressurreição dos mortos (os que pertenciam à Igreja e lhe tinham confiado o seu corpo). Com esta concepção, não havia lugar para uma

---

<sup>16</sup> A escatologia é uma parte da teologia que se refere às coisas que deverão suceder no fim do mundo (Dicionário Universal da Língua Portuguesa, 1995, p. 603).

<sup>17</sup> No sarcófago do bispo Agilbert, pode-se ver num dos lados, Cristo ladeado por quatro evangelistas, isto é, a imagem tirada do Apocalipse, de Cristo regressando no fim dos tempos. No outro lado, a ressurreição dos mortos: os eleitos de pé, braços ao alto aclamam o regresso triunfal de Cristo, que tem um rolo na mão, o *Livro da Vida* (J. Hubert, *Les Crytes de Jouarre* (IV Congresso de Arte da Alta Idade Média), Melun, Tipografia da Prefeitura de Seinte-et-Marne, 1952, citado em Ariès, 1975 p. 32).

responsabilidade individual, enfim, para uma contagem das boas e más acções. Por outro lado, os maus, “os que não pertenciam à Igreja, não sobreviveriam à sua morte, não despertariam e seriam abandonados ao não-ser” (Ariès, 1975, p. 32). A partir do século XII, a cena altera-se e começa a falar-se dos justos e dos pecadores, por intermédio do julgamento e da pesagem das almas<sup>18</sup>. Cada Homem é julgado pelo *balanço da sua vida* e tudo é anotado no *liber vitae*, inicialmente concebido como o recenseamento do universo, um livro cósmico. Mas, no final da Idade Média, converteu-se no livro de contas individuais<sup>19</sup>.

O Juízo Final pode estar ligado à biografia individual, que só acaba no fim dos tempos e não na hora da morte, opina Ariès (1975, p. 33).

#### Quarto do moribundo

O segundo fenómeno consistiu em suprimir o tempo escatológico entre a morte e o fim dos tempos e em deslocar o Juízo Final para o quarto do moribundo<sup>20</sup>.

Esta iconografia leva-nos ao modelo tradicional da morte no leito, que descrevemos na morte domesticada. Contudo, há qualquer coisa que perturba a cerimónia: seres sobrenaturais invadem o quarto do moribundo. A Trindade, a Virgem, toda a corte celeste está a um lado da cabeceira do moribundo e do outro lado encontra-se Satanás e o exército dos demónios monstruosos.

Como podemos interpretar este cenário? Será um verdadeiro juízo?

A balança onde são pesados o bem e o mal deixou de servir. Continua a haver o livro, mas o demónio apodera-se dele, triunfante porque as contas da biografia lhe são favoráveis. Deus aparece como testemunha ou árbitro nas duas interpretações que se podem dar e que até se podem sobrepor.

A primeira interpretação é de uma luta cósmica entre as potencialidades do bem e do mal que disputam a posse do moribundo que, estranhamente, assiste. Esta

---

<sup>18</sup> Nas Igrejas Romanas, continua esculpida nos tímpanos (espaço esculpido, circunscrito por vários arcos ou linhas rectas), a glória de Cristo, inspirada na visão do Apocalipse. “Mas por baixo aparece uma iconografia nova inspirada em Mateus, a ressurreição dos mortos, a separação dos justos e dos condenados: o julgamento (sobre a auréola de Cristo está escrita uma palavra: *Judex*), a pesagem das almas pelo arcanjo São Miguel” (Ariès, 1975, p. 32).

<sup>19</sup> Nos séculos XV e XVI, os ressuscitados levam-no pendurado ao pescoço, como um documento de identificação, ou então como um “balanço” das contas a apresentar às portas da eternidade. Acreditava-se num além da morte, mas proporcionava um complemento de duração entre a morte e o fim dos tempos (Ariès, 1975, p. 33).

<sup>20</sup> Esta iconografia encontra-se em gravuras de madeira difundidas pela imprensa e em livros que tratam a maneira de bem morrer: *as artes moriendi* do séculos XV e XVI (Ariès, 1975, p. 33).

interpretação é sugerida pelas gravuras das *artes moriendi*. Mas lendo atentamente as legendas que acompanham estas gravuras, Ariès (1975, p. 34), salienta que é outra coisa, é a segunda interpretação. Deus e a sua corte estão presentes para averiguarem como é que o moribundo se vai comportar no decorrer da prova que determinará a sua sorte na eternidade.

A sua atitude, num momento fugaz, leva-o a ter a oportunidade de anular os pecados cometidos em vida, se repelir a tentação (rumo ao Céu), ou pelo contrário, anulará todas as boas acções, se a ela ceder (rumo ao Inferno).

A última prova substitui o Juízo Final. Aqui impõem-se duas observações: a primeira prende-se com a aproximação que se dá com a representação da morte no leito e a do julgamento individual de cada vida que, conforme vimos, era uma cerimónia colectiva.

O Juízo, pelo contrário, era peculiar a cada moribundo e ninguém conhecia a sua sorte antes da decisão do juiz<sup>21</sup>.

A segunda observação refere-se à relação cada vez mais estreita entre a morte e a biografia de cada vida, que se tornou definitiva nos séculos XIV e XV por influência das ordens mendicantes<sup>22</sup>. A partir de então crê-se que cada moribundo reveja de relance toda a sua vida e, neste momento, dará à sua biografia o sentido definitivo.

Com a Reforma católica, os autores espirituais lutaram contra a crença popular que dizia que não era preciso a pessoa esforçar-se muito para levar uma vida virtuosa, uma vez que a boa morte “conquistava” todas as faltas cometidas. A iconografia dos séculos XV-XVI mostra essa “arte de bem morrer”, que “pressupunha que se resistisse à tentação do desespero ou do orgulho, bem como o arrependimento sincero dos pecados cometidos” (Feijó *et al.*, 1985 citado em Oliveira, 1999, p. 45). Cada pessoa, individualmente, devia esforçar-se por agir bem. Não se deixou, no entanto, de reconhecer uma importância moral ao moribundo e às circunstâncias da sua morte. Só com a chegada do século XX é que esta crença foi rejeitada, pelo menos nas sociedades industrializadas. Seja como for, o Homem procurava atribuir um sentido à sua vida. Se não fosse assim, como seria a vida se não tivesse em conta o céu, o inferno, a ressurreição...?

---

<sup>21</sup> Na iconografia das *artes moriendi* reúne, na mesma cena, a segurança do rito colectivo e a inquietação de uma interrogação pessoal (Ariès, 1975, p. 35).

<sup>22</sup> “São ordens religiosas fundadas no princípio do Século XIII, assim designadas porque viviam exclusivamente da caridade pública, sendo o voto de pobreza a sua característica” (Dicionário Universal da Língua Portuguesa, 1995, p. 963).

### Le transi (o trespassado)

O aparecimento dos temas macabros e o interesse pela decomposição física, na literatura e na arte, aparecem em simultâneo com as *artes moriendi*: é o terceiro fenómeno.

A representação da morte com os traços de uma múmia ou de um cadáver era pouco frequente e encontrava-se, sobretudo, na ilustração do ofício dos mortos nos manuscritos do século XV, na decoração das Igrejas e dos cemitérios (dança dos mortos), sendo muito pouco frequente na arte funerária. O horror pela decomposição do corpo em putrefacção é um tema familiar na poesia do século XV. A decomposição torna-se num fenómeno novo e original: é um sinal de ruína do Homem e aplica-se-lhe um sentido profundamente macabro.

Para melhor compreender esse Homem é importante partirmos da noção actual do fracasso, que nos é, por demais, familiar na nossa sociedade. Cada vez mais cedo o Homem adulto toma consciência de que não concretizou muitos dos seus desejos e acompanha-o um sentimento de fracasso. Este sentimento está na origem de um clima de depressão que aumenta nas classes remediadas das sociedade industriais (Ariès, 1975).

Este sentimento era estranho nas mentalidades das sociedades tradicionais, já não sendo estranho ao Homem rico e poderoso do final da Idade Média. Contudo, entre o nosso sentimento actual de fracasso e o do final da Idade Média, existe uma diferença. Actualmente não estabelecemos nenhuma relação entre os nossos fracassos e a nossa mortalidade. A certeza da morte e a fragilidade da nossa vida são desconhecidas na nossa existência.

No final da Idade Média, o Homem tinha a consciência da sua morte mas tinha uma paixão pela vida (o que hoje mal compreendemos, talvez porque, a nossa vida se tornou mais longa). Assim, podemos retirar algumas conclusões acerca dos primeiros fenómenos: o Juízo Final, a última prova das *artes moriendi*, o amor à vida representados por temas macabros (*ib.*, p. 38).

Do século XII ao século XV, constatou-se uma aproximação entre três categorias de representações mentais: as da morte, as do conhecimento por cada um da sua própria biografia, e as do apego apaixonado às coisas e aos seres possuídos durante a vida. A vida e a morte converteram-se no lugar onde o Homem tomou consciência de

si mesmo (Ariès, 1975, p. 38). O fenómeno dos túmulos ou, seja, da individualização das sepulturas, confirma esta tendência.

### As sepulturas

Na Roma antiga, toda a gente possuía um local de sepultura e esse local era assinalado por uma inscrição que significava o desejo de conservar a identidade do túmulo e a memória do desaparecido. Por volta do século V vão rareando e, consoante os sítios, desapareceram as sepulturas identificadas.

Os mortos eram abandonados na Igreja, o enterramento *ad sanctos*. Os cemitérios da primeira Idade Média e mesmo os mais tardios, onde persistiram costumes antigos, são acumulações de sarcófagos de pedra, por vezes esculpidos, mas, regra geral, anónimos.

A partir do século XII, começam-se a reencontrar as inscrições funerárias que, numa fase inicial, eram encontradas, apenas, nos túmulos das personagens ilustres como os santos. No século XIII, estes túmulos tornaram-se mais frequentes e foram associados a efígies<sup>23</sup>. No século seguinte, reproduzem-se máscaras feitas a partir dos rostos dos defuntos. Algumas personagens ilustres, eclesiásticas ou laicas, são as únicas que tinham grandes túmulos esculpidos. Desta forma, a arte funerária evolui para uma personalização crescente até ao início do século XVII.

Entre os séculos XIII e XVIII, as placas tumulares (com 20 a 40 cm), continham inscrições que identificavam o morto e encontravam-se aplicadas nas paredes das Igrejas. Até ao século XVIII, constituíram a forma mais corrente de monumentos funerários. Estas placas cobriam inteiramente as Igrejas e traduziam a vontade de individualizar o local da sepultura e de perpetuar a lembrança do morto.

Contudo, as placas tumulares não eram o único meio, nem talvez o mais usual, de perpetuar a sua memória. Os defuntos previam nos testamentos serviços religiosos perpétuos pela salvação da sua alma. Do século XIII até ao século XVII, os testadores ou os seus herdeiros mandavam gravar em placas, de pedra ou de cobre, os termos da doação e os compromissos do cura e da paróquia. Estas placas eram tão significativas como as de “aqui jaz”. Independentemente do seu significado, o que importava era que

---

<sup>23</sup> Representação de uma pessoa, imagem (Dicionário Universal da Língua Portuguesa, 1995, p. 537).

tinham o registo da identidade do morto e não o reconhecimento do lugar onde o corpo havia sido depositado.

Desde o século XI que a morte conquista o Homem, no sentido de ir tomando consciência da sua individualidade, auscultando o mistério que o abrange. Da resignação ao cumprimento da mais evidente lei da natureza, desde a Idade Média, o Homem Ocidental rico, poderoso ou letrado começa a reconhecer-se a si mesmo na sua morte: ele descobriu *a morte de si próprio* (Ariès, 1975, p. 42).

### 3. A morte do outro

Vimos que a primeira atitude do Homem perante a morte, a da resignação familiar ao destino colectivo da espécie, podia resumir-se nesta frase: todos nós morreremos. A segunda atitude aparece no século XII, e exprime a importância reconhecida nos tempos ocidentais à existência própria individual, podendo traduzir-se nesta fórmula: *a morte de si próprio* (Ariès, 1975, p. 43).

A partir do século XVIII, o Homem Ocidental tenta dar um novo sentido à morte. “Exalta-a, dramatiza-a, quere-a impressionante e dominadora” (*ib.*, p. 43). Simultaneamente, preocupa-se cada vez menos com a sua própria morte e mais com a morte do outro: a morte de quem está próximo, a da pessoa amada ou próxima, atribuindo à morte um sentido romântico e retórico; o outro, cuja saudade e lamentação inspiram nos séculos XIX e XX, o culto novo dos túmulos e dos cemitérios.

A partir do século XVI (e já no final do século XV), os temas da morte têm um sentido erótico: são temas que carregam um sentido erótico-macabro, mostrando complacência com os espectáculos da morte, do sofrimento e dos suplícios<sup>24</sup>.

Aqui impõe-se uma ideia que é nova ao invés da familiaridade com a morte encontrada anteriormente. Agora, a morte aparece como uma ruptura e tal como o acto sexual, é cada vez mais considerada como uma transgressão que arranca o Homem à sua vida quotidiana e ao seu trabalho para o lançar num mundo cruel e violento. Esta ideia de ruptura, originária e desenvolvida no mundo dos fantasmas eróticos, vai passar para o mundo dos factos reais e concretos. Desta forma, a morte perde as suas características eróticas ou, pelo menos, são sublimadas e transformadas em beleza: é a morte romântica. Eis a primeira alteração que surge no final do século XVIII.

---

<sup>24</sup> É um fenómeno que não ocorreu no mundo dos factos reais, mas sim no mundo obscuro e extravagante dos fantasmas, no mundo imaginário (Ariès, 1975, p. 43).

A segunda alteração diz respeito à relação entre o moribundo e a família. Do século XIII até ao século XVIII, o moribundo exprime as suas próprias ideias, sentimentos, fé religiosa, apego às coisas, entre outras vontades, através de um instrumento: o testamento. O testamento era um meio onde o Homem afirmava os seus pensamentos e convicções, mais do que um acto de direito para a transmissão da sua herança. Por vezes, o testamento continha cláusulas piedosas (muitas vezes ocupavam a maior parte do testamento), que tinham como objectivo responsabilizar publicamente o executor testamentário, o cura da paróquia ou os monges e de os obrigar a respeitar as vontades do moribundo.

Desta forma, o testamento revelava desconfiança em relação aos herdeiros, aos parentes próximos e ao clero.

Na segunda metade do século XVIII, dá-se uma alteração considerável na redacção dos testamentos em todo o Ocidente. As cláusulas piedosas, as designações de sepulturas, as fundações destinadas a missas e serviços religiosos e as esmolas desapareceram e o testamento ficou reduzido àquilo que hoje em dia ainda é: um acto legal de distribuição de fortunas.

As esmolas, as designações das sepulturas, as fundações destinadas a missas e serviços religiosos desapareceram. Esta laicização do testamento representa um sinal de descristianização da sociedade e um ganho de confiança do testador em relação aos parentes, levando-o a delegar alguns dos poderes que exercera até então. Esta nova atitude revela as relações de afecto desenvolvidas no seio da família. Na verdade, o moribundo enfatiza o seu papel no ritual da sua própria morte e os assistentes já não são os figurantes de outrora, passivos e apoiados na oração.

Desde o fim da Idade Média e até final do século XVIII, o luto tinha duas finalidades. Uma obrigava os familiares do defunto a retratar um desgosto que nem sempre sentiam; a outra defendia os sobreviventes muito desgostosos contra os excessos da dor. Impunha-se um certo tipo de vida social, visitas de familiares, vizinhos e amigos, que lhe eram devidas e durante as quais podiam exteriorizar os seus desgostos, o que ainda permanece nos nossos dias. Há também quem chore, quem perca os sentidos, jejeie e se deixe definhar numa ostentação da dor, o que, na actualidade, também, por vezes, se observa. É um exagero de luto que é rico de significado no século XIX, o que quer dizer que “os sobreviventes aceitam a morte do próximo mais dificilmente do que noutros tempos” (Ariès, 1975, p. 48). Durante o século XIX e

mesmo durante o século XVIII, o Homem teme não a sua própria morte, mas a morte do próximo, a morte do outro (*ib.*, p. 48).

Estes sentimentos geram um novo fenómeno religioso: o culto moderno dos túmulos e dos cemitérios. Constatámos que na Idade Média os mortos eram entregues, ou antes, abandonados à Igreja que se encarregava de os sepultar e pouco importava o local da sepultura. Já nos séculos XVI e XVII existe a preocupação em situar a sepultura. Contudo, as visitas piedosas ou melancólicas aos túmulos dos entes queridos não se conhecem.

Na segunda metade do século XVIII, o cenário modificou-se. A acumulação dos mortos nas Igrejas ou nos seus pátios torna-se intolerável. O que durou quase um milénio sem incitar reservas é agora objecto de críticas muito duras, por duas ordens de razões. A primeira diz respeito à saúde pública, que fica comprometida pelas manifestações pestilentas e odores vindos das fossas, e a segunda prende-se com os solos das igrejas, a terra saturada de cadáveres dos cemitérios e a exibição dos ossários que violam a dignidade dos mortos.

Neste contexto, a Igreja é acusada de ter “cuidado” da alma e nada ter feito para cuidar do corpo, de ter recebido dinheiro de missas, bem como de se ter desinteressado dos túmulos.

Muitas pessoas preferiram enterrar os seus mortos na propriedade da família, pois pretendiam ter acesso ao lugar exacto onde estava o corpo e esse lugar pertence sem dúvida à família e ao defunto. É assim que a sepultura se converte numa espécie de propriedade com a garantia de perpetuidade e um local onde se vai visitar o familiar ou o ente querido, tendo-se ganho o hábito de a enfeitar com flores. Este hábito, que também perdura até aos nossos dias, ganhou uma maior expressão no “Dia dos Fiéis Defuntos”, comemorado a 2 de Novembro.

Este culto aos cemitérios abriu-se ao indivíduo e à sociedade. Já no século XVIII os autores dos projectos dos cemitérios desejavam que estes fossem parques organizados para as visitas dos familiares e, ao mesmo tempo, museus de homens ilustres. Neste final do século XVIII, nasce uma nova representação da sociedade, que se desenvolverá e encontrará a sua expressão, no século XIX, pelo positivismo<sup>25</sup> de

---

<sup>25</sup> “Sistema filosófico de Comte que se baseia nos factos e na experiência (...), repudiando tudo o que é metafísico e sobrenatural” (Dicionário Universal da Língua Portuguesa, 1995, p. 1149).

As ciências sociais nasceram para ser empíricas e duas vertentes foram distinguidas: “uma consistiu em aplicar na medida do possível, ao estudo da sociedade todos os princípios epistemológicos e metodológicos que presidiam ao estudo da natureza desde o século XVI; a segunda, durante muito tempo

Comte (Ariès, 1975, p. 51). Admite-se que a sociedade se compõe, simultaneamente, de mortos e de vivos e uns e outros são significativos. A cidade dos mortos é o contrário da cidade dos vivos, ou, mais propriamente que o contrário, a sua imagem, e a sua imagem *intemporal*. “É que os mortos passaram o momento da mudança e os seus monumentos são os sinais visíveis da perenidade da cidade” (*ib.*, p. 51).

O culto nos cemitérios continua a ser uma das grandes expressões de solidariedade para com aqueles que deixaram o mundo dos vivos. Tenhamos em conta as visitas aos nossos familiares, amigos e demais pessoas.

Se no início do século XIX, devido à expansão urbana se tentou deslocar alguns cemitérios para fora das cidades, também, é verdade que as mentalidades começaram a mudar, reconhecendo-se a importância deles dentro das cidades. Desta forma, o cemitério reconquistou um lugar na cidade, físico e moral, que havia ocupado na Antiguidade e que tinha perdido no início da Idade Média.

Em todo o caso, assiste-se a uma ruptura nas mentalidades que se activa em meados do século XX e que tem o seu apogeu com a recusa da morte no Ocidente – é a morte interdita.

#### **4. A morte interdita**

Desde a Alta Idade Média até meados do século XIX, a atitude perante a morte tem vindo a mudar mas tão lentamente que os contemporâneos não se foram apercebendo. Mas, a partir dos anos 30 do século XX, e, de forma vertiginosa nos anos 50, assistimos a uma verdadeira revolução de ideias e sentimentos de tal modo brutal que “a morte, outrora tão presente (...) torna-se vergonhosa e objecto de um interdito” (Ariès, 1975, p. 55). Esta atitude perante a morte começa a ter lugar na segunda metade do século XIX, onde se constata que o círculo de relações do moribundo vai tentar esconder-lhe o seu fim, ou seja, a situação de morte iminente, e a verdade começa a ser

---

marginal mas hoje cada vez mais seguida, consistiu em reivindicar para as ciências sociais um estatuto epistemológico e metodológico próprio, com base na especificidade do ser humano e sua distinção polar em relação à natureza. Estas duas concepções têm sido consideradas antagónicas, a primeira sujeita ao jugo positivista, a segunda, liberta dele, e qualquer uma delas reivindicando o monopólio do conhecimento científico-social” (Sousa Santos, 1987, p. 19). A primeira vertente, cujo compromisso epistemológico está bem simbolizado no nome de “física social”, parte do pressuposto de que as ciências naturais são uma aplicação ou uma concretização de um modelo de conhecimento universalmente válido, o único válido. Na segunda vertente, é necessário reduzir os factos sociais às suas dimensões externas, observáveis e mensuráveis (*ib.*, pp. 19-20).

ocultada; em suma, a verdade começa a criar dificuldades. Havia uma preocupação em esconder a verdade à pessoa em fim de vida, era preciso poupar-lhe a sua “desgraça”.

A origem deste sentimento já é conhecida e a intolerância da morte do outro e a confiança renovada do doente no seu círculo familiar, ajudam-nos a compreender esta atitude. Assim, evita-se não só ao moribundo, mas também à sociedade, o incómodo e a emoção demasiado fortes provocados pela agonia da morte em plena vida feliz. Aparentemente, nada mudou nos ritos da morte e ninguém tem a ideia de os alterar, mas começa a esvaziar-se a carga dramática e inicia-se o processo de escamoteamento.

Entre 1930 e 1950 começam a acontecer mudanças, e uma delas é a transferência do moribundo de casa para o hospital. É no hospital que se proporcionam cuidados que não se podem proporcionar em casa e é também um local que deixou de ser um asilo de miseráveis, passando a ser um “centro médico”, onde se cura e se luta contra a morte.

Segundo os sociólogos americanos há dois tipos de doentes: os mais tradicionais que evitam deslocar-se ao hospital e assim morrem em casa e os mais modernos, que aguardam no hospital a hora da sua morte, porque se tornou inconveniente morrer em casa (Áries, 1975, p. 63).

A passagem do quarto do moribundo para o hospital tem a ver com a chamada medicalização da morte, levando as pessoas a acreditarem em milagres. Esta situação levou a que a morte fosse progressivamente banida do horizonte da vida, pois, “o avô velho e doente que dantes se via morrer “naturalmente”, em casa, (...) vai morrer no hospital” (Rosa, 1985, p. 93). A morte no hospital é sintoma do seu afastamento temporal, uma vez que a esperança de vida aumentou, afastando-se no tempo a iminência da morte e, recuou-se na sua data provável porque cada ano ganho contra a morte é, na perspectiva da vida, um afastamento extraordinário (*ib.*, p. 63).

Se, no final do século XVIII, a família desfrutara da confiança do moribundo, nos nossos dias, a família e o moribundo encontram-se alheias às circunstâncias da morte que, entretanto, passou para as mãos da equipa de saúde, “os senhores da morte”. Por sua vez, estes controlam-na e esforçam-se para que a pessoa aceite a sua própria morte<sup>26</sup> e que também seja tolerada ou admitida pelos familiares (Ariès, 1975, p. 57).

Uma morte aceitável é aquela que será admitida e tolerada pelos sobreviventes. Contudo, é uma morte que desencadeia, nos sobreviventes, emoções fortes e são

---

<sup>26</sup> Ariès (1975, p. 57) refere que os senhores da morte esforçavam-se para obter do doente um “*acceptable style of living while dying, um acceptable style of facing death*”.

precisamente estas emoções que deverão ser evitadas, quer no hospital quer na sociedade em geral. Desta forma, os sobreviventes só têm direito a emocionarem-se em privado. Por sua vez, ao moribundo jamais compete despertar no pessoal de saúde a insuportável sensação de morte iminente, levando-o a fazer de conta que não vai morrer, pois “o novo costume exige que morra na plena ignorância da sua morte” (*ib.*, p. 148).

Eis a transfiguração do cenário da morte, que durante séculos, ou até mesmo milénios, tão pouco tinha mudado.

Actualmente, as cerimónias fúnebres são entregues aos novos profissionais da morte, isto é, às agências funerárias, que se encarregam de realizar a cerimónia de uma forma discreta, evitando-se emoções. Assim, as condolências à família tendem a ser suprimidas no final do enterro.

As manifestações de luto, como o envergar vestuário negro, também estão em vias de extinção, pois os sobreviventes já não adoptam uma aparência muito diferente da de todos os dias.

Nos dias de hoje, um desgosto desregrado não inspira piedade mas aborrecimento; é uma manifestação de desarranjo mental. No seio da família evita-se exteriorizar a dor, a fim de não impressionar as crianças.

Desta forma, procura-se ignorar a morte, abolindo os seus sinais aparentes, e abandona-se tudo o que lhe diz respeito, tudo o que pode ameaçar a própria felicidade. E assim o morto cada vez menos é visitado e, em países como a Inglaterra, a incineração está a tornar-se uma prática dominante de “sepultura”. Esta parece ser a melhor prática para fazer desaparecer e anular tudo o que possa restar do corpo: é o fim<sup>27</sup>. Por outro lado, a peregrinação é excluída.

Apesar de tudo o que temos vindo a dizer, a morte continua a ser muito sentida no seio da família. O que mudou foi o direito de o confessar e de o demonstrar. O que outrora era obrigatório, agora tornou-se proibido.

No século XX, a morte tornou-se num tabu, substituindo o sexo. No passado, as crianças assistiam à morte do avô, em redor da sua cabeceira, assistindo à cena do adeus. Actualmente, recebem explicações de ordem sexual, desde muito cedo, mas quando o avô morre, “os grandes” ocultam-lhe a verdade, dizendo que o avô “foi para Jesus”. E refugiado em fantasias, vai crescendo e contribuindo para o interdito da morte.

---

<sup>27</sup> (Ariès, (1975, p.58), refere-se a este momento como: “too final”).

É possível que esta atitude perante a morte, isto é, o interdito da morte, tenha nascido nos Estados Unidos no início do século XX, a fim de preservar a felicidade (Ariès, 1975, p. 59).

Nos nossos dias, existem semelhanças entre uma parte da atitude Americana perante a morte e a da Europa iluminada do século XVIII. Assim como nessa época, os enterros eram cumpridos segundo a tradição. Os embalsamamentos<sup>28</sup> dos cadáveres (técnica que foi uma tradição Europeia, abandonada no século XIX), continua presente nos Estados Unidos, sendo ainda hoje uma prática muito comum. De facto, é possível compreender a prática do embalsamamento, uma vez que existe quase uma recusa generalizada em admitir a morte.

Por outro lado, a morte tornou-se objecto de comércio e de lucro. Não se vende bem o que não tem valor por demasiado familiar, nem o que provoca medo ou pena, salienta Ariès (1975). Para vender a morte é necessário torná-la desejável e, neste contexto, surgem os vendedores da morte, que têm como missão, desde o final do século XIX, ajudar os sobreviventes enlutados a regressar à vida normal<sup>29</sup>.

Por esta razão, o luto deixou de ser um tempo necessário imposto pela sociedade; torna-se mórbido e, como tal, é preciso ser abreviado e eliminado.

Com esta perspectiva, vemos nascer e crescer as ideias que levarão ao interdito actual, assente no desmoronamento do puritanismo, numa cultura urbanizada, dominada pela busca da felicidade ligada à do lucro, e um crescimento económico rápido (Ariès, 1975, p. 62).

Apesar de os Americanos, e aqui reside a sua originalidade, ansiarem transformar a morte, disfarçando-a e sublimando-a, não a querem ver desaparecida, pois isso implicaria o fim do lucro.

Apesar do velório ao morto ser cada vez mais escamoteado na Europa, ele persiste com a visita ao cemitério e a veneração aos túmulos. Por isso, ao público, bem como aos vendedores da morte, a ideia da incineração é repudiada, porque faz desaparecer muito depressa os restos do morto. Contudo, parece que, entre nós, a prática de incineração vem aumentando, pelo que a “Câmara Municipal de Lisboa tem desenvolvido acções no sentido de uma maior divulgação desta prática, de acordo com a

---

<sup>28</sup> “Não se trata de embalsamamento destinado a impedir a putrefacção do corpo, mas de um processo de conservação temporária para prolongar por algum tempo a aparência da vida (...) característica do *american way of death* (Ariès, 1975, p. 62).

<sup>29</sup> São os *doctors of grief* (vendedores da morte) que têm esta missão tal como os padres e os médicos (Ariès, 1975, p. 62).

sensibilidade da população perante as inquietações que a percepção da morte produz”. Assim, tem em conta que a prática de incineração não é apenas uma medida de economia de espaço (Godinho, 1997, p. 4, citado em Oliveira, 1999, p. 76).

Ariès (1975, p. 63) acrescenta que é talvez pelo facto de a sociedade americana não ter aceitado na totalidade o interdito da morte que mais facilmente pode contestá-lo. Desta forma, aparece um número cada vez maior de publicações americanas, escritas por sociólogos e psicólogos, que se ocupam da morte na sociedade actual e, particularmente, nos hospitais. Nestas publicações não constam as condições dos funerais e do luto, porque estas são consideradas satisfatórias. Em contrapartida, os autores ficaram impressionados com a solidão com que se morre nos hospitais. O morto perdeu o lugar que a tradição lhe havia concedido durante milénios, para agora, o círculo médico e familiar preocupar-se com a sua morte, mas sendo mais como objecto de uma decisão voluntária deles próprios; é uma decisão vergonhosa e clandestina.

Esta literatura activa o discurso em redor da morte e ameaça o interdito, mas apenas no local de onde é originária e onde encontrou os seus limites, porque, noutras sociedades contemporâneas, o interdito mantém-se ou alastra o seu império. Também na Europa, concretamente, em Portugal, começa a aparecer nos *media* a forma como se morre nos hospitais portugueses. Verificamos uma preocupação crescente com a prática de cuidados paliativos, que nasce de uma necessidade sentida pelos profissionais de saúde de prestar cuidados às pessoas em fim de vida, numa unidade exclusivamente direccionada a estas pessoas e onde exista a preocupação em proporcionar-lhes um ambiente em que se sintam confortados.

No entanto, a ideia da morte parece muito esquecida e só em alguns lugares nomeadamente os meios rurais, onde ainda prevalecem costumes populares e práticas sociais enraizadas, é que a morte é familiar. É o caso de algumas localidades do Noroeste de Portugal (Feijó *et al.*, 1985 citado em Oliveira 1999, p. 58).

## **Conclusão do Capítulo I**

Em jeito de conclusão poderemos referir que explicitámos as perspectivas da morte desde a Antiguidade até à Época Actual.

Começámos por constatar que, na baixa Idade Média, persistia um sentimento de familiaridade com a morte, isto é, não havia qualquer desespero, temor ou desprezo, levando o moribundo a um caminho entre a sua resignação e alguma confiança mística.

Para além disto, mostrava arrependimento pelos pecados cometidos, em vida, numa cerimónia pública que o moribundo presidia e cujo protocolo conhecia muito bem. A cerimónia da morte era tão importante quanto a do funeral e a do luto.

A partir da segunda parte da Idade Média, do século XII ao século XIV, as particularidades da vida do moribundo, aparecem à luz da sua consciência, e tudo é pesado, contado, num momento em que tudo pode ser mudado, isto é, perdido ou salvo. De facto, há um sentimento interior e consciente da morte, e é neste período conhecida como a morte de si próprio.

Na época moderna, a morte, apesar de aparentemente, manter quase todas as cerimónias tradicionais, vai-se afastando do mundo familiar. No imaginário, associou-se ao erotismo para expressar a ruptura da ordem habitual. A partir do século XVIII, o que se receia não é a morte, mas a separação dos entes queridos: é a morte do outro. Esta é a razão pela qual o Homem foi-se distanciando da morte e, cada vez mais, a assume como uma miragem, dramática e até dramatizada e exaltada.

No século XIX, a morte parecia presente em todo o lado, nomeadamente no vestuário de luto, no culto da recordação, nas visitas e peregrinações aos túmulos. Provavelmente, este cenário ocultava o enfraquecimento da antiga familiaridade com a morte.

Em todo o caso, na Época Actual, a morte tornou-se interdita. Parece que não se deve dar-lhe demasiada importância, pois, embora enquadrada nas nossas vidas, ela não parece assumida, pois é sempre um tema que incomoda. Aliás, a morte serve muitas vezes para a sociedade homenagear aqueles que já morreram e que ignorou em vida, como se pelo ritual fúnebre tentasse reparar o que não foi capaz de fazer no ritual da vida, conferindo-lhe um nome de rua, o erguer de uma estátua ou até uma exposição comemorativa da sua morte (Lalanda, 1996, p. 26).

E, assim, esbarramos numa encruzilhada delimitada entre um passado que tememos em resolver, num presente que apregoa a necessidade de mudar, rumo a um futuro incerto. Por isso, atender à morte é atender à vida, aprender a morrer é aprender a viver, e é com esta perspectiva que a morte adquire um sentido na vida do Homem.

## CAPÍTULO II

### A MORTE NA ACTUALIDADE

#### Introdução ao Capítulo II

A morte tem vindo progressivamente a ocupar um espaço menos íntimo: o hospital. Deixou-se de morrer em casa para se usufruir de condições, que o hospital proporciona, onde se podem tomar decisões sobre a vida da pessoa sem o seu consentimento nem tão pouco com o seu conhecimento (Oliveira, 1999, p. 23).

Neste capítulo, abordaremos o contexto da morte e a sua imagem. Sendo a morte uma realidade, o Homem poderá lastimar-se da sua herança cultural, da sua educação e da sua formação profissional que não o ensinam nem o preparam para enfrentar a (sua) própria morte. Perante ela é induzido a desvendar o que ainda é segredo. Como não a compreende, tende a falar sobre a (sua) morte de forma abstracta, como se estivesse a referir-se a algo que só acontece aos outros. De facto, alheia-se da sua própria morte e parece que a morte do outro só lhe chega através da televisão e dos jornais: a morte espectáculo, à qual assistimos em directo pela televisão, como sejam as chacinas públicas de milhões de seres humanos (no caso da Bósnia, Iraque, Timor, entre outros), quando ela “mora mesmo ao lado”, é o penúltimo ponto a abordar. Imbuído do seu mundo, o Homem medita o efémero em face do além, o limitado perante o aparente ilimitado: a eternidade, é o último ponto a abordar.

#### 1. O contexto da morte

Noutros tempos, a morte da pessoa era um acontecimento social. Envolveia os familiares, amigos, vizinhos e pode-se, por isso, dizer que era uma “morte pública”. Actualmente, na sequência dos avanços técnico-científicos e até das modificações sociais, a morte troca a casa pelo hospital.

A sociedade<sup>30</sup> induz a uma vida ocupada, dedicada à aquisição de bens materiais em que o tempo se esgota numa correria desenfreada “de um lado para o outro”, em que há uma tendência para libertar o Homem de obrigações e “embaraços”, nomeadamente em relação aos familiares mais próximos. Desta forma, quando a pessoa se torna mais

---

<sup>30</sup> A sociedade já não possui qualquer imagem gloriosa de si própria ou projecto histórico mobilizador; doravante é o vazio que nos governa (Gilles Lipovetsky, 1989, p. 11). “É a idade de ouro do individualismo” (*ib.*, p. 48).

dependente, ou quando a sua morte está iminente, é entregue a organizações de solidariedade social ou aos hospitais. A morte surge, assim, como um entrave ao desenvolvimento rotineiro da vida e é encarada como uma punição, uma inconveniência ou uma injustiça. Com esta perspectiva, Ariès (1975, p. 182) reforça: “A morte recuou e trocou a casa pelo hospital: está ausente do mundo familiar do dia-a-dia. O homem de hoje, em consequência de não a ver suficientes vezes e de perto, esqueceu-a: ela tornou-se selvagem e, a despeito do aparelho científico que a envolve, perturba mais o hospital, lugar da razão e da técnica, do que o quarto da casa, sede dos hábitos da vida quotidiana”

Desde os anos de 1950 que a morte deixou de ser “caseira” e começou a ser “vívuda” em contexto hospitalar (*ib.*, p. 56). É no hospital, numa enfermaria, que a pessoa morre, muitas vezes sozinha, resguardada por uma cortina ou por um biombo. Desta forma, pode escapar aos olhares dos mais curiosos, não vá alguém intimidar-se com a sua imagem! Para além disto, mergulhou na solidão e tem a cumplicidade dos profissionais de saúde que cada vez menos a visitam, bem como os familiares e amigos. Se estiver numa unidade de cuidados intensivos, está rodeado de complexos aparelhos, mas, de qualquer modo, morre sozinho (Henriques, *et al.*, 1995, p. 11). Naturalmente, os lares e as casas de repouso substituem, por vezes, o hospital, mas mantêm com ele muitas semelhanças (Oliveira, 1999, p. 140).

As estatísticas referentes ao ano de 1995, num universo de 103939 óbitos ocorridos em Portugal Continental, 51509 aconteceram nas organizações de saúde<sup>31</sup>.

Esta passagem da morte de casa para o hospital vai traduzir-se na necessidade de uma mudança de atitude da própria organização hospitalar como uma estrutura pensada para o tratamento, bem como da parte dos profissionais de saúde. O trabalho destes profissionais está vocacionado para o diagnóstico e tratamento das doenças. Cada vez mais, estes profissionais estão habilitados para o manuseamento da tecnologia que permite salvar vidas e, na maior parte do tempo, lutar contra a morte, ficando para segundo plano as necessidades sentidas pelas pessoas em fim de vida e pelos familiares: há “um controlo sobre a morte que deteriora a relação entre o profissional, o doente e a família” (Oliveira, 1999, p. 73). O que lhes falta para garantirem uma morte serena?

---

<sup>31</sup> Dados fornecidos pelo Centro Informação e Documentação, Serviço Regional de Estatística dos Açores. A salientar, que no universo referido, 41131 óbitos ocorreram no domicílio e os restantes aconteceram por acidentes, envenenamentos e violência.

Porque nem sempre têm em conta o sofrimento dos familiares da pessoa que está a morrer?

Com muita frequência, nos hospitais, a pessoa morre sozinha, não tem ninguém com quem partilhar o medo, a angústia, a alegria ou o que é importante para ela. Frequentemente, os profissionais sentem-se impotentes perante a morte da pessoa e, para se protegerem das suas próprias emoções, deixam-na morrer em profunda solidão. É “a rotina do dia a dia profissional, facilmente abrem a porta à fuga, a que tantos cedem na sua aproximação do doente nesta derradeira fase da vida” (Pinto, 1991, p. 15).

Assim, e conforme já constatámos, jamais compete à pessoa em fim de vida despertar, nos enfermeiros e médicos, a insuportável emoção da morte e será tão mais apreciado quanto a sua capacidade em conseguir fazer esquecer à equipa que vai morrer. Deste modo, desempenha o papel de um “moribundo que faz de conta que não vai morrer” (Ariès, 1975, p. 188) e, assim, os seus direitos<sup>32</sup> podem perfeitamente não ser respeitados.

A pessoa é, então, embalada pela ilusão de uma morte incerta. Os profissionais de saúde podem, por vezes, prever o dia em que morrerá, na sequência da sua trajectória de morte e, se esta trajectória coincide com o previamente definido, tudo está bem, ou seja, há um equilíbrio no meio hospitalar, e as potenciais perturbações emocionais nem sequer são evidenciadas. Mas, se morrer sem avisar, perturba e despoleta emoções que alteram o normal funcionamento da equipa.

Contudo, e alegando que o tempo é sempre escasso, nunca se discute sobre a morte, porque é um tema demasiado triste e, quando acontece ao “meu doente”, a situação é para ser esquecida o mais rapidamente possível. Naturalmente, a equipa incomoda-se com a sua chegada e os jovens enfermeiros, por exemplo, acham-na, tantas vezes, improvável e distante.

De facto, estes jovens não têm a oportunidade de vivenciar a morte em casa (avó, avô, tios,...) ou, nas palavras de Ariès (1975), vivenciar uma morte domesticada, já que esta é cada vez mais improvável.

Assim, para eles, vivenciar a morte do outro é, simplesmente, olhar e não interiorizar, numa organização pública, que os mantém afectivamente afastados em relação às pessoas em fim de vida (Oliveira, 1999, p. 141).

---

<sup>32</sup> Os direitos da pessoa em fim de vida resumem os princípios da prática dos cuidados paliativos e fazem parte do “Manual de sintomas no doente com cancro em fase terminal”, coordenado pelo Dr. Marcos Sancho, da Unidade de Medicina Paliativa do Hospital “El Sabinal”, em Las Palmas, Gran Canária (Barón e Feliu, 1996, p. 1089), que serão abordados no capítulo III.

No entanto, a melhor forma de estar na morte é vivê-la de forma desarmada, não a banalizando e aprendendo com todos aqueles que vão morrer. “Devo isso àqueles que julgo ter acompanhado, mas que, na humildade em que o sofrimento os afundou, se revelaram uns mestres” (Hennezel, 1977, p. 12). Nesta perspectiva, encontram-se os profissionais de saúde que, face às dificuldades que já mencionámos, necessitam de estar integrados numa equipa motivada, formada e apoiada (Hennezel, 2000, p. 3). Para a mesma autora, “motivada” é estar consciente dos valores que levam a trabalhar junto das pessoas em fim de vida. É verdade que a nossa visão do homem e da morte condiciona a forma de os acompanhar. Mas estar consciente desta visão e dos valores em que nos apoiamos, dos factos que nos levaram a trabalhar com estas pessoas e a possibilidade de falar em equipa, levam-nos a não projectar, na pessoa em fim de vida, os nossos sentimentos.

Compete-nos, também, separar o que podemos fazer do que não podemos, como seja o sofrimento inútil, que nasce da conspiração do silêncio, da impossibilidade da solidão, do sentimento de humilhação ou de abandono (*ib.*, p.6).

Muitas vezes, sentimo-nos impotentes face ao sofrimento do outro e é por causa desse medo que impomos silêncio ao outro, àquele que sofre e de quem nos protegemos de diferentes formas, como a fuga, a denegação, resguardando-nos atrás de gestos técnicos ou de um discurso de superioridade intelectual, inibindo o desencadear de carinho, que destrói o carácter íntimo. Cada uma destas atitudes contribui para que nos afastemos de uma experiência profunda e íntima.

Na verdade, o nosso verdadeiro medo não é o medo da morte, mas o medo de encontrar a nossa miséria, a nossa vulnerabilidade, a nossa impotência face à desintegração do outro, “o medo de ver destruída uma certa imagem que temos de nós próprios (...) em que a capacidade de controlar as situações e dominar as emoções é fulcral” (*ib.*, p.6). Neste contexto, emerge uma questão: como nos devemos manter próximos da pessoa em fim de vida sem nos identificarmos?

Reconhecemos que um encontro com a pessoa em fim de vida transporta toda uma riqueza de humanidade e sentimos intuitivamente que, em termos de satisfação espiritual, temos acesso a uma dimensão mais profunda da vida humana. Hennezel (2000, p. 7) refere-nos que está convencida de que é abrindo-nos à nossa afectividade que temos a oportunidade de reencontrar o outro no seu sofrimento e ajudá-lo a superá-lo.

É imprescindível reconhecer que a experiência de acompanhamento é enriquecedora. Esta experiência torna-nos mais sensíveis, porque existe um benefício mútuo no acompanhamento. Muitas vezes, os enfermeiros referem que recebem mais do que aquilo que dão, mas, para tal, é preciso que os enfermeiros e as pessoas em fim de vida reconheçam e aceitem os seus limites e sintam solidariedade no sofrimento (*ib.*, p. 7). É, também, uma oportunidade que surge para nos revelarmos e, de certo modo, mergulhar no “outro”, demonstrando que “existe uma maneira de cuidar de um moribundo que lhe permite sentir-se bem até ao fim” (*ib.*, 1997, p. 16). E, é bem possível sentir gratidão em relação à pessoa em fim de vida, pois dá-nos a oportunidade de mostrarmos como a amparamos e de como podemos aperfeiçoar a alegria de viver.

Esta “prática paliativa” tem vindo a desenvolver-se em serviços de Medicina<sup>33</sup>, de Doenças Infecciosas<sup>34</sup>, em serviços para pessoas idosas e nas equipas de cuidados domiciliários (*ib.*, 2000, p. 3). Assim, emerge a consciência de que é toda uma vida que está enclausurada num quarto e não apenas um corpo doente. Hennezel (1977, p. 51) reforça o que mencionamos, ao relatar-nos como uma enfermeira pode sentir-se no desempenho de uma actividade com uma pessoa que caminha para a morte:

- “Que calmo está hoje! Até dá gosto tratar de si”, diz a enfermeira.

A autora salienta que o que a enfermeira trata é uma pessoa e é com curiosidade e ternura que ela a vê. Há dias em que a enfermeira exprimiu o quanto ela própria se modificava por contactar com este doente.

Em suma, a “boa” morte pode ser, para a sociedade em geral, aquela que ocorre nas organizações, longe dos familiares, amigos e crianças.

Uma pessoa em fim de vida requer cuidados e disponibilidade, podendo tornar-se “indesejável” aos olhos daqueles que lhe são mais próximos. Emerge, assim, a incontornável decisão de encontrar um sítio que lhe proporcione cuidados que já não se podem prestar em casa. A opção recai sobre o hospital, ou o sobre o lar, mesmo que a pessoa, algumas vezes, manifeste o desejo de morrer em casa.

Não são raras as pessoas que chegam mortas ao hospital, vindas de casa na ambulância, ou então morrem pelo caminho. O hospital torna-se, assim, o local de eleição para se morrer, pois é lá que as poderosas máquinas podem “ressuscitar” a

---

<sup>33</sup> O Serviço de Medicina (composto por várias enfermarias) é um serviço onde estão internadas pessoas adultas e idosas, na maioria das vezes com doenças crónicas. Para além disso, é o serviço que apresenta um maior número de pessoas em fim de vida, vítimas de cancro, hemorragias cerebrais, entre outras.

<sup>34</sup> O Serviço de Doenças Infecciosas é um serviço onde estão internadas as pessoas com doenças contagiosas, como sejam a SIDA, a Tuberculose, entre outras.

pessoa que ainda sustenta um “fio” da sua vida. Mas é também o local onde começa a emergir a consciência, para todos nós, de que é uma vida que está fechada num quarto. É, também, provavelmente, o lugar onde se pensa poder adulterar ou preservar uma imagem criada sobre a morte.

Mas qual será a imagem que temos da morte?

## **2. A imagem que temos da morte**

Quem, no meio das suas angústias, no íntimo de alguns sonhos, não se confrontou com a morte, como uma sensação que nos arromba e que é “maravilhosa”, não podendo confundir-se com mais nada que assale o nosso espírito? É o nosso próprio corpo que chega ao limite das suas forças. Uma espécie de parasita que foi consumindo as forças e a alma, sem poder desunir-se deste mesmo corpo. Claro está... é um sonho, porque a morte não se contenta com tão pouco!

De facto, nesta aura, não é possível consumir o pensamento da morte. Seja qual for o sentido que lhe atribuíssemos, o que, na verdade, acontece é que ainda não começámos a pensar sobre ela (Artaud, 1993, p. 11). Tenhamos coragem para o medo que nos avassala, que nos deixa dilacerados até ao limite do impossível. Sabemos bem que, inevitavelmente, temos de morrer e que nem sempre estamos preparados e nem o corpo que temos se deixa ir... nem tão pouco o espírito que precisa sempre de ser nutrido! O espírito parece reflectir a existência de um poder superior, uma força vital que implica uma transcendência que há no âmago de cada pessoa.

Mas, se a aura se torna realidade, chegou o momento de endireitarmos as contas, porque a hora, tão respeitada e, simultaneamente, temida, está prestes a acontecer. Não tenhamos dúvidas... ela está à espreita, esperando o melhor momento para nos abafar. E o tempo que levamos a aguardá-la é, para a nossa inteligência, um desafio intransponível, apesar do conhecimento empírico que temos dele e da convicção do seu fluir (Sá, 1993, p. 18). Contudo, as circunstâncias em que ocorrerá a nossa morte são sempre aguardadas como algo que podemos fazer crescer imaginariamente e, assim, contornamos essa realidade que se vai eclipsando nas possíveis circunstâncias de uma morte, à medida que evitamos pensar nela como factual.

Na vida parece haver, apenas, um conhecimento de “gravidade”: é a (nossa) morte. É um assunto em que se conspira contra a felicidade e, quanto mais os nossos pensamentos a tentam afastar, tanto mais se lhe aproximam. Quanto mais a tememos,

mais temível ela se torna; quanto mais a procuramos esquecer, mais enche a nossa memória; quem tenta fugir-lhe mais depressa a encontra. Assim, ofusca tudo com a sua sombra (Maeterlink, 1997, p. 13). Entregamo-la ao nosso instinto e não lhe disponibilizamos uma hora da nossa inteligência! Porque é que a ideia da nossa morte (que deveria ser a mais convincente da vida, sendo a mais inelutável de todas as ideias é, na verdade, a mais temida e a mais inculta?

De vez em quando somos sondados, principalmente nos momentos mais débeis da vida, ou, como refere Maeterlink (1997, p. 16), “pensamos nela, quando já não temos força, não direi para pensar, mas para respirar”. Quando se solta a hora “prevista” para nós e para a qual nem nos dignamos olhar, falta-nos tudo. Os pensamentos difusos em que pensávamos apoiarmo-nos caem sobre terra e procuramos refugiar-nos... Onde? Quem nos ajuda? Então, o que fazer perante a (nossa) morte?

Artaud (1993, p. 10) refere que é preciso consciencializar que já não há nada a fazer e o “não, não é verdade. Não é verdade” é lançado como uma busca de sentido para o momento. Mas, quando parece não haver nada a fazer, ainda há muito por fazer. “Trata-se de aliviar o sofrimento da pessoa, de ficar à escuta das suas necessidades, de respeitar o tempo que lhe resta viver, sem o encurtar nem alongar (Hennezel e Leloup, 1998, p. 12).

Mas as descobertas no campo da genética, ao lembrar-nos o “Admirável Mundo Novo”<sup>35</sup> de que nos fala Aldous Huxley, levam-nos a consciencializar que, por um lado, é possível conhecer os genes responsáveis por numerosas doenças, mas, por outro, não se prediz para quando é a morte? Que significado tem para nós todo este conhecimento se não tivermos presente a sua imagem? E qual a imagem que temos dela? O que somos perante ela?

Neste contexto, Maeterlink (1993, p. 15, citando Bossuet, o poeta do túmulo) refere: “Não é digno de um cristão (digamos, antes, de um homem) revoltar-se contra a morte no momento em que ela se apresenta para o arrebatá-la”.

Assim como nascemos, crescemos e aprendemos a andar, a escrever, entre outras aprendizagens, bem como a enfrentar as dificuldades, a consciencializarmo-nos das nossas capacidades, também a aprendizagem sobre o lidar com a nossa morte, deveria estar circunscrita na vida. Desta forma, a sua imagem estaria integrada na nossa

---

<sup>35</sup> O tema do Admirável Mundo Novo não é o progresso da ciência propriamente dita; é o progresso da ciência no que diz respeito aos indivíduos humanos (...). Os únicos progressos científicos que são explicitamente descritos são aqueles que interessam à aplicação, aos seres humanos, das futuras pesquisas em biologia, fisiologia e psicologia (Huxley, prefácio ao Admirável Mundo Novo, 1946, p. 12).

preciosa existência e, por exemplo, não adiaríamos projectos, e a relação connosco e com os outros seria deveras gratificante. Seria saudável que todos nós tivéssemos a imagem da nossa morte. E “aprendamos pois a olhá-la como ela é em si, isto é, libertada dos horrores da matéria e despojada dos terrores da imaginação” (Maeterlink, 1997, p.17).

Neste sentido, precisamos afastar tudo o que precede a morte e que não reside nela; atribuímo-lhe as desgraças da doença e isto não parece justo, porque as doenças não têm nada de comum com o que as “termina”, isto é “pertencem à vida e não à morte”(ib., p. 17). E se assim não é, porque esquecemos rapidamente o sofrimento das doenças quando a convalescença se afigura?

Mas, quando chega a morte, logo é acusada de todo os males anteriores a ela. Saltam as lágrimas, os gritos de dor e terá de se aguentar com todas as acusações que lhe são dirigidas, como sejam o peso dos erros da natureza ou da ignorância da ciência ou, ainda, os erros que, inutilmente, prolongam suplícios, em nome dos quais é amaldiçoada, porque ela põe-lhes termo (ib., p. 17).

Efectivamente, o muro entre a vida e a morte é frágil... e fácil de transpor... Basta um passo! E parece que não é a chegada da morte que apavora, mas sim a partida da vida; não é a morte que ataca a vida, mas é a vida a estorvar, a lutar afincadamente contra a morte.

Ora, o que mais nos faz estremecer é o momento do desfecho, que pode levar horas, dias... e que, num instante, destrói o muro entre a nossa vida e a nossa morte. De facto, a morte é uma presença constante na vida – ela está em todo o lado e teimamos em não olhá-la de frente, “com olhos de ver”, quando ela, efectivamente, mora mesmo ao lado!

### **3. “A morte mora ao lado”**

Um dia chegou a notícia de uma amiga que amávamos que tinha morrido... Ela morava ao nosso lado! Apercebemo-nos da angústia que nos invadiu, do vazio em que ficámos, do silêncio que criámos e das lágrimas que brotaram. Desvalorizamos as nossas incompreensões, valorizamos o que lhe tínhamos dito e “lamuriamo-nos” por aquilo que não dissemos. Nesta hora precisa é que nos consciencializamos do quanto aquela pessoa era significativa e, eventualmente, do quanto a amávamos.

Podia ser mais um dia... mais um dia igual a tantos outros. Mas não! Este dia que chega confronta-nos com a nossa própria morte! Pois é... escrevemos um postal que colocamos junto das flores que lhe oferecemos: “onde quer que vás, sabemos que ficas bem e à nossa espera!” ou como refere a canção de Milton Nascimento:

“Pois (...) venha o que vier  
Qualquer dia amigo eu volto a te encontrar  
Qualquer dia amigo a gente vai-se encontrar”

Aceitámos a sua morte e encontrámos nela sentido, quer para nós quer para ela, e, para sermos mais precisos, consciencializámo-nos de que era esse o seu desejo, vindo à tona a sua vivência quotidiana, vivendo cada dia como se fosse o último e, pelas últimas “conversas” que teve, até se referiu à distribuição dos seus bens e objectos, bem como ao seu trabalho e como o deveriam continuar. Partiu um dia para concretizar um sonho, uma viagem à Europa... e regressou, mas sem vida!

Agora, a nossa amiga repousa, o seu rosto está sereno e rejuvenescido e há como que um leve sorriso nos lábios, como que a pedir-nos para que não estejamos tristes.

Os familiares solicitaram a presença dos amigos: olhámo-nos todos em silêncio para em seguida contemplarmos quem nos ia deixar e sentimos uma paz muito especial. Não sentimos tristeza na alma, apenas advertência, o que sempre acontece, após a morte de alguém querido: acabou uma vida! Sentimos satisfação por a ter ajudado em alguns momentos difíceis e gratidão pela sua generosidade por nos ter ensinado a viver com alegria e prazer. Sentimos que a vida, é, na verdade, frágil... muito frágil! E, voltando a Milton Nascimento:

“Amigo... é coisa para se guardar,  
Do lado esquerdo do peito, mesmo que o tempo e a distância digam não,  
Mesmo esquecendo a canção  
O que importa é ouvir a voz que vem do coração”

Se amigo é coisa para se guardar, “debaixo de sete chaves, dentro do coração...”, como o diz, ainda, Milton Nascimento, emerge, neste contexto, uma questão: será que a morte pode impedir de continuar a amar alguém?

Admitimos que não, porque, apesar de esse alguém ter saído da nossa “vista”, como se explica que durante anos, ao deixarmos de encontrar alguém significativo, continuemos a amá-lo? Será que um sentimento espontâneo, que não nasce por imposição (Alberoni, 1995, p. 50) e que é verdadeiro, pode terminar com a morte?

Decerto que o que é efêmero acaba por mirrar, mas o que é verdadeiro, duradouro e consistente é imortal. Por outro lado, como é que nos sentimos afastados daqueles que amamos? Eventualmente, podemos não ter o discernimento para ver o que nos une e o que nos afasta, mas, certamente, não podemos negar que a envolvimento dos sentimentos e as ideias que os tocam são elas próprias algo de muito consistente. Nós podemos não compreender a vida, mas, pelo menos, devemos estar atentos a ela, porque os que morrem necessitam de ser recordados e aí fazemo-los sobreviver através da nossa memória e das nossas palavras. Pensar neles conduz-nos à auto-reflexão, não necessariamente à tristeza ou à depressão, e até podemos tornar-nos mais fortes e corajosos (Oliveira, 1999, p. 164) e pensarmos na nossa própria morte. Assim, a vida assume uma outra perspectiva, as pequenas coisas adquirem um outro significado e os problemas a enfrentar constituem um desafio. Todos sabemos que a vida “prega partidas” quando menos esperamos e que viver um sofrimento é difícil, mas não é por isso que deixa de ser vivência.

O sofrimento não tem um rosto (*ib.*, p. 165), mas pode ser assumido como um factor de reestruturação, de adaptação e de abertura a novos significados existenciais. Louis, citado em Hennezel (1997, p. 134), em fim de vida, diz que, ao interrogarmo-nos sobre o “para quê” do sofrimento como única maneira de lhe dar um sentido, interroga-se: “A que caminhos, a que experiência de vida, a que consciência me conduzem a minha doença ou o meu sofrimento?” A mesma autora acrescenta que Louis lhe confiou que a sua doença o conduzira ao essencial, sentindo-se esculpido por ela, tornando-se capaz de alegria e de humildade até ao ponto de abandonar todos os excessos de vaidade e de pretensões ridículas (*ib.*, p. 134). Quem poderá compreender isto? Nós não pensamos que o sofrimento pode ser aliviado ou que está ao alcance imediato dos enfermeiros. Há sofrimento profundamente escondido na pessoa, há sofrimento “rígido” ou “morto” (Lindholm e Ericksson, 1993)<sup>36</sup>. No entanto, será que não existe uma

---

<sup>36</sup> Lindholm e Ericksson (1993) efectuaram o estudo com 11 enfermeiros, “Compreender e aliviar o Sofrimento numa Cultura do Cuidar”, com o propósito de ajudar a compreender o que é o sofrimento, isto é, como é que os enfermeiros e os doentes descrevem o sofrimento e como pode ser aliviado.

maneira de chegar a todo o sofrimento? Será, apenas, uma questão de não desistir ou admitir que tudo está perdido?

Cada um de nós tentará encontrar uma resposta, nascida de um desejo profundo de encontrar uma forma de aliviar o sofrimento. Os doentes e os enfermeiros pensam que o sofrimento pode ser aliviado mas não eliminado: o sofrimento pode tornar-se tolerável, assim as pessoas o possam suportar. Os doentes e os enfermeiros fizeram esta afirmação com base na sua própria experiência de aliviar o sofrimento e em parte das concepções de como pode ser aliviado. O sofrimento em si próprio não tem sentido, mas o homem pode dar sentido ao seu próprio sofrimento experienciado (Lindholm e Ericksson, 1993).

Embora a morte não esteja inscrita como algo de necessário na nossa consciência, vivemos a vida com a sua configuração e é a sua invencibilidade que nos pode levar a transformar-nos como pessoas e profissionais e a dar urgência e sentido aos nossos actos, pois, no fundo, rejeitamos a hipótese de olhar para trás e ter a “sensação de vazio”, de não ter cumprido o que ambicionávamos.

Parece que foi sendo esta a forma que a nossa amiga encontrou para se despedir da vida, na sua curta viagem pela terra, traduzida na sua melhor forma, pela expressão facial sorridente: a imagem com que a recordamos.

Quando não agimos desta forma, é, tantas vezes, por medo, que culmina num medo ainda maior de natureza defensiva, o medo da morte, e a forma como o cultivamos é para nós uma protecção.

Mas esta amiga deu-nos uma lição de como se pode estar preparada para um encontro a que foi sozinha. Constatamos uma atitude perante a morte em que ela parece ter aparecido de uma forma desejada.

Por outro lado, aprendemos e consciencializámos que o luto, o ritual fúnebre e o cemitério, presentes na cerimónia, aguçam-nos o desejo de domar a imponente de um momento que dantes parecia apresentar-se como “interdito”. Sentimos que vencemos a apreensão, até os escrúpulos pelos ossos vindos à superfície do túmulo a quando da sua abertura. Assim, parecíamos estar a recuar no tempo, à morte domesticada, de que nos fala Ariès (1975). O acto de abrir do túmulo e o levante de outro cadáver, com o surgimento de ossos, foi algo que enfrentámos com muita serenidade e respeito por outra vida.

Seguiu-se o aspergir do corpo com água benta e a entrega do corpo ao túmulo, na presença de poucas pessoas, mas todas carregavam uma cumplicidade num momento

de muita introspecção, serenidade e de muita paz. Não teria sempre sido este o seu desejo?

Não houve ostentação da dor, tal como Morin, (1970, p. 25) refere, que visava patentear ao morto o sofrimento dos vivos e assegurar a sua afeição. Mas os que ali estavam sabiam que a nossa amiga sempre entendeu que a morte não é senão uma etapa da vida e que sempre desejou uma morte sem “prantos”. Sempre se “adaptou” às mortes que teve, ao longo da vida. Compreendeu que, quando a morte passa, tudo muda e nada mais poderá ser como dantes. Naturalmente dispôs-se a aprender com as suas experiências e, certamente, traçou a sua vida com um intuito bem definido e digno da sua (nossa) condição humana.

A nossa capacidade para contar esta história é responsável pelo sentido que colhemos dos acontecimentos. Juntámos as peças que cremos serem necessárias para uma explicação que se pretende coerente, mas que poderá não ser capaz de redimir a(s) experiência(s).

A realidade da morte, quer seja a nossa, quer seja a de pessoas queridas ou de milhões de pessoas sem rosto, nunca se altera pelo simples enunciar das nossas histórias. Nós é que mudamos em relação ao acontecimento, ao consciencializarmos o seu lugar na nossa história, ao nos disponibilizarmos para relatar a interpretação desse mesmo acontecimento.

Neste contexto, muitas questões se apresentam e uma delas prende-se com o nosso fim. Haverá, realmente, um fim?

#### **4. A eternidade**

Temos vindo a constatar que, por vezes, o conceito de eternidade é utilizado com alguma confusão, pelo que, sem pretendermos especular sobre esta temática (até porque a consideramos bastante controversa pelas interrogações que levanta, como “será que somos eternos?”, e que alimentam o nosso imaginário), achamos que se torna oportuno tecer algumas explicações que se enquadram no domínio da ciência e da metafísica.

Não temos provas que nos mostrem a existência da eternidade. Aquilo que sabemos é através das nossa(s) história(s) de vida, delimitada pelo nascimento e pela morte, desenvolvida em ciclos de crescimento, maturidade, declínio e fim. Logo, esta situação remete-nos para a finitude do Homem, contrariando, assim, o seu desejo de prolongar indefinidamente a sua vida com um corpo belo e rejuvenescido. Quando o

espelho começa a mostrar os sinais de um corpo em decadência, perda de brilho, lábios secos, rugas, o homem vai procurando atrasar o instante dessa tomada de consciência. Ilude-se com o seu espelho, nega o que vê, tenta anular a imagem com os seus truques, podendo mesmo recorrer às cirurgias estéticas, ou seja busca o “elixir da juventude”. E, apesar dos cremes, das massagens ou de outras coisas semelhantes, a pergunta continua aliciante: será possível deitar-se velho e acordar jovem? Quaisquer que sejam as respostas encontradas, encaminham-nos impreterivelmente para uma outra questão: a eternidade.

O homem é imprevisível face ao tempo que se escoia. Por vezes, é totalmente indiferente, aproveitando e vivendo simplesmente o momento que passa. Outras vezes, sente-se incomodado com a ideia da morte. Mas, a pouco e pouco, todos se encaminham para a mesma preocupação: a (sua) morte. Ninguém parece negar que intelectualiza os seus problemas existenciais. É a sua reflexão, ou seja, é reflectindo que entra na velhice e, inevitavelmente, vai ficando mais perto da (sua) morte. E eis que se confronta com a busca da (sua) eternidade por via da ciência, que é muito diferente da que tem um carácter metafísico.

Tendo de aceitar que o tempo não pode ser eterno (até porque o conceito da eternidade nasceu do facto de ser impossível admitir que o tempo exista desde sempre), a maior dificuldade em explicá-lo está em sermos obrigados a atribuir-lhe um início ou uma origem, sem que saibamos como ou a partir de quê (Sá, 1993, pp. 26-27). “Que é, pois, o tempo? Quem poderá explicá-lo clara e brevemente? Quem o poderá apreender, mesmo só com o pensamento, para depois nos traduzir por palavras, o seu conceito?” (Santo Agostinho, Livro XI, pp. 303-304).

No nosso entender, parece-nos que a resposta foi encontrada junto de Guitton, (1995), um filósofo cristão da actualidade: “O tempo não existe. É uma ilusão. Porque para nós, que estamos no tempo, de uma certa forma estamos também na eternidade. A vida é já a eternidade que começa. Para Deus, o que existe é o presente, o eterno presente (...) tudo o que não é presente é uma ilusão. (...) A verdade profunda é que o passado, o presente e o futuro formam um só instante” (Guitton, 1995), citado em Oliveira, 1999, p. 119).

O conceito de eternidade nasceu do facto de ser impossível aceitar que o tempo exista e a nossa dificuldade reside em conceder-lhe uma origem sem que saibamos a partir de quê e como. Por conseguinte, só nos parece possível pensar no Ser, enquanto dimensão imaterial e intemporal, desarticulado do corpo, que se projecta para além do

nascimento e da morte. Exemplificamos: “o tempo seria como um quadro imenso, onde tudo acontecesse assimultaneamente em relação à tela, e com cada cena a ser iluminada na sua própria vez. Teríamos, pois, uma assimultaneidade de factos dentro da mesma unidade que seria o Tempo, e, tal como as posições das coisas do Universo dependem do nosso ponto de observação, a cronologia dependeria do momento de onde – quando a observamos”(Sá, 1993, p. 38).

Um dia viveremos a (nossa) morte, que magoará os nossos familiares e amigos, mas, nesse preciso momento, podemos interrogarmo-nos: será que somos eternos? Esta é uma das questões que pertence à vida. E como a resolveremos no momento da morte? “Aqueles que se abeiram da morte descobrem por vezes, que a experiência do Além lhes é apresentada na sua própria de vida, “aqui e agora”. A vida não nos faz viajar de um Além para outro, para além de nós próprios, para além das nossas certezas, dos nossos juízos, dos nossos egoísmos, para além das aparências? Não nos convida a constantes avanços e reflexões, a constantes ultrapassagens?” (Hennezel, 1997, p. 13).

Diante de um momento tão importante, em que a morte, justamente porque a vida não se consumou, aparece como uma voragem (Zundel, 1979, citado em Hennezel, 1997), emerge a questão do sentido para o momento que a pessoa está a viver. Novamente questionamos a nossa eternidade. Será que somos eternos? E será que estamos preparados para responder? É possível perspectivar a eternidade a partir do aquém? Para onde vamos?

Ao evitarmos falar da morte é destas perguntas que fugimos, mas são elas que fundam o Homem. De facto, ao sermos confrontados com a morte, somos obrigados a reflectir sobre o sentido da vida, sobre os nossos valores, quando afinal estamos num mundo em que quase sempre evitamos estas interrogações (Hennezel e Leloup, 1998, p. 53).

Parece-nos que a pessoa, ao sentir-se confrontada com a sua morte, procura, não tanto as respostas para as questões que coloca, mas formula como que um pedido: “estou aqui...não me deixem sozinha”. Se o fim da vida é um tempo em que nos encontramos connosco, então porquê estes pedidos? Estranha forma de vida, dirão alguns!

De facto, a eternidade não deve ser procurada num além do tempo, mas num interior, numa transformação, numa transmutação do “eu”, que só pode viver-se numa profunda interiorização (Maurice Zundel, citado em Hennezel e Leloup, 1998, p. 103).

Então, teremos de morrer para nos encontrarmos e encontrar o outro... e será aí que eu serei Eu, no encontro com o Outro?

Neste sentido, Françoise Dolto, citada em Magalhães (1998, p. 43), apresenta a experiência do parto: a lição do nascimento como a chave da leitura da vida. O parto é uma morte (rotura) para um encontro mais pessoal; só após essa morte é que o filho pode ver o rosto da mãe e assim encontrá-la como um outro. Assim é cada passo da nossa vida, assim é a lógica da morte: deixar este útero cósmico para encontrar quem dá sentido e alimento e já se vislumbra como interlocutor para ver o rosto da vida. Desgrudamo-nos das nossas dependências e criamos, verdadeiramente, o nosso corpo. Tratar-se-á, então, da “eternidade” ou de um prolongamento deste “Aquém”? Será a morte interrupção de um percurso ou uma alteração?

Muitas pessoas nutrem um sentimento de imortalidade<sup>37</sup>, acreditando que ninguém morre quando deixa sinais de presença (filhos, netos ou simplesmente... obra feita), ou quando acredita que eu sou um “eu”, que me ultrapassa para se concretizar naquele que a minha morte me proporcionará.

Desta forma, clarificamos o que afirmámos. “O desejo de construir a imortalidade é (...) indissociável da nossa capacidade de conceber o eterno e a única via para justificar metafisicamente os nossos percursos ontológicos. Porque se o Homem não pode iludir a evidência do seu princípio com o nascimento, e por via dessa necessidade biológica encontra a explicação para o início da vida, a construção da imortalidade, ou seja da ausência de um fim existencial, só é possível fazendo coincidir os caminhos da vida com os do eterno, isto é, com a impossibilidade de conceber o limite temporal que a morte determina” (Moita Flores, 1993, citado em Oliveira, 1995, p. 64).

Com esta perspectiva, o nascimento é encarado como o primeiro passo do Homem rumo ao eterno e a sua morte corresponde ao corte com a vida terrena.

A capacidade para conceptualizar uma vida não se esgota na morte, pois implicará o esbatimento, ou até a supressão, de sentimentos angustiantes que a morte

---

<sup>37</sup> “A imortalidade, em sentido restrito, define o prolongamento de uma existência por um período ou tempo indefinido, mas não necessariamente eterno; pode pensar-se num ser que nasceu mas que nunca vai morrer. O que difere do conceito de eternidade, mais lato, que simboliza o que é privado de limite na sua existência ou de um modo mais claro, o que não tem princípio nem fim, algo ou alguém que sempre foi, que é e que para sempre será” (Oliveira, 1999, pp, 103-104). O eterno, na terminologia cristã (exotérica e esotérica), leva-nos a Deus, na sua dimensão transcendente e intemporal. Contudo, os dois termos são entendidos como sinónimos ou não se distinguem em termos religiosos, científicos, literários ou noutras concepções. Nesta perspectiva, iremos considerá-los como semelhantes, tendo presente a ideia de “um ser que não morrerá” (*ib*, p. 104).

pode suscitar. Estes sentimentos poderão estar na origem dos delírios de longevidade, onde se procura obsessivamente viver muitos anos. Consciencializarmo-nos de que a morte e a vida fazem parte de um mesmo contínuo exige da pessoa uma capacidade metacognitiva, que só é possível quando conseguimos viver num universo cujo desconhecimento de limites é tão útil quanto necessário, para podermos pré-ocupar-nos (e não preocupar-nos) e pré-Ver esse “outro” que pré-Vejo e não conheço, mas não nego que faz parte de mim... Nesta perspectiva, Teilhard de Chardin, citado em Magalhães (1988, p. 44), referiu que, se a consciência chegou a este grau de complexidade de poder pré-Ver, então terá futuro.

## **Conclusão do Capítulo II**

A morte, não sendo concebida como objecto nem analisada como sujeito é representada pelo Homem, subjectivamente, num universo ideológico, espiritual e metafísico. Ninguém tem um conhecimento claro acerca dela, apenas, nos desafia a pensar nela! Somos movidos a pensar na morte, se queremos amar a vida. Cada vez mais somos obrigados a pensar o limite, se queremos atribuir qualidade ao tempo e ao espaço que ocupamos. Mas é na nossa memória que o tempo se torna numa circunstância perceptível. E é a nossa capacidade de ligar o passado ao presente e de esperar o futuro que cria a ideia do seu fluir temporal (Sá, 1993, p. 33). “Se quisermos representar esse fluir temporal por uma linha de quilómetro, o espaço destinado à nossa existência ocuparia muito menos de um milímetro. E é nesse ponto que estamos! A nossa passagem pela terra não é mais do que um parêntese de uma só palavra num romance com muitos milhões de palavras. E é essa palavra que está a ser dita agora!” (*ib.*, p. 35).

Todos sabemos, que a morte é parte integrante da vida. Mas teimamos em não pensar nela como factual e pessoal e transferimo-la para o hospital. Outrora, acontecia em casa, no leito onde se nascia e, assim, se encerrava o ciclo de uma vida.

Contudo, é o mesmo Homem que rejeita a morte que, simultaneamente, a propaga. É o mesmo Homem que sepulta os seus mortos e que chora por eles que fabrica mísseis que contribuem para a morte “espectáculo”, matando impiedosamente milhões de vidas. É, ainda, este mesmo Homem que busca na ciência médica “a fonte da juventude” e que exorciza a sua própria existência. Simultaneamente, estranha a sua própria morte e fantasia a eternidade.

## CAPÍTULO III

### ANÁLISE CONCEPTUAL DO CUIDAR

#### Introdução ao Capítulo III

Para compreender o processo de cuidar em enfermagem, reportamo-nos a Watson (1985; 1988) e Collière (1999), a fim de tentarmos explicitar os conceitos que lhe dão forma.

A compreensão do cuidar, relacionada com a sua história, será abordada tendo em conta os dois eixos que conceberam duas orientações: a primeira visa encontrar tudo o que é fundamental para assegurar a vida, levando ao despontar de questões sobre *o que é bom ou o que é mau*, e destas questões, substituídas por suposições, emerge a *orientação metaphysis*, é a segunda orientação (Collière, 1999, p. 29).

Watson (1985, 1988) conceptualiza o cuidar como um processo interpessoal, com dimensões transpessoais. Os procedimentos que conduzem ao próprio momento do cuidar, bem como o desenrolar desse momento serão também abordados, assim como o cuidar como ideal moral.

Por outro lado, ao falarmos de cuidar, constatamos que ele requer um compromisso pessoal, moral e social, pressupondo um estar com a pessoa como um outro eu. No contexto deste trabalho, trata-se de um estar com a pessoa em fim de vida, enfatizando a problemática da dor e do sofrimento.

#### 1. O conceito de cuidar

Desde sempre, o cuidar esteve ligado à prática de enfermagem como sendo a sua essência e a “mais velha prática da história do mundo” (Collière, 1999, p. 27). Ainda hoje, expressões como “velar”, “cuidar”, “tomar conta” representam um conjunto de actos que têm por função manter a vida. Foi e será sempre o fundamento dos cuidados de enfermagem (*ib.*, p. 29).

Para Watson (1985, p. 29), o cuidar em enfermagem está relacionado com a resposta humana intersubjectiva às condições de saúde-doença e das interacções pessoa-ambiente; um conhecimento do processo de cuidados de enfermagem: um auto-

conhecimento, um conhecimento do poder pessoal e as limitações na relação transpessoal<sup>38</sup>.

De acordo com Mayerhoff, citado em Watson (1985, p. 30): “Nós por vezes falamos como se o cuidar de alguém não exigisse conhecimentos, como se o cuidar de alguém, por exemplo, fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou de um olhar afectuoso... para cuidar de alguém eu preciso de saber muitas coisas. Eu preciso de saber, por exemplo, quem é o outro, quais são as suas capacidades, limitações e quais são as suas necessidades, e o que é favorável ao seu crescimento; eu preciso de saber como responder às suas necessidades e quais são as minhas próprias capacidades e limitações. Este conhecimento é simultaneamente geral e específico”.

O cuidar ajuda o enfermeiro, bem como a pessoa que cuida a afirmar-se, e requer uma reflexão, uma intencionalidade, uma acção e uma procura de novos conhecimentos que os ajudarão a descobrir novos meios do processo de cuidar durante a experiência de saúde-doença, esperando-se resultados positivos para ambos.

A enfermagem, ao encarar-se como uma profissão do cuidar, mantém o seu ideal de cuidar e a sua ideologia na prática e na formação, o que terá repercussões no desenvolvimento das pessoas, determinando a sua contribuição ímpar para a sociedade.

Com o despoletar do fenómeno “Sida”, o prolongamento da vida das pessoas com doenças crónicas e o aumento do número de idosos, assistimos a uma preocupação crescente com o cuidar em enfermagem Mayer (1991) chamou à década de 80 a “década do cuidar”. Contudo, já Nitghingale<sup>39</sup> (1859) referia que a enfermagem visava pôr a pessoa nas melhores condições para que a natureza pudesse actuar, apelando, deste modo, para o conceito de cuidar.

Compreender a prática do cuidar exige situá-la em relação à sua história, que se desenvolve em redor de dois eixos que conceberam duas orientações (Collière, 1999, p.

---

<sup>38</sup> “Interacção entre duas pessoas em que ambas se envolvem e se influenciam positivamente” (Watson, 1985, p. 58).

<sup>39</sup> Florence Nighingale nasceu a 12 de Maio de 1820, sendo este dia comemorado pelos enfermeiros de todo o mundo. A primeira escola de enfermagem foi criada por Florence Nigtingale em Londres, em 1860, e marca o início da profissionalização em enfermagem (Basto, 1996, p. 23).

Já em 1852, Florence Nighingale, que trabalhava com epidemiologistas, constatou que a saúde era influenciada por factores como a habitação, a iluminação, os meios de aquecimento ou arejamento. “Daí, deduziu que é possível reduzir a doença desencadeando meios de saneamento, meios estes que também requerem ser investigados, estudados, em função das verificações feitas em diferentes bairros, a partir das condições de vida das pessoas. Fazendo a ligação com os cuidados de enfermagem, ela conclui, pela primeira vez desde a influência cristã sobre a prática dos cuidados das mulheres, que os cuidados não podem depender da simples caridade” (Collière, 1999, p. 212). No seu livro “*Notes on Nursing*” deixa evidente que “este instinto de caridade deve ceder o lugar a uma aproximação dos problemas sociais, apoiada na reflexão”(ib., p. 212).

29). A primeira orientação inscreve-se desde o início da história da humanidade: assegurar a continuidade da vida, tendo em conta tudo o que é indispensável para garantir as funções vitais – alimentação, vestuário, habitação entre tantas outras, pois o “o cuidar é, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificados na sua manifestação” e “Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo” (*ib.*, p. 29).

Contudo, garantir a continuidade da vida não foi uma “tarefa” simples, porque as condições precárias da vida “tornam a morte omnipresente e sempre aterradora” (*ib.*, p. 29). A fim de gerir esta situação, nascem os primeiros discursos sobre o “mal”, “as primeiras conjurações do medo” (Attali, 1979 citado em Collière, 1999, p. 29).

A seguir à orientação inicial, que visava encontrar o que era fundamental para assegurar a vida, começaram a surgir as questões que se prendiam *sobre o que era bom ou o que era mau*, com o objectivo de dar continuidade à vida, esconjurando, assim, a morte. Nestas questões, substituídas por suposições que fizeram, elas próprias, despoletar interpretações, emerge a *orientação metaphis*, quer dizer a que nasce do discernimento do que é considerado bom ou mau (Collière, 1999, p. 29). Esta orientação procura discernir as causas do bem e do mal, interpreta e designa as forças benéficas e as forças maléficas, portadoras do mal, ou seja, portadoras da doença e da morte (*ib.*, p. 29). Esta autora sublinha que esta orientação nasceu e apoiou-se em constatações feitas a partir daquilo que o homem descobre do universo, que é, simultaneamente, pródigo e ameaçador e faz medo.

À medida que o Homem se foi afirmando com a sua prática de cuidados, composta de coisas permitidas e outras interditas, erigiu-a em rituais deixando ao critério do feiticeiro <sup>40</sup>, e depois ao do padre, toda a manutenção desses rituais. O padre, ao ser guardião das tradições, de tudo o que contribui para manter a vida, é o mediador das forças maléficas e benéficas; é aquele que interpreta e decide o que é bom ou o que é mau. Com este poder de mediação adquire o direito de expulsar dos grupos qualquer um que seja suspeito de ser portador do mal, seja por ter a marca dos sinais tangíveis (leprosos) ou por alguns se tornarem os bodes expiatórios de uma dada perturbação social e económica (mendigos, vagabundos, feiticeiros, entre outros).

---

<sup>40</sup> Collière (1999) utiliza o termo *shaman*

Com o avanço da história da humanidade, o papel de mediador que coube ao padre, entre a ordem física e a metafísica, foi-se transformando e deu origem aos novos descritores do mal: os médicos (Collière, 1999, p. 30). Estes, descendentes dos padres e dos clérigos, apareceram como mediadores dos sinais e sintomas indicadores de um mal transportado pelo doente. Contudo, a interpretação do bem e do mal que leva à morte já não se faz tanto em referência às más relações que o Homem mantém com o universo em que vive, “mas isolando o mal de que é portador, tentando reduzi-lo e tratá-lo como tal” (*ib.*, p. 30).

No final do século XIX, com o aparecimento das tecnologias e excluindo algumas das concepções elaboradas ao longo da história sobre os problemas da vida e da morte, o “cuidar torna-se tratar a doença” (*ib.*, p. 32). O campo da pessoa doente é obliterado e o cuidado de enfermagem<sup>41</sup> começa a assentar em rotinas estandardizadas e relacionadas com o diagnóstico médico, o que conduz a uma prática de enfermagem incongruente com o cuidar.

Assim, o cuidar fica privado da renovação do seu conhecimento, tornando-se subalterno e desprovido do seu valor económico e social. Emerge um cuidado transformado em tratamento, “mantendo apenas a sua denominação mas perdendo o essencial da sua razão de ser”(*ib.*, p. 349).

O discernimento da sua natureza tem implícito a referida “subordinação”. Assim, impõe-se clarificar dois tipos de cuidados, que Collière (*ib.*, p. 237) distingue. São eles:

- os cuidados quotidianos e habituais (*care*)<sup>42</sup>, ligados às funções de manutenção, de continuidade da vida;
- os cuidados de reparação (*cure*)<sup>43</sup>, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida.

Os “cuidados quotidianos” e habituais da vida referem-se aos hábitos de vida, de costumes e de crenças, representando um conjunto de actividades que asseguram a continuidade da vida, ou seja a satisfação das necessidades humanas básicas, como

---

<sup>41</sup> O cuidado de enfermagem consiste num processo intersubjectivo de humano a humano que necessita de uma dedicação ao cuidar (*caring*), tanto como ideal moral quanto como de sólidos conhecimentos (Watson, 1988, p. 29).

Os cuidados de manutenção da vida e os cuidados curativos são substituídos pelos cuidados médicos, que são reconhecidos como os únicos científicos. “Com a aceleração da dimensão do tempo, o campo espacial dos cuidados restringe-se cada vez mais. Há desaparecimento, ou mesmo negação, dos laços tecidos entre o homem e o universo, o seu ambiente, o seu grupo social” (Collière, 1999, p. 32).

<sup>42</sup> Vocábulo inglês que quer dizer: tomar conta, cuidar (Collière, 1999).

<sup>43</sup> Vocábulo inglês que quer dizer: curar, tratar (Collière, 1999).

beber, comer, evacuar, lavar-se, levantar-se, mexer, deslocar-se, bem como tudo o que indispensável para o desenvolvimento da vida, construindo e mantendo a imagem do nosso corpo e estimulando as trocas com tudo que é essencial à vida, “fonte de energia vital: a luz, o calor, a relação com as pessoas conhecidas, os objectos familiares, etc.” (Collière, 1999, p. 238).

Para além dos cuidados quotidianos e habituais ligados à manutenção da vida, em muitas situações, há necessidade de prestar cuidados de reparação, ou seja, é preciso prestar cuidados que dependam do tratamento da doença. Os cuidados de reparação referem-se à continuidade da vida que se depara com obstáculos, como a doença. Claro que estes não fazem sentido se não houver manutenção de tudo o que contribui para que a vida continue, mesmo que, transitoriamente, possam ser “milagrosos”, ou seja, imprescindíveis.

Neste contexto, questionamo-nos sobre que vida se assegura? Quais são os cuidados imprescindíveis na manutenção da vida?

Os cuidados de reparação têm como limite a doença, lutar contra ela e eliminar as suas causas. Estes cuidados, primeiramente centrados no homem em relação com o meio ambiente, foram, cada vez mais, enveredando para o tratamento das doenças e despertaram para um processo de análise que isolou as causas orgânicas das causas psíquicas e, simultaneamente, afastaram-se das causas sócio-económicas (*ib.*, p. 239). Deveriam complementar os cuidados quotidianos, uma vez que só têm sentido se houver a manutenção de tudo o que contribui para o desenvolvimento da vida.

A ruptura entre o corpo e o espírito, entre o homem e o meio ambiente e a proliferação das técnicas de investigação rejeitaram o questionamento das causas ligadas ao modo de viver. Desta forma, os cuidados de reparação invadiram progressivamente todas as práticas de cuidados e medicalizaram-se, perdendo de vista tudo o que tem sentido para assegurar a continuidade da vida dos homens (*ib.*, p. 241).

De facto, houve uma proliferação do “síndrome da cura” e uma adopção de técnicas de cura (Watson, 1988, p. 28). A fim de satisfazer as exigências tecnológicas do sistema de saúde, o cuidar tornou-se progressivamente desenraizado do sistema, “tornou-se incrivelmente difícil para a enfermeira sustentar a ideologia do cuidar na prática“ (*ib.*, p. 28).

O actual sistema de cuidados de saúde desenvolveu-se influenciado pela abordagem cartesiana<sup>44</sup> da pessoa. O conceito cartesiano, fundamentado na separação entre o corpo e a mente, foi interiorizado por todos nós como uma verdade absoluta. Esta forma de pensar influenciou a medicina e atingiu a enfermagem. Com esta perspectiva, os enfermeiros pareciam apenas prestar “cuidados às organizações”, onde estavam inseridos, e ao poder médico. Sabemos que este “modelo” não dá respostas cabais aos actuais problemas de saúde, como o crescente número de doenças crónicas, com os consequentes problemas económicos e sociais.

Mas distinguir a natureza dos dois tipos de cuidados mencionados conduz-nos “à encruzilhada de orientações e de opções fundamentais que guiam as opções feitas, não só em relação à função do cuidar do pessoal de saúde, mas em relação ao conjunto da acção sanitária e social” (Collière, 1999, pp. 239-240). A eleição de um ou outro tipo de cuidados deveria assentar, em todos os momentos, numa análise das situações que carecem da prestação de cuidados.

E será que encontramos diferença entre estes dois tipos de cuidados?

Em termos hermenêuticos, constatámos que os cuidados quotidianos e habituais foram, desde sempre, os cuidados mais evidentes, provavelmente porque o conhecimento sobre a doença e a sua reparação estava muito distante.

Se assim foi, que interesse tem tratar a pessoa se não se tiver em conta tudo o que mobiliza a vida?

Como já constatámos exigem-se respostas humanas às condições de doença, um conhecimento da doença, das interações ambiente-pessoa, um auto-conhecimento e o conhecimento do poder de cada pessoa. Com este encadeamento, o cuidar pode converter-se num critério de avaliação do actual sistema de saúde.

Assim sendo, verificamos a complexidade que envolve o cuidar e as suas definições. As conceptualizações existentes a seu respeito são diversas. Para Benner e Wrubel (1989, pp. 1-3) a primazia do cuidar é evidenciada quando:

- “organiza o que é importante para uma pessoa bem como aquilo que é visto como *stressante* e as opções que tem disponíveis para lidar com a situação. Cuidar cria

---

<sup>44</sup> O conjunto de ideias invocadas por Descartes acerca do corpo, do cérebro e da mente continua a influenciar as ciências e as humanidades no mundo ocidental. A preocupação é dirigida para a noção dualista com a qual Descartes separa a mente do cérebro e do corpo (Damásio, 1994, p. 253). Assim, o erro de Descartes foi a separação abissal entre o corpo e a mente (...). “Em concreto: a separação das operações mais refinadas da mente, para um lado, e da estrutura e funcionamento do organismo biológico, para o outro” (*ib.*, p. 255).

possibilidade e as relações, as coisas, os acontecimentos e os projectos não são *stressantes* mesmo quando são importantes para as pessoas”;

- “é sempre específico e relacional, colocando a pessoa numa situação em que determinados aspectos, dantes sem muito significado, surgem de uma forma relevante”;

A essência do cuidar poderá ser considerada fútil se não contribuir para uma filosofia de acção. Gaut (1983), citado em Watson (1988, p. 32), vai mais longe e diz que a acção tem que ser julgada exclusivamente tendo em conta o bem-estar da pessoa de quem se está a cuidar. O cuidar está fundamentado na enfermeira criativa que se auto-transcende e as condições necessárias e suficientes para que o cuidado humano se desenvolva são, para Gaut (1983), citado em Watson (1988, p. 32):

- “Consciência e conhecimento acerca das necessidades do outro”;
- “Intenção para agir e acções baseadas no conhecimento”;
- “Uma mudança positiva resultante do cuidado, julgado somente na base do bem estar do outro”.

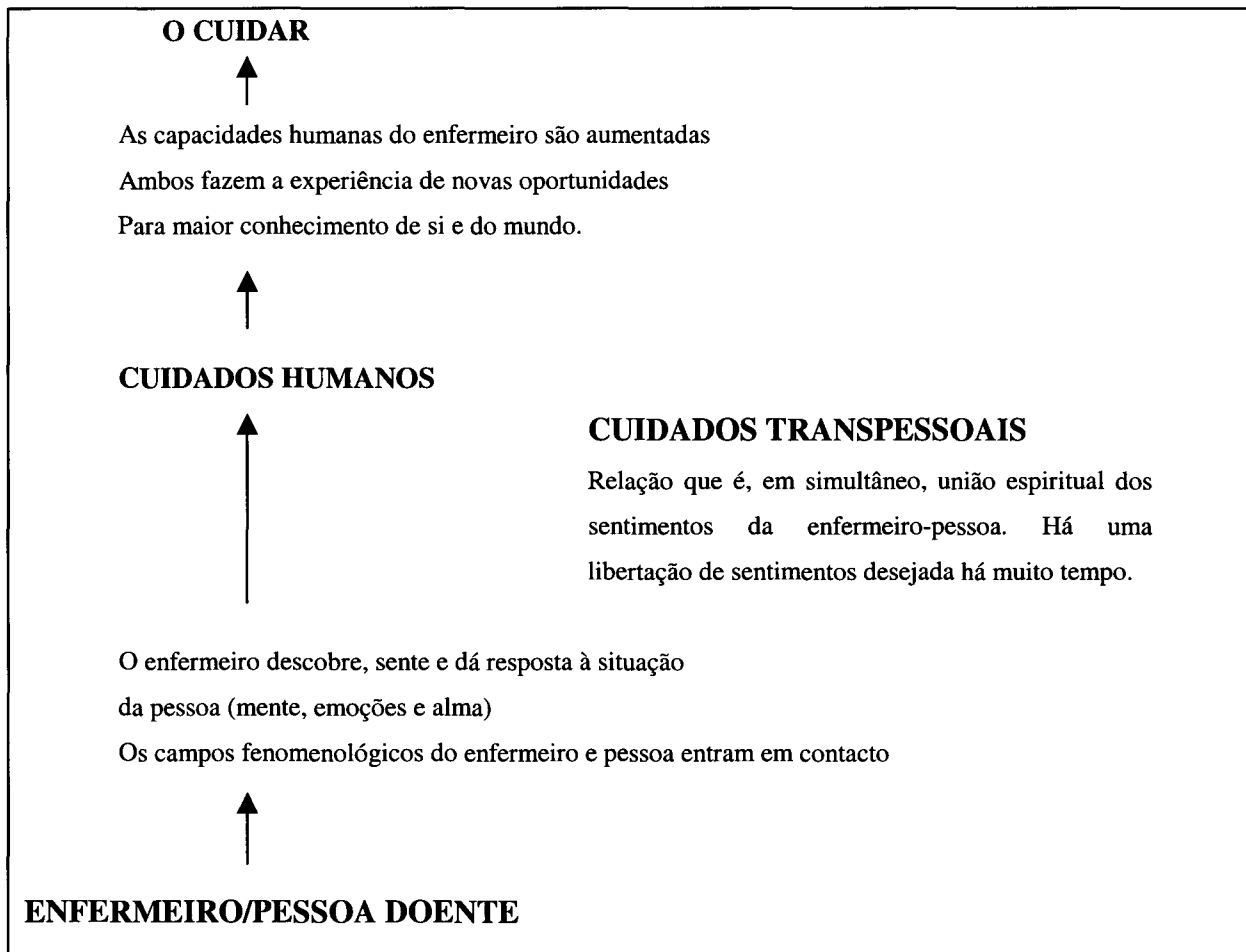
Para além destas condições, imprescindíveis ao desenvolvimento do próprio momento de cuidar, é necessário ter um empenhamento e um desejo de prestar cuidados.

Assim, para Watson (1988, pp. 55-56), cuidar é um desejo de empenhamento que se manifesta em actos, mas, no entanto, os transcende: ultrapassa o momento de transacção humana enfermeiro/pessoa, pois decorre das experiências de ambos: “incorporam-nas na(s) sua(s) consciência(s) de acordo com as suas percepções, sensações, crenças espirituais, desejos, objectivos, expectativas e passa a integrar essas experiências de tal forma que têm repercussões no futuro de ambos”.

Pensamos que é deste modo que a enfermeira e a pessoa devem posicionar-se. A interacção que decorre entre estas pessoas deve levar ao envolvimento/influência de ambas. A experiência de cada um dos intervenientes é influenciada por diversos factores, nomeadamente o empenhamento que cada um coloca nos momentos em que se desenrola o cuidar. Deste modo, as pessoas não se encontram estagnadas, mas desenvolvem-se, crescem, reflectem e procuram a ligação com outras pessoas.

De forma resumida, Watson apresenta os seguintes procedimentos:

## PROCEDIMENTOS QUE CONDUZEM AO PRÓPRIO MOMENTO DE CUIDAR



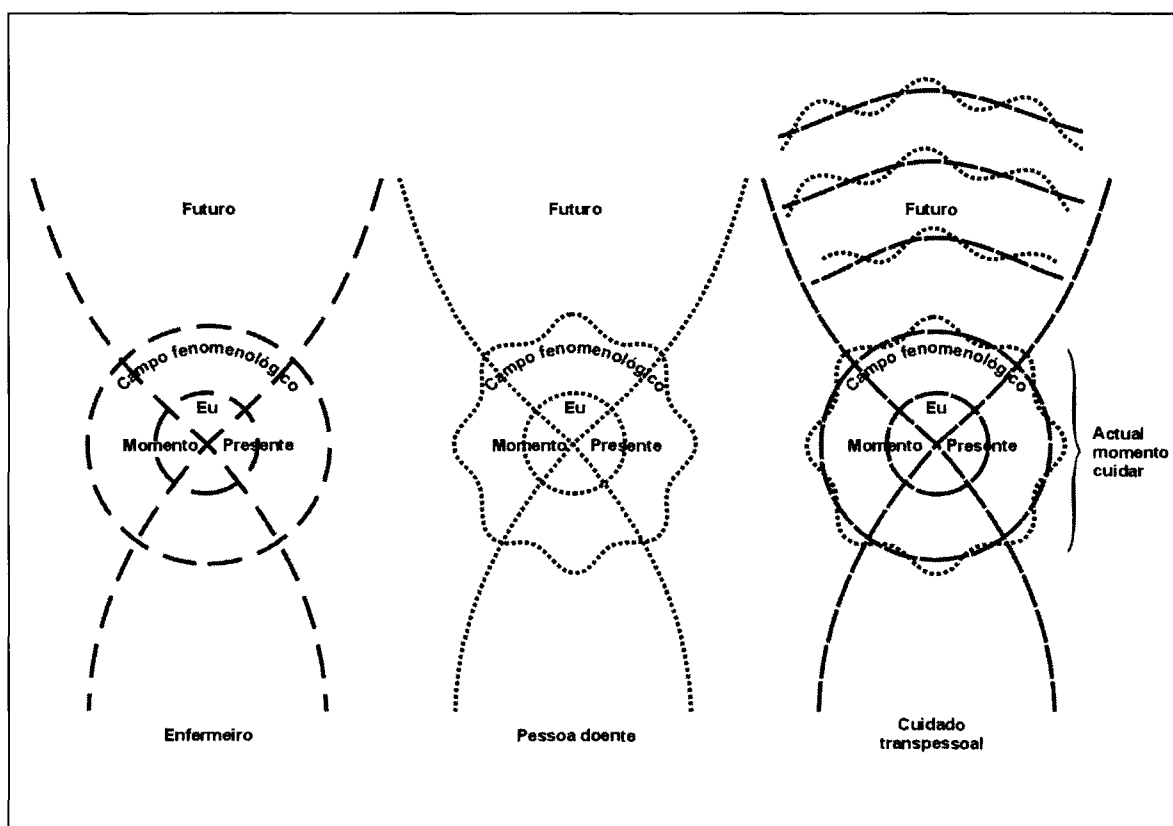
**QUADRO Nº 1** - Adaptado em tradução livre de Fitzpatrick, J. *et al.*; "Concepts Models of Nursing: Analysis and Application"; In Fitzpatrick, J. *et al.*; *Watson's Model of Human Care* (cap.24) pp.371-374.

Pela análise do esquema apresentado no quadro, verificamos que o processo do cuidar só pode ser praticado interpessoalmente. Deste modo o cuidar humano envolve enfermeiro e pessoa doente e leva ao crescimento individual de ambos. As respostas ao cuidar aceitam a pessoa não só como é actualmente, mas pelo que pode vir a tornar-se.

O enfermeiro interessa-se pelos aspectos da relação que permitem a livre expressão de sentimentos e pensamentos recalcados da pessoa do doente/utente; promove o crescimento do doente/utente para a realização pessoal e humana e ajuda o doente/utente a gerar força interna que lhe permite um maior auto-conhecimento e auto-controle (Watson, 1988).

Desta forma, a enfermeira mostra, claramente, uma resposta profissional e humana às necessidades do doente/utente. E assim sendo, enfermeiro e pessoa são conduzidos ao próprio momento do cuidar, que se apresenta, resumidamente, na figura seguinte.

### O PRÓPRIO MOMENTO DO CUIDAR



**FIGURA Nº 1** - Dinâmica do processo de cuidar: inclui enfermeiro-pessoa numa relação transpessoal. (Ilustração de Mel Gabel, Universidade do Colorado, Departamento Biomédicas). Adaptado em tradução livre de Watson (1988, p. 59). *“Nursing: Human Science and Human Care”*.

Verificamos que quando duas pessoas, enfermeiro e pessoa, cada qual com as suas vivências e com os seus campos fenomenológicos<sup>45</sup>, entram em contacto ou estão em contacto, numa transacção de cuidados, isto constitui um evento: é o próprio momento

<sup>45</sup> “É o quadro de referência da pessoa que advém da totalidade de experiências vividas (...). Inclui tudo quanto a pessoa já foi, como é actualmente, e como poderá vir a ser. Engloba a percepção que tem de si própria e dos outros, bem como os sentimentos, pensamentos, sensações físicas, crenças espirituais, desejos, objectivos e expectativas” (Watson, 1988, pp. 55-56).

de cuidar. É um evento bem circunscrito, é um ponto focal no tempo e no espaço, do qual resultam experiências e percepções.

O próprio momento de cuidar implica acção e escolha do enfermeiro e da pessoa. As decisões de cada um deles estabelecem o que será a relação e decidem o que vão fazer desse momento. “O próprio momento de cuidar tem um âmbito que transcende o momento em si; é transpessoal, pois esse evento permite o encontro dos dois intervenientes bem como a expansão dos seus limites e das capacidades de cada um (Watson, 1988, p. 59). Refere ainda que esta intersubjectividade entre o enfermeiro e a pessoa doente, está assente na crença de que, como seres humanos que somos, aprendemos uns com os outros, através de uma identificação de nós próprios com o outro. O eu que descobrimos no outro é o eu universal (*ib.*, p. 59).

Neste contexto, Watson (1988, p. 33) postula que o amor incondicional e o cuidado são essenciais à sobrevivência e ao crescimento dos humanos. O aspecto curativo das actividades de enfermagem não é um fim em si mesmo, mas faz parte do cuidado. A contribuição do enfermeiro para os cuidados de saúde será determinada pela sua capacidade para transmitir o seu ideal de cuidar na prática. De facto, o cuidar consiste num processo intersubjectivo que necessita de uma dedicação, tanto como ideal moral quanto como de conhecimentos científicos, guiando o enfermeiro para uma maior consciencialização de si próprio e para uma melhor apreciação da sociedade.

## **1.2. Cuidar como ideal moral**

O cuidado de enfermagem não é somente uma emoção, preocupação, atitude ou desejo, mas é, também, um cuidado físico, processual, objectivo e factual (Watson, 1988). Para além do que já dissemos acerca do cuidado de enfermagem e do cuidar, Watson (1990, p. 63), enfatiza o cuidar como o ideal moral da enfermagem, cujo fim é proteger, engrandecer e preservar a dignidade humana.

Cuidar é “atenção individual para”, “preocupação com”, “responsabilidade individual por” ou “providenciar para” (Watson, 1988). A mesma autora realça as dimensões morais e éticas, ao considerar o cuidado humano como um processo interpessoal de pessoa a pessoa, que implica um compromisso moral. Este ideal moral reporta para a questão ética que pressupõe um determinado conceito de Homem, com um fim em si mesmo, e conduz à questão da moral, do “dever ser” e do crescimento espiritual que deve promover, preservar e fortalecer (*ib.*, p. 32).

O cuidar, sendo ideal moral, transcende o acto individual e vai para além dele, com consequências para a sociedade. Desta forma, converge para uma filosofia da acção.

Assim sendo, a concretização do cuidar pode transcender o valor individual, podendo assumir um nível sistémico. Reconhece a importância de um sistema de valores humanista-altruísta que constitui um dos fundamentos filosóficos do cuidar. Assim, o cuidar deve ser concebido num conjunto de valores humanos: bondade, interesse e amor por nós próprios e pelos outros (Watson, 1985; 1988).

Cuidar e amar são forças poderosas, porque são indispensáveis à nossa sobrevivência (Watson, 1988, p. 32). Os enfermeiros têm de começar a cuidar, a respeitar e a amarem-se a si próprios, antes de poderem cuidar, respeitar e amar os outros. Muitas vezes, cuidar e amar são necessidades subestimadas, mas sabemos que as pessoas precisam umas das outras em relação ao amor e ao cuidado. De facto, requerem “respeito e reverência pela pessoa e pelos mistérios da vida” (*ib.*, p. 34). Desta forma, o enfermeiro vê a pessoa com amor e sabe apreciar a sua diversidade e individualidade, ajudando-a a respeitar as diferenças, não a “julgando” de acordo com a sua perspectiva.

A pessoa é um “ser no mundo no qual está integrada e transcende a sua natureza, tendo três esferas: mente, corpo e alma” (*ib.*, p. 54). De facto, para que o enfermeiro cuide, tem de estabelecer uma relação com a pessoa que transcenda o mundo material, entrando no mundo emocional e subjectivo do outro, vivendo cada momento como “práticas carregadas de sentido, porque condensam, num momento preciso, elementos externos e internos, passados e futuros, conscientes e inconscientes” (Pineau, 1988, p. 75). Na nossa perspectiva, o enfermeiro pode/deve integrar esses momentos de transacção à sua maneira – autoforma-se, transformando uma relação heterónoma numa relação em que ambos experienciam novas oportunidades e ficam com um maior conhecimento de si.

A formação, num sistema de valores humanista-altruísta, determina as palavras do enfermeiro que, por sua vez, determinam as suas acções. Pertence-lhe actuar de acordo com os parâmetros dos direitos particulares de cada pessoa e a combinação das suas intervenções incluem dez factores de cuidar.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Watson (1985, pp. 9-19) identificou e propôs dez factores de cuidar que formam o fundamento sobre o qual os enfermeiros podem estudar a “ciência do cuidar”, sendo estes factores aqueles que os enfermeiros utilizam na prestação de cuidados.

Estes factores de cuidar são essenciais e específicos da enfermagem. Podem constituir um quadro de referência para o enfermeiro, na prestação de cuidados de enfermagem, na formação e na investigação, necessitando sempre de reflexão.

## **2. O cuidar a pessoa em fim de vida**

A pessoa em fim de vida necessita de cuidados de reparação<sup>47</sup> que estão orientados para as alterações que apresenta a nível biológico, social e espiritual. No fim de vida e quando confrontada com a impossibilidade de cura da doença, o processo de cuidar assenta, essencialmente, no acompanhamento e no conforto (Pacheco, 2000, p. 74), pois “*Cuidar de* significa também apreciar e amar, ocupar-se dos outros, seguir de perto, alimentar. *Cuidar de* implica um compromisso que transcende a emoção e se traduz numa acção que ultrapassa o domínio médico ou humanitário (lugares onde o termo *cuidado* é usado há muito). O cuidado pelos outros acrescenta-se à racionalidade para definir os comportamentos. Cuidar é o oposto da indiferença: implica comunicação e uma situação de parceria em que há dar e receber” (Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998, p. 136).

O enfermeiro, ao cuidar a pessoa em fim de vida deverá ter presente que: “A morte é vida” (Pinto, 1991, p. 13). Esta afirmação parece paradoxal, mas sabemos que as pessoas que vimos morrer puderam exprimir os seus sentimentos e dispor da sua vontade, enquanto preservaram o uso da razão e enquanto conservaram a memória (*ib.*, p. 13).

Aceitar a finitude da pessoa, a nossa finitude, é um processo de maturidade que nos permite olhar com admiração o que nos rodeia: “permite dar a cada coisa o seu valor. Nisto consiste a verdadeira sabedoria” (*ib.*, p. 14).

À medida que se vislumbra a finitude da pessoa, as suas necessidades físicas vão-se tornando cada vez mais prementes. Assim, verificamos que a pessoa deixou de responder há muito tempo ao tratamento e as necessidades físicas estão mais

---

<sup>47</sup> Os cuidados de reparação foram abordados no início deste capítulo. Collière (1999), refere nitidamente a importância de conciliar sempre os cuidados diários com os cuidados específicos relacionados com uma determinada patologia ao mencionar: “Em certas circunstâncias há necessidade de utilizar, para além dos cuidados quotidianos e habituais de manutenção de vida, cuidados de reparação, quer dizer tudo o que depende do tratamento da doença. Estes cuidados vão acrescentar-se aos cuidados correntes. De facto, não podem fazer sentido se não houver manutenção de tudo o que contribui para a continuidade e desenvolvimento da vida, mesmo se temporariamente, em certas circunstâncias, possam ser *o primeiro gesto que salva*, quer dizer, os indispensáveis. Mas esta situação não pode prolongar-se no tempo, mesmo em casos muito graves, como o coma” (*ib.*, p. 238).

relacionadas com a doença, manifestando-se com mais intensidade à medida que a situação de doença se agrava.

Para além destas necessidades, a pessoa em fim de vida confronta-se também com as necessidades de ordem espiritual. É, geralmente, no fim da vida que surgem dúvidas e interrogações sobre o sentido da vida e o sentido da morte (Pacheco, 1999, p. 66). As experiências, tais como: a oração, a expressão do perdão, a meditação, a crença numa dimensão transcendental do ser humano ou no sobrenatural, constituem de, alguma forma, caminhos para um desenvolvimento pessoal, representativo da perspectiva individual de cada pessoa, que a poderá ajudar a viver a sua situação de pessoa em fim de vida, de uma forma mais harmoniosa (Frias, *et al.*, 1997, p. 36).

Contudo, o alívio da dor e do sofrimento são imprescindíveis nestas pessoas, uma vez que melhora a qualidade de vida. Embora existam algumas pessoas que são capazes de aceitar o sofrimento sem alívio, para a maioria o sofrimento reduz a força moral (Pinto, 1991, p. 13). Mas, antes de nos debruçarmos sobre a dor e o sofrimento, debrucemo-nos sobre quem é a pessoa em fim de vida.

## **2.1. Quem é a pessoa em fim de vida?**

Muitas vezes, ouvimos, na gíria dos profissionais de saúde, e lemos, na literatura em torno deste assunto, a designação de doente terminal.

Mas quem é o doente terminal?

Segundo Baron e Féliu (1996), parece não haver critério universal que possa definir ou caracterizar esta pessoa doente. De facto, o que parece existir são algumas definições inexactas relativamente ao período evolutivo da doença que a pessoa está a viver.

Doente terminal é “aquele que apresenta um estado clínico que provoca uma expectativa de morte a curto prazo” (Báron e Féliu, 1996, p. 1086).

A designação de “doente terminal” é atribuída a uma pessoa que, por circunstâncias da vida, adquiriu uma doença cujo desenlace final é a morte. Na nossa perspectiva, terminal é característico da doença e não da pessoa. Porque a pessoa permanecerá, na nossa memória, através das obras que realizou, do sentido que atribuiu à vida, do significado que teve para outras pessoas e do sofrimento de que, eventualmente, foi portadora. Deste modo, parece-nos que faz mais sentido referir-nos a doença terminal, porque, embora acreditando que a morte marca o fim da vida, o que, no fundo, deixa de existir é a doença.

Assim sendo, o que é a doença terminal?

Para Báron e Feliu (1996, p. 1085), é a doença cuja evolução se encaminha para uma fase em que a morte começa a ser sentida pelas pessoas como algo que está muito próximo e as acções desenvolvidas pelos enfermeiros dirigem-se, exclusivamente, para o alívio dos sintomas e para promoção do bem-estar. Nesta altura, o processo evolutivo da doença não cede a qualquer tratamento.

Neste contexto, quem é a pessoa que tem uma doença terminal? Para Watson (1985), é um ser humano igual e diferente de tantos outros, com uma história de vida, com uma família, com amigos; enfim, é um ser no mundo, que se apercebe, vive experiências e está em continuidade no tempo e no espaço. Dossey e Keegan (1995, pp. 19-24) referem que é um ser multidimensional, possuindo pelo menos quatro dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual, todas interdependentes e interrelacionadas, mas que, por vicissitudes da doença com característica crónica e letal, não consegue salvaguardar globalmente a sua integridade.

Ainda para Báron e Feliu (1996, p.1086), os critérios que definem a pessoa em fim de vida são:

- Doença de causa evolutiva;
- Estado geral grave;
- Perspectiva de vida não superior a dois meses;
- Insuficiência de órgãos;
- Ineficácia comprovada dos tratamentos;
- Ausência de tratamentos alternativos úteis para a cura ou sobrevivência;
- Complicações finais irreversíveis.

A pessoa em fim de vida tem direitos que apresentamos seguidamente.

## **2.2. Os direitos da pessoa em fim de vida**

A pessoa em fim de vida percepção a sua situação, pois está iminente um confronto com uma realidade muito próxima. É uma situação que será influenciada pelos aspectos culturais, pela sua personalidade, pelo tipo de aprendizagens anteriores que teve e pelas mensagens que obtém dos profissionais. Deste modo, cada elemento da equipa deve tomar consciência das mensagens que envia no processo de cuidar e dos direitos de que a pessoa dispõe.

No quadro seguinte, verificamos a descrição dos direitos da pessoa com doença terminal, que podem constituir um guia de orientação, análise e reflexão para os profissionais que lidam com estas pessoas.

- 1 - Tenho direito a ser tratado com um ser humano vivo até ao momento da minha morte.
- 2- Tenho o direito de manter uma esperança, qualquer que seja esta.
- 3 - Tenho o direito de expressar à minha maneira, os meus sofrimentos e as minhas emoções no que respeita à aproximação da minha morte.
- 4 - Tenho o direito de obter a atenção dos médicos e enfermeiros, mesmo que os objectivos de tratamento sejam substituídos por objectivos de conforto
- 5- Tenho o direito de não morrer sozinho
- 6- Tenho o direito de ser aliviado da dor
- 7- Tenho o direito de obter uma resposta honesta, qualquer que seja a minha pergunta
- 8- Tenho o direito de não ser enganado
- 9- Tenho o direito de receber ajuda da minha família e para a minha família na aceitação da minha morte
- 10 - Tenho o direito de morrer em paz e com dignidade
- 11- Tenho o direito de conservar a minha individualidade e de não ser julgado pelas minhas decisões que podem ser contrárias às crenças de outros

**QUADRO Nº 2** - Direitos da pessoa com doença terminal. Adaptado em tradução livre de Baron; Feliu *et al.*; “El Enfermo terminal”, in Barón; Féliu *et al.*; Tratado de Medicina Paleativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo com Cancer; pp. 1089-1090.

Apesar de reconhecerem a importância dos direitos da pessoa em fim de vida, enquanto “pessoa que vive a sua morte”, os profissionais de saúde confrontam-se sistematicamente com a incurabilidade, o sofrimento e a morte, o que pode levar a uma relação distante ou inexistente entre estes e a pessoa em fim de vida.

Todo este processo requer um investimento contínuo, isto é, uma tomada de consciência permanente do modo como cuidamos e do modo como nos sentimos.

Porém, parece-nos que o medo da dor e do sofrimento é o que mais receiam as pessoas em fim de vida, verificando-se que o medo do sofrimento é comum a muitas delas. Muitas vezes escutamos: “não tenho medo da morte... tenho é medo de sofrer”.

### **3. A dor e o sofrimento**

A dor e o sofrimento são experiências inevitáveis na vida de qualquer pessoa. O homem transporta consigo sofrimento, que revela de várias maneiras em diferentes fases da vida, e viver significa ter tanto momentos de alegria como de tristeza.

Decerto que nenhum de nós nunca afirmou que não sofreu, ou que nunca sofrerá, ou que nunca teve dor e que poderá sempre evitá-la. De facto, a dor e o sofrimento estão presentes no nosso percurso de vida e são consequência da nossa fragilidade como pessoas (Pacheco, 1999, p. 71).

Para a pessoa em fim de vida, a dor está presente em cerca de 60 a 80% dos casos e é um sintoma paradigmático. É importante salientar que as suas causas são multifactoriais (nem sempre estão relacionadas com a doença) e o enfermeiro pode atenuá-la com a sua companhia, afecto e distração (Garriga, *et al.*, 1989, p. 26). A ansiedade é frequente e está relacionada com as sucessivas perdas que a pessoa vai vivenciando, entre as quais a sua autonomia, assumindo esta particular importância. A incerteza do futuro, a saudade das pessoas (que lhe são queridas e que não estão presentes) respondem melhor ao acompanhamento do enfermeiro do que às medidas farmacológicas (*ib.*, p. 26).

A pessoa, ao centrar-se na sua dor, consome energias de tal forma que pode deixar de ser ela própria para ser alguém em função da sua dor. Assim sendo, a pessoa em fim de vida pode restringir a sua existência à permanência da dor, chegando a esquecer tudo o que a rodeia. Como consequência, esta dor influencia e condiciona a sua maneira de ser e de estar consigo própria e com os outros. E, se se torna uma dor crónica, absorve toda a pessoa, transformando a esperança em desespero. Desta forma, torna-se consensual que a dor deva ser controlada e até evitada (Pacheco, 1999, p. 73).

Habitualmente, a dor é acompanhada de sofrimento ou, como refere Gameiro (1999, p. 21), “a doença é fonte de sofrimento”. De facto, a doença pode não só provocar dor mas constitui também uma ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa, porque lhe recorda a sua fragilidade e confronta-a com a ideia da sua morte. E,

se estiver no hospital, o afastamento dos seus familiares e dos seus objectos de desejo tende a exacerbar o seu sofrimento.

Ao descobrirmos a dor e admitindo-a como foco de cuidados (e também pelo despoletar de sofrimento), ela apresenta-se como um fenómeno sobre o qual só é possível intervir se fizermos um apelo à nossa condição de pessoa, também portadora de sofrimento. “A abordagem à pessoa com dor passa por um envolvimento relacional, para o qual muitas vezes não nos sentimos preparados e recorreremos, frequentemente, à blindagem profissional” (Kipman, 1994, citado em Gameiro, 1999, p. 22).

A ajuda a prestar à pessoa com dor deverá ter subjacente a compreensão da forma como experiencia a sua dor, o atribuir-lhe um significado adequado às suas competências cognitivas e aos seus pressupostos filosóficos e religiosos, de modo a evitar a percepção da perda do controlo e encontrar um sentido positivo para a sua experiência (*ib.*, p. 23).

Nesta situação, é muito importante saber escutar e identificar os problemas sem perder a capacidade de analisar as causas, incorporando as medidas farmacológicas, físicas e ambientais. O suporte relacional é a base mais segura para a obtenção do conforto (Garriga, *et al.*, 1989, p. 26).

De acordo com Benner (1984, p. 32), o enfermeiro perito compreende intuitivamente aquilo que é importante para a pessoa, aquilo que constitui o seu bem-estar. Desta forma, tem um leque mais alargado da prática de cuidar e possui uma visão mais ampla da pessoa de quem cuida. Assim, acompanhá-la implica estar emocionalmente presente para ela, traduzindo a importância que atribuímos à sua experiência. A presença emocional é um modo de partilhar os significados, os sentimentos e a experiência vivida da pessoa que se cuida.

### **Conclusão do Capítulo III**

Neste capítulo, abordámos, na perspectiva de Collière (1999, p. 237), o que distingue os cuidados quotidianos e habituais (*care*), ligados às funções de manutenção e continuidade da vida, e os cuidados de reparação (*cure*), que consistem em tratar o que constitui obstáculo à vida.

Apurámos também a forma como Watson (1988) descreve a relação transpessoal como sendo o próprio momento de cuidar. Nessa relação, a pessoa bem como o enfermeiro são considerados um todo e as suas formas de estar no mundo, únicas.

Embora cada pessoa encare de forma particular o seu fim de vida, verificámos que a dor está presente na maioria das pessoas. A dor, ao ser admitida como parte no processo de cuidar e sabendo os enfermeiros que ela é geradora de sofrimento, apresenta-se como um fenómeno em que a intervenção destes profissionais só se torna possível ao fazerem um apelo à sua condição de pessoas, também elas sujeitas ao sofrimento.

## CAPÍTULO IV

### A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS COMO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE ADULTOS

#### Introdução ao Capítulo IV

A formação inicial dos enfermeiros deve prepará-los para assumirem um papel determinante como educadores e orientadores no contexto das organizações de saúde. Nesta óptica, a formação inicial é perspectivada como um processo que se prolonga ao longo da vida e que “permite reduzir o fosso entre os locais de reflexão, tornando os locais de exercício profissional em locais de acção ↔ reflexão” (Collière, 1999, p. 202). Deste modo, a articulação das escolas de enfermagem com as organizações de saúde é indispensável e parece que ninguém duvida que ambos os espaços são locais de formação.

Neste contexto, as aprendizagens surgem como uma estruturação articulada de diferentes momentos experienciais do sujeito que permitem formalizar saberes (Canário, 1999, p. 109). Esta perspectiva da formação denominamo-la formação experiencial, que aprofundaremos neste capítulo, bem como a teoria tripolar da formação, a auto-formação e os diferentes paradigmas para a formação.

É oportuno referirmos as diferentes interpretações do conceito de formação.

#### 1. As diferentes interpretações do conceito de formação

O conceito de formação é um conceito complexo que pode ser visto sobre diferentes interpretações. À partida, é um conceito ambíguo, sendo, por vezes, identificado com educação e, outras vezes, com educação/formação.

De acordo com Nóvoa<sup>48</sup> (1999), a educação deverá passar pelas componentes do tempo, lugares e saberes da escola. A formação ocorre tanto nos espaços formais como nos espaços informais. *“Formar-se” não é algo que se possa fazer num lugar à parte. Bem pelo contrário, é um processo que se confunde com a própria vida dos adultos*” (ib., p. 5).

---

<sup>48</sup> In prefácio à obra de Rui Canário *“Educação de Adultos, um Campo e uma Problemática”*, 1999, Educa, Lisboa.

No nosso ponto de vista, os conceitos de educação e formação estão cada vez mais interligados, o que deveria reflectir-se ao nível da concepção dos currículos escolares bem como ao nível dos programas de formação profissional. Na sociedade actual e perante o crescente desenvolvimento de protocolos e parcerias entre escolas e organizações de saúde, cremos que daí possam advir muitas vantagens. Nesta perspectiva, deverão ser encontradas estratégias que permitam reformular a prática educativa das escolas de enfermagem. Uma das estratégias passa pelo envolvimento dos professores nos contextos de trabalho dos enfermeiros, por forma que estes também se possam envolver e intervir na formação dos estudantes.

Se as escolas têm uma grande responsabilidade no crescimento da profissão então ela só poderá ser desenvolvida com a participação activa dos enfermeiros da prática. Pensamos que a colaboração escola/serviços é decerto um caminho a seguir, que deverá ser concretizado através de protocolos, e não só através de acordos verbais. Isto implica a aproximação das organizações, através de, por exemplo, reuniões entre os seus profissionais com o objectivo de se reflectir sob a melhor forma de orientar os estudantes.

De um modo geral, o conceito de educação surge associado à ideia de formação escolar e, durante muito tempo, representou na vida social o seu aspecto de reprodução e de transmissão de saberes. A construção dos saberes<sup>49</sup> é um processo constante que se desenvolve sob a influência de múltiplos agentes de socialização como sejam a escola, a família, as organizações escolares e de saúde, grupos culturais, entre outros.

Por outro lado, a formação, entre nós, aparece conotada, até há pouco tempo, com uma visão redutora da formação profissional (Canário, 1999, p. 35). Por isso, tem sido amplamente utilizada para designar processos adaptativos dos sujeitos e, na prática, não mobiliza a sua concepção.

---

<sup>49</sup> Na perspectiva de Walter (1988), os saberes úteis aos cuidados de enfermagem são:

- Saber científico – saber sistematizado numa teoria, feita de conceitos interligados em função de certas regras. As fontes onde a enfermagem bebe algum deste saber são: as ciências humanas, a biologia e outras;
- Saber-informação – saber adquirido através da observação objectiva à pessoa, através do diálogo (com ela ou com a família), na relação profissional com colegas (passagens de turno), ou na relação com outros profissionais da equipa de saúde. As palavras chave são: saber onde interrogar, observar, analisar e confrontar;
- Saber-ser – saber que nasce da natureza e autenticidade da pessoa que é ser enfermeiro. Aprende-se com a prática e está estritamente dependente dos valores do profissional de enfermagem. No desempenho diário, este saber é dos que mais contribui para uma relação de ajuda;
- Saber-prático – Saber que suporta a realização dos actos de enfermagem. Nele enquadra-se a destreza, a eficácia, segurança e capacidade de realizar acções profissionais. É aplicado quando se prestam técnicas (cuidado e tratamento) e determina muitas vezes a competência do enfermeiro.

Também em enfermagem o conceito de educação surge associado à ideia de formação. Por outro lado, permanece igualmente a falta de clarificação dos conceitos que são usados para designar a formação contínua ou permanente.

Josso (1991b, p. 67), citando Dominicé (1979), defende o projecto de Educação Permanente que “consiste em valorizar as capacidades que todas as pessoas têm de se auto-educarem”. A autora operacionaliza esta abordagem referindo quatro conceitos orientadores:

- “A autonomia é a via educativa que salienta que a finalidade da educação do homem, deve ajudá-lo a assumir a responsabilidade da sua existência e a situar-se no mundo como um ser social responsável”;
- “O desenvolvimento visa facilitar o crescimento pessoal – desenvolvimento afectivo e cognitivo – e a sua integração activa no desenvolvimento social e cultural da sociedade em que está inserido”;
- “A Educação Permanente visa criar um processo de interacção entre o homem e o ambiente, a fim de tomar em consideração a dimensão educativa em todos os sectores da vida dos adultos”;
- “A visão actual da sociedade apela a um trabalho educativo destinado a favorecer a capacidade dos adultos a reagir de forma responsável e criativa face às transformações que movimentam o meio onde estas se desenvolvem” (Josso, 1991b, p. 68).

Contudo, achamos que qualquer que seja o processo educativo deverá ser sempre formativo: “O homem moderno aparece, cada vez mais, em todos os planos da sua existência, como um ser inacabado. O inacabamento da formação tornou-se uma necessidade, num mundo marcado pela transformação permanente das técnicas, o que implica uma educação igualmente permanente” (Lapassade, 1963, citado em Nóvoa, 1988, p. 112).

As diferentes interpretações destes conceitos promoveu uma crescente ambiguidade na forma de os utilizar. Canário (1999, p. 32) adianta que esta “flutuação” terminológica é frequente na literatura científica, nomeadamente nos escritos de especialistas consagrados.

Também Josso (1988, p. 37), refere que “mantém-se uma ambiguidade, na medida em que o conceito utilizado não permite distinguir a acção de formar (do ponto de vista do formador, da pedagogia utilizada e de quem aprende) da acção de formar-se”. E acrescenta: “A palavra “formação” apresenta uma dificuldade semântica, pois designa

tanto a actividade no seu desenvolvimento temporal, como o respectivo resultado” (*ib.*, p. 37).

As inúmeras conotações à volta do conceito de formação levou-o a múltiplos sentidos, teorizados por diferentes disciplinas. Assim, no âmbito da sociologia, acentua-se a dimensão da socialização que o conceito de formação abarca, a da psicologia enfatiza o desenvolvimento pessoal do sujeito, a da antropologia evidencia a inculturação e, ainda, a da psicossociologia que nos direcciona para as inter-relações grupais (Josso, 1991b, pp. 34-40).

Na perspectiva das ciências da educação, a formação é também estudada em diferentes vertentes: a formação como aprendizagem de competências; a formação como transformação de perspectivas; a formação como projecto e a formação experiencial, entre outras.

## **2. Formação experiencial**

No nosso quotidiano, recorremos a esquemas de acção mentalmente elaborados para resolver problemas com os quais nos confrontamos. Na nossa perspectiva, estes esquemas exigem uma grande experiência da prática e têm a ver, por exemplo, com a nossa experiência profissional.

O reconhecimento que tem vindo a ser atribuído aos locais de trabalho é resultado de uma articulação entre as práticas formativas e os contextos de trabalho (Canário, 1999, p. 44), levando a uma importância crescente da formação experiencial. Para o mesmo autor, o potencial formativo das situações de trabalho passa pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que proporcionem, no próprio local de trabalho, as “condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens” (*ib.*, p. 44).

Pineau (1991, p. 29) define a formação experiencial “como uma formação por contacto directo mas reflectido”; quer dizer, não existe a mediação de programas, de conteúdos, de suportes e de formadores. De um momento para o outro, “o objecto ou a situação está lá, impõe-se surgindo como um acontecimento. O acontecimento pode durar, importunar, precisamente pela sua proximidade, desembaraçando-o sem intermediário e, por vezes, sem interrupção.

As experiências e os acontecimentos, por exemplo, estão na base da formação do próprio sujeito. A experiência é a ruptura de uma continuidade. Quando surge um

acontecimento, ou seja, quando surge algo de novo, desencadeia um processo de descontinuidade (*ib.*, p. 30).

Ao reconhecermos a importância da experiência no processo de formação dos sujeitos, podemos afirmar que corresponde a um processo que se prolonga ao longo do seu ciclo de vida, o que “concederá um lugar de destaque à reflexão sobre as experiências formadoras que marcam as histórias de vida<sup>50</sup>” (Josso, 1988, p.39). Neste sentido, o processo de formação é indissociável do processo de construção do sujeito/pessoa, visto como um ser nunca acabado, em permanente devir. Assim, abrem-se as “portas” para uma nova forma de encarar a formação de adultos. Isto é, o formando tem um duplo estatuto: actor e investigador, criando-se as “condições para que a formação se faça na produção do saber e não, como até agora, no seu consumo (Nóvoa, 1988, p. 117).

Por outro lado, sabemos que a prática é uma fonte de riqueza, isto é, uma fonte de onde emergem novos saberes que enriquecem, gradualmente, a teoria (Benner e Wrubel, 1989). Assim sendo, um pressuposto inerente à formação das pessoas passa pelas suas experiências e torna-se legítimo questionarmo-nos se todas elas são formadoras.

Para Josso (1991a, p. 192), “o conceito de experiência formadora implica uma articulação conscientemente elaborada entre actividade, sensibilidade, afectividade e ideação, articulação que se objectiva numa representação e numa competência”. A mesma autora considera que uma experiência é formadora quando o sujeito a perspectiva como uma aprendizagem, isto é, “é necessário que simbolize as atitudes, os comportamentos, os pensamentos, os sentimentos que caracterizam uma certa subjectividade e identidade”. Adianta que as aprendizagens experienciais são aquelas que mudam a coerência de uma vida e a aprendizagem pela experiência modifica os aspectos comportamentais, afectivos e psicológicos do sujeito, sem pôr em causa os valores que o orientam (*ib.*, pp. 191-192).

As experiências formadoras fazem parte da história de vida dos sujeitos; isto é, o próprio sujeito atribui sentido/valor às experiências que o marcaram e que “retirou” da totalidade das suas vivências.

---

<sup>50</sup> Josso considera que história de vida é a narração que o sujeito faz sobre a globalidade da sua vida e a abordagem biográfica é a narração que faz, tendo como contexto a globalidade da sua vida, mas centrada numa problemática particular.

Para Pineau (1991), a experiência é formadora quando é submetida a um processo de reorganização, de reconstrução, de modificação. Também, precisa de ser reflectida<sup>51</sup>, pelo que necessita da existência de um processo cognitivo que a percepcione e que a transforme. A existência de um trabalho reflexivo que aprende com a experiência - aprendizagem experiencial - “coloca em jogo duas operações mentais diferentes mas interligadas: a apreensão da experiência e a sua transformação” (*ib.*, p. 30). A apreensão da experiência implica as acções de apreensão e compreensão enquanto a sua transformação implica as acções de interiorização mental e consequente exteriorização, permitindo a sua transformação (Landry, 1991, pp. 25-27, citando Kolb, 1984).

As experiências do sujeito, entendidas como promotoras de conhecimento e formação, levam-nos a recorrer ao modelo de Kolb (1984), citado em Landry (1991, pp. 25-27), que corresponde ao processo de formação experiencial: da experiência concreta à observação reflectida, desta à conceptualização abstracta e à experimentação activa. Esta leva à formulação de hipóteses no confronto com a realidade. Assim sendo, há um ciclo que se fecha para ceder o lugar a um novo ciclo de aprendizagem.

Deste modo, estamos perante uma concepção do conhecimento diferente da concepção que o modelo escolar preconiza, o qual é contestado por vários autores. A propósito, Schon (1983), citado em Alarcão (1991, p. 5), refere que “o actual paradigma da educação profissionalizante, baseando-se num racionalismo técnico, traduz-se num modelo de aplicação da ciência aos problemas concretos da prática através da ciência aplicada “ o que perspectiva uma crise de confiança no conhecimento profissional que despoleta a busca de uma epistemologia da formação; defende, ainda, que a formação do futuro profissional deve incluir uma componente de reflexão a partir das situações práticas.

Do nosso ponto de vista, o modelo escolar é criticado, o que perspectiva a necessidade de uma mudança, vindo ao encontro da formação experiencial.

---

<sup>51</sup> As etapas do processo de reflexão são: observar (trata-se de reconhecer); descrever a prática (próximo do modo como ela se desenrola); analisar (mergulhar na prática, interrogá-la e escutá-la colocando questões – é a etapa fundamental). “Trata-se de desconstruir o nosso próprio modo de agir para ir às raízes, ou seja, para decifrar o que valorizamos, as perspectivas que informam a nossa actividade (Couceiro, 1998, p. 56).

## **2.1. Teoria tripolar da formação**

Na formação experiencial, Pineau (1991), inspirado no pensamento de Rousseau<sup>52</sup>, afirma: “o que torna a educação tão complexa como a vida é porque depende de três mestres: “eu”, os “outros” e as “coisas” (p. 37). Apresenta a teoria tripolar da formação. O mesmo autor salienta que a experiência pode ser auto-formadora, eco-formadora e co-formadora, dependendo do mestre dominante.

Na auto-formação, o sujeito tem uma dupla apropriação do poder de se formar: “é tomar em mãos este poder – tornar-se sujeito – mas, é também aplicá-lo a si mesmo: tornar-se objecto de formação para si mesmo” (Pineau, 1988, p. 67). Podemos considerar que este processo está intimamente ligado ao auto – desenvolvimento da pessoa. Nesta perspectiva, Couceiro (1998, p. 59, citando Pineau, 1983) “acentua a importância da acção reflexiva do sujeito sobre si, visando a criação de uma forma autónoma, com uma identidade própria e singular”.

Em eco-formação, são necessárias “as coisas”, a interacção, e está subjacente a relação que estabelecemos com o meio físico, com as coisas que nos rodeiam e que são necessárias à nossa sobrevivência: “dependemos sem dúvida da natureza” (Pineau, 1991, p. 32), mas estabelecemos com ela uma relação de poder – de dominação. É Pineau (1986) que reconhece que essa relação é mais profunda e atribui-lhe um sentido: “é como se implicasse a formação de novas relações com o meio mais imediato” (p. 141).

A co-formação (os outros) é a acção que os outros exercem sobre a pessoa e tem sido a lógica imprimida à formação institucionalizada. Nesta perspectiva, as experiências de vida da pessoa não são entendidas como potenciais momentos de formação. A perspectiva a que se referiu Paulo Freire<sup>53</sup>, “as pessoas vistas como recipientes vazios, tábuas rasas”, apesar de já estar a ser ultrapassada na formação dos

---

<sup>52</sup> (Pineau, 1991, p. 29), inspirando-se na problemática iniciada por Jean-Jacques Rousseau, apresenta uma teoria baseada na concepção dos três mestres, “eu”, os “outros” e as “coisas”, na formação experiencial. De acordo com Rousseau, Pineau considera ainda que, em determinados momentos, estes três pólos são contraditórios e que, nesses momentos de tensão, uma das saídas possíveis será optar pelo pólo da eco-formação, ficando o discurso humano submetido à natureza (*ib.*, p. 38).

<sup>53</sup> Paulo Freire viu sempre cada pessoa transportando o mundo em si. O seu ideal não foi apenas alfabetizar mas, ao mesmo tempo, consciencializar: “Nós queremos uma alfabetização que seja, em si mesma, um acto de criação, capaz de provocar outros actos de criação. Rejeitamos a alfabetização puramente mecânica, pois sempre temos pensado na alfabetização em termos de tomada de consciência”. O trabalho faz-se a partir de palavras motivadoras pertencentes à linguagem habitual do analfabeto, referidas às suas condições de vida, a partir das quais irá reflectir sobre os problemas da região e do próprio país (In Paulo Freire, *Educador da Consciência – Apresentação, Os Cristãos e a libertação dos Oprimidos*, 1978, p. 5).

adultos, ainda parece estar presente em algumas das nossas instituições de ensino. Contudo, a experiência do outro pode ser formadora, isto é, pode ser transformada em conhecimento.

Neste contexto, Josso (1991a, p. 198) apresenta um modelo para a formação experiencial: “designa uma actividade consciente do sujeito ao realizar uma actividade imprevista (...) por ocasião de um acontecimento numa situação que põe o formando em interacção consigo próprio, com os outros, com as coisas e com o ambiente”.

## **2.2. A auto-formação**

A auto-formação é um processo educativo que atribui à pessoa um lugar central no seu próprio processo de formação. Actualmente, parece ser um processo contestado por muitos, em função do inacabamento da pessoa e das concepções evolutivas do decurso de vida (Pineau, 1988).

A auto-formação começa e desenvolve-se durante a infância, quando se inicia um sentido de procura de identidade como pessoa “distinta”. A sua evolução continua na adolescência, levando-a a procurar informações sobre si própria, sobre os outros e sobre o meio. Quando entra na fase de adulto-jovem, assiste-se ao desenvolvimento de um estilo próprio, à mobilização da formação adquirida com a entrada no primeiro emprego (espera-se que encontre estabilidade) e, por volta dos 65 anos, entra na fase da reforma.

Na nossa opinião, a pessoa coloca permanentemente questões sobre si própria e sobre a sua situação, presente e futura. Assim, confronta-se com várias fases da sua carreira que a levam ao desempenho de diferentes papéis, o que pode resultar em períodos de ordem e/ou de desordem. Nesta perspectiva, enquadra-se o modelo de Danielle Riverian-Simard (1984), que foi construído a partir de um estudo que a autora realizou no Québec na década de 1980, tendo interrogado 786 adultos através de entrevistas semi-estruturadas (Pineau, 1988, p. 71).

Apresentamos o respectivo modelo, que articula três períodos e nove etapas que se alternam segundo um ciclo de inter-etapas, onde prevalecem várias interrogações sobre as finalidades e as modalidades da vida profissional. Estas, por sua vez, são apresentadas segundo um ciclo de intra-etapas onde se enquadram períodos de interrogação e outros de estabilização. Apresenta, também, os padrões comportamentais mais globais, válidos para o conjunto da amostra. Destacamos um padrão médio e um

outro que corresponde aos sujeitos-excepção e que representam 15% da população estudada na investigação referida (*ib.*, p. 72)

**AUTO - FORMAÇÃO E O DECURSO DA VIDA NO TRABALHO, SEGUNDO A ABORDAGEM DOS CICLOS DA VIDA**

| PERÍODOS   | IDADE CRONOLÓGICA | ETAPAS DOMINADAS POR INTERROGAÇÕES      |  | PADRÕES COMPORTAMENTAIS MAIS GLOBAIS  | SUJEITOS EXCEÇÃO (15%)  |
|--|-------------------|---|--|---|---|
|  |                   | Sobre as finalidades profissionais      | Sobre as modalidades profissionais           |   |   |
| Manobras de transferência para uma saída prometedora | 68                | A procura para uma saída prometedora    | Transferência de perspectivas                | “Gravidade” da mudança, leva-os à demissão  | “Gulosos” intelectuais  |
|  | 57                |   |  | Renasce o desejo de aprender, mas vivido sobretudo no condicional                             | Formação na área da investigação (querem escrever sobre a sua genealogia, por exemplo)                      |
|  | 62                |   |  | Angústia sobre as suas possibilidades de aprender. Rejeição                                   | Autodidactas permanentes  |
|  | 53                |   |  |   |   |
| 2º período   | 47                | A busca do fio condutor da sua história | Modificar a trajectória                      | Importância, o valor e as desvantagens da formação pelo trabalho                              | Por se encontrarem no fim da juventude e sabedoria, estimula-os a aprender.                                 |
|  | 37                |   |  | Novas linhas directivas   | Formação/evolução das suas competências   |
| 1º período   | 32                | A procura de um caminho prometedor      | Procura de um caminho profissional promissor | A educação dos adultos é importante   | Relê as suas aprendizagens e aspirações   |
|  |                   |   |  | Descoberta da necessidade de continuar a formação inicial                                     | Começam a apropriar-se do seu poder de formação, tentando ligar a formação recebida com as suas aspirações. |
|  |                   |   |  | Reacção negativa à educação inicial   | Inscrição em cursos de adultos  |
|  | 23                |   |  | Digerem a “decalage” entre as aprendizagens escolares e o exigido para a prática profissional |   |

**Quadro nº 2** - Auto-formação e o decurso da vida no trabalho, segundo a abordagem dos ciclos de vida. Adaptado em tradução livre de Pineau, G; *Rapports à la formation suivant les étapes de vie au travail selon Danielle Riverin- Simard (1984). In Pineau, G; Expériences d'apprentissage et histoires de vie, p. 134.*

Da análise do quadro nº 3, pode destacar-se que o adulto, ao longo da sua vida profissional, tem muitos momentos de interrogações, que permanecem durante muito tempo, superando, assim, os momentos de reorganização. Deste modo, podemos ser levados a pensar que o adulto no trabalho vive mais em estado de desequilíbrio do que em estado de estabilidade (Pineau, 1988). Para este autor, a constatação de que o adulto vive com muitas interrogações faz vacilar os modelos clássicos da vida profissional, que são muito estáticos, isto é adoptam ainda um modelo linear da profissão: “escolha → formação → realização → reforma” (p. 70).

Outros autores têm-se interessado pela auto-formação, como, por exemplo, Galvani e Carré, que se enquadram em correntes diferentes.

Para Galvani (1992, p. 9), a auto-formação “é o acto da pessoa que se forma sobre ela própria”. Ao analisá-la, apresenta três correntes, às quais associa várias práticas formativas. São as seguintes:

- Bio-cognitiva – “bio”, porque considera a formação como um processo vital que define a forma de todo o ser vivo e “cognitiva” porque a acção de si é sempre reflexiva;
- Técnico-pedagógica – a auto-formação é encarada como “uma aquisição de saberes”(p. 12), para a qual não é necessária a presença de um formador;
- Sócio-pedagógica – a auto-formação é concebida como uma gestão autónoma que não pode ser regulada somente pela instituição escolar, nem mesmo por outras instituições “mas pelo indivíduo que deve estar apto, todos os dias, a uma nova formação pessoal e social” (Dumazedier citado em Galvani, 1992, p. 11).

Para Carré (1992, p. 1), a auto-formação é um conjunto de práticas que permitem à pessoa aprender por ela própria. Considera a existência de sete correntes de investigação que têm na sua essência a formação da pessoa por si própria.

- Auto-formação como prática autodidáctica – a auto-formação centra-se unicamente sobre as práticas de aprendizagem impostas pelo sistema educativo;
- Auto-formação como pedagogia individualizada – descreve todas as práticas de formação independentes do formador e do grupo;
- Auto-formação como formação metacognitiva – o objectivo desta corrente traduz-se pela seguinte fórmula: “aprender a aprender”;
- Auto-formação como formação pela experiência – é a natureza auto-reflexiva da formação como, por exemplo, a aprendizagem pela experiência profissional;

- Auto-formação como organização auto-formadora pelo trabalho – recorre às práticas organizadoras do trabalho perspectivando uma aprendizagem pela actividade profissional e pela sua actividade;

- Auto-formação como aprendizagem auto-dirigida – inscreve-se na auto-direcção das aprendizagens;

- Auto-formação como auto-educação permanente – a auto-formação tem como finalidade o auto-desenvolvimento da pessoa.

Para Dumazedier (1980), citado em Carré (1992, p.3), “o desafio da sociedade educativa é o desenvolvimento de uma auto-formação voluntária em todas as idades e o aprender de uma forma permanente que perspectivem a evolução social”.

Do nosso ponto de vista, o processo de auto-formação do sujeito gira à volta de uma compreensão retrospectiva no contexto de uma vida; é evidente que o adulto tem que construir a sua própria formação com base num balanço de vida, perspectiva retrospectiva, e não apenas numa projecção do futuro (Nóvoa, 1988, p. 115). Assim, a pessoa vai-se construindo ao longo da vida; fá-lo através de uma mudança de perspectivas (Mezirow, 1996). Este autor também refere que na infância são montados esquemas mentais, pela acção de factores externos à pessoa, que têm o reforço das normas instituídas pela sociedade. Acrescenta que o processo de desenvolvimento é intrínseco ao processo de aprendizagem. É este processo que pretendemos problematizar de seguida.

### **2.2.1 – Os diferentes paradigmas para a formação**

O processo de desenvolvimento, sendo intrínseco ao processo de aprendizagem, conduz-nos à necessidade da sua compreensão. Verificar em que se sustentam as várias teorias e práticas de aprendizagem/formação é o que Mezirow (1996) pretende ao apresentar-nos os três paradigmas contemporâneos de aprendizagem: objectivista, interpretativo e emancipatório.

#### *- Paradigma objectivista*

Neste paradigma, a realidade é considerada como existindo em si própria, independentemente das representações mentais e linguísticas, assim como as

experiências e a teoria. A lógica é um conceito de primordial importância – o comportamento da pessoa é visto como uma simples adaptação que depende, unicamente, das aprendizagens já efectuadas. A linguagem não produz conhecimento, veicula-o. Neste contexto, o conceito de aprendizagem sustenta-se na transmissão de representações do mundo real, pois as referências para a aprendizagem são objectivas e universais. As questões que se levantaram em redor desta teoria desencadearam uma verdadeira “revolução cognitiva” que se enquadram no paradigma seguinte.

#### *- Paradigma interpretativo*

Neste paradigma, e de acordo com Vygotsky, citado em Mezirow (1996) as categorias cognitivas e os modos de pensamento têm uma origem social. Para alguns fenomenologistas, tais como, Merleau Ponty, Husserl e Heidegger, não é possível estabelecer distinções entre o sujeito e o objecto. O agente transporta o seu quadro de referência que é parte integral da experiência (Mezirow, 1996, p. 160).

Para Foucault (1982), citado em Mezirow (1996, p. 161), “a realidade social é definida pela natureza e pela distribuição de forças de poder, dominação e influência”. É neste quadro que a verdade é entendida de maneiras diferentes, consoante o jogo do poder que está em causa. Deste modo, a linguagem evidencia o seu carácter subjectivo e intencional.

A revolução cognitiva leva-nos a consciencializar que o ser humano é local, temporal, parcial e intencional (*ib.*, p. 162). Ora, nesta perspectiva, não pode atingir a objectividade e a neutralidade atribuída à racionalidade. A aprendizagem do sujeito depende do contexto em que se processa a experiência e o modo como a interpreta.

#### *- Paradigma emancipatório*

Neste paradigma, a aprendizagem é vista como um processo que implica um aprofundamento e construção de significado/sentido da experiência do sujeito, capaz de orientar a sua acção futura. Nesta perspectiva, Josso (1988, p. 50) refere que “o ser humano quando está em formação só se torna sujeito no momento em que a sua intencionalidade é explicitada no acto de aprender; torna-se capaz de intervir no seu processo de aprendizagem e formação para o reorientar no futuro”.

A experiência de cada sujeito é percebida através de um quadro de referência que é constituído por duas vertentes:

- Perspectiva de significado (*meaning perspective*). Esta perspectiva de significado decorre de hábitos de pensamento e predisposições gerais e orientadoras.

- Esquema de significação (*meaning scheme*). Este esquema refere-se a um conjunto de crenças, sentimentos, juízos de valor que modelam uma determinada interpretação, um determinado ponto de vista.

É mais fácil modificar um ponto de vista do que modificar hábitos de pensamento. Contudo, a aprendizagem apenas ocorre quando se apreendem, se fundamentam e se transformam quer as perspectivas quer os esquemas de significado.

Mezirow (1996, p.168) realça a “existência de uma dialéctica entre um esquema de significado, que é influenciado pela experiência, e uma perspectiva significadora constituída por um conjunto de predisposições influenciadas por forças sociais”.

O paradigma emancipatório tem por base a teoria da transformação que é fundamental na formação dos adultos. Esta teoria desperta-nos para dois domínios da aprendizagem:

- Aprendizagem instrumental – é a aprendizagem que permite controlar os outros
- Aprendizagem comunicacional – realça a importância da compreensão dos significados que são atribuídos por aqueles com quem estabelecemos uma interacção.

Neste sentido, consideramos pertinente a capacidade crítica e reflexiva. Mezirow (1996, p. 164) afirma que “ quem aprende deve adquirir competência comunicativa o que o torna mais consciente e crítico sobre os seus pontos de vista e, conseqüentemente, torna-o mais capaz de ultrapassar constrangimentos e de estar mais apto a participar no seu discurso”.

Estes dois domínios da aprendizagem complementam-se e permitem-nos direccionar para o reconhecimento de qualidades que o sujeito desenvolve ao longo da sua vida através das experiências vividas que se opõem à aquisição passiva de conhecimentos, características do modelo escolar.

#### **Conclusão do Capítulo IV**

Com os contributos de diversos autores surge uma concepção de auto-formação em que o desenvolvimento da pessoa é enfatizado nas suas diferentes dimensões. É em

confronto consigo, com os outros e com o mundo e com a transformação de perspectivas que a pessoa se forma ao longo da vida.

Vimos diferentes correntes teóricas e práticas que apelam à auto-formação. Todas têm em comum o reconhecimento de centralidade do sujeito no seu processo de formação. É o sujeito quem gere, decide e se apropria da sua própria formação bem como das múltiplas aprendizagens que realiza (Couceiro, 1998, p. 59).

Aprende-se de várias formas: no meio físico (eco-formação), com os outros (co-formação), mas aprende-se principalmente quando se está motivado (auto-formação). Deste modo, a auto-formação suportada pela aprendizagem contextual, leva a pessoa, o sistema-pessoa a abrir-se à experiência e ao conhecimento. Assim sendo, a experiência e o seu potencial educativo/formativo associado às vivências atribuem à formação um outro nível qualitativo.

A necessidade de criar momentos de reflexão nos diferentes contextos, quer seja na escolas quer seja nas organizações de saúde, visa aprofundar a formação dos enfermeiros e a transformação dos quadros de referência onde se inscrevem as suas práticas profissionais. Assim, tornam-se mais conscientes e sujeitos da sua própria formação, contribuindo para aquilo que são. O objecto deste processo é não só o saber aprofundado mas a pessoa que sobressai no profissional que cada um é (*ib.*, p. 60).

## CONCLUSÃO DA PARTE I

No capítulo I da primeira parte deste trabalho, deparamos com as perspectivas da morte, apresentados por Ariès (1975), que nos permitiram conhecer o percurso da morte desde a Idade Média, aproximadamente a partir do século XII até à Época Actual. Em alguns momentos, recorreremos às suas obras, publicadas em 1977, a fim de complementarmos o percurso que descreve entre a morte domesticada e a morte interdita.

Verificámos que a morte nem sempre foi interiorizada como um factor de realização do Homem, tendo a sua representação diversos enquadramentos, já que ela é uma dimensão da nossa existência não dominada pelo Homem (Lalanda, 1996, p. 22).

No Capítulo II – A morte na actualidade – , verificámos que a morte trocou o espaço familiar pelo hospital, tornando-se, muitas vezes, impessoal. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, ao confrontarem-se com a morte podem apresentar, pelo menos, duas reacções. A primeira reacção será a fuga, porque se sentem incapazes para ajudar a pessoa a “entrar” na sua morte. A segunda reacção é para que se aproxime, aceite ter tempo para escutar e acompanhar esse Homem (Pinto, 1991, 22).

Vimos também que, na vida, parece que só temos um assunto de “gravidade”: a morte. Porquê? Da mesma forma que nascemos, crescemos, envelhecemos e aprendemos a enfrentar dificuldades, porque é que não aprendemos a inscrever a morte na(s) nossa(s) vidas, se “ela mora mesmo ao lado?”. A morte atribui a qualquer pessoa um lugar na história. “Só a morte abre as portas da Eternidade” (Ruffié, 1987, p. 252, citado em Oliveira, 1999, p. 181).

No Capítulo III, apresentámos o conceito de cuidar, na perspectiva de Collière (1999) e Watson (1985, 1988). Constatámos que o cuidado de enfermagem não é somente uma preocupação, atitude, emoção mas é também físico, processual e factual. Watson (1990) enfatiza que o fim último do cuidar é proteger, engrandecer e preservar a dignidade humana. Seguidamente, abordámos a processo de cuidar a pessoa em fim de vida, salientando a dor e o sofrimento, pois é o que mais aflige as pessoas em fim de vida, sendo confirmado pelos profissionais de saúde e pela bibliografia (Pacheco, 2000, p. 70).

Por último, no Capítulo IV, tornou-se essencial perspectivar a formação de adultos para além da visão escolarizante. Neste sentido, destacamos os conceitos de

auto-formação e formação experiencial. Considerámos esta visão muito mais próxima da realidade, promovendo o desenvolvimento da pessoa do adulto na sua globalidade.

**INTRODUÇÃO À PARTE II**  
**O ENFERMEIRO EM FORMAÇÃO E A VIVÊNCIA DA MORTE**

## **PARTE II**

### **O ENFERMEIRO EM FORMAÇÃO E A VIVÊNCIA DA MORTE**

A segunda parte deste trabalho divide-se em dois capítulos. No Capítulo V, começamos com um breve enquadramento teórico, assente numa abordagem epistemológica, que distingue os dois paradigmas em que, habitualmente, a ciência se divide: o paradigma positivista e o paradigma construtivista (Basto, 1998, p. 23, citando Gergen, 1980).

Descreveremos a metodologia escolhida para o estudo e justificaremos, sob o ponto de vista metodológico as opções, que nortearam o nosso trabalho empírico.

No Capítulo VI, apresentaremos a descrição do trabalho empírico. À semelhança de M. Pires (1995), a teoria de Jean Watson foi uma referência e também não tivemos nenhum esquema de categorização prévio na análise de dados. Contudo, muitas vezes, mobilizámos a nossa experiência sobre o assunto. Em determinados momentos, tornámos presente o nosso passado, o que nos ajudou a interrogar sobre o que fazemos e como o fazemos, permitindo-nos, a partir daí, construir o que pretendemos e o que queremos fazer. Foi um processo enriquecedor que nos obrigou a uma constante aprendizagem, registada em diários de aprendizagem, que mobilizaremos, no contexto deste trabalho, sempre que considerarmos oportuno.

## CAPÍTULO V

### PARADIGMAS DE INVESTIGAÇÃO

#### Introdução ao Capítulo V

Neste capítulo, abordaremos as características dos paradigmas positivista e construtivista, fundamentando a escolha do nosso estudo, “que segue um raciocínio indutivo, considerando que se chega à construção teórica pela clarificação do sentido, limitações e pressupostos ocultos” (Basto, 1998, p. 37).

Também pretendemos contextualizar a nossa opção metodológica para o trabalho empírico, que apresentaremos no capítulo seguinte. Assim, apresentamos a metodologia escolhida, qualitativa, bem com a técnica de recolha e análise de dados: a entrevista semi-directiva e a análise de conteúdo. Finalizaremos com uma breve apresentação das limitações do estudo quer de ordem pessoal quer metodológica.

#### 1. Paradigma positivista/Paradigma construtivista

Ao fazermos investigação, pretendemos compreender melhor a realidade, ou seja, pretendemos aumentar o nosso conhecimento sobre determinado fenómeno. Poderá parecer que bastaria a curiosidade intelectual e a utilização da metodologia apropriada para colher determinado tipo de dados, para chegar a resultados que seriam os mesmos, independentemente do número de investigadores a estudar o assunto (Basto, 1998, p. 23). “Não é assim, porque o que determina o tipo de resultados da investigação é a forma de olhar a realidade. Quer dizer que, de acordo com a forma como se vê o mundo, assim se descobre uma das suas faces, ficando outras por iluminar” (*ib.*, p. 23).

Ao pensarmos desenvolver este estudo, recordamos as suas linhas orientadoras:

- Compreender como a história da vida do enfermeiro influencia o processo de cuidar da pessoa em fim de vida;
- Compreender como os enfermeiros vivenciam o processo de morrer da pessoa;
- Compreender como o cuidar da pessoa em fim de vida revela a essência do próprio momento de cuidar.

Assim, fomos confrontados com a escolha de um paradigma que guiasse o nosso estudo, ou seja, com a escolha do paradigma positivista ou do paradigma construtivista. O primeiro assenta em modelos de racionalidade técnica, onde impera uma metodologia

hipotético-dedutiva, proveniente das ciências naturais (Sousa Santos, 1987), e a metodologia empregue é geralmente quantitativa (Basto, 1998, p. 24). O segundo impõe que o mundo seja analisado “com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objecto de estudo” (Bogdan e Biklen, 1994 p. 49) e denomina-se paradigma construtivista. Aqui, procura-se o sentido dado à experiência vivida e segue-se um raciocínio indutivo. A metodologia é, regra geral, qualitativa (Basto, 1998, p. 24). Desta forma, deparámo-nos com a clássica dicotomia da metodologia quantitativa *versus* metodologia qualitativa.

Nas últimas décadas, a pujança da investigação qualitativa é indicativa de ser ela o modelo das ciências sociais e humanas, que transporta consigo a marca do paradigma emergente (Sousa Santos, 1987, p. 47), “que tende a ser um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias como (...) colectivo/individual, animal/pessoa”.

Alguns autores, como Patton (1980), Bogdan e Biklen (1994), Leininger (1985), Watson (1988), consideram que a abordagem qualitativa é aquela que é capaz de descobrir os fenómenos de uma forma holística, “requerendo um estudo sério, reflexão, acção, procura de um novo conhecimento e um novo discernimento que ajudará a descobrir novos meios e formas de compreender a pessoa e o processo de cuidados durante as experiências de saúde-doença” (Watson, 1988, p. 30). Esta autora acrescenta que “as metodologias relevantes para estudar a sua teoria, podem, genericamente, classificar-se como métodos de pesquisa qualitativa-naturalista-fenomenológica ou uma combinação de pesquisa quantitativa e qualitativa, e não um método de pesquisa quantitativo racionalista como método único (p. 79).

Contudo, devemos estar atentos a que, do mesmo modo que a ciência clássica tendia a reduzir o conhecimento ao manipulável (Morin, s/d, p. 36), “hoje há que insistir fortemente na utilidade de um conhecimento que possa servir para ser reflectido, meditado, discutido, incorporado por cada um no seu saber, na sua experiência, na sua vida”. E ter em conta, como refere Pascal, citado em Morin (s/d, p.36), “que é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, como é impossível conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes”. Deste modo, é importante reconhecermos que o rigor metodológico está presente em ambas as abordagens, o que as distingue são os seus níveis de investigação e, principalmente, os fins a que se destinam.

## 2. Opção metodológica

Actualmente, atravessamos uma crise paradigmática, em que assistimos a uma fase de decadência do paradigma positivista e ao emergir de um novo paradigma: o paradigma construtivista.

Sousa Santos (1994), ao considerar a degenerescência do paradigma positivista, o que considera imprescindível, traça um novo estatuto para as ciências sociais, reconhecendo que a especificidade dos seus objectos conduz, inevitavelmente, a novas opções metodológicas. As crises de degenerescência “significam pôr em causa a própria inteligibilidade do real que um dado paradigma proporciona e não apenas os instrumentos metodológicos e conceptuais que lhe dão acesso” (Sousa Santos, 1989, p. 18). Também considera que a postura do investigador em relação ao objecto do estudo deve ser repensada, porque o investigador é pessoa e, como tal, não pode suprimir do seu processo de conhecimento os elementos não cognitivos (emoção, desejo, paixão, etc). “As paixões intelectuais são um factor de desenvolvimento da ciência” (Polany, 1962, citado em Sousa Santos, 1989, p. 134) e não interferem com o conteúdo do conhecimento que ajudam a promover (Sousa Santos, 1988, p. 134). “Ao contrário, a concepção retórica da ciência duvida que seja fácil (ou até possível) “purificar” o conhecimento produzido de todas as impurezas que intervieram no seu processo de produção” (*ib.*, p. 134).

Parafrazeando Clausewitz, Sousa Santos (1987, p. 52) afirma que o objecto é a continuação do sujeito por outros meios. “Por isso, todo o conhecimento é auto-conhecimento. A ciência não descobre, cria, e o acto criativo protagonizado por cada cientista e pela comunidade científica no seu conjunto tem de se conhecer intimamente antes que conheça o que com ele se conhece do real”. Desta forma, os pressupostos metafísicos, as crenças, os juízos de valor não estão antes nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade. São parte integrante dela (*ib.*, p. 52).

Sabemos que a ciência moderna nos propõe um conhecimento do mundo e que alargou, indiscutivelmente, as nossas perspectivas. Assim sendo, é necessária uma outra forma de conhecimento, “um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos una pessoalmente ao que estudamos” (*ib.*, p. 53).

Uma outra característica da mudança é a regeneração do senso comum, uma vez que se reconhece, nesta forma de conhecimento, virtualidade a fim de enriquecer a nossa relação com o mundo. “Na ciência moderna a ruptura epistemológica simboliza o

salto qualitativo do conhecimento do senso comum para o conhecimento científico” (*ib.*, p. 57).

Para o desenvolvimento de qualquer disciplina é fulcral identificar os modos como os fenómenos são compreendidos e experienciados (Gerber, *et al.*, 1999, p. 212). Estes autores salientam que é a abordagem qualitativa aquela que permite ao investigador ter acesso à riqueza das experiências das pessoas em profundidade: “é a forma de descobrir fenómenos e de documentar factos desconhecidos de certos aspectos das pessoas, acontecimentos das pessoas em estudo, considerando-a o principal método para, entre outras, descobrir essências, significados e sentimentos” (Leininger, 1984, pp.6-7).

Assim, parece-nos que a abordagem qualitativa é a mais indicada para o nosso estudo. Com ela, pretendemos “uma descrição, análise e compreensão ; isto é, uma pesquisa que seja direccionada para a descrição experiencial” (Marton, citado por Gerber *et al.*, 1999, p. 212).

Para Bogdan e Biklen (1994, p. 47), a abordagem qualitativa possui cinco características. Contudo, estes autores alertam para o facto de nem todos os estudos de natureza qualitativa reunirem estas características com igual eloquência. No entanto, os estudos que recorrem à observação participante e à entrevista em profundidade tendem a ser bons exemplos deste tipo de abordagem.

As características são as seguintes:

1 - “*Na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal*”. Os investigadores passam muito tempo nos locais onde recolhem os dados. Assim, frequentam os locais do estudo porque se preocupam com o contexto e entendem que as acções são melhor compreendidas quando são observadas no seu ambiente natural. “Para o investigador qualitativo divorciar o acto, a palavra ou o gesto do seu contexto é perder de vista o significado” (*ib.*, p. 48);

2 - “*A investigação qualitativa é descritiva*”. Os dados recolhidos são em forma de palavras, imagens e não de números. O investigador qualitativo tenta analisar os dados em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto possível, a forma como estes foram transcritos ou registados. Neste tipo de abordagem, o mundo é examinado com a ideia de que nada é trivial e que tudo tem um potencial para constituir uma pista que permite uma compreensão mais esclarecedora do objecto do estudo (*ib.*, p. 49);

3 - “*Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos*”. Neste contexto, emergem outras questões: como é que as pessoas negociam os significados?; como é que determinadas noções começaram a fazer parte daquilo que consideramos ser o “senso comum”?;

4 - “*Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva*”. O processo de análise de dados é como um funil: as coisas estão abertas de início e vão-se tornando mais fechadas e específicas no extremo. “Não presume que sabe o suficiente para reconhecer as questões importantes antes de efectuar a investigação” (*ib.*, p. 50);

5 - “*O significado é de importância vital na abordagem qualitativa*”. O investigador que faz uso deste tipo de abordagem interessa-se pelo modo como as pessoas dão sentido às suas vidas.

Em educação, o investigador qualitativo está continuamente a questionar os sujeitos da investigação, com o objectivo de perceber “aquilo que eles experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem” (Psathas, 1973, citado em Bogdan e Biklean, 1994, p. 51).

### **3. Sujeitos do estudo**

No nosso estudo, definimos como sujeitos os enfermeiros que cuidam da pessoa em fim de vida.

A importância da amostra centra-se, fundamentalmente, na riqueza dos dados que revelam as experiências individuais ou específicas de cada sujeito (Polit *et al.*, 1995, p. 270), pois “os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como é vivida e tal como é definida pelos seus próprios actores” e/ou a inter-relação entre o sujeito e o objecto “reflecta a experiência do fenómeno a partir da perspectiva deste tal como é experienciado por cada pessoa” (Marton, 1981; Salgo, 1994, citados em Gerber *et al.*, 1999, p. 222).

Numa investigação qualitativa, a dimensão da amostra não é directamente proporcional à informação que se pretende obter. Assim sendo, torna-se oportuno obter uma informação rica e útil, que possibilite fazer um estudo em profundidade e que esclareça o fenómeno, pois a riqueza da informação nem sempre vem de “alguém”, que designamos no senso comum por “expert”, mas sim de “alguém” capaz de reflectir e

descrever detalhadamente o fenómeno (Morse, 1991, p. 132), pelo que se impõe que os sujeitos não sejam seleccionados de forma aleatória, mas, em função do conteúdo da informação – estes estudos são, habitualmente, reduzidos a amostras pequenas. Assim sendo, utilizam-se critérios para a selecção da amostra (*ib.*, 169).

O estudo realizou-se nos serviços de Medicina I, II e III e serviço de Cardiologia do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo. A selecção destes serviços deveu-se ao facto de, nestas unidades, prevalecer um maior número de pessoas em fim de vida.

Definimos, como universo do nosso estudo, os 45 enfermeiros que desenvolviam a sua actividade profissional nos serviços referidos. Para solicitar a participação dos enfermeiros fixámos cartazes (anexo I) nos serviços mencionados, tal como Clarke (1992), que efectuou um estudo sobre o cuidar na prática de enfermagem, e M. Pires (1995), num estudo sobre a forma como os enfermeiros cuidam da pessoa em coma.

Antes da afixação dos cartazes, foi solicitada autorização à Direcção de Enfermagem da Organização de Saúde, através de requerimento, no qual estava especificado o tipo de estudo que pretendíamos efectuar e quais os seus objectivos.

Na elaboração do cartaz fizemos a nossa apresentação e a das linhas orientadoras do estudo, bem como os requisitos pretendidos para a participação dos enfermeiros.

Ao decidirmos enveredar por esta forma de seleccionar os enfermeiros, estávamos conscientes de que poderíamos não ter voluntários, pelo que a amostra seria nula. Ou, então, teríamos um número muito reduzido ou um número muito elevado de voluntários.

A confirmar-se a 1ª hipótese, teríamos que enveredar para a selecção de um outro tipo de amostra, mas que garantisse a riqueza da informação, como seja a amostra em “bola de neve” (Patton, 1990, p. 176). Se se confirmasse a 2ª hipótese, faríamos todas as entrevistas e, posteriormente, seleccionaríamos as que tivessem uma informação mais rica (Morse, 1991, pp. 136-137).

No entanto, nenhuma das situações se verificou e a amostra ficou constituída por 8 sujeitos. Gostaríamos de salientar que todos os voluntários eram também os únicos sujeitos, na altura, que reuniam os critérios previamente definidos.

Os critérios estabelecidos para a selecção dos sujeitos do nosso estudo foram:

- Os enfermeiros trabalharem há mais de cinco anos, naquele serviço <sup>54</sup>;

---

<sup>54</sup> No trabalho desenvolvido por Benner, “From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (1984), a autora refere que os requisitos de perícia no desempenho da actividade profissional sustentam-se na experiência e na educação. Acrescenta que, de acordo com o modelo de

- Querem disponibilizar-se para partilharem as suas vivências enquanto cuidam da pessoa em fim de vida;
- Terem vivido a experiência da morte de uma pessoa significativa<sup>55</sup>;
- Aceitarem a gravação audio da entrevista.

Após definição destes critérios, contemplados na selecção dos sujeitos, respeitámos os aspectos éticos que devem estar subjacentes a qualquer tipo de pesquisa.

### **3.1 Considerações éticas**

Nas considerações éticas, orientámos-nos pelos princípios descritos por Patton (1990, pp. 353-354)

- Foi necessário pedir autorização para a realização das entrevistas;
- No início das entrevistas foram expostos e clarificados os objectivos do estudo;
- Foi garantida a confidencialidade da identidade e assegurámos que a utilização dos dados se destinaria para o estudo presente e não para outros fins;
- O consentimento informado foi outro aspecto a ter em conta quando solicitámos, aos sujeitos, a autorização para a gravação das entrevistas.

## **4. Procedimentos na colheita de dados**

Após termos afixado os cartazes nos diferentes serviços, os enfermeiros eram também informados da forma como poderiam participar no estudo. Assim, tinham uma folha A4 anexa ao cartaz, onde poderiam inscrever-se.

---

“Aquisição de Perícia”, de Dreyfus (modelo adaptado à enfermagem que ajuda o enfermeiro a entender as diferenças entre o enfermeiro experiente e o principiante), a pessoa passa através de cinco níveis de proficiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. A passagem de um nível a outro pressupõe alterações em dois aspectos (Dreyfus, 1980 citado em Silva, 1993, p. 149).

- Aumento da confiança em aspectos abstractos, levando-o à utilização de experiências passadas
- Mudança na percepção e entendimento da exigência de uma determinada situação.

Tendo em conta o que autora refere, e em conversação com colegas conhecedoras deste modelo, considerámos o período de cinco anos aquele em que o enfermeiro parece ter, como refere Benner, (1984), citado em Silva (1983, p. 153), “um entendimento profundo da situação, como por exemplo, a dor, o sofrimento e a morte, antes que seja possível adquirir um repertório de maneiras de estar e lidar com uma experiência particular”

<sup>55</sup> Nem todos os enfermeiros que se voluntariaram reuniam este critério.

- A relação interpessoal que tínhamos com os enfermeiros, facilitou o desenvolvimento da colheita dos dados;
- Identificámos, com os enfermeiros, quais os momentos mais oportunos do dia para a realização das entrevistas.

Um outro procedimento, que, simultaneamente, foi uma preocupação, centrou-se no estabelecimento de um conjunto de condições físicas e humanas que permitissem salvaguardar o respeito e a dignidade da pessoa entrevistada, ao longo de uma temática que pode ser considerada “delicada,” quer para o investigador quer para o entrevistado.

#### **4.1 Instrumento da colheita de dados**

Ao termos em conta que a selecção das técnicas que podem ser usadas na investigação têm de ser adequadas ao problema e aos objectivos do estudo, julgámos que a entrevista semi-estruturada seria aquela que mais se adequava ao nosso estudo.

Desta forma, a técnica que utilizámos para a colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada. Este tipo de entrevista permitiu-nos uma determinada flexibilidade para nos centrarmos e aprofundarmos a nossa área temática, bem como para podermos clarificar ou explorar o que pretendíamos: “é levada a cabo com o uso de questões de entrada, pré-determinadas, incorporadas para ajudar o entrevistado a reflectir sobre o fenómeno a partir do seu quadro de referência” (Gerber *et al.*, 1999, p. 221-222). Estas questões são necessárias à explicitação das vivências por parte dos sujeitos, conferindo também consistência na obtenção dos dados para facultar uma análise posterior (Morse, 1991, p. 192).

As várias reflexões efectuadas acerca dos conteúdos subjacentes à pergunta de partida conduziram-nos a outras perguntas, que acabaram por constituir o guião da entrevista. Assim, o guião ficou constituído por quatro perguntas abertas, que deram a possibilidade de os sujeitos direccionarem o seu discurso livremente, sendo-lhes “pedido que reflectissem no significado que tinha para eles o fenómeno em estudo, mais do que simplesmente descrevê-lo” (Gerber *et al.*, p. 217).

Ao longo da entrevista é “necessário que o entrevistador adopte uma atitude de aceitação, um estilo de entrevista descontraído e um interesse genuíno pelo que a pessoa tem para dizer” (*ib.*, p. 222).

O guião da entrevista encontra-se em anexo II.

### - *Desenvolvimento das entrevistas*

As entrevistas foram efectuadas nos meses de Junho e Julho de 2000, no local de trabalho dos enfermeiros, excepto um enfermeiro que sugeriu a realização da (sua) entrevista em (sua) casa, referindo sentir-se “*mais à vontade*”. Concordámos com a sua sugestão.

As entrevistas duraram cerca de 1 hora e meia a 2 horas. Durante as entrevistas, foi possível explorar e clarificar os seus discursos (Patton, 1990, p. 283), procurando manter um clima favorável à expressão das suas vivências, evitando qualquer juízo de valor.

Alguns dos enfermeiros emocionaram-se durante os seus testemunhos: “*sou maluco*”, “*nunca tinha pensado nisso*”, perante algumas situações que eles próprios vivenciaram.

Ficámos em silêncio, aguardando a melhor altura para reiniciar a entrevista, tendo em conta que seria o entrevistado a tomar a iniciativa. Cremos que mantivemos uma atitude empática em todos os momentos, facilitada pela nossa experiência profissional que permitiu uma melhor compreensão e atenção à individualidade dos discursos. No entanto, após a realização das entrevistas referiram: “*ainda bem que há alguém que se interessa por esta temática*”. Estas afirmações foram um estímulo ao desenvolvimento do nosso trabalho e têm permitido várias “conversas” informais com estes enfermeiros.

Após a transcrição das entrevistas, sugerimos a leitura das mesmas a cada entrevistado, com o objectivo de clarificar e aprofundar determinadas questões que tivessem sido abordadas mais superficialmente, o que se veio a confirmar em duas entrevistas.

## **5. Procedimentos na análise de dados**

A análise dos dados iniciou-se com a transcrição das 8 entrevistas que constituíram o “corpus”, pois, como refere Vala (1986, p.109), “se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe analisar, então o corpo de análise é constituído por todo esse material”. Como técnica de tratamento de informação utilizámos a análise de conteúdo que, segundo Vala (1986, p. 104), é uma técnica que

pode ser integrada em qualquer nível e tipo de procedimentos lógicos de investigação empírica.

Após a transcrição do conteúdo das 8 entrevistas, estas foram analisadas, tendo sempre presentes as linhas orientadoras do nosso estudo. Esta estrutura variou de enfermeiro para enfermeiro (de uma forma mais vincada do que noutras), como refere Watson (1988). Numa fase inicial, o objecto de análise, é achar a estrutura do tema em cada caso.

Para analisar as entrevistas, seguimos os passos recomendados por Watson (1988, p. 83):

- Lemos e relemos cada entrevista a fim de termos o sentido do todo. Nestas primeiras leituras fomos sublinhando as descrições dos enfermeiros, isto é, frases que, à partida, poderiam apresentar-se como unidades significativas e os potenciais temas em que poderiam inserir-se.

- Seguidamente, fizemos uma leitura mais atenta, para encontrarmos depoimentos significativos. Nestes, incluímos frases e afirmações relacionadas com o tema em estudo. Verificámos que algumas delas eram interrompidas por outras afirmações e, mais à frente, o seu sentido era retomado. Algumas das afirmações relacionavam-se de forma indirecta com o tema em estudo, sendo “guardadas” para a discussão dos dados.

Durante este procedimento Watson (1988, p. 83) recomenda que nos interroguemos: *“Isto traz algo de diferente em relação ao que já foi dito?”*

- Das frases significativas começaram a surgir significados que foram seleccionados e agrupados. Nalgumas frases, foi necessário acrescentar uma ou outra palavra, que foram colocadas entre parêntesis curvos ( ), e, noutras frases, tivemos necessidade de fundi-las, a fim de se completarem e dotarem de sentido as unidades significativas.

- Seguidamente, confrontámos as diversas unidades significativas de cada entrevista, procurando as semelhanças e as diferenças, reduzindo-as àquelas que caracterizavam as experiências. Fizémos o seguinte percurso: incluímo-nos na experiência descrita, preocupando-nos, essencialmente, com as frases chave que a descreviam; interpretámos o significado destas frases e obtivemos o sentido dessas interpretações.

Desta forma, utilizámos espontaneamente a imaginação, de forma a que confirmasse que as afirmações, unidades de significação expressas pelos enfermeiros, apreendiam a essência da questão.

- O sentido do discurso dos enfermeiros teve em conta a nossa intuição durante as várias leituras das entrevistas, com os respectivos silêncios e as emoções dos entrevistados. Assim, surgiu a compreensão do sentido das unidades de significação.

Por fim integrámos as unidades significativas num todo e formámos a estrutura compreensiva.

Formada a estrutura compreensiva das unidades de significação expressas pelos enfermeiros, achámos pertinente fazer a sua validação. Individualmente, cada enfermeiro fez a leitura e a apreciação da compreensão das unidades significativas, não se tendo verificado qualquer alteração na estrutura compreensiva. Pois “validade em investigação qualitativa refere-se à obtenção de conhecimento e compreensão da verdadeira natureza, essência, significados, atributos e características de um fenómeno particular sob estudo. A medida não é a finalidade, mas, antes, conhecer e compreender o fenómeno” (Leininger, 1985 p. 68).

Neste contexto, surge-nos uma questão: será que a investigação qualitativa é generalizável? Morse (1999, p. 5) é peremptória em afirmar que a investigação qualitativa é generalizável. Neste tipo de investigação, cada sujeito é seleccionado intencionalmente em amostras relativamente pequenas, pela contribuição que cada participante pode dar para a teoria emergente. É esta selecção que assegura que a teoria é compreensiva, completa e saturada. O conhecimento conseguido através da teoria ajustar-se-á a todos os cenários que venham a ser identificados numa população maior (Morse, 1999, p. 5).

Como já dissemos, a teoria de Jean Watson foi uma referência no nosso trabalho e não tivemos nenhum de esquema de categorização prévio na análise dos dados. Desta forma, alguns dos temas foram encontrados nos discursos dos enfermeiros. Assim, decidimos apresentar graficamente os dados, por entendermos que reflecte o nosso processo de análise e fazêmo-lo da seguinte forma:



**FIGURA Nº 2 – Temas**

A análise dos dados teve em conta os temas encontrados, analisados à luz da teoria da Jean Watson, assim como a mobilização de outros autores que nos ajudaram a esclarecer o fenómeno, que apresentamos no próximo capítulo.

Assim, constatámos que os enfermeiros reconhecem que as pessoas em fim de vida de quem cuidam têm pressentimentos em relação ao momento da sua morte. A imagem que apresentam e as fases que podem atravessar no seu percurso de morrer ajudam os enfermeiros a intuir que a vida da pessoa está por um fio. A consciencialização que a vida da pessoa está caminhando para o fim leva-os a proporcionar-lhe conforto e a interrogarem-se: “*Está ou não a sofrer?*”, “*Tem ou não dores?*”, “*Qual o posicionamento que prefere?*”. Há, de facto, uma preocupação

crescente com o bem-estar da pessoa, à medida que a (sua) vida está a unir-se à (sua) morte. É um momento de grande densidade humana, em que a pessoa está a “partir” e em que o enfermeiro está presente, ajudando-a a encontrar um sentido para aquele momento único. E, assim, o enfermeiro vai consciencializando a ideia da sua própria morte, ajudando-se a “viver a vida”, ou seja, “não passa ao lado da vida”.

A aprendizagem do cuidar a pessoa em fim de vida pode traduzir-se em quatro períodos, que denotam um processo de auto-formação e de eco-formação da pessoa do enfermeiro, que sobressai do enfermeiro que aprendeu a ser<sup>56</sup>.

## **6. Limitações do estudo**

Antes de iniciarmos este trabalho, tínhamos a noção de que poderíamos enfrentar algumas limitações; outras surgiram ao longo da pesquisa. Assim, achámos pertinente dividi-las em duas ordens de razões:

### *De ordem pessoal*

- O tema do estudo interfere com as concepções que as pessoas têm sobre o sentido da vida e o sentido da morte, o que poderia ter dificultado a selecção dos sujeitos.

Embora, os sujeitos se tivessem disponibilizado e referido que gostavam do tema, por vezes, foi difícil “abrirem-se” devido ao envolvimento emocional que as vivências despertaram.

---

<sup>56</sup> Na perspectiva de Heesben (2000, p. 115), o enfermeiro que pretenda “caminhar e progredir” implica:

- “conhecimento da natureza humana, científica e técnica em relação com a saúde”;
- “domínios dos apoios necessários à prática de enfermagem”;
- “situar a sua acção na equipa pluridisciplinar”;
- “um lugar deixado à intuição”;
- “a capacidade de ir ao encontro do outro, de tecer laços de confiança e de caminhar com ele no âmbito de um projecto de cuidados”;
- “tender para a autonomia e favorecer a dos outros”;
- “revelar uma presença de enfermagem”.

### *De ordem pessoal e metodológica*

A dificuldade que, por vezes, sentimos em criarmos um distanciamento com os sujeitos, a fim de controlarmos as nossas emoções, por forma a que não prejudicássemos o desenrolar das entrevistas.

Foi um processo de aprendizagem, aprofundamento e de transformação de perspectivas sobre as nossas práticas e sobre o nosso agir pedagógico. Muitas vezes, desmontámos os nossos pensamentos e nos questionámos acerca das nossas práticas com o objectivo de nos ajudarem a compreender e a dar inteligibilidade ao que pensávamos e ao fazíamos. Isto é, precisámos compreender as razões e o sentido daquilo que fazíamos, pois só assim entendemos ser possível aprender. Acedemos a um passado não muito longínquo, que nos parece ter facilitado o acesso ao presente, problematizando o que fazemos e o modo como o que fazemos, a fim de projectar o que pretendemos fazer, bem como o modo como o desejamos fazer e, também, o que pretendemos ser. Foi de facto um processo de reflexibilidade constante sobre o nosso agir.

### **Conclusão do Capítulo V**

Neste capítulo, procurámos justificar a nossa opção metodológica, enfatizando as suas características, e descrevemos os procedimentos utilizados no trabalho de campo, quer ao nível da recolha de dados quer ao nível do seu tratamento.

Mencionámos as limitações que considerámos mais relevantes quer de ordem pessoal quer de ordem metodológica.

Vimos que há uma crescente tendência para o campo da investigação qualitativa, pelo que a comprovação de hipóteses vai cedendo lugar à “observação”. “A ciência do paradigma emergente é mais contemplativa do que activa” (Sousa Santos, 1987, p. 54). Este autor defende uma nova concepção da realidade, assente num novo relacionamento com o mundo: “o mundo, que hoje é natural ou social e amanhã será ambos, visto com um texto, como um fogo, como um palco ou ainda como uma autobiografia (*ib.*, p. 45).

## CAPÍTULO VI

### ANÁLISE DOS DADOS

#### Introdução ao Capítulo VI

Neste capítulo, fazemos a apresentação e a análise dos dados. Recordamos que é um estudo com abordagem qualitativa e a análise dos dados será apresentada recorrendo à nossa compreensão. Muitas vezes, foi ilustrada com citações extraídas das entrevistas, pretendendo, assim, demonstrar mais facilmente as perspectivas dos enfermeiros. Recorremos também às várias citações dos autores que consultámos e que nos ajudaram a fundamentar a análise.

Segue-se a apresentação dos quatro temas, alguns encontrados nos discursos dos enfermeiros. A ordem da apresentação é aquela que nos parece mais coerente, no sentido de ajudar a esclarecer o tema em estudo.

#### 1. A vida por um fio

“ardias de febre, um ronco aterrador saía-te do peito, via-se o branco dos teus olhos por entre as pálpebras semicerradas, de repente a tensão desceu quase para zero, começaram a soar os alarmes dos monitores e a sala encheu-se de gente, todos tão atarefados à tua volta (...) estivemos presentes quando te fugia a alma do corpo”.

Paula<sup>57</sup>, de Isabel Allende (1994, p. 107)

A imagem de pessoa em fim de vida está presente no discurso dos enfermeiros a fim de os ajudar a perceber as mensagens que a pessoa envia, bem como as fases que esta pessoa atravessa, constituindo uma imagem de pessoa como um “ser no mundo” possuindo três esferas, mente, corpo e alma, que sente, vive experiências e que está em

---

<sup>57</sup> O excerto apresentado é a descrição da mãe quando confrontada com o estado de agonia da filha, num quarto de hospital, e retrata algumas situações referentes a este tema que denominámos “A vida por um fio”. Paula adoecera gravemente e entrara em coma. A mãe, vivenciando o sofrimento que o estado da filha desencadeara, e dando corpo às suas vivências, escreveu este livro ora nos corredores do hospital, onde a filha estava internada, ora no quarto do hotel em que, dadas as circunstâncias, viveu durante vários meses.

continuidade no tempo e no espaço (Watson, 1988, pp. 70-71). Tendo por base estes pressupostos, iremos analisar o percurso da morte vivido pela pessoa em fim de vida e a esperança que sempre a acompanha.

Tal está bem patente no seguinte: “Os doentes têm os seus pressentimentos que são verdadeiros” (E 1, p. 8), “há algo na pessoa que nos diz que está a morrer, que ele tem poucos dias ou horas de vida” (E 2, p. 4). Estas expressões têm implícito o aproximar da morte, percebido pela própria pessoa, que leva os enfermeiros a acreditarem nas suas mensagens e a tomarem consciência de que a morte está iminente: “está mais para lá do que para cá” (E 2, p. 4). A pessoa tem a sensação de que a morte está a tocá-la, a cheirá-la, e o enfermeiro, ao cuidar, ajuda-a a aceitar a sua morte que parece aproximar-se a passos largos.

Outras vezes, o enfermeiro acredita que a pessoa vai morrer em breve, mas não encontra explicações racionais para esta forma de pensar: há no ar o cheiro da morte!, o que o leva a dizer: “olho para um doente... e acho que ele vai morrer (...) não é que tenha visões, nada disso... é estranho!” (E 6, p. 4).

Parece que estamos perante um tipo de experiência encarada pelo enfermeiro como dependente do contexto em que a vive e o modo como a interpreta não é submetido a um processo de aprofundamento e construção de significado/sentido de experiência (Mezirow, 1996, p. 162). E, sendo assim, realçamos a importância de o enfermeiro aceder a essa mesma experiência, tornando-a capaz de ajudá-lo a reorientar a sua acção. Nesta perspectiva, existem sinais na pessoa em fim de vida que podem ajudá-lo a compreender esse sentido: a “palidez das mãos e pernas” (E 5, p.1), o facto de se apresentar “transparente como cera” (E 5, p. 1), “olhar o vazio (...) o pedido de socorro com os olhos” (E 7p. 1), o “ficar pouco comunicativa”(E1, p. 1), “descida das tensões arteriais” (E 1, p.1; E 4, p. 1; E 8, p. 1), traduzem a imagem da pessoa em fim de vida.

Mas, às vezes de uma hora para a outra, a situação da pessoa em fim de vida modifica-se e não dá tempo para o enfermeiro se aperceber da iminência da morte. Neste contexto, emerge uma questão: “O que é a morte”? (E 2, p. 10; E 8, p. 2). Pensar no que é a morte, nomeadamente nas suas causas, é, na sua essência, olhar para o modo como vivemos: os estilos de vida ou de morte que adoptamos, as pessoas que encontram ou não sentido para a sua existência. Mas a morte, ao ser vivida por qualquer um de nós, resulta sempre da experiência que fazemos da morte de uma outra pessoa, que ocorre no

corpo de outra pessoa. É, com certeza, na nossa relação com os outros que a morte acontece<sup>58</sup>.

No entanto, o Homem pode ter várias posturas perante a morte. Optar pelo distanciamento da morte ou pela sua aproximação, pela reflexão ou pela indiferença, é prerrogativa do Homem. Mas em nenhuma situação será neutra ou casual. “Ela corresponderá sempre a uma interpretação da própria vida” (Neves, 1996, p. 10).

Por outro lado, a morte pode não ser entendida como um fenómeno natural, mas artificial, isto quando é possível determinar a hora da sua chegada (devido à evolução da ciência e da técnica). Desta forma, criaram-se duas categorias de mortos: “os mortos vivos” e os “mortos a prazo” (Freitas, 1999, p. 12). Os primeiros são pessoas em coma profundo, que parece já terem perdido o contacto com os seus semelhantes – “velar um morto vivo” (E 2, p. 3) –, e os outros são pessoas conscientes de que a medicina já não pode ajudar, a não ser no prolongamento da agonia e, assim, vão vendendo tempo à morte. Mas, qualquer que seja a situação em que se encontram, precisam sempre de companhia.

A forma como se acompanha a pessoa em fim de vida corresponde, em geral, a uma interpretação que cada um de nós tem da vida. Nesta perspectiva, contribuem várias razões, como sejam as de ordem cultural e espiritual, e o tabu da morte, entre outras.

De facto, assistimos a algumas situações de morte em que as pessoas, aparentemente, não esperavam a evidência do momento da sua morte. Relembramos, por exemplo, um homem que morreu em posição de semi-sentado, numa cama do hospital, logo após ter tomado o pequeno almoço. Nada fazia prever essa morte e a perplexidade deu lugar a comentários que fluíram quase de imediato: “morreu como um anjo”, “é essa morte que quero”, “é o melhor... não se sofre!”.

Face à inevitabilidade da morte, considera-se que “morrer repentinamente” é talvez o melhor modo de morrer, pelo que não é por acaso que a “morte súbita” “é estatisticamente reconhecida como a mais desejada” (Martinez, 1993, p. 36); seria aquela que, supomos, não nos faria sofrer.

No nosso estudo, constatámos que há pessoas que querem ter a consciência da iminência da sua morte e o enfermeiro é muito explícito. Vejamos: a pessoa em fim de vida auto-marginaliza-se, porque tem que pensar na sua vida passada, lançando

---

<sup>58</sup> Este assunto será retomado no tema “A vida e a morte uniram-se”.

questões: “o que é que eu já fiz e o que é que me falta fazer neste bocadinho de tempo?” (E 3, p. 1). Desta forma, a pessoa precisa de estar sozinha, neste período em que expande a sua consciência, e de encontrar-se com os seus pensamentos.

Muitas vezes medimos as palavras da pessoa em fim de vida, que denotam solidão, desejo de encurtar uma distância existente entre ela e os seus familiares, que ela própria criou. Confirmámos a existência de relações familiares danificadas e escutámos as suas adversidades, porque chegou a altura em que não é possível esconder mais nada, pois tudo o que serviu de barreira começa a desmoronar-se.

Para o enfermeiro que acompanha<sup>59</sup> a pessoa em fim de vida, há uma cumplicidade ao fundir a sua intimidade na de outra pessoa – o momento é de entendimento profundo. Este é dos momentos em que a pessoa em fim de vida, tal como Ariès (1977, vol. II, p. 324) afirma, parece ter um tempo privilegiado para fazer uma análise da sua vida, vendo-a como um filme e julgando-a por ela própria. É a morte anunciada, em que a pessoa entra no “privado conforto com o facto de a própria vida estar a aproximar-se do seu termo, dada a existência de doença inexorável, rebelde às terapêuticas e previsivelmente fatal a curto prazo” (Osswald 1996, p. 55).

Contudo, há doenças que se prolongam por tempo indeterminado, levando a uma deterioração progressiva do estado geral da pessoa: “Degradam-se fisicamente” (E 3, p. 1), “está emagrecido e flácido” (E 1, p. 1), mas podem continuar lúcidos. Desta forma, pode “preparar” a sua morte, porque concretiza os seus objectivos: “eu tenho os meus filhos criados (...) já tenho tudo dividido, as contas estão em dia” (E 3, p. 1). E assim estabelecem um tempo para viver ou surge simplesmente a morte (Hennezel, 2000, p. 6).

Coulombe (1995, p. 423) refere que as pessoas em fim de vida têm emoções fortes, mas conseguem ver uma continuidade para a vida, e que o principal objectivo do enfermeiro é ajudá-las nesta perspectiva. Encontrámos no nosso estudo o caso do senhor R. que aguardou a chegada dos pais para, seguidamente, entregar-se à sua morte, como explicita o enfermeiro: “morreu logo a seguir” (E 1, p. 9). Assim, a pessoa pode ter uma morte serena.

---

<sup>59</sup> Conforme o fim de vida da pessoa se aproxima, as suas necessidades físicas vão-se tornando mais evidentes. Verificamos que a pessoa deixou de responder ao tratamento e as necessidades físicas estão relacionadas com a doença. Estamos perante os cuidados de reparação que deveriam complementar os cuidados quotidianos.

A propósito, Hennezel (1997, p. 64) apresenta-nos o caso de Dominique, que, erguendo as pálpebras para o enfermeiro, diz: “Vou morrer em breve (...) agora, está tudo bem. Estou em paz”.

Perante estas vivências, chamemo-lhes assim, ficamos deslumbrados e confrontamo-nos com histórias que dizem respeito a nós próprios, às nossas vivências, cuja estrutura, por vezes, se projecta no futuro e nos leva a reflectir, a confirmar e a transformar o nosso interior.

Outras pessoas vivem a sua morte numa aparente contradição, lutando diariamente contra ela, “roubando” tempo ao sono. Será uma luta conta o tempo? Necessidade de concretizar os seus objectivos? Diz-nos o enfermeiro: “lutam dia a dia, de hora a hora, minuto a minuto, muitas vezes nem têm sono, não conseguem dormir (E 3, p. 1), e tocam à campainha frequentemente, apelando a pequenas coisas que desvalorizamos e tantas vezes soam a “coisas” tão inoportunas quanto desprovidas de importância. “Estão muito agitadas!”. Justificamos assim e argumentamos em face da nossa incapacidade para estar com aquela pessoa. Esquecemo-nos de que “a oferta de uma escuta e de um tempo disponível produz quase sempre um efeito calmante” (Hennezel, 1997, p. 66).

Desta forma (conivente ou não), a pessoa não prepara a sua morte. A inquietação, agitação e desorientação aparecem, então, interpretadas (quicá comodamente?) como “confusão mental”<sup>60</sup>. Contudo, esta “confusão” poderá surgir devido ao facto de ainda não terem concretizado alguns dos seus objectivos, como encontrámos: “Não é bem confusão, ficam desorientados porque têm as suas coisas para fazer” (E 3, p. 1). E podemos descurar outras causas que podem estar na origem da desorientação, como seja o facto de estar numa enfermaria onde há, por vezes, vozes desconhecidas e sobrepostas de pessoas internadas, de enfermeiros e outros profissionais. Ou, como refere Torga<sup>61</sup> (1990, p. 107-108), “a enfermaria é um espaço fechado onde se respira a morte (...) um silêncio tumular rodeia todas as camas (...) dá a sensação de ser um cadáver entre cadáveres”.

Os enfermeiros que cuidam das pessoas em fim de vida acompanham-nas no seu percurso de morte.

---

<sup>60</sup> A confusão é usada para descrever diferentes sintomas, como seja discurso incoerente, desorientação no tempo e espaço, dificuldade de concentração, alucinações e interpretações erradas (Mannix, 1995, p. 123).

<sup>61</sup> No Diário XVI, Miguel Torga retrata a forma como vivenciou o seu processo de doença. Numa cama de hospital, Torga encontrava-se rodeado por demais pessoas, evidenciando: “faltava-me a prova suprema de sofrer sem esperança ao lado deles” (p. 107).

## O percurso da morte

Neste contexto, encontramos a pessoa em fim de vida numa labuta, negando a sua própria morte e exclamando: “não pode ser!” (E 3, p. 1), “não quero morrer” (E 6, p. 1). É a negação da sua situação de pessoa em fim de vida, uma das fases que pode atravessar no seu percurso de morte (Kubler Ross 1991, pp. 49-52). A consciencialização de que a morte está próxima desencadeia uma reacção de choque que, habitualmente, se transforma em negação. A negação permite à pessoa em fim de vida que mantenha a esperança perante a doença. Outras pessoas negam a sua doença, insistindo que ela é “passageira”, e podem isolar-se ou, então, regressar às actividades quotidianas, tentando demonstrar “que está tudo bem”. Outras vezes, a pessoa “salta” de médico em médico, desesperadamente à procura de uma interpretação plausível e “saudável” para a sua doença, ou recorre aos profissionais das medicinas alternativas/complementares, na busca confiante de uma solução milagrosa. A pessoa sente-se refém da doença e comporta-se como um “esquilo numa gaiola” (Ariès, 1977, p. 316).

A negação ajuda a suavizar o impacto da tomada de consciência da sua situação da pessoa em fim de vida. Hennezel (1997, p. 26) cita Patrícia, doente acometida de cancro do útero, ao ser informada da sua situação de doença, começou a chorar convulsivamente, dizendo: “eu quero viver, não quero morrer, não quero que Deus me leve”.

Os enfermeiros devem compreender que a pessoa não está preparada para enfrentar a realidade. É evidente que a pessoa em fim de vida precisa de alguém que a ajude a partilhar a angústia, os receios e a insegurança.

Ao fim de algum tempo, a pessoa pode ultrapassar esta fase, ao pressentir que tem alguém que a pode ajudar a exprimir os seus sentimentos, que vão surgindo à medida que começa a enfrentar a realidade e a assimilar a verdade sobre a sua doença.

Assim, a pessoa pode aparecer revoltada, várias vezes durante o dia por curtos períodos de tempo. Nestes momentos, pode lançar questões, tais como: “estou a morrer?”, “vou morrer hoje”?, “não quero ficar sozinho”, “como vai ser?” (E 6, p. 1). É uma forma de tentar encontrar respostas junto de quem a rodeia. Parece ser uma luta, marcada pela tentativa de se agarrar à vida.

Verificamos que a palavra morte não é pronunciada e a pessoa em fim de vida arranja subterfúgios, dizendo: “estou para pouco” (E 8, p. 1). Achamos que é uma forma

de alertar que estamos na presença de um processo de ajustamento emocional, de um trabalho interior que terá avanços e recuos.

Estamos perante uma fase em que a raiva aparece, pois a pessoa em fim de vida já não pode dizer “não, a mim não”, o que a leva exteriorizar a sua hostilidade contra o tratamento e contra quem mais lida com ela, os enfermeiros, e pode recordar “eu, ainda, estou viva”. Também se pode tornar agressiva para com a família e os amigos.

Na perspectiva de Pinto (1999, p. 14), esta fase atinge todas as pessoas e afecta as convicções mais profundas, mesmo as de natureza religiosa, desencadeando uma sensação de abandono e de incompreensão.

Seguidamente, a pessoa compreende que a sua morte é inevitável e começa a desenvolver os mecanismos de negociação, pois parece que este período de tempo ajuda-a a manter-se viva até ao fim e assim “pede(m) tempo para ir ao casamento dos netos” (E 3, p. 1).

Nesta fase de negociação, cumpre todas as indicações terapêuticas e pode dedicar mais tempo à parte espiritual. É a fase de “intercessão científica, afectiva, religiosa, são jogos de aparente ilusão, na procura mágica de uma solução em que o próprio doente já não acredita” (Pinto, 1991, p. 14). E quando começa a entrar numa tristeza profunda, “quase de luto pela sua própria morte” (*ib.*, p. 14), está a entrar na penúltima fase, a depressão.

A depressão vai surgindo à medida que a pessoa encara as múltiplas perdas a que está submetida. Kubler Ross (1991, pp. 95-97) sintetiza-a como sendo a fase em que há pouco a dizer e mais para escutar. Muitas vezes encontramos a pessoa em fim de vida deitada “sobre si própria”, isto é, cabisbaixa na posição de sentada e, quando deitada, olha o horizonte, evitando olhar quem quer seja, mesmo quando lhe dirigem a palavra. Mas é também nesta altura que precisa de saber que não será abandonada.

Finalmente, entra na fase de aceitação – “estou para pouco”. Nesta fase, aceita a sua morte “não a escorraço, nem maldigo. Será um alívio, meu e de muitos” (Torga, 1990, vol. XVI, p. 185). A pessoa já está mesmo no fim e parece aceitar a sua morte. Assim, “já resolveu tudo”, “já disse o que tinha para dizer” e “está pronta”. Ao preferir ficar sozinha, vai-se desligando do mundo exterior e depois de ter atingido o “prazo” entrega-se serenamente à morte.

Uma característica que nos parece fundamental nesta situação é o grande impacto emocional que a pessoa evoca, quer na sua família, quer na equipa, como refere o enfermeiro do nosso estudo: “a própria família começa a ficar inquieta” (E 3, p. 1). E

pode acontecer que queira falar com alguém da sua confiança, alguém que tenha tempo para ela, que não contrarie os seus pensamentos e que a ajude a expressar-se com naturalidade. Está simplesmente a procurar segurança que a ajude a viver, visto intuir que a sua morte pode estar próxima e não aceita que a perturbem. Estes comportamentos são evidentes numa carta deixada por uma mulher (que sabia estar em fim de vida) para uma irmã que não via há trinta anos: “Cara Lêa: a minha vida chega ao seu termo. Antes de partir, gostava que soubesses que já não sinto qualquer rancor contra ti. Vou em paz, e desejo que tu assim fiques. Por favor, não procures ver-me, tudo fica bem assim” (Dominique, citada em Hennezel, 1997, p. 46).

Nesta fase, a comunicação vai assumindo cada vez mais características de não verbal. Ora, isto está patente no discurso dos enfermeiros: a pessoa “baixa os braços, a cabeça cai para trás, fecha os olhos” (E 8, p. 1). É o momento da terapia do silêncio para com o moribundo e de disponibilidade total para com a família e amigos” (Sousa, 1993, p. 344). Trata-se de um momento de desenvolvimento para a pessoa que conseguiu perceber a situação e começa a mergulhar numa outra dimensão cada vez mais distante. Está à espera da sua morte<sup>62</sup>. É a hora de “velar silenciosamente os que dormem” (Hennezel, 1977, p. 63), um acompanhamento que deverá ter um efeito calmante, o qual Bion, citado por esta mesma autora, designou de “sonho maternante” (p. 63), deixando “uma herança de calor e paz”. E assim pode ter uma morte descontraída, ou, nas palavras do enfermeiro do nosso estudo, “e a pessoa sentir-se em paz” (E 1, pp. 4-5).

Por oposição a esta morte calma, há a morte de que Ariès (1977, vol. II) relata o caso de uma mulher moribunda. Sofrendo de tuberculose, só falava em novas curas, insistindo em viver, levando os familiares a temerem as suas reacções. O fim de vida desta mulher consta de um conto de Tolstoi extraído da colectânea das Três Mortes, publicada em 1859 (Ariès, 1977, vol. II, p. 311). O marido, ao pressentir o aproximar da morte, demite-se do papel de ajuda na preparação para o “momento”, dizendo “isso seria matá-la”, e a mãe também não se envolve nessa ajuda. Assim sendo, encarregam uma prima de desempenhar essa tarefa.

---

<sup>62</sup> Ivan Ilitch após ter perdido todas as forças, “mergulha na sua solidão e no seu sonho e deixa de comunicar com os que o rodeiam. Volta-se contra a parede, deitado de lado, com uma mão debaixo reproduzindo instintivamente a posição de antigos moribundos” (Ariès, 1977, vol. II, p. 325). Uma manhã, a mulher quando lhe fala dos remédios, ele responde-lhe com um olhar de ódio: “Em nome de Cristo, deixem-me morrer em paz” (*ib.*, p. 325).

Ariès (1977, vol. II, p. 311) refere-se à origem deste sentimento como sendo o amor pelo outro, o receio de não lhe querer fazer mal e de o desesperar, a tentação de o proteger, deixando-o na ignorância do seu fim próximo.

Contrariamente a esta situação, a pessoa em fim de vida pode estar perante uma aceitação parcial da sua situação quando lança as questões: “Vou morrer hoje? Estou a morrer?” (E 6, p. 1). Subjacente a estas questões poderá estar o desejo implícito de saber qual será o seu percurso de morte (vai ou não morrer? Terá ou não ajuda?).

Permitir-lhe que pense sobre a sua vida e dar-lhe a oportunidade de verbalizar os seus desejos parece ser bastante facilitador. Contudo, quando lhe é dada a oportunidade de falar sobre a sua morte, ou seja, de conduzir uma conversa que a prepare para a sua própria morte, pode já não ser nem aceite a proposta, porque já é desnecessária: “Ah, minha querida!... Não tente preparar-me. Não me considere uma criança. Sei tudo. Sei que já não tenho muito tempo. Pode começar o cenário da boa morte...” (Ariès, 1977, vol. II, p. 311).

Estas diferentes fases por que passam as pessoas no fim de vida têm uma duração variável, retrocessos, e podem não acontecer em todas as pessoas. Nestas diferentes fases, é imprescindível um acompanhamento à pessoa, marcado pela comunicação interpessoal, num clima de confiança, que permita o apoio e ajuda, no sentido de o ajudar a viver o mais serenamente possível até ao momento da sua morte. Se não existir essa relação, o cuidar<sup>63</sup> perderá a sua eficácia, uma vez que é fundamental que a pessoa em fim de vida se sinta acompanhada, compreendida e ajudada (Pacheco, 1999, p. 40).

Mas, se as pessoas em fim de vida têm, aparentemente, consciência que a sua vida está por um fio, constatámos que muito raramente falam da sua morte. No entanto, algumas pessoas tem pressentimentos de que a morte está prestes a acontecer. Tal está explícito: “muitos doentes poderão pressentir o momento final” (E 2, p. 4).

O enfermeiro encontra uma explicação para que a pessoa não partilhe esse momento único com ele, porque desconhece a história de vida da pessoa que cuida. Aparentemente, compreende porque é que a pessoa em fim de vida não partilha com ele a (sua) morte. E refere: “eu sou um desconhecido” (E 2, p. 4). Na verdade, a morte é um momento muito íntimo para ser partilhado com alguém que não se conhece. Mas, se a pessoa quer falar da sua morte e não tem ninguém para escutá-la, “não tem ninguém que

---

<sup>63</sup> Algumas pessoas, a poucos dias ou horas da sua morte, falam-nos de si próprias com muito discernimento. Logo a seguir, traçam projectos, como se fossem eternas, ou dizem que estão a melhorar. No fim da vida, a esperança pode estar ligada a um pequeno prolongamento da vida (Hennezel e Leloup, 1998, p. 62). O processo de cuidar a pessoa em fim de vida foi abordado no capítulo III.

compartilhe o medo, ou a dúvida, ou a paz, ou o que quer que sinta e que tantas vezes urge partilhar” (Henriques, *et al.*, 1993, p. 11), “a saída é a confusão mental, ou até a dor, que lhe permitem falar, ao menos, de alguma coisa” (Hennezel, 1997, p. 34). Então, como devemos actuar?

A aproximação da morte pode abalar a dignidade da pessoa e desmoraliza enfermeiros e médicos, incapazes de encontrarem uma solução mágica (Oliveira, 1999, p. 143). Para além de apresentar características novas, fruto do avanço científico, tecnológico e das modificações das sociedades, a morte é tabu, é “vergonhoso, hoje em dia, falar da morte e das suas dores (...) é mórbido; fala-se como se a morte não existisse” (Ariès, 1975, p. 141), pelo que a sociedade reforça a importância de todos os aspectos que fazem “viver a vida”. No hospital, “a morte é consequência ao mesmo tempo do progresso das técnicas médicas de suavização da dor e da impossibilidade material, na situação financeira, de as aplicar em casa” (Ariès, 1977, vol. II, p. 338).

No entanto, a equipa também se pode sentir pressionada pela família da pessoa, a fim de saber para “quando é aquela morte”. Um enfermeiro do nosso estudo refere que, ao sentir-se pressionado por familiares de uma mulher cujo fim de vida parecia estar iminente – “estava péssima, sem tensões, com dispneia<sup>64</sup>, livores”<sup>65</sup> (E 4, p. 1) –, comunicou-lhes que a pessoa iria morrer: “Deixou-se levar”... e a mulher não morreu, tendo concluído que estes sinais nem sempre levam à morte, e considerou serem uma forma muito superficial de falar sobre a morte.

De facto, nem sempre é possível “conciliar” os sinais que a pessoa apresenta e a sensibilidade de cada um de nós. É consequência de uma maturidade lentamente adquirida ao longo da vida, com todos os encantos e desencantos, se em simultâneo tivermos atenção à pessoa humana que é cada pessoa em fim de vida, uma após outra.

Assim, a superficialidade com que se fala da morte é, paradoxalmente, promover a morte antecipada da pessoa. Torga (1990, Diário XVI, p. 31) revela-nos como representou de forma consciente o papel de vivo teimoso, “informado da minha morte iminente pelos meios de comunicação, toda a gente me olha espantada, como se eu fosse um ressuscitado”. É uma outra forma de matar a pessoa antes da sua morte visto tratar-se de uma pessoa socialmente conhecida. E Torga não se sentiu fora deste

---

<sup>64</sup> “Dificuldade respiratória caracterizada pelo encurtamento dos movimentos respiratórios” (Ingram e Braunwald, 1988, p. 129).

<sup>65</sup> O termo “livor” e “palidez” é usado aleatoriamente.

círculo: “Penso e repenso dia e noite na morte (*ib.*, p. 185). “Está à espera do seu dia”, pensamos.

Ao longo desta análise, apurámos as fases por que passam as pessoas no seu percurso de fim de vida. Queremos reforçar a ideia de que estão sujeitas a avanços e recuos, podendo aparecer várias vezes e durante o mesmo dia na pessoa em fim de vida. No entanto, existe uma dimensão que está presente em todas elas: a esperança (Kubler Ross, 1991, p. 146).

### A esperança

Também no nosso estudo, o enfermeiro reconhece que a esperança acompanha sempre a pessoa em fim de vida: “o doente tem sempre esperança” (E 3, p. 2), “a esperança é a última coisa a morrer” (E 2, p. 4). Simultaneamente, o enfermeiro instila fé e esperança em si próprio para o seu dia a dia (“tenho uma santinha na porta do cacifo... e que olho para ela e peço muita saúde e competência para o dia que se vai seguir”) (E 4, p. 9) e tem fé em algo transcendente que o ajuda: “acredito que há algo que me ajuda... não sei explicar” (E 4, p. 9).

Acreditamos que a esperança, tal como a defende Herth (1993, p. 538), é uma força interior e dinâmica, que transcende o aqui e agora, e funciona como uma maneira de pensar, sentir, representando a forma como nos comportamos connosco e com os outros. É certo que muitos de nós desejam uma vida longa e que uma doença grave, muitas vezes, nos confronta com o nosso fim de vida, gerando incertezas em relação ao futuro. Aqui surge a esperança ou, então, o desespero. Contudo, diagnosticar falta de esperança passa pela nossa capacidade de observar e relacionar as conversas da pessoa que se cuida e analisar as palavras que indicam desespero. É evidente que uma pessoa que manifesta o desejo de não sofrer mais e que encara a morte como um alívio, está obviamente desesperada (Miller, 1985, p. 286).

Esta forma de estar com o outro desencadeia no enfermeiro a necessidade de procurar estratégias que o ajudem a “suportar” o cuidar da pessoa em fim de vida: “ouço música, alivia-me... diminui a minha angústia” (E 1, p. 4).

Estas estratégias só têm sentido se acreditarmos que é possível alcançá-las. Quando as suas acções são congruentes com os seus pensamentos, o enfermeiro reforça o seu nível de auto-confiança e instila esperança na pessoa.

Após observar o comportamento da pessoa e analisar os seus pedidos, o enfermeiro sabe determinar até que ponto a esperança da pessoa que cuida está posta em causa. E, no nosso entender, cuida da pessoa com uma estrutura inspirada na esperança (Pinto, 1991, pp. 13-14), senão o que a leva a dizer “que a hora da sua morte não aconteça no imediato” (E 3, p. 2) e a dizer palavras de encorajamento (“digo palavras de encorajamento”) (E 8, p. 6). Não terá ele instilado esperança na pessoa? E ele próprio não terá a esperança de que a pessoa ainda possa viver mais tempo?

A intervenção do enfermeiro, neste inculcar de esperança, orienta a pessoa no sentido de ela procurar em si própria essa fonte geradora de esperança, embora tenha em consideração que deva ser realista. O conhecimento que adquiriu da pessoa em fim de vida leva-o a definir estratégias para a orientação da pessoa, que acaba por decidir por que caminho enveredar. Esta forma de acompanhamento deve ser respeitada e a pessoa em fim de vida deve ser, sempre, apoiada nas estratégias que, afinal, foi ela própria que escolheu. Não se trata de inculcar uma falsa esperança, mas de partilhar com ela a esperança de que algum imprevisto possa acontecer, seja uma melhoria do seu estado, ou, como se diz “a visita da saúde”, seja “o alvorecer de uma nova vida” (Hennezel, 1997, p. 123). O tempo que lhe resta para viver só a ela pertence.

Por conseguinte, existem duas situações que devemos evitar: “em primeiro lugar, comunicar o nosso próprio desespero quando o outro ainda precisa de esperança para viver; ou pelo contrário agarrar-se a uma esperança irrealista, quando o outro nos dá a entender que já não a possui” (Hennezel e Leloup, 1998, p. 64).

A primeira situação, em que o desespero está presente, leva a que o enfermeiro fuja da pessoa em fim de vida, deixando-a entregue a si própria, como já constatámos. Na segunda situação, não se valoriza a intimidade dos últimos momentos, pois a pessoa em fim de vida perde a esperança e entrega-se. É altura de permanecer silenciosamente e é um momento de entrega em que ainda há disponibilidade para proporcionar momentos agradáveis e/ou recordar o que de mais positivo ocorreu durante a vida: “ler um livro, levar um gravador com música”(E 2, p. 8), “é uma altura para lhe falar das coisas boas da vida” (E 5, p. 2). O enfermeiro reconhece a importância de ler um livro, pôr uma música daquelas que ajudam a uma boa morte, mas não o faz para não ser ridicularizado pelos colegas. Muitas vezes, a pessoa em fim de vida necessita de partilhar o momento da sua morte, o facto de não ter vivido intensamente, ou então faz projectos e deseja partilhar os seus sonhos. Hennezel (1997, p. 123) chama a este período “o melhor do fim”. A mesma autora acrescenta que não é raro que a pessoa em

fim de vida faça tais projectos, porque dois pensamentos contraditórios caminham lado a lado: um deles “sei que vou morrer” e o outro “a morte não existe” (*ib.*, p. 123).

No nosso entender, o enfermeiro descobriu a pessoa a partir da forma como ela se exprime, sem ser por interrogatórios estereotipados, e compreendeu o que ela disse de si própria, com o seu contexto de vida. O enfermeiro deve instilar esperança nele próprio, na pessoa que cuida e na acção a desenvolver, pois, se a sua acção não for congruente com os seus pensamentos, jamais a situação poderá ser positiva, quer para a pessoa quer para si próprio (Watson, 1988), sendo importante “aprender qual a esperança do doente e não projectar sobre ele as nossas próprias esperanças” (Pinto, 1991, p. 13).

Quando a pessoa está no fim de vida, a esperança pode estar, apenas, ligada ao alívio da dor<sup>66</sup>, à necessidade de satisfazer “algo” que lhe falta, ou até à necessidade de sentir que deixa “obra” feita e que vai perdurar na memória dos que o acompanham, como sejam os familiares e os amigos. É importante que o enfermeiro a ajude a viver esse momento como a síntese da sua vida (“o culminar de uma vida”) (E1, p. 7; E 8, p. 2).

E nós somos testemunhas desse seu percurso, em que a esperança é uma componente fundamental na vida de qualquer pessoa. Desta forma, a esperança acompanha-nos sempre, pois ela é parte integrante da vida, não esquecendo que viver é também caminhar para a morte.

---

<sup>66</sup> Nestas situações, a dor deixa de ser unicamente uma consequência da doença, para passar a ser um problema em si mesmo. A dor preocupa a sociedade em geral e os profissionais de saúde em particular, o que tem levado a uma crescente procura da melhor forma de controlar/solucionar este problema. Assim, os profissionais de saúde são levados a procurar formação nesta área. Este assunto será também abordado no tema “Uma vida que caminha para o fim”.

## 2. Uma vida que caminha para o fim

Cuidar, ajudar a viver...e a morrer é função do enfermeiro. Perguntou-me: “Vou morrer?” Fechou os olhos. Não tive coragem para lhe responder. Segurei a sua mão tão magra, tão pálida. Compreendemo-nos. Então lentamente com gestos que não magoam, lavámo-la para que desaparecesse aquele cheiro de sangue, aquele cheiro de morte. Massajámo-la, penteámo-la, perfumámo-la. Estava arranjada e preparada para aquele encontro a que iria sozinha. ...Voltou à vida, disse-nos obrigada, viu-se ao espelho. Morreu uma hora depois... Estávamos tristes mas serenas.

Almi, Fatitha (1984), citada em Barros (1988, p. 237)

Qualquer que seja a fase de vida em que a pessoa se encontre, espera-se do enfermeiro disponibilidade para estar com a pessoa, permitindo que ela fale e exteriorize tudo aquilo que tem necessidade de expressar. O fim de vida é uma dessas fases e, por ser o enfermeiro o profissional de saúde que mais de perto acompanha a pessoa em fim de vida, torna-se, também, legítimo esperar dele essa disponibilidade. A atenção que disponibiliza à pessoa em fim de vida contribui para que ela se sinta compreendida. Ao mesmo tempo que se centra na pessoa, o enfermeiro demonstra interesse pela forma como ela está a viver o seu fim de vida e envolve-se afectivamente com ela. Quando parece que nada mais de importante há a fazer, as “pequenas coisas”, como “dar-lhes a mão” (E 5, p. 3), “pegam-nos na mão e apertam-nas mais ou olham-nos mais”(E 7, p. 2), assumem uma importância que proporciona bem-estar, cuja dimensão muitos de nós desconhecemos e, por isso, talvez, nem valorizamos.

Para uma melhor apreciação deste tema, iremos descrever os cuidados de enfermagem prestados à pessoa que caminha para o (seu) fim, o toque como um momento inerente aos cuidados, e o encontro interpessoal que aí se gera. Por vezes, os enfermeiros têm dificuldades na interacção com a pessoa em fim de vida bem como na interacção com os colegas. O contexto em que ocorrem essas dificuldades, também, será abordado.

### Cuidados de manutenção e de reparação da vida

Para os enfermeiros do nosso estudo, qualquer que seja o estado em que a pessoa se encontre, isto é, de dependência ou não dos cuidados de enfermagem, a prioridade consiste em proporcionar-lhe conforto: “ter o doente confortável” (E 5, p. 1); “é o conforto” (E 8, p. 1). Parece-nos que é imprescindível proporcionar conforto à globalidade da pessoa, isto é, à pessoa que vive dentro de um corpo e não nos restringirmos, apenas, ao seu corpo. Num estudo efectuado por P. Lopes (1998), uma enfermeira refere: “mesmo nas técnicas que era preciso fazer, apesar de custarem a fazer, eu tentava inculir sempre um bocadinho de amor, para que não fosse traumatizante”. Para esta enfermeira, não havia distinção entre os cuidados, pois a pessoa imersa no corpo era uma totalidade à qual a enfermeira correspondia com os recursos de que dispunha, pretendendo somente tornar mais suportáveis os momentos mais dolorosos (*ib.*, 1998).

Cuidar de uma pessoa em fim de vida exige *cuidado* no *cuidar* porque há sempre uma maneira de confortar, não só o corpo, mas também a alma. Um estudo efectuado por Oliveira<sup>67</sup> (1999, p. 222) demonstrou que a maioria dos sujeitos acredita muito ou muitíssimo que cada ser humano tem uma alma (cerca de 64%).

Watson (1985) confirma que as três esferas do “ser no mundo”, o corpo, o espírito e a alma, têm diferentes interpretações consoante o conceito de cuidar. O enfermeiro empenha-se, continuamente, em estabelecer uma harmonia nestas três esferas. Desta forma, a finalidade do cuidado transpessoal permite alcançar, quer no enfermeiro quer pessoa em fim de vida, uma harmonia interior (mente, corpo e espírito) e exterior (universo, natureza e ambiente). Então, o cuidado de enfermagem consiste num processo transpessoal, pessoa a pessoa e intra-subjectivo, pois permite o encontro dos dois intervenientes bem como a expansão dos seus limites e das suas capacidades: “se a pessoa tem dor... aquela dor é importante para ela” (E 8, p. 4).

Os cuidados de enfermagem são compostos de múltiplas acções que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de “pequenas coisas” que dão a possibilidade de manifestar uma “grande atenção” ao beneficiário dos cuidados e aos seus familiares, durante as vinte e quatro horas (Heesben, 2000, p. 47).

---

<sup>67</sup> Neste estudo, participaram 169 estudantes do 2º ano de Medicina, Enfermagem e Biologia

“As pequenas coisas” da vida, são aquelas que, para determinada pessoa, dão sentido à vida e são importantes (*ib.*, p. 47).

É a perspectiva do enfermeiro que adquiriu uma compreensão que lhe permite “sentir” as necessidades e desejos da pessoa, apercebendo-se de quando ela tem dor, através das mensagens que envia: “com o mudar de posição a gente apercebe-se que tem dores (...) gemem ou começam a transpirar” (E 7, p. 3); “com o mudar de posição a gente apercebe-se que elas têm dores, damos a medicação em SOS,<sup>68</sup> acalmam” (E 7, p. 3).

Podemos inferir que a dor a que este enfermeiro se refere é a dor que dilacera não só o corpo como também a alma. Guarda na sua memória o quanto aquela dor era importante para a pessoa e “não há dúvida que a memória é como o ventre da alma” (Santo Agostinho, Livro X, p. 254). Este enfermeiro cuidou da pessoa com a sua própria alma. Assim sendo, parece haver uma união espiritual entre a pessoa que cuida e a pessoa cuidada, em que ambas transcendem o eu, o tempo, o espaço e mesmo a história de vida de cada uma. É, de facto, um momento que ocorre quando o enfermeiro entra na subjectividade da pessoa e ambas têm percepções (Watson, 1988, pp. 55-56).

Neste contexto, concretiza-se a forma de proporcionar conforto: “mudá-lo de hora a hora ou de três em três horas, se faz a barba todos os dias, se gosta do pijama abotoado ou desabotoado, se gosta das pantufas azuis” (E 8, p. 4); “ver se está urinado, se tem os lábios secos...o silêncio (...) baixar a cama porque se sentiam melhor (...) outros pedem para eu lhes subir a cama porque se sentiriam melhor” (E 5, p. 2); “não se pica.. na hora da alimentação (...) a gente aproveita e vai conversando”(E 3, p. 2).

Neste processo, o enfermeiro tem também conhecimento do como responder às necessidades da pessoa: “a gente posiciona-a... puxa-se a roupa para cima”(E 7, p. 3). Tem conhecimento de quem cuida e incute forças: “coma lá mais um bocadinho, se calhar isto não é bem assim” (E 3, p. 2). Tem, ainda, conhecimentos das respostas da pessoa aos problemas de saúde actuais e potenciais, como sejam, as zonas de pressão. Por isso, protege-a, colocando “almofadinhas para os pés, óleos e pomadas” (E 4, p. 6). É a pessoa em fim da vida que está dependente dos cuidados do enfermeiro e a disponibilidade que este lhe demonstra está patente neste discurso: o dar “uma mãozinha ali para agarrar quando for preciso” (E 3, p. 8). Um dos problemas que se coloca é saber até onde é que o enfermeiro pode ir, isto é, até que ponto é que pode

---

<sup>68</sup> Medicação prescrita que é administrada sempre que necessário.

ajudar a pessoa, no sentido de saber o que é que precisa, o que é que faz e o que pode ainda fazer? Oscilar entre o “fazer por” e o “fazer com” torna-se dilemático e assume particular importância conhecer a pessoa, de modo a individualizar os cuidados a prestar. Desta forma, a relação transpessoal que se opera leva a uma harmonia entre o corpo e o espírito (Watson, 1988, p. 57).

Cuidar de uma pessoa em fim de vida é cuidar de uma pessoa com vida, embora se trate de uma vida que caminha para o fim. Conseguir estar com a pessoa em fim de vida é algo que os enfermeiros fazem, mas sem terem o hábito de reflectirem, posteriormente, sobre o que fazem, como fazem e para que fazem.

Para Barros (1988, p. 237), “qualquer acto de enfermagem pressupõe o estabelecimento de uma boa comunicação, uma interacção com o assistido”. Desta forma, o enfermeiro tem a preocupação em avaliar se a pessoa se sente ou não confortável, “aspirar secreções... a posição em que está” (E 8, p. 1), e satisfaz os seus pedidos, como seja proporcionar determinados alimentos: “querem chocolates (...) não é só comida, às vezes é uma *sprite*, uma água com gás refresca (...) comem aquilo que lhes apetece... doentes que estão a vomitar ou estão com diarreia” (E 7, p. 7); “comeu e vomitou” (E 1, p. 2).

Cuidar é, também, confortar e ter atitudes de encorajamento para com a pessoa, mesmo quando a cura já não é possível. Neste caso, é ajudar a pessoa a viver melhor até ao momento da sua morte. Mas o enfermeiro interroga-se: “o que é estar o mais confortável possível?” E, seguidamente dá a resposta: “era a forma como eu gostaria de estar se me encontrasse na mesma situação” (E 2, p. 4). Isto é, “bem posicionada, hidratada e sem dores”, concretiza.

À pessoa em fim de vida devem ser assegurados os cuidados ligados à manutenção da vida<sup>69</sup>, como sejam os cuidados de higiene e conforto, a massagem, a alimentação, a eliminação e a administração de perfusões endovenosas, a atenção à parte respiratória e cardíaca: “apareciam ao longo do dia para me espicaçar as veias.

---

<sup>69</sup> Para além destes cuidados, são precisos cuidados de reparação “tudo o que depende do tratamento da doença” que vão ser acrescentados aos cuidados correntes (cuidados quotidianos e habituais). Sem o acompanhamento concomitante dos cuidados correntes (alimentares, de higiene), como o seu suporte relacional assiste-se à estabilização ou agravamento do processo de degenerescência: *a vida retira-se de cada vez que a preocupação com o que morre é maior do que a preocupação com o que vive*” (Collière, 1999, p. 238). “Se os cuidados quotidianos e habituais forem negligenciados, há aniquilação progressiva de todas as forças vivas da pessoa, de tudo o que a faz ser e reagir, porque há esgotamento das fontes de energia vital, sejam de que natureza forem (física, afectiva, social, etc.). Esta aniquilação pode ir até à deterioração irreversível” (*ib.*, p. 239).

Não se preocupam em saber se o pijama, se a cama estava em desordem...” (Kubler-Ross, 1975 citado, em Barros, 1988, p. 236).

Este é um desabafo de uma pessoa em fim de vida que poderia ser dirigido a qualquer enfermeiro, mas no nosso estudo não se verificou. Vejamos: “muitas vezes, quando o doente está em fase terminal e já não tem veias para picar a gente evita estar a provocar dores e sofrimento” (E 3, p. 2 ).

De facto, uma cama enrugada, um pijama molhado e enrolado no corpo torna-se desconfortável para qualquer pessoa. Por outro lado, a massagem de conforto para além de proteger a pele e evitar irritações cutâneas, com o conseqüente aparecimento de zonas de pressão, provoca um inigualável bem estar. Hidratar os lábios e as mucosas são cuidados que proporcionam uma frescura a estas pessoas que sofrem de muita sede: “não deixar morrer o doente com sede que eu acho muito importante e deve ser muito aflitivo estar com os lábios extremamente secos e não ter ninguém para os humedecer” (E 5, p. 1). Por vezes, uma mudança de posição: “a atenção ao posicionamento do doente, não só para evitar as escaras, mas muito especialmente pelo conforto físico e psíquico (...) se o corpo está bem o psíquico está bem”(E 1, p. 2). Tudo isto pode contribuir, por exemplo, para o alívio da dor.

No dizer de Barros (1988, p. 237), os pequenos e grandes cuidados<sup>70</sup> atenuam o sofrimento e contribuem para o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro e a pessoa em fim de vida. É, mais uma vez, um momento em que o enfermeiro entra em empatia com a pessoa em fim de vida e estabelece uma relação transpessoal que lhe irá permitir e facilitar um melhor conhecimento das necessidades de quem cuida. Este momento é de grande enriquecimento pessoal para o enfermeiro, se o souber aproveitar; é uma ocasião para o crescimento de ambos os intervenientes.

Nesta perspectiva, acompanhar a pessoa em fim de vida, porque “precisam sempre de alguém” (E 4, p. 9), “de uma maõzinha” (E 3, p. 3), “dar-lhes a mão” ( E 5, p. 3), é, mais uma vez, um enriquecimento da pessoa do enfermeiro, que é solidificado através da reflexão de como cuida, das experiências que teve, inclusive do momento em que partilha connosco as suas vivências. Aprende, com a pessoa que morre a

---

<sup>70</sup> Os cuidados de enfermagem são constituídos por “pequenas e grandes coisas” e são pouco pontuados por acções científicas quantitativas, o que oferece um espaço de liberdade para os enfermeiros actuarem (Heesben, 2000, p. 46). A finalidade é cuidar e, à partida, este não deve ser limitado e vazio de uma certa forma de cientificidade, pois o “cuidar é aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda prestada a uma pessoa” (*ib.*, p. 40).

compreender melhor a vida e interroga-se “onde vai buscar forças”? (E 6, p. 5). E, mesmo assim, admirara-se com a força que dela parece emanar!

Um enfermeiro, após ter estabelecido uma relação de amizade com uma pessoa em fim de vida, que se encontrava lúcida e de quem cuidava, questionou-a: “consegue ter essa boa disposição, sabendo que tem uma neoplasia da mama que mais cedo ou mais tarde não está cá?”. A resposta que obteve foi a seguinte: “o que me consola no meio disto tudo... é que vou acabar aqui e começar noutra lugar” (E 4, p. 7).

O enfermeiro denota algum incómodo com a boa disposição da pessoa em fim de vida, o que o levou a questionar frontalmente sobre o modo como vive o seu fim de vida. Terá havido algum processo de identificação com essa pessoa? Será que o “fim de vida” se tornou demasiado evidente, como um dos possíveis para a próprio enfermeiro? Ter-se-á apercebido da sua vulnerabilidade?

Algumas vezes, os enfermeiros referiram que estabeleciam uma relação de amizade com a pessoa em fim de vida: “chega-se a uma altura que (...) a nossa relação é mais de amizade” (E 3, p. 3). Para que tal aconteça é necessário que o enfermeiro sinta uma forte simpatia, um interesse, enfim, uma afinidade com a pessoa. De cada vez que vai ao seu encontro, há sempre algo que se revela. Começam os encontros sucessivos, pois a amizade é “uma filigrana de encontros”(Alberoni, 1996, p 18), com o ganho crescente da confiança numa relação entre duas pessoas donas de si próprias.

De facto, há uma relação de amizade<sup>71</sup> que nasceu entre o enfermeiro e a pessoa em fim de vida (referida anteriormente), sustentada pela confiança e pela cumplicidade sobre a verdade do diagnóstico. A pessoa em fim de vida chegou ao momento em que o seu corpo e o seu ser já sabem a “verdade”. A aproximação da morte é uma oportunidade para a pessoa descobrir/confirmar que desde o seu nascimento é uma mortal! Na verdade, ao aceitar-se como mortal, a pessoa “revela-se maior” do que a sua própria morte.

---

<sup>71</sup> Parece-nos importante alertar para uma eventual relação de envolvimento entre o enfermeiro e a pessoa em fim de vida, que pode levar o enfermeiro a adoptar comportamentos de codependência. Para Yates e Mc Daniel (1994, p. 33), qualquer comportamento do enfermeiro que vai ao encontro da pessoa doente à custa de si próprio pode levar a uma situação de codependência. Assim, achamos pertinente reflectir sobre o sentido atribuído a esta relação, quer para o estudante de enfermagem, quer para o profissional de enfermagem. Muitas vezes, os estudantes envolvem-se com a pessoa doente afectivamente, levando-os a terem dificuldades em descentrarem-se dos problemas das pessoas, sem sofrimento. Por outro lado, as organizações de saúde, inculcem nos enfermeiros a adopção de comportamentos de codependência, visto a pessoa doente estar em primeiro lugar, havendo a frequente dificuldade de os enfermeiros arranjamem tempo para as refeições, para além da crónica falta de pessoal (*ib.*, p. 33).

Mais uma vez reforçamos a necessidade que o enfermeiro tem de reflectir sobre si próprio, a fim de desenvolver a sua sensibilidade, permitindo a expressão dos seus sentimentos, e sobre o modo como interage com as pessoas, identificando e assumindo os valores que subjazem aos seus comportamentos e atitudes. O sentir a necessidade de reflectir sobre as suas emoções é a pedra basilar para a etapa seguinte: o sentimento de conhecer que sentimos e este sentir os sentimentos prolonga o alcance da emoção ao facilitar o planeamento de respostas adaptativas, originais e feitas à medida de cada situação (Damásio, 2000, p. 325).

Reforçamos também a ideia que, para a pessoa em fim de vida, a esperança<sup>72</sup> é a última “coisa” a morrer. E instilar esperança nesta pessoa e ajudá-la a revelar-se e a tornar patentes os seus recursos internos e externos é “um processo muito difícil de definir e nunca acabado” (Watson, 1985, p. 15), pois o enfermeiro do estudo precisou, ele próprio, que a pessoa em fim de vida lhe incutisse esperança: “vou acabar aqui e começar noutra lugar”(E 4, p. 7). O próprio enfermeiro refere: “utilizo esta frase com outros doentes terminais (...) não sei se me agarrei, se foi para mim própria se foi para incutir nos doentes que quando acabassem aqui começavam noutra lugar”( E 4, p. 7). Contudo, utiliza esta frase na sua prática, embora não se aperceba do impacte que possa vir a ter nas pessoas: “não sei qual é o impacte que pode causar de imediato... não dá para ver de imediato” (E 4, p. 7). Simultaneamente, estamos perante um processo de ensino-aprendizagem em que o enfermeiro “aprende as percepções do doente antes de lhe dar qualquer informação, e isto ajuda-o a trabalhar dentro do seu quadro de referência” (Watson, 1985, p. 74).

O enfermeiro centra-se nos comportamentos que advêm da relação interpessoal e do aprender. Mas, mais importante do que dar informação, é a facilidade com que aprende, e isto depende da relação interpessoal. Como já vimos, as atitudes que facilitam a aprendizagem dependem também da confiança estabelecida. A ênfase na aprendizagem exige uma preocupação e um interesse pela pessoa, a fim de conhecer as suas potencialidades e os seus objectivos.

Desta forma, a esperança pode ajudar a pessoa a aceitar a informação do enfermeiro e a empenhar-se numa alteração da sua atitude, pois “muitas pessoas acreditam que, quando tudo falha na cura de um doente, ainda alguma coisa pode ser feita. Esta alguma coisa é ter fé numa pessoa, ou num regime saudável ou num sistema

---

<sup>72</sup> Este assunto foi abordado no tema “A vida por um fio”.

de crenças que os ajuda a seguir em frente”(Watson, 1985, p. 14). E a promoção do processo ensino-aprendizagem permite à pessoa estar informada, ao mesmo tempo que é responsabilizada pelo seu próprio bem-estar. O enfermeiro, ao facilitar este processo, permite que a pessoa cuide de si própria, determinando as suas próprias necessidades e promovendo o seu crescimento pessoal.

O enfermeiro que cuida<sup>73</sup> transcende as limitações de uma abordagem científica, devido ao respeito, conhecimento e apreciação pela globalidade da pessoa (Watson, 1985). E, assim, a pessoa pode exprimir os seus medos, como refere um enfermeiro: “quando está ligado à máquina e ela apita” (E 3, p. 1), lança questões: “o que me vai acontecer?” (...), “vou ficar bom ou não?” (E 3, p. 1). O enfermeiro acrescenta: “a relação torna-se muito mais forte, os laços... eles têm a percepção da morte, sabem que não necessitam de um enfermeiro, mas de um amigo, de um ombro para falar (...) pedir conselhos” (E 3, p. 3). Tornam-se naquilo que a pessoa pretende, mas tendo sempre o cuidado de saber o que ela precisa e deseja, como confirma outro enfermeiro: “ajudá-la a ter o que ela quer e ter a sabedoria de dar-lhe o que ela necessita”(E 8, p. 3).

É indispensável, para a aquisição da nossa maturidade, o conhecimento das diferentes fases<sup>74</sup> que a pessoa em fim de vida pode atravessar no evoluir para a sua morte, as consequentes alterações no comportamento, assim como os cuidados e o acompanhamento. À pessoa em fim de vida são assegurados os cuidados na sua higiene e, demasiadas vezes, tocamos na pessoa de uma forma técnica e “impessoal”, porque são os gestos repetidos do dia a dia, inerentes à rotinização da prática dos cuidados. É esta a forma de tocar o corpo-objecto e não o corpo-intímo; é preciso tocar-lhe na sua globalidade, ou seja, “valorizá-la como um todo” (E 8, p. 3 ). Porque, nem sempre, tocamos na pessoa desta forma?

Provavelmente, por ser mais um corpo em fim de vida! É com este corpo que estabelecemos uma relação que varia desde a identificação, à admiração e ao medo. A alteração da imagem do corpo, qualquer desfiguramento, pode ser causa de sofrimento.

---

<sup>73</sup> Os enfermeiros têm à sua disposição um leque de meios e tempos de acção muito mais amplos do que os outros profissionais (Heesben, 2000, p. 47). Quando os limites de intervenção dos outros profissionais são atingidos, “os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas” (ib., p. 47).

<sup>74</sup> As fases da morte foram abordadas no tema “A vida por um fio”. Perante as diferentes fases por que a pessoa em fim de vida pode atravessar, podemos nos confrontar com as nossas incapacidades. De facto, não podemos impedir a (sua) morte nem a (sua) degradação física. É fundamental aceitarmos os nossos limites, a fim de estarmos verdadeiramente junto daqueles que vão morrer.

Mas nem precisa que altere a imagem do corpo, basta que a doença altere a relação que cada pessoa tem com o seu corpo: “*como estou magro*”, “*só tenho pele e osso*”, são algumas afirmações. “Não podemos fazer nada para tirar a doença mas podemos suavizá-la” (E 1, p. 3), diz o enfermeiro. Embora saiba que não é possível saber o que pensam as pessoas, “a gente não sabe o que se está a passar lá no seu interior, na sua cabeça” (E 1, p. 3), o enfermeiro tem consciência de que sabe em que momentos deve estar junto da pessoa em fim de vida: “se eles estão a sofrer ou não, nós é que temos que ter as atitudes” (E 1, p. 3). No entanto, compreende que não pode acabar com a doença, mas pode ajudar a pessoa a viver com a sua própria doença e concretiza: “o toque tem influência no recuperar a vontade de viver” (E 1, p. 8). E, assim, cuida da pessoa!

Se a pessoa em fim de vida utiliza as suas estratégias para avisar que a sua vida está por um fio, o enfermeiro pode, também, utilizar as suas estratégias para entrar na sua intimidade da pessoa em fim de vida, a fim de estabelecer confiança que proporcione um diálogo em que a pessoa se abra e diga o que na verdade a preocupa.

### O toque

Uma estratégia a utilizar pode ser o toque, que “é na verdade, um instrumento de ajuda para a pessoa se abrir mais, de modo a ganhar uma maior percepção do potencial interior” (Denison, 1998, p. 36), ou, nas palavras de Hennezel e Leloup (1998, p. 82), “é o quotidiano dos cuidados que oferece o ensejo de encontrar a pessoa ao tocar-lhe”.

Ao tocarmos a pessoa, aquando da prestação dos cuidados de enfermagem, invadimos o espaço dessa pessoa. É evidente que quanto mais a pessoa se torna dependente (neste caso a pessoa em fim de vida) tanto mais necessidade temos de invadir a sua intimidade. O tocar-lhe é um acto que está inerente à prestação dos cuidados e transporta em si um potencial de bem-estar que muitos de nós desconhecemos: “o tocar-lhe aquando da sua higiene (...) proporciona bem estar (E 1, p.3). Acreditamos, tal como P. Lopes (1998), que o uso consciente do nosso corpo, o tocar a pessoa durante os cuidados com uma determinada intenção, tem a potencialidade de fazer passar mensagens para um nível de consciência da pessoa que, muitas vezes, a comunicação verbal não possibilita. De facto, o tocar transmite sensações, que podem ser apenas por breves segundos, mas que fazem com que a pessoa se sinta muito melhor (Horrigan, 1993, citado em Thomas e Clark, 1993, p. 300).

Neste contexto, não nos podemos esquecer que, no outro lado, está uma pessoa que, também, “possui um corpo pelo qual se expõe a si própria e se expõe aos outros; ela é uma existência dirigida para o mundo e para os outros e é neste movimento de si para os outros que ela se revela” (Ladrière, 1991, citado em Gândara, 1997, p. 228). A forma como o enfermeiro se aproxima da pessoa em fim de vida depende da sua maturidade emocional e a consciencialização do poder do toque na prestação dos cuidados determina a forma como se aproxima.

Na nossa perspectiva, o toque é muito mais do que um contacto físico, porque pode adoptar diversas formas como seja o gesto, o olhar, a postura... De facto, tocar alguém implica um contacto de pele a pele e actua com a intenção de ajudar a pessoa a todos os níveis do seu ser, para a ajudar a entrar em contacto com o seu sentido interior de paz e de força (Denison, 1998, p. 36) ou, ainda, nas palavras de Saraiva (1999, p. 38), “no acto de tocar há uma obrigatoriedade inerente de invasão de propriedade do outro: o corpo”. A este respeito, P. Lopes (1998) refere que a investigação revela que tocar uma pessoa tem exigências próprias. No início de uma relação, é necessário pedir permissão para tocar e invadir o corpo da pessoa. Há passos que devem ser cumpridos antes de se tocar numa pessoa, sobretudo se é a primeira abordagem. Estrabrooks e Morse (1992), citadas em Lopes (1998), sugerem os seguintes passos:

- Pedir permissão para entrar
- Após observar a reacção, logo de seguida fala e toca
- Só depois se estabelece a relação de tocar e deixar-se tocar

Esta parece ser a forma mais correcta para invadir o espaço do outro, se desejamos criar uma relação de entendimento de modo a que o tocar seja um acto facilitador.

Todos sabemos que a pessoa não é só um amontoar de aspectos biológicos. Ela abarca outras dimensões, como sejam a espiritual, a emotiva e a social, que são resultantes de toda uma vida experienciada consigo própria e com o mundo. Mas, o conceito de pessoa engloba quatro dimensões que “marcam a conquista do nosso ser pessoal”, sendo o corpo uma dessas dimensões (Renaud, 1990, p. 161). Gabriel Marcel, citado em Renaud (1990, p. 161), refere: “ não posso dizer que tenho um corpo, mas sim que sou o meu corpo (...) que sou e que não sou o meu corpo, porque sou mais do que ele próprio”.

Algumas vezes, aproximamo-nos da pessoa em fim de vida e tocamos-la, mas sentimo-nos desconfortáveis porque não nos apercebemos de que se trata de um

momento privilegiado no processo de cuidar e, outras vezes, achamos que o tocar envolve um risco que pode ser mal interpretado pelos doentes (Thomas e Clark, 1993, p. 300; P. Lopes, 1998). Contudo, o tocar encoraja a proximidade e reafirma a sensibilidade de quem cuida (Bradley e Edinberg, 1982 citados, em Thomas e Clark, 1993, p. 300). Se nos habituarmos a silenciar e a ignorar as sensações que nos despertam, não criamos conseqüentemente espaço para as receber. Deste modo, “não entendemos a sua linguagem”. Mas existem situações em que o uso do toque é particularmente significativo, como seja o caso da pessoa com dor. A propósito, Mackey (1997, p. 261) revela, da sua experiência de utilização do toque terapêutico<sup>75</sup>, que ele reduz a dor e ajuda a pessoa em fim de vida a encarar a sua morte. Acrescenta que, para além disto, a investigação corrobora os seus atributos, tanto analgésicos como curativos.

Por estas razões, muitos enfermeiros começam a praticar o toque terapêutico nas pessoas em fim de vida. Parece que as ajuda a nível psicológico e emocional, como as próprias têm demonstrado pelas suas capacidades de tomarem decisões no fim de vida e de morrerem tranquilas (Mackey, 1997, p. 268). Desta forma, nas horas finais, se aparecem com dispneia e ansiedade, ao ser-lhes aplicado o toque terapêutico, durante alguns minutos, descontraem-se e a respiração torna-se lenta e regular e “permite ao doente terminal aceitar morrer em paz, o que pode dar um grande bem-estar” (*ib.*, p. 68), possuindo uma influência pacífica na transição da vida para a morte (Denison, 1998).

Assim, o toque terapêutico traz benefícios à pessoa que o aplica e dá uma nova dimensão à prática de enfermagem. Desta forma, faz crescer o conhecimento do enfermeiro e da sua sensibilidade (“não tenho a certeza, penso que não era uma dor psíquica, penso que era mesmo uma dor física, até porque quando o mudávamos de posição e massajávamos, ele acalmava”) (E 1, p. 2), ajudando-o a cuidar da pessoa como um todo, isto é, permite-lhe, simultaneamente, cuidar da mente e do corpo (Mackey, 1997, p. 268).

Embora sejam os enfermeiros as pessoas que mais tocam intencionalmente nas pessoas, parece que estamos pouco conscientes dos efeitos positivos, reais e potenciais, no bem-estar do doente (McCann e McKenna, 1993, citado em Lopes, 1998). O tocar ligado aos cuidados poderá ser um contínuo fluxo de bem estar para quem está em fim

---

<sup>75</sup> O toque terapêutico foi desenvolvido há 23 anos por duas enfermeiras: Dora Kunz e Dolores Krieger. Este deriva em parte da prática antiga de impôr as mãos; o receptor não tem de acreditar no toque terapêutico, ou ter consciência do mesmo para que se obtenha um bom resultado. E o agente não tem de ter quaisquer poderes de cura (Mackey, 1997, p. 261).

de vida, se houver sensibilidade, interesse, respeito, afecto e perícia de cada um de nós. Porque não aprofundamos a reflexão sobre esta prática? Porque não assumimos as vantagens de um “estar-reflexivo”? O que nos falta para o assumir na nossa prática diária?

Sabemos que a pessoa em fim de vida necessita do nosso contacto físico, ou melhor, necessita que lhe toquemos, mas não se atreve a pedi-lo verbalmente: não quer incomodar. Os seus pedidos de querer virar-se na cama, de querer a cama mais baixa ou mais alta ( entre tantos outros, como já constatámos), podem ser um pedido de socorro ou simplesmente a denúncia de um “estou aqui”.

A este respeito, Torga (Diário VIII, p. 90) diz-nos: “o pior da doença é a impessoalidade a que ela nos reduz sem nenhuma espécie de vontade preservada - quanto à intimidade devassada por dentro e por fora nem é bom falar nisso - o indivíduo sente-se apenas um manequim dorido, que mãos estranhas manobram com doçura de uma paciência exausta. Um manequim que geme, que abre os olhos, que toca a campainha, mas que tem a sua realidade fisiológica longe de si, reduzida a gráficos e tabelas”.

Com estas explicações podemos conceber que o corpo é a materialização do ser; através dele, o ser abre-se ao mundo, tornando possível um processo de relação/comunicação, e é o elo de ligação material e objectiva entre o mundo interior e o mundo exterior (Saraiva, 1999, p. 134).

A avaliação que o enfermeiro faz do toque e do efeito que tem na recuperação da pessoa leva-o a dizer que há uma linguagem silenciosa que acolhe o outro com infinito respeito pela forma como vive a sua morte. Desta forma, a intencionalidade com que toca transporta em si o potencial de humanizar a relação: “toco a pessoa/estendo a mão afectivamente” (E 8, p. 5). Daqui provém um sentimento interior, que não é traduzido pela linguagem, mas é expresso enquanto lida sobre o corpo: “eu toco-lhe (pessoa) nas mãos, olha com os olhos... agradece com os olhos e não é preciso dizer nada verbalmente” (E 7, p. 2).

Na realidade, o corpo pode parecer facilmente compreensível, mas é complexo. O enfermeiro fez uma avaliação do impacte que teve o toque na pessoa. Embora o sentimento seja mudo, verificamos que não é inexpressivo, porque surge da interioridade do corpo da pessoa, pois, enquanto interior, ele não é comunicável pela linguagem, mas, enquanto expressivo, ele pode ser lido sobre o corpo e nunca destacável dele (Renaud, 1994, p. 74).

A sensibilidade do enfermeiro para um encontro de comunicação interpessoal é um dos instrumentos terapêuticos no processo de cuidar. As interações que se produzem numa determinada situação de cuidar são sempre únicas. Isto quer dizer que cada situação de vida com que o enfermeiro se depara é “*uma situação definitivamente singular, nunca se repetirá*” (Heesben, 2000, p. 35).

Contudo, é fundamental que tenha a consciência de que a sua sensibilidade para com os seus sentimentos pode parecer ameaçadora, porque pode não ter maneira de lidar com eles e, conseqüentemente, não lhe permitir desenvolver uma relação com a pessoa de forma honesta, uma vez que a honestidade fomenta a autenticidade e a sensibilidade para com os outros. Contudo, ao atingir uma sensibilidade consistente para com os seus próprios sentimentos, dá origem ao alicerce para a empatia com os outros. Isto permite-lhe reconhecer que, “para desenvolver uma relação de ajuda e confiança, o enfermeiro tem de conhecer a outra pessoa, incluindo o “eu<sup>76</sup>” do outro, o espaço de vida<sup>77</sup> e perspectiva fenomenológica do seu mundo”(Watson, 1985, p. 25). Esta relação sustenta-se na congruência, empatia e na relação calorosa não possessiva.

A congruência pode ser equivalente à autenticidade. Isto implica que os enfermeiros sejam verdadeiros nas suas interações e não usem carapaças: “sou autêntico, sincero; é sempre difícil não mostrar o que se sente” (E 8, p. 5). “A congruência envolve uma abertura com os sentimentos e atitudes que estão no íntimo num dado momento” (Watson, 1985, p. 26).

A empatia refere-se à habilidade que o enfermeiro tem para experienciar o mundo interior do outro e os seus sentimentos, e comunicar-lhe o significado dessa compreensão. Rogers, citado em Watson (1985, p. 28), define “empatia como sendo uma competência para compreender o mundo interior do outro, dos significados pessoais como se fossem seus, mas sem perderem a “qualidade de como se”. Esta competência para responder aos sentimentos da pessoa é a base da empatia, porque reconhece os sentimentos do outro sem desconforto e sem medos.

A relação calorosa não possessiva refere-se à aceitação positiva do outro. A maioria das vezes expressa-se pela linguagem do corpo-gestos: “o tocar-lhe”(E 7, p. 2) e nas expressões faciais (“tenho um rosto expressivo, sobretudo o olhar”) (E 8, p. 6).

Pela nossa experiência, e pelo que temos vindo a dizer, estão reunidas algumas condições para que a pessoa “mergulhe para dentro de si”: é o prelúdio da sua própria

---

<sup>76</sup> Watson (1985) utiliza o termo *self*.

<sup>77</sup> Watson (1985) utiliza o termo *life space*.

morte e que resulta, na maioria das vezes, numa mudança, “como se um trabalho interior se operasse nos subterrâneos do ser”(Hennezel, 1997, p. 123).

É neste período que a pessoa se pode transformar completamente; não são raras as vezes em que escutamos os familiares, os amigos, ou em que nós próprios testemunhamos a alteração operada: “aquela pessoa não era assim... sempre procurou não se sabe o quê”, “ficou boa de repente!”. Será este o momento em que a pessoa, no limiar da sua morte, se define como é, o que nunca conseguiu descobrir na sua existência? Ou, nas palavras de Michel de Muzan, citado em Hennezel (1997, p. 127): tem de “se expor completamente ao mundo, antes de desaparecer”.

Nestas horas, dias ou semanas, há uma necessidade urgente de encontrar sentido para toda uma existência. Não há tempo a perder, “acabou-se o teatro” e a pessoa parece que se compromete a revelar-se ao mundo, necessitando, da parte do enfermeiro, de uma postura compreensiva e, sobretudo, isenta de juízos de valor. A este respeito, Hennezel (1977, p. 123) relata-nos o caso de Dimitri, à beira da morte, mas que, “apesar disso, ele sente-se de tal modo vivo que só pode ocupar-se com pensamentos da vida. São esses os que devemos acompanhar”.

A importância da co-presença (mesmo de quem quer que seja), num ambiente calmo e caloroso, torna-se demasiado evidente. O reprimir das emoções, “apetecia-me chorar mas contraía-me toda para não chorar” (E 7, p. 5), não promove qualquer compreensão desta pessoa que alcançou uma inesperada vitalidade.

Por outro lado, os enfermeiros sentem dificuldades na interacção com a pessoa em fim de vida, porque admitem que é preciso conhecê-la e, às vezes, reconhecem que são uns estranhos.

### Dificuldades dos enfermeiros

Os enfermeiros têm dificuldade em gerir a sua presença junto dessa pessoa, talvez seja, porque não têm conhecimento de que como ela é: “tenho dificuldade em dosear o nível de proximidade na interacção com o doente, porque, às vezes, não tenho dados sobre ele” (E 2, p. 4). Mas respeita-a sempre como pessoa que é “deve ser chamado pelo seu nome (...) é pessoa desde que nasce até morrer” (E 1, p. 4).

Apesar de não conhecerem a pessoa como desejariam, os enfermeiros encontram sentido no que fazem, ao permitirem, por intermédio do corpo, ir ao seu encontro. É o sentido com que vive a necessidade de conhecer a pessoa que dá forma aos seus gestos e

demonstra-o abertamente. Assim, os seus gestos vão gerando proximidade e encontros, sendo a família uma aliada nesses encontros. No nosso estudo, apurámos que o enfermeiro, muitas vezes, conhece a pessoa em fim de vida através da família.

Constatámos que, na pressa do dia a dia, precisamos, mais do que nunca, de educar a nossa ternura. A contemporização (espaço de tranquilidade no qual se esquece a pressa e onde há uma necessidade de abertura ao outro) leva à promoção da intimidade. É então que a ternura se expressa pelo olhar, pelo tocar e pela solicitude, criando o espaço de receptividade para o encontro que atinge a pessoa na sua totalidade. Não é, com certeza, necessário para este efeito que o encontro seja uma experiência explicitada; muitas vezes, o que é vivido como encontro realizou-se de um modo tão natural ou espontâneo que somente depois é que é compreendido como tendo sido um encontro positivo (Renaud, 1999, p. 9).

A riqueza de um encontro não se mede pelo efeitos imediatos. Os dados explicitados pelo enfermeiro, anteriormente, levam-nos a afirmar que os encontros entre enfermeiro e pessoa em fim de vida conduziram a uma maturidade afectiva da pessoa do enfermeiro, ganhando confiança sem se aperceber. Por um lado, o encontro está sempre presente, uma vez que faz parte do agir do enfermeiro: “os pedidos de ajuda, automaticamente, disponibilizamos para chegar lá e dizer: aconteceu alguma coisa?” (E 3, p. 9). De modo mais ou menos consciente, provém de uma atenção interior e concretiza-se: “às vezes o próprio doente fica admirado porque não sabe que pediu ajuda” (E 3, p. 9). É bem possível, que no seio de um encontro desta natureza, se estabeleça uma forma de relação que, para além do respeito e da confiança estabelecida, implique uma partilha de vivências: “Tudo se passa como, se aquém e além das palavras, surgisse uma forma de escuta e de compreensão que restitui o outro à sua identidade profunda (...) uma atenção que se centra no interesse bem compreendido do outro” (Renaud, 1999, p. 10).

Na nossa opinião, precisamos marcar presença que revele tranquilidade e companhia, em suma, que dê a entender a quem morre que estamos com ele e que o ajudaremos a ir, progressivamente, desprendendo-se da vida.

Se os sujeitos do nosso estudo são peritos<sup>78</sup> nos cuidados a prestar à pessoa em fim de vida, será que esta é uma competência da generalidade dos enfermeiros? A

---

<sup>78</sup> A este respeito Heesben (2001, pp 27-28) refere: “O prestador de cuidados é um perito porque dispõe de diferentes saberes provenientes tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da sua experiência profissional (...) os saberes do perito ajudam a pessoa e complementam aqueles que ela pode mobilizar”.

presença e a cooperação em equipa são aspectos imprescindíveis quando se acompanha a pessoa em fim de vida: “Há colegas que falam com facilidade da morte (E 7, p. 4); outros “têm tanto medo e tabu em falar da morte porque quando se fala da morte, diz-se: cala-te para aí; não fales disso” (E 5, pp. 6-7). Alguns enfermeiros falam “à vontade” sobre a forma como estão com a pessoa em fim de vida. Esta facilidade pode ser interpretada como uma compreensão da necessidade de estar efectivamente presentes, e não apenas como alguém que presta cuidados e depois se esconde por trás deles. Podemos supor que não há uma reflexão sobre a forma como vivenciam a morte da pessoa, sobre o sentido que deram ou que não deram àquele momento, e até à sua maneira de estar na vida.

O enfermeiro também pode encontrar dificuldades perante os colegas: “tenho dificuldade em dizer ao colega porque é que ele (doente) está ansioso” (E 2, p. 6), pois não quer ser ridicularizado devido à forma como encara a morte: a “forma de pensar a morte dificulta o relacionamento com a equipa” (E 8, p. 6). É essencial que todos os elementos da equipa olhem a pessoa na sua globalidade, mas não existe um grupo coeso, “falta espírito de grupo” (E 3, p. 10), e, como tal, não há reflexão dos pontos de vista de cada um, das crenças, das interações e das experiências pessoais e discussão sobre eventuais medos e receios. O que poderia ser um processo de desenvolvimento e de amadurecimento, “um dar e receber”, até porque são culturalmente diferentes, levou o enfermeiro do nosso estudo a constatar que os colegas não têm respeito pela pessoa, fazem comentários e riem sarcasticamente. “Não sabem estar perante a morte (...) riem, fazem comentários” (E 5, p. 3). Esta é a altura em que a relação entre enfermeiro e pessoa em fim de vida “pode fazer renascer a esperança, não a esperança da sobrevivência, mas a esperança de viver os últimos dias como quem transmite a mensagem da sua própria realização” (Pinto, 1991, p. 14). Mas o enfermeiro não fica indiferente à forma como os colegas reagem à morte da pessoa: “Não aceito muito bem num momento em que deve haver o máximo respeito por aquele ser”, e costuma dizer: “saíam daqui!”. (E 5, p. 3). Enquanto a pessoa em fim de vida está “a ir-se” (E 1, p. 6), o enfermeiro tem a tentação de fugir e é essa tentação da fuga que é urgente vencer<sup>79</sup>.

E o enfermeiro acrescenta: “está ali um ser (...) que pode precisar de outras coisas que não seja de eu estar preocupada em ter uma maca para eu ir levar um cadáver?” (E 5, p. 3). A preocupação reside em livrarmo-nos do corpo morto, indesejado

---

<sup>79</sup> Abordaremos este assunto no tema “A aprendizagem do cuidar a pessoa em fim de vida”.

no serviço, que urge retirar do nosso alcance: “o nosso tempo está ocupado com rotinas (...) até no corpo morto”(E 3, p. 10): fixar os olhos com adesivo, “rolhar” os orifícios ao cadáver e atar com ligaduras as mãos e os pés... são alguns dos cuidados a prestar ao corpo morto.

É imprescindível criar um ambiente de trabalho propício à reflexão e que estimule os enfermeiros a exporem as suas reflexões, de modo a que a pessoa em fim de vida seja entendida como um outro “eu” e não como um “tu”. E que esteja preparada para contribuir com a sua decisão pessoal, quando ainda o pode fazer, aceitando ou recusando, por exemplo, eventuais tratamentos. Convém não esquecer que a pessoa pode estar numa fase em que precisa de ajudas afectivas e espirituais, para que possa exercer a sua capacidade de optar. O diálogo é um dos seus direitos disponibilizado pelos profissionais, amigos, familiares, que poderá tranquilizá-lo.

### O contexto

Desta forma, torna-se urgente uma nova cultura organizacional, em que os gestores sejam pessoas que tenham competências para elaborar novos modelos de cuidados e não uma organização onde a técnica seja hipervalorizada. Contudo e, independentemente, dos modelos de cuidados é fundamental não dissociar a doença da pessoa em fim de vida e o interesse da doença não pode suplantar o interesse pelo doente (Heesben, 1997, p. 46). E o enfermeiro questiona-se: “Será que um computador não fazia?”(E 3, p. 11). Eis uma questão que parece traduzir a falta de sentido para os cuidados que a equipa vive colectivamente. É impossível continuarmos a valorizar mais o “fazer” (E 5, p. 5) do que o “ser” (E 5, p. 5), como diz outro enfermeiro, isto é, “tudo o que é da ordem da eficácia, e isto em detrimento da afectividade”(Hennezel e Leloup, 1998, p. 44).

A partir do momento em que os enfermeiros aprenderem a escutar e a acolher as emoções uns dos outros, ou seja, a partilhar em equipa o espaço de receptividade individual, cuidarão do “ser”: a sua maneira de estar encarregar-se-á de as nortear! Ilustramos com os seguintes discursos: “os relacionamentos na nossa vida são espelhos, à medida que nos vamos relacionando com as pessoas, vamos reflectindo nelas e vemos a nós próprios (E 8, p. 5); “à medida que vamos vivendo, o nosso ser cresce (E 1, p. 7).

Para Rebelo (1997, p.4 ), a prática do cuidar em enfermagem resulta não só das intenções dos enfermeiros, mas também decorre da intersecção de vários contextos: o contexto do enfermeiro (a forma como se posiciona); o contexto da acção (modelo da organização); e o contexto da profissão (modelo profissional). Desta forma, a visibilidade da enfermagem, ao nível da prática, exige uma compreensão da configuração dessa prática (Rebelo, 1997, p. 4). É que o enfermeiro assuma o seu papel na equipa de saúde como uma mais valia da preservação da dignidade da pessoa que cuida.

A compreensão de si próprio, as relações que vai estabelecendo com os outros elementos da equipa e com o seu ambiente vão sendo modeladas perante interrogações que se lhe colocam, primeiro de uma forma intuitiva, depois mais reflexiva. Ao compreender a sua vida pessoal, social e profissional<sup>80</sup>, o enfermeiro vai-se formando, buscando um sentido para o que faz.

Reflectimos sobre a forma como o enfermeiro proporciona conforto à pessoa em fim de vida, fazendo sobressair a sua sensibilidade, a importância do toque e o encontro que se gera, a fim de estabelecer uma relação de ajuda e de confiança. Desta forma, o enfermeiro revela o seu acompanhamento à pessoa no seu fim de vida e, simultaneamente, revela a sua forma de estar perante a morte, bem como a da equipa de enfermagem, influenciado pelo contexto. Assim sendo, o fim de vida da pessoa vai-se aproximando.

---

<sup>80</sup> Sabemos que o adulto tem que construir a sua formação com base num balanço de vida. Deste modo, o conceito de reflexividade crítica deve assumir um papel de primeiro plano no domínio da formação de adultos. Simultaneamente, o adulto está implicado numa acção presente, o que obriga a ter em conta um outro vector dominante da formação de adultos: a consciência contextualizada ( Nóvoa, 1988, pp. 115-116).

### 3. A vida e a morte uniram-se

“Não sinto o horror quando a pessoa está a morrer;  
necessita de alguém como no início da vida”

(E 8, p. 1)

O excerto supra citado foca a vivência do enfermeiro durante o processo de morrer da pessoa e tem implícito a forma como a sociedade ocidental encara a morte: “emoção, sentimento ou a consciência da perda da individualidade. Emoção-choque, de dor, de terror ou de horror (...) consciência, enfim, de um vazio”(Morin, 1970, p. 32). Pois parece existir uma relação entre a ideia de que foi impregnado pela própria sociedade e a transformação de perspectivas a que foi submetido. De qualquer forma, ao encarmos a morte como um facto, implicitamente interrogamos a vida, alteramos o seu sentido e, provavelmente, assumimos que o sentido que damos à morte é similar ao sentido que damos à nossa vida. É sobre o estar com a pessoa em fim de vida, sobre a profundidade desse momento vivido a dois, em que a pessoa em fim de vida entra viva na sua morte e em que ajuda o enfermeiro a vencer o medo da morte, perante a morte do outro, que desenvolveremos este tema. Ainda para uma melhor apreensão deste tema, iremos reflectir sobre a qualidade de vida proporcionada à pessoa em fim de vida e o mistério da morte.

No espaço de tempo delimitado pela vida e pela morte sucedem-se diferentes ciclos, como sejam o do crescimento, da maturidade, do declínio e do fim. Eis chegada a nossa morte. E quem cuida da (nossa) morte?

Vigia-se o crescimento, acompanha-se a maturidade, aconselha-se no declínio e quem cuida de nós, quando a morte espreita? Que “morte” é essa que a morte ofusca? O que é a morte?<sup>81</sup> (E 2, p. 10; E 8, p. 2).

Entendemos que a morte consiste num processo de desprendimento das preocupações, dos projectos que se concretizaram e, à semelhança do parto, é um processo que se dirige pelo próprio tempo e pelo próprio ritmo, sobre o qual podemos exercer muito pouco controlo. E a pessoa precisa sempre de companhia, porque a proximidade da sua finitude intensifica as relações e a intensidade desses momentos só é possível porque as horas parecem estar contadas: “precisa de alguém que esteja ao

---

<sup>81</sup> Este assunto foi abordado na análise do tema “A vida por um fio”.

lado dela (...) o cuidar dela na sua morte é um acréscimo ao cuidar dela como um todo” (E 8, p. 4).

Viver é caminhar para a morte. O nascimento e a morte são duas forças aparentemente antagónicas, que comportam na sua base uma estrutura semelhante: a passagem de um estado a outro. Assim, uma pessoa que vai morrer vive um momento semelhante ao do seu nascimento: prepara-se para mergulhar numa dimensão desconhecida (Delisle, 1993, p. 3).

Efectivamente, o nascimento e a morte são duas etapas da nossa existência, consideradas maravilhosas, porque ambas são vividas intensamente, como encontramos no nosso estudo: “o nascer (...) traz uma vida ao mundo com todas as emoções que esta situação envolve (...) o novo elemento vai nascer (...) há alguém que vai cuidar dele, que vai prepará-lo para a vida” (E 2, p. 9).

É durante a vida que devemos pensar, necessariamente, na morte. De facto, esta parece ser uma condicionante inevitável. Viver a aproximação da morte é um dos acontecimentos que, frequentemente, enfrentamos no nosso quotidiano como enfermeiros. É nesse quotidiano que sentimos que a sensibilidade com que vivemos o momento da morte da pessoa que cuidamos depende, entre outros factores, da relação/envolvimento que conseguimos estabelecer com ela: “fico impressionado, depende de como me sinto emocionalmente” (E 6, pp. 2-3); “e do carinho e da afectividade que tenho com a doente”(E 7, p. 3).

No nosso ponto de vista, o enfermeiro, ao tornar-se mais sensível à morte, torna-se, também, mais capaz de apreender/equacionar qual será a visão que a pessoa, em fim de vida, tem do seu mundo, aumentando a sua preocupação pelo bem-estar dessa pessoa, interrogando-se: “não sei o que se passa com ela... está a sofrer? Está a ouvir-me? Onde é que ela está? O que é que está a pensar? Não sei!” (E 2, p. 4). Que sentido tem, para nós, prestar cuidados a esta pessoa ?

Não podemos esquecer que vemos muitas destas pessoas a lutarem contra as suas doenças e consciencializamo-nos como se transformam. Mostram-nos que podemos enfrentar a nossa morte e continuarmos a viver, encontrando um sentido para a vida. Tomamos consciência de que a vida nos ajuda a compreender que não podemos impedir a nossa morte nem a da pessoa que cuidamos e que a pessoa não se limita nem ao que testemunhamos, nem àquilo que pensamos ser. Se o interesse decorre da busca do sentido da vida, então é a altura de torná-la mais significativa, mais visível em cada momento.

Ajudar a pessoa em fim de vida a reconstituir todos os momentos da sua vida, mesmo, sabendo, que está a aproximar-se a hora da sua morte é algo a que não se fica, nunca, indiferente! Pois são momentos que proporcionam um enriquecimento pessoal e profissional a quem quer que esteja atento aos conselhos que a pessoa em fim de vida nos dá, como referem os enfermeiros do nosso estudo. Quem cuida e acompanha a pessoa nos seus últimos momentos sabe como pode ajudá-la a enfrentar a sua morte. Isto passa pela maneira de olhar, a forma de estar e o tocar pleno de respeito e ternura. Por sua vez, quando a pessoa em fim de vida sente que é aceite como pessoa por aqueles que cuidam dela, quando sente que não a deixarão sofrer, que terá alguém sempre presente, como sejam os familiares que partilham entre eles o seu acompanhamento, então, o desejo de morrer é uma reivindicação.

O acompanhamento estabelecido pelo enfermeiro com a pessoa no seu percurso de morte perdura no tempo: “o respeito pela pessoa não acaba com a sua morte” (E 8, p. 4). E leva a uma união de sentimentos, de descoberta interior e de controle, contribuindo para que o enfermeiro encontre significado na sua existência. É essa a maior força atractiva do cuidado transpessoal (Watson, 1988).

Acreditar que a pessoa que cuidamos é única é algo que se reflecte na relação estabelecida. O enfermeiro, ao cuidar a morte da pessoa como cuidaria da sua vida, assegura uma presença física efectiva, demonstrando-a na expressão dos seus comportamentos, como seja na vigilância à pessoa em fim de vida durante a noite: “não tenho medo de ir às salas de noite” (E 7, p. 5). Porquê?

Watson (1985) refere que as emoções têm um papel fundamental no comportamento dos enfermeiros. Mas o enfermeiro justifica-se: “não tenho medo dos espíritos”<sup>82</sup>.(E 7, p. 5). Que espíritos são esses que andam à nossa volta? E após a morte, o espírito divorcia-se da pessoa?

A explicação para estas questões poderá não estar na sua importância, mas na necessidade profunda de o enfermeiro procurar, em vão, atribuir um significado aos seus comportamentos, por vezes criticados e classificados como desadequados... mesmo recorrendo à metafísica, numa busca eterna de respostas para os outros e, quiçá, para ele também...

Para Watson (1988, p. 37), a enfermagem ocidental lida de forma pobre com o lado espiritual da natureza humana, tendo este sido considerado religioso, abstracto ou

---

<sup>82</sup> Neste contexto, é entendido, pelo sujeito do estudo, como um ente imaginário que se supõe andar no ar.

controverso. Contudo, “muita da agonia do nosso tempo, advém de um vácuo espiritual”(ib., p. 37). Na nossa opinião, ao considerar-se o cuidado de pessoa para pessoa, vislumbra-se uma dimensão espiritual num contexto metafísico. Afinal a pessoa é um ponto de partida que nos direcciona para as questões da metafísica. Com esta mudança, Watson (1988, p. 40) considera que perante os avanços da ciência para este novo século, as ideias metafísicas podem ser linhas orientadoras (tanto pelo sentido espiritual como pelo de ligação ao cuidar). Por outro lado, e citando Taylor (1982), diz-nos que se o conhecimento é aquilo que procuramos, “nunca o encontraremos na metafísica” (p. 42). Taylor (1982), citada em Watson (1988, p. 43), refere que as respostas a questões como as acima referidas não são e nunca serão conhecidas, porque serão sempre vistas, por cada pessoa, de forma diferente, por quem quiser olhar com admiração o que a rodeia, referindo, ainda, que existirão sempre respostas falsas e controversas. Contudo, existirá sempre também alguém que, dizendo ter resposta para estas questões, não as apresenta, porque simplesmente... não as encontra. Encontra sim a necessidade de continuar a colocar questões. Deste modo, emergem receios sobre as respostas que possam surgir, por outras palavras emerge “um conforto nascido da ignorância” (Taylor, 1982, citado em Watson, 1988, p. 43).

Se cuidar da pessoa em fim de vida nos leva a interrogar onde é que essa pessoa se encontra, os enfermeiros do nosso estudo interrogam-se perante uma outra situação: vale ou não a pena investir na pessoa em fim de vida?

A idade é um factor que os enfermeiros têm em conta e não põem ao mesmo nível a morte da pessoa jovem e a morte do velho: “é mais fácil encarar a morte na velhice do que em pessoas jovens” (E 6, p. 2). A morte do velho<sup>83</sup> é bem encarada e o enfermeiro justifica-se, ao dizer que o velho já fez o seu percurso de vida. Por isso, não investe nessa vida e argumenta: “não há necessidade de fazer técnicas invasivas”, porque estas só serviriam para adiar uma vida sem qualidade, retirando a dignidade à pessoa e, assim, não tem a oportunidade de ter uma morte serena. Isto é, “de morrer calma e em paz” (E 6, p. 3).

Mas, se é uma pessoa jovem, referem que estão mais atentos na sua vigilância e fazem-no com maior assiduidade: “estamos mais atentos” (E 6, p. 3). Essa consciência faz brotar a sensibilidade do enfermeiro que encontrou um sentido para o momento que

---

<sup>83</sup> A velhice é vista como o inevitável e penoso fim de vida. A fim de evitar esta imagem é preciso investir no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, que passa pela introdução, na formação inicial, de disciplinas que promovam este desenvolvimento.

vive com a pessoa em fim de vida: “vive-se esses momentos (...) em conjunto” (E 6, p. 3). E acrescenta que já teve aquela idade ou que vai tê-la em breve.

Podemos afirmar que o enfermeiro identifica-se com a pessoa que cuida por ser nova. Será que é uma oportunidade para o enfermeiro se modificar graças a alguém que, como ele, também é novo?

Verificamos que sobressai dos discursos dos enfermeiros a preocupação de proporcionar qualidade de vida ao tempo de vida que resta à pessoa que cuidam.

### Qualidade de vida

A idade é um elemento importante na forma como o enfermeiro vivencia o processo de morrer e reforçamos o que dizem os enfermeiros: “se é uma pessoa mais nova... temos mais cuidado” (E 4, p. 3).

Encontramos, neste discurso, uma preocupação do enfermeiro que, após tomada de consciência da própria morte, põe “em andamento o processo de valorização do indivíduo” (Alberoni, 1994, p. 168), o que se manifesta por uma vigilância mais assídua no momento presente, pois ele está na origem do que vier a seguir e, como tal, é preciso investir no momento actual, porque “é o seu mundo interior que se transforma, é o seu espírito que se transfigura conservando as mesmas semelhanças. É essa, mesmo essa, a específica promessa do futuro” (Alberoni, 1994, p. 170).

Num estudo efectuado por Field (1984), citado em M. Pires (1995, p. 93), “os enfermeiros consideram que os velhos estão prontos para morrer, é uma benção”. Também M. Pires (1995, p. 93), no seu estudo, obteve resultados semelhantes, como “o idoso tem deficiências a vários níveis, se calhar é preferível morrer”.

Vimos que o acompanhamento estabelecido entre o enfermeiro e a pessoa em fim de vida perdura no tempo. Ao acompanhar a pessoa nos seus últimos tempos de vida parece saber até que ponto pode aliviar e, por vezes, libertar o seu sofrimento<sup>84</sup>. “Precisa de alguém que esteja ao lado dela e depois é o conforto, a dor, a posição em que está; saber que estamos ali para ela” (E 8, p. 1). Um “ser” que passa por “estar” com a pessoa, ter tempo para ela, estar efectivamente presente, ouvi-la com atenção e dar

---

<sup>84</sup> As pessoas que se encontram numa fase irreversível da doença temem a dor e o sofrimento. A dor está quase sempre presente e o seu alívio torna-se uma prioridade. Por vezes, a dor ultrapassa o domínio físico e mental “tomando conta” da pessoa, levando a um profundo sofrimento. O desconforto provocado por esta sintomatologia leva à prestação dos cuidados quotidianos ligados à manutenção da vida e aos cuidados de reparação que também já foram abordados no tema “Uma vida que caminha para o fim”.

respostas reflectidas. Muitas vezes, acompanhar outra pessoa é, apenas, dar-mo-nos a nós próprios e fazê-lo de tal modo que a pessoa acompanhada compreenda o compromisso, empenhamento, preocupação e atenção pessoal da pessoa que a cuida (Swanson, 1993, p. 355). Assim, a pessoa em fim de vida tem a oportunidade de realizar um trabalho interior, um trabalho de assimilação de situações que viveu e que, até ao momento, não lhe foi possível assimilar. É evidente que nem sempre dão sinais de que estão fazendo este trabalho interior, mas isto não nos concede o direito de dizer que ela não o faz. Assim, devemos interrogar-nos se somos capazes de apreender as mensagens que nos envia e se estamos a dar-lhe o espaço necessário para que possa falar daquilo que para ela é essencial. É, na verdade, uma pessoa, desde que nasce até que morre (como dizia um enfermeiro do nosso estudo), e tem direitos: os direitos da pessoa com doença terminal (Barón e Feliu, 1996, pp. 1089-1090).

Achamos que estes direitos foram respeitados pelos enfermeiros. Para Pinto (1991, p. 19), “quando a morte inevitável está iminente é permitido recusar formas de tratamento que só poderiam assegurar um precário e doloroso prolongamento da vida e, finalmente, hoje há elementos suficientes para fazer o diagnóstico da morte, pelo que, a partir da sua declaração, o respeito pela dignidade do corpo pede o não prolongamento inútil de técnicas de reanimação”.

Para este autor, estes dois critérios éticos, que, no nosso entender, foram respeitados pelos enfermeiros, permitem, em última análise, a avaliação de cada caso. Face à situação de pessoa em fim da vida, o enfermeiro não abusa dos meios técnicos que tem ao seu alcance porque entende que estes impõem-se como uma finalidade, em detrimento do morrer com dignidade. Os momentos finais da vida devem ser vividos de uma forma a que a pessoa entre na sua morte viva. A morte é considerada normal e a sua hora é sempre respeitada, não sendo acelerada nem retardada (Hennezel, 2000, p. 3).

Voltando à preocupação do enfermeiro em proporcionar qualidade de vida ao tempo de vida que resta à pessoa, verificamos que está patente, como preocupação, o alívio da dor: “aliviar a dor é o principal”(E 6, p. 2). Contudo, entendemos que o sentido que estes enfermeiros dão à qualidade de vida prende-se com as condições da existência do Homem e, como tal, não impõe sofrimento. De facto, parece não justificar-se que os enfermeiros “procurem” o sofrimento. Se a nossa vida tem sentido, então ajudar alguém a encontrar um sentido para o seu sofrimento é um apelo que dá mais qualidade à vida. Pode ser “a qualidade sobrenatural a que muitos são chamados e que não reduz, antes purifica o sentido da vida” (Pinto, 1996, p. 227).

Pensamos na forma como mobilizámos no leito a pessoa em fim de vida enfraquecida, na introdução de sondas para alimentá-la ou para a administração de oxigénio ou, ainda, na aspiração de secreções quando já não tinham forças para as expelir e que estes gestos eram feitos com desconforto. Na verdade, uma “tortura” para a pessoa em fim de vida que aspira unicamente a ter paz. No entanto, tentávamos encontrar um modo de agir equilibrado entre a nossa sensibilidade e o respeito pela pessoa que cuidávamos. Assim, encontrávamos sentido para o que fazíamos; sentíamos intuitivamente o que nos podia oferecer, no que diz respeito à possibilidade de aceder a uma dimensão mais profunda da vida e, simultaneamente, ajudar a diminuir barreiras. Há, naturalmente, um benefício mútuo no acompanhamento. Muitas vezes, os enfermeiros referem que recebem muito mais do que aquilo que dão à pessoa em fim de vida. Logo se os enfermeiros e a pessoa em fim de vida aceitarem os seus limites e sentirem essa solidariedade no sofrimento, podem ultrapassá-lo e, numa cumplicidade recíproca, retirar benefícios para ambos. Esta reciprocidade de reencontro enriquece tanto aquele que dá recebendo como aquele que recebe dando (Hennezel, 2000, p. 7).

Sentimos que, no nosso dia a dia, podemos demonstrar solidariedade à pessoa em fim de vida, o que permite partilhar a dor, o sofrimento e, assim, evitamos sentir um mal-estar: “há que ter sempre disponibilidade para conhecer cada doente e saber o que naquele momento é mais importante para ele” (E 5, p.2). Na verdade, parece haver uma preocupação em arranjar tempo para conhecer a pessoa que cuida.

A execução das actividades de uma forma repetida, “as nossas queridas rotinas” (E 8, p. 2), parece não levar o enfermeiro a cuidar da pessoa como sendo mais uma: “eu não vou fazer as coisas porque eu acho que aquelas são as mais importantes...eu vou fazer respeitando as necessidades daquele doente que são diferentes de doente para doente” (E 5, p. 2). Não se trata de cuidar a pessoa porque tem “que ser”, mas antes conhecê-la e acompanhá-la no seu percurso, até um destino cuja natureza desconhecemos. Ao considerarmos o cuidar em enfermagem como um fim em si mesmo, “oferece-se o que se é e o que se sabe àquele que nos reclama” (Anjos, 1998, p. 177).

Se o Homem tem consciência de que a morte é uma das dimensões da sua existência, há que assumi-la livremente. A opção recai em querer continuar a sofrer com algo que lhe parece estranho, ou então em apropriar-se da (sua) morte, atribuindo-lhe um sentido. O que lhe é exterior, inevitavelmente, age contra ele; o que interioriza e torna íntimo passa a constituí-lo como seu (Neves, 1996, p. 15).

Contudo, no nosso estudo, não se verifica a angústia dos enfermeiros. Existe como que uma “transusão de serenidade” (Hennezel e Leloup, 1998, p. 96) que acalma o pensamento de quem está a morrer, pois o simples facto de estar presente pode ter um efeito que desconhecemos, bem como toda a envolvência que reveste a individualidade do momento. “Morreu como um anjo” ou, nas palavras elucidativas de Allende (1994, p. 366), quando da morte da filha: “o ar ficou cada vez mais sossegado, movíamos com lentidão para não perturbar o repouso dos nossos corações, sentámos preenchidos do espírito da Paula, como se fôssemos um só, não havia separação entre nós, a vida e a morte uniram-se. Durante algumas horas experimentámos a realidade sem tempo nem espaço da alma”.

É, sem dúvida, acabar com o tabu da morte e devolver-lhe o lugar no seio da vida. A familiaridade com a morte inspira um imenso gosto pela vida, uma curiosidade por tudo (Hennezel, 1977, p. 29). Sendo a vida um valor fundamental a preservar e o suporte para que todos os outros valores se possam manifestar, não é, contudo, um valor absoluto que se possa prolongar a qualquer preço. Num dado momento da vida, há que reconhecer e aceitar que a morte está iminente e ter a sensatez de reconhecer que “os dois momentos são muito semelhantes, o nascimento e a morte são feitos da mesma matéria”(Allende, 1994, p. 366).

Se os enfermeiros não partilham formalmente as suas vivências, é natural que a pessoa em fim de vida não partilhe, de uma forma directa, a aproximação do momento da sua morte (“raramente partilham connosco este momento”) (E 2, p. 4), mas têm as suas estratégias, partilhando “o desconforto, o descontentamento (...) a insatisfação” (E 2, p. 4) e constatarem que o rosto da pessoa é muito expressivo, traduzindo a (sua) dor e o (seu) sofrimento.

Achamos que a relação estabelecida entre enfermeiro e pessoa em fim de vida pressupõe um conhecimento e compreensão. Ambas as pessoas partilham emoções, que se desenrolam a um determinado nível de compreensão e em que se confrontam com o bem-estar ou o mal-estar um do outro.

Como temos vindo a constatar, à medida que a morte se aproxima, a pessoa vai-se tornando mais dependente dos cuidados de enfermagem<sup>85</sup>. Foram muitas as vezes em que nos confrontámos com pessoas em fim de vida e identificámos, nalgumas delas,

---

<sup>85</sup> As limitações físicas, sociais e espirituais da pessoa vão-se acentuando à medida que a doença se torna irreversível. Os tratamentos começam a fracassar e as opções disponíveis vão diminuindo. Assim começam a reunir-se os critérios que definem a pessoa em fim de vida.

uma lágrima após a termos mobilizado no leito. De imediato, enxugávamos essa lágrima com muito carinho para de seguida nos interrogarmos: O que estará ela a pensar? Será que foi um agradecimento pelo posicionamento? Nunca obtivemos respostas verbais, mas sempre a olhámos com muita admiração e muita ternura.

Agora, temos consciência de que “entramos no seu mundo”, transcendemos o seu mundo físico e material. Ao interrogar-nos sobre o que estaria a pensar, fomos mais longe, pois considerámos o seu mundo emocional e subjectivo. Contudo, fizemo-lo por intuição. Como refere um enfermeiro do nosso estudo, “é preciso olhar para trás de uma forma consciente”. Esta experiência foi, sem dúvida, formadora<sup>86</sup>.

É com base nesta filosofia que o conhecimento científico, a perícia e a sensibilidade são considerados necessários a uma efectiva interacção entre enfermeiro e pessoa em fim de vida.

É na ida ao encontro da pessoa em fim de vida que o enfermeiro se disponibiliza para ela, isto é, tem tempo para ela e, assim, pode acompanhá-la. Muitas vezes, a pessoa espera, apenas, uma outra mão para segurar a sua própria mão. Constatámos que, para além das ocasiões em que o enfermeiro presta cuidados físicos, existem outras em que o toque pode “falar” mais alto e profundo do que qualquer discurso. “É que a presença de um amigo é sempre uma nova razão de esperança” (Pinto, 1991, p. 22).

No entanto, o enfermeiro afirma: “é perturbador saber que o doente vai morrer e saber que ele não tem consciência disso” (E 2, p. 2). Esta afirmação leva-nos a pensar que a pessoa não sabe que vai morrer, o que, para Hennezel (1997) e pela sua experiência, não corresponde à verdade, porque a pessoa sabe sempre que vai morrer.

Julgamos que a pessoa em fim de vida tem necessidade de que a ajudem a dizer como se sente e o que sabe e o facto de não saber a verdade sobre o seu diagnóstico (que se encaminha para a morte) parece limitar o desenrolar da sua relação com o enfermeiro, o que já constatámos. De facto, o enfermeiro sente dificuldade em lidar com a angústia da pessoa em fim de vida e com a sua própria angústia, o que poderia ser minimizado se houvesse mais diálogo na actuação da equipa, até porque a resposta para cuidar cabalmente a pessoa é de um colectivo, incluindo a família da pessoa em fim de vida.

---

<sup>86</sup> A experiência é formadora quando é submetida a um processo de reconstrução, de modificação e de reorganização. Para que seja reflectida, é necessário a existência de um processo cognitivo, que percepcione e transforme a experiência. Este assunto foi abordado no capítulo IV.

## Comunicação com a pessoa em fim de vida

Um dos constrangimentos na comunicação com a pessoa em fim de vida tem a ver com o seu prognóstico. Ao longo da nossa vida sabemos mais acerca da nossa situação pessoal do que qualquer outra pessoa e esforçamo-nos por controlar o fluxo de informação, decidindo o que pode ser do conhecimento dos outros e o que deve permanecer só do nosso conhecimento.

A informação adequada a dar à pessoa pressupõe o seu conhecimento, enquanto pessoa, a fim de conhecermos quais são as suas expectativas em relação à doença e aos eventuais tratamentos instituídos e o que deseja saber. Relembramos: “estão à espera que a gente lhe diga alguma coisa (...) fico naquela será que o doente sabe o que tem?” (E 2, p.1). Mas este enfermeiro acrescenta: “é extremamente difícil lidar com estas coisas (...) o doente anda de um lado para o outro” (E 2, p. 2).

Por outro lado, não são raras as vezes em que a pessoa não consegue entender o verdadeiro sentido de algumas informações, porque estas transportam uma linguagem técnica que lhe é inacessível. As suas prioridades, a nível sócio-cultural, as necessidades, as crenças e os seus valores condicionam a informação transmitida, bem como a sua situação de dependência, em que pode desejar somente, o que pode levar a pessoa doente a entregar-se às mãos em que confia.

Embora estas reservas possam ter sentido, não devem ser utilizadas como justificação para negar, na prática, a verdade ao doente sobre a sua situação de doença. Pelo contrário, é um direito<sup>87</sup> que lhe assiste e, como tal, deve ser respeitado. Quem lhe retira esse direito impossibilita-o à partida, mesmo com boas intenções, de poder tomar atempadamente as suas derradeiras decisões, pois não teve oportunidade de preparar a sua morte. Para o enfermeiro é muito angustiante cuidar da pessoa em fim de vida e saber que ela não sabe a “sua” verdade: “faz-me extrema confusão (...) estou a falar com um doente e sei que está em fase terminal (...) eles não vão sair do serviço (...) apetece-me dizer: o senhor está muito mal, muito mal...o senhor vai morrer” (E 2, p. 2). Concordamos com Pires (1995, pp. 56-57) que, a este respeito, refere que a franqueza e a veracidade na informação à pessoa assegura-lhe os seus direitos; neste caso, o direito de saber a verdade sobre a sua situação, o que a leva a sentir-se respeitada como um ser humano. Mas preocupa-se o enfermeiro em “validar” as suas suspeitas?

---

<sup>87</sup> Os direitos da pessoa em fim de vida foram abordados no capítulo III.

No entanto, o enfermeiro parece que “adivinha” o momento em que a pessoa vai morrer, porque já está junto dela: “parece que tenho um sexto sentido que estou a chegar e os doentes mesmo, mesmo a morrer (E 2, p. 12); “há algo na pessoa que nos diz que está a morrer (E 2, p. 1). Não será a tomada de consciência de que a vida está por um fio que a leva a estar com a pessoa no momento da sua morte? E a pessoa não adivinha que está a entrar na sua morte? Então, porque é que a pessoa em fim de vida nos envia mensagens de morte?

Mas o enfermeiro acrescenta que, quando não se pode fazer mais nada, ainda se faz muito: “é o estar presente”, “a pessoa está a partir” (E 1, p.6 ). Sentimos um “nada” perante a morte: “sinto-me pequenina demais” (E 1, p. 7). No entanto, nem toda a gente tem a complacência de estar presente num momento tão importante quanto este. A sensação de incapacidade que o enfermeiro sente é natural perante a grandeza do momento; é como se a pessoa sáísse de onde se encontra: “a gente não a pode agarrar” (E 1, p. 6), ou, nas palavras de Allende (1994, p. 368), “começou a elevar-se e eu subi também pendurada no seu vestido. Ouvi novamente a voz da Vovó: Não podes ir com ela, bebeu a poção da morte”

É pela competência que o enfermeiro se mostra à pessoa que cuida e que a faz sentir que ela é muito mais do que aquilo que se dá a conhecer. No entanto, não excluimos as palavras tranquilizadoras que, por vezes, soam a falso e que são contrárias à nossa maneira de ser, pois “nós não estamos no mesmo tempo”. Ser igual a si própria é algo que o enfermeiro sublinha, independentemente do contexto (“aqui sou enfermeira, lá fora sou eu próprio...é inconcebível”) (E 8, p. 5) e exige um trabalho pessoal que consiste em ser sensível, “ser humano é sentir” (Watson, 1985, p. 13), autêntico e congruente com os próprios medos e receios e ousar partilhá-los e, assim, poder evoluir através deles. Exemplificamos: “cada um tem o seu tempo (...) o doente estava há muito tempo no serviço e foram chorar... é uma maneira de escape. Eu assobio ou canto e não quer dizer que não chore a perda” (E 3, p. 10).

Mas o enfermeiro também sofre com a morte de pessoas com quem acha que poderia aprender: “Tenho personalidades que já morreram e que eu admirava (...) como a Madre Teresa de Calcutá (...) fartei-me da chorar (...) era alguém que podia aprender alguma coisa” (E 2, p. 12). Eis um exemplo que traduz que o enfermeiro tem intenção de agir com conhecimento, tem um sistema de valores subjacente, um empenhamento moral e vontade de cuidar. Para Watson (1988, p. 34), o sistema de valores inclui um profundo respeito pelas maravilhas e mistérios da vida; o reconhecimento da dimensão

espiritual em relação à vida e a força interior e a capacidade do indivíduo de crescer e mudar. Julgamos que o enfermeiro, ao referir que aprendia com a Madre Teresa “a solidariedade”(E 2, p. 13), comunga deste sistema de valores e, assim, se situa face à sua própria vida. E, como venceu o medo da morte?

### Vencer o medo da morte?

Os enfermeiros venceram o medo da morte através de algumas estratégias<sup>88</sup> que os fizeram evoluir para um outro nível de compreensão sobre a morte e lhes despertaram um desejo: “tenho como um sonho: ter uma experiência num centro, num local (...) seria muito gratificante (...) e (onde) as pessoas estivessem à vontade e com naturalidade falassem da sua morte” (E 5, p. 6). Assim sendo, atingem um nível de compreensão sobre as suas experiências individuais e colectivas que são únicas, adoptando um comportamento através da compreensão de si próprios (“tento sempre reflectir sobre o que foi aquele dia (...) dá uma certa paz interior (...) eu tenho que auto-analisar, auto-criticar, auto-mudar-me”) (E 5, p. 5).

A consciência que tem da vida levou o enfermeiro a consciencializar a sua morte “penso mais na morte” (E 6, p. 6; E 8, p. 6): “a morte tem que ser olhada com outros olhos” (E 2, p. 11). Apesar de a sua consciência não experienciar nunca a morte, vive a vida com a presença empírica da sua morte e interroga-se como vai ser a sua própria morte. É essa consciência de finitude (“a morte aparece de surpresa e, às vezes, sinto que não merecia estar numa situação de pré-morte ”) (E 2, p. 10) que o leva a estabelecer limites no contexto do que vive e do que poderá viver: “se estiver numa cama e precisar de coçar-me e não falar, como me vou expressar?”(E 6, p. 6). É neste espaço de tempo que desenvolve as suas actividades, se desenvolve e se interroga sobre as vicissitudes da vida, tendo presente a inevitabilidade da sua morte. Parece que esta é a perspectiva a que Morin, (1970, p. 33) se refere: “é já uma consciência, mais ou menos difusa, é certo, da perda da individualidade portanto muito mais realista e muito mais traumática do que à primeira vista se poderia crer”. cremos que, por um lado, o traumatismo e, por outro lado, o realismo da morte são indiscutivelmente função um do outro. Isto leva o enfermeiro a dizer que a morte é sempre a dos outros e por isso não a

---

<sup>88</sup> As estratégias encontradas pelo enfermeiro a fim de vencer o medo da morte perante a morte do outro serão abordadas no tema “A aprendizagem do cuidar a pessoa em fim de vida”.

valorizamos. A consciência da morte evoca o não estarmos preparados para ela, rejeitamo-la, porque são sempre os outros que morrem, o que, por sua vez, evoca o nosso desejo de imortalidade. Esta aspiração é legítima, porque, quanto mais intensa é a nossa consciência de morte, mais intenso é o nosso desejo de imortalidade.

“Devíamos pensar na morte”(E 5, p. 7; E 7, p. 7), dizem os enfermeiros. Embora a morte esteja sempre presente nas nossas vidas, ela surge como uma necessidade inerente à nossa existência. A oportunidade que temos de viver é um privilégio que nos é oferecido pela própria morte, se bem que a morte possa aparecer de repente, levando à separação das pessoas que amamos. É a sua invencibilidade que dá sentido e nos conduz no dia a dia. Era importante que ao longo da vida fôssemos interiorizando a ideia da nossa própria morte, pois, quando chegasse, podíamos encará-la de forma diferente. Assim, e por ela nos limitar no tempo e por termos dela a sua real consciência, como Morin (1970) adjectiva, ela não apareceria sem antes “fazermos as coisas que desejávamos” (E 2, p. 10). Esta forma de estar, suprema, daria singularidade e sentido às nossas vida: “vivíamos intensamente cada momento da nossa vida” (E 2, p. 9). Quando vivemos a vida, olhando o mundo através dos nossos sentidos, interpretamos o que nos acontece sustentados nas nossas recordações (“o dia de ontem já passou (...) tenho recordações maravilhosas, errei e aprendi com os meus erros”) (E 2, p. 11) e usamos os nossos pensamentos e intuições para agir. Algumas vezes, não temos consciência do que motiva os nossos comportamentos, porque repetimos com frequência os padrões, as normas que nos foram inculcadas, mas transcender esta maneira de estar é abrir-nos a uma experiência mais elevada que está ao nosso alcance, tendo sempre presente que a nossa vida é limitada. É neste sentido que o enfermeiro do nosso estudo afirma: “é esta a filosofia de vida com que me rejo, que vivo e aquela que fui aprendendo para lidar com as pessoas (em fim de vida)” (E 2, p. 13).

Com esta filosofia de vida, o enfermeiro vê a morte como algo de belo, querendo estar presente a viver a sua própria morte: “vejo a morte como das coisas mais bonitas que devem existir” (E 2, p. 11). Parece-nos que o discernimento que o enfermeiro tem sobre a sua vida obrigou decerto a analisá-la, vendo-a como algo que foi construindo, julgando-a por ela própria. Adquiriu a compreensão de prováveis decisões inadequadas e a forma como lidou com elas, o que poderá ser uma análise dolorosa mas, certamente, intensa. cremos que é capaz de sentir alegria, amor por quem cuida no fim da vida devido a uma forte empatia, multiplica o tempo que vive nesta “viagem” e assume a intensidade do momento da sua morte: “não quero morrer em vão” (E 2, p. 11). Tudo

isto, leva-o a corresponder ao que a vida lhe preparou e reservou para ele a fim de ir muito mais longe, revelando a sua evolução, permitindo-lhe que seja livre e preencha o tempo com o que lhe agrada: “a minha filosofia é ser livre, não é a liberdade louca, sem limites e sem restrições” (E 2, p. 11), mas “é uma liberdade interior que me permita viver o dia a dia com o máximo de prazer e conseqüentemente me permita avançar na vida” (E 2, p. 11). O que corresponde à melhor expressão para fazer o que para ela tem sentido: “quero ter tempo para fazer aquilo que me dá prazer (...) a forma de encarar a morte tem a ver com o sentido que damos à nossa vida” (E 2, p. 11).

É esta liberdade “intrínseca” que lhe dá a oportunidade de reflectir sobre as decisões que tomou na vida e assumir um papel consciente e determinante no seu dia a dia; é saber escolher entre as alternativas disponíveis e voar em direcção ao futuro. É esta perspectiva que o leva a expressar que quer morrer com os objectivos de vida concretizados e os seus bens materiais distribuídos. O enfermeiro está ligado à sua condição de pessoa, parecendo capaz de vencer eventuais obstáculos na vida, como seja numa situação de doença de grave: “se me tivesse sido diagnosticado qualquer coisa... ah! eu tinha tanta coisa para fazer” (E 2, p. 2). Parece estar preparado para controlar uma eventual situação de doença e, assim, descobrir quem realmente é - é um processo de despertar para quem somos na realidade! Como diz Artaud (1993, p. 19): “Eu aprendera, sem dúvida a aproximar-me da morte, e por isso todas as coisas, mesmo as mais cruéis, já só me apareciam com o aspecto de equilíbrio, numa perfeita indiferença de sentido”.

E o enfermeiro argumenta: “desejo que o momento da minha morte seja bonito, com música, família à volta e amigos” (E 2, p. 11). Rejeita a hipótese de ter pessoas que lamentem este (seu) momento: “não quero que ninguém venha chorar” (E 2, p. 3). Acompanhar, estar emocionalmente presente, é um cuidado que todos nós temos no momento da morte de familiares, amigos. Um momento em que partilhamos esta experiência única e que, na maioria das vezes, é manifestada pelo nosso choro e pesar. Um pranto tão previsível e natural quanto o evocar das qualidades da pessoa que morreu: “era tão novo”, “era uma boa pessoa”, entre tantas outras afirmações. Uma previsibilidade que quase esbarra no “normativo”... O que não é “norma” é questionarmo-nos como é que aquela pessoa queria que fosse o momento da sua morte. E será que nos questionamos como queremos que seja o momento da nossa morte?

O tempo que o enfermeiro está vivendo deu-lhe a oportunidade de se revelar ao mundo e conduziu-o a um lugar na sociedade em que foi levado ao ponto de ter uma visão da morte como um momento supremo da vida.

Desta forma, a sua vida futura atinge um equilíbrio que é condicionado pelo seu passado e onde a morte é introduzida sem sacudidelas de maior ou, como refere Artaud (1993, p. 20): “Eu sabia da minha morte com antecedência, como conclusão de uma vida enfim plana e mais suave do que as melhores recordações”. O enfermeiro conseguiu este equilíbrio e dá-nos uma grande lição de como a consciência da morte determina a consciência da vida e acrescenta: “costumo dizer à minha mãe que quero morrer antes dela para ela me poder contar (...) as coisas bonitas” (E 2, p. 8). A emoção de saber que quer (e desejar) morrer antes da sua mãe domina a sua existência e este desejo roda apresentando-se como uma outra face do eu. Não existe mistério e acentua: “concebo a morte numa perspectiva muito pessoal que pode ser considerada macabra” (E 2, p. 8). Aos olhos do enfermeiro, a mãe é alguém indispensável em todos os momentos e esse olhar sobre ela é, na sua essência, toda a sua vida, fá-lo ampliar-se, exaltar-se até aquele desejo soberano, “onde o valor da vida presente se desconcerta com as pancadas da eternidade” (Artaud, 1993, p. 20).

De facto, a pessoa chegou ao limite das suas forças e deseja ir mais longe, para algo de muito belo: “espero ir para uma coisa mais bonita” (E 2, p. 8); “a morte sempre foi algo que me fascinou muito”(E 2, p. 9). Sabe que tem de passar para outro lado e abandonar o seu corpo, porém, na incerteza: “não sei o que me espera mas que seja algo muito bonito, que seja uma coordenação de tudo bonito que tenho vivido até aqui” (E 2, p. 8). Esta paixão pela vida leva-o a desejar e a questionar como será o “outro lado”; é como uma espécie de ventosa assente no espírito do enfermeiro, que lhe ocupa até ao limite da sua sensibilidade.

Mas a morte não quer dizer que deixe de ser, como já constatámos, “um velar” a pessoa ou, nas palavras de Morin (1970, p. 229), “é talvez a passagem da alma para outra vida; é talvez um sono sem sonhos”.

Os enfermeiros do nosso estudo interrogam se “a morte será o fim de alguma coisa ou o princípio de algo” (E 2, p. 10; E 5, p. 4); “não se sabe de nada (E 2, p. 10)!” E será que é possível clarificar esta incerteza? E com que finalidade?

Parece-nos que voltamos a cair na metafísica, à procura de respostas cabais para perguntas cujas respostas nunca terão consenso.

## Mistério da morte

Na nossa perspectiva, representamos o “outro lado” de duas maneiras: por um lado, sem aspecto e sem forma, mas que invade o nosso ser e, por outro, vemo-lo nítido, todo poderoso e que ocupa todos os nossos sentidos. Quando a morte desce até nós, muda inevitavelmente a nossa vida, muda-lhe a forma e é o que encontramos no discurso dos enfermeiros: “interrogo-me sobre a morte porque é um mistério”(E 5, p. 3). Esperamos por uma certeza que nunca cá chegou (“nunca ninguém veio cá dizer como é outro lado”), e o homem sente-se na obrigação de esperar o que ainda não concebe. O que imaginamos e desejamos “é saber se o desconhecido, para onde vamos, será ou não para reinar” (Maeterlink, 1997, p. 33). Assim que tentamos definir o desconhecido, analisá-lo e compreendê-lo, faltam-nos as palavras ou então criamo-las para aquilo que tentamos negar. Conceber o desconhecido, o “nada”, torna-se, na nossa opinião, divergente com a razão, oposto à nossa inteligência que se esforça por iluminar o que está nas trevas, visto que “chamamos nada a tudo que escapa aos nossos sentidos ou à nossa razão, e que existe sem o sabermos”(Maeterlink, 1997, p.34).

Quanto mais elevamos o nosso pensamento parece que cada vez menos compreendemos o que é o desconhecido, mas, em todo o caso, se o conhecêssemos, seja o que for, nunca deixaria de ser objecto de reflexão e é isso que importa...

O enfermeiro cuida da pessoa como se houvesse um outro lado que a vai acolher: “temos de ajudar o doente a transpor-se para a eternidade (E 1, p. 4). Hennezel (1997, p. 136) identifica as preocupações espirituais de Danièle à beira da morte: “O que implica que existe algo além de matéria, chamemo-lhes alma ou espírito ou consciência, o que se quiser. Eu creio nessa eternidade. Reincarnação ou acesso a um outro nível totalmente diferente... Quem morrer verá!”

E o enfermeiro acrescenta: “há uma parte espiritual e a gente também pensa na morte... a gente vê-a todos os dias por aí” (E 4, p. 7). Quando a ciência nos abandona, parece que é a hora de expressarmos a espiritualidade<sup>89</sup>. A procura do significado para o que nos acontece faz parte de toda a nossa vida, mas esta busca torna-se mais intensa quando pensamos na morte ou numa doença incurável. Assim, a nossa assistência

---

<sup>89</sup> A expressão da espiritualidade é algo que pode ser experimentado por cada um de nós, no sentido de encontrar o significado e um propósito para a vida (Stepnick e Perry, 1992, pp. 17-18). Serralheiro (1993, pp. 20-21), diz-nos que tudo o que pertence à vida do espírito, é a espiritualidade. Acrescenta que a dimensão espiritual permitirá transpor sempre as futilidades de uma experiência de vida à base de actividades que possam estar desprovidas de significado, sendo uma força viva no interior de cada um de nós que nos leva a uma maior plenitude da vida.

consiste em descobrir, com a pessoa em fim de vida, o que está para além das necessidades físicas (entre outras) e em contemplar as necessidades espirituais, levando-a a uma nova perspectiva do momento que está a viver, pois, à medida que entra num processo de transformação, incorpora a sua perspectiva espiritual. O enfermeiro, ao assumir que cuida “da espiritualidade” da pessoa em fim de vida, assume que está à procura, com essa pessoa, que ela viva a sua morte (encontrando a sua força interior “*guiding force*” (Watson, 1988) que marca a individualidade de cada um de nós), levando a uma harmonia interior de ambas as pessoas, tendo em conta que a morte é o desfecho da pessoa em fim de vida.

Reflectimos sobre a forma como o enfermeiro vivencia o processo de morrer da pessoa e as consequências que podem advir, quer para a pessoa que vive a sua morte, quer para o enfermeiro. A forma como o enfermeiro assimilou este momento ajudou-o a consciencializar que a vida é finita e a querer vivê-la intensamente.

Seguidamente, veremos como o enfermeiro aprendeu a cuidar da pessoa em fim de vida.

#### 4. A aprendizagem do cuidar a pessoa em fim de vida

“Sem cuidar nada importa e algo – eu próprio – sempre importa para mim. Este importar estrutura o meu mundo e determina o meu interesse pelas coisas e as minhas relações com os outros; – é a base de toda a motivação... À verdade de que a existência é fundamentalmente a minha deve ser acrescentada a verdade de que, fundamentalmente, eu cuido. Isto é, eu tenho sentimentos em relação a tudo... sobre coisas, pessoas e, mais significativamente, sobre mim próprio”

(Griffin, 1983, p. 289)

“Cuidar” é condição *sine qua non* para cuidar das coisas, dos outros e de si próprio, pelo que é um “aspecto estrutural do crescimento e desenvolvimento humano” (Griffin, 1983, p. 289). O enfermeiro recebe tantos ou mais benefícios do que a pessoa que cuida, pois adquire a sua própria experiência, a perspectiva do outro e a experiência do outro impregnada de emoções. Contudo, a principal finalidade do processo de cuidar é o crescimento e desenvolvimento daquele que é cuidado, embora, também, o enfermeiro se sinta bem e cresça interiormente.

Ao analisarmos os dados numa perspectiva da aprendizagem do cuidar a pessoa em fim de vida, compreendemos que o cuidar “é uma palavra que funde pensamento, sentimento e acção - saber e ser” (Benner e Wrubel, 1989, p. 1), mas, para que seja bem sucedido, é necessário que o enfermeiro conheça os seus próprios problemas existenciais, que se ocupe de si para que possa ter espaço para o outro. Assim, o enfermeiro que reconhece e usa a sua sensibilidade e os seus sentimentos promove o auto-desenvolvimento e a auto-realização e é capaz de encorajar o mesmo crescimento na pessoa que cuida (Watson, 1985, pp. 16-17).

Diversas vezes, durante o decorrer das entrevistas, os enfermeiros referiram: “tenho que pensar”, “nunca tinha pensado nisso” (E 6, p. 2); “se calhar faço cuidados específicos” (E 2, p. 6). Assim, levaram-nos a fundamentar que um pressuposto inerente à formação para cuidar a pessoa em fim de vida passa, necessariamente, pelas (suas)

experiências que se pretendem formadoras, isto é, que “impliquem uma articulação conscientemente elaborada entre a actividade, sensibilidade, afectividade e articulação que se objective (...) numa competência” (Josso, 1991 p.192). Desta forma, os enfermeiros do estudo, ao partilharem connosco as suas experiências, submetiam-nas a um processo de reorganização, de reconstrução, isto é, levaram-nas a um trabalho de reflexão que, por sua vez, as levou a aprenderem com as (suas) experiências (Pineau, 1991).

Assim, para uma melhor compreensão, análise e apresentação dos dados referentes a este tema, optamos por circunscrevê-los a quatro períodos: um, inicial da vida profissional - a Iniciação; outro em que parece vingar a consciencialização de uma práxis - a Interiorização; um terceiro relativo à emersão de um cuidar tradutor de competência profissional - a Competência<sup>90</sup>; e ainda um outro, em que a prática profissional parece depender também de um quadro construído pelo enfermeiro ao longo da sua vida - a Formação pela experiência<sup>91</sup>.

### A iniciação

Inicialmente, as experiências descritas pelos enfermeiros reflectiam o medo e o susto quando tocavam o corpo da pessoa: “Quando acabei o curso pensava... olha, morreu, morreu, paciência”(E 4, p. 10); “olhar nos olhos evitava ”(E 7, p. 1);“tocar nas mãos arrepiava-me” (E 6, p. 1). Embora estejamos habituados a ver “cenas” de morte todos os dias através dos ecrãs das televisões, como sejam “as valas da morte” descobertas em Timor, com corpos desfeitos, amputados e sem rosto que foram sendo dadas a conhecer ao Mundo, são sempre as “mortes distantes”. É, de facto, uma morte

---

<sup>90</sup> “Partimos do pressuposto de que as competências se desenvolvem a partir de experiências-chave do itinerário pessoal e profissional do indivíduo, podendo ser desenvolvidas por actividades de trabalho, de formação, e actividades ligadas à sua vida social e familiar” (Pires, 1994, p. 11). Neste contexto, Barry Nyhan, (1989), citado em Pires (1994, p. 11), “desenvolve o conceito *de atitude à auto-formação*, a *competência-chave* da formação contínua, que é entendida como a capacidade que uma pessoa tem de fazer um exame crítico e compreender o que se passa no local de trabalho; esta capacidade de julgamento pessoal é o que orienta todas as outras actividades, baseada na compreensão e no conhecimento prático pelos indivíduos”. Neste sentido, as competências que se exigirão ao indivíduos do amanhã, para além das técnicas e da experiência, serão: flexibilidade, responsabilidade e as capacidades de tomada de decisão, de iniciativa, de planificação, de comunicação e de cooperação (*ib.*, p. 12).

<sup>91</sup> A experiência implica a pessoa na sua globalidade. Desta forma, o sujeito deve pôr-se em questão através das suas experiências, de modo a desenvolver uma atitude reflexiva, capaz de o direccionar para um novo sentido. Assim a formação pela experiência é um processo através do qual o conhecimento se elabora, partindo de uma situação concreta, permitindo avançar na vida. Este processo implica uma transformação e, como refere Josso (1991, p. 192), é a formação pela experiência aquela que tem uma maior incidência na nossa identidade”.

A auto-formação como formação pela experiência foi abordada no capítulo IV.

longínqua, não é uma morte tabu, tal como a mencionamos na apresentação e análise do tema anterior. Esta, para além de se revestir de absurdo, “abrange a morte íntima, a que toca ou tocará algum dia cada um de nós (...) é esta que é despojada com demasiada frequência da sua dimensão humana (Hennezel e Leloup, 1998, p. 46). Mas é sobretudo no face a face com a morte da pessoa que cuida que o enfermeiro tem a sensação de que não é possível fazer mais nada (“sentia-me impotente”) (E 7, p. 3), ou até de querer ajudar mas sem saber como, pois a intenção é conduzida por uma representação de sentido (“a gente vem cheios de boas intenções que eram diferentes do agir”) (E 8, p. 5), ou que este momento é muito pouco gratificante (“a gente tanto que faz e recebe-se ingratidão”) (E 4, p. 4). Assim sendo, esta situação é “fonte de poucas gratificações; mais, às vezes é vivida como frustrante por não serem os resultados obtidos de acordo com o esforço dos cuidados prestados na luta contra a morte” (Elba, *et al.*, 1993, p. 217). Não se aceita a morte da pessoa, pois a morte é um fracasso, sendo a pessoa ingrata por não corresponder ao esforço efectuado. E continuamos com o tabu da morte, porque, ao contemplarmos a realidade da morte, é para nós próprios que estamos a olhar. É este o cenário em que assenta a sociedade ocidental. Como refere Morin (1970, p. 257), “a morte não parece disposta a deixar-se ultrapassar, pois continua-se a morrer”. Se é pura ilusão querer fugir a esta realidade, então como devemos agir? É óbvio que não existem receitas, mas a sociedade terá de evoluir, no sentido de aprender a reenquadrar a morte nas nossa(s) vida(s) e não pensar que aprender a lidar com a morte, como fim individual da vida de cada pessoa, só diz respeito aos profissionais de saúde. Mas a estes a proximidade da morte continua a incomodar, como podemos verificar: “O doente a morrer (...) incomodava-me muito e fugia” (E 8, p. 2). O enfermeiro não estava preparado para “sentir os seus próprios sentimentos”; daí a sua fuga. Formámo-nos para pensarmos o que dizemos e não para pensarmos o que sentimos. Essa ousadia – pensar o que se sente – pode envolver algum sofrimento que ofusca o enriquecimento que daí advém. É mais fácil e mais cómodo fugir...

Existe uma ténue separação entre o partilhar a morte da pessoa e o tomar essa realidade como “nossa”. No nosso entender, o enfermeiro “ultrapassou” esta fronteira (“fujo”) (E 4, p. 4). Foi a forma que encontrou por não conseguir manter-se com o outro, dando origem a um cuidado de enfermagem que, em última análise, enfraquece as suas relações pessoais e profissionais e o seu desempenho.

Chapados (1994, pp. 35-36), ao questionar, informalmente, doze enfermeiras sobre a forma como cuidavam as pessoas em fim de vida, obteve as seguintes respostas:

“eu choro facilmente”, “eu sofro, embora não goste, mas, não tenho escolha”, “eu não gosto de passar muito tempo no quarto porque faz-me sofrer”, “eu sou uma pessoa muito emotiva e preciso de me proteger”. Estas são algumas das respostas encontradas e que reflectem o desconforto afectivo em que estes enfermeiros se encontram, ajudando-nos a compreender que o enfermeiro evita passar muito tempo com a pessoa, visto ter medo de se envolver afectivamente. De facto, a expectativa de fracasso aumenta na mesma proporção em que evita a situação de encontrar-se com a pessoa (Watson 1985, p. 180).

De acordo com Benner (1984, pp. 23-24), no início da vida profissional, não se possui capacidade para superar os vários elementos que estão em confronto em determinadas situações. Podemos dar como exemplo com as fases que a pessoa atravessa no seu processo de morrer com as quais os profissionais e familiares não se sentem capazes de lidar.

O enfermeiro é um principiante que, deste modo, não descortina outras regras possíveis, neste caso, a fuga para a situação que enfrenta. Neste estudo, os enfermeiros reconhecem que não tinham maturidade. Pois só com o decorrer do tempo amadureceram pessoal e profissionalmente, o que advém só com a experiência (Kubler Ross, 1991). O enfermeiro refere: “a vida é que nos vai ensinando (...) vamos amadurecendo” (E 1, p. 7).

Watson (1985, pp. 16-17) diz-nos que só através do desenvolvimento dos próprios sentimentos é que alguém pode, realmente e de modo sensível, interagir com os outros. A não existência de qualquer envolvimento com a pessoa em fim de vida, o sentir que, se alguém morria, era só mais uma morte (“era mais um doente que morria”) (E 4, p. 10) é para o enfermeiro um aspecto que o tornava “muito mecânico” e, conseqüentemente, sentia que não investia “parte humana”. O recurso a um “estar mecânico” (que dificilmente se aceita, mas facilmente se compreende) parece propulsionado pelo sentimento de impotência vivenciado e, por vezes, maximizado, quando nos deparamos com a inevitável deterioração física. Neste contexto, a consciencialização da forma como olhamos o outro reveste-se de extrema importância. Efectivamente, a forma como tocamos, olhamos, ou como gesticulamos ou mesmo o facto de fazermos um simples gesto (tantas vezes sem intenção) pode indiciar, para a própria pessoa que cuidamos, que é repelente e que o nosso desejo é que chegue a “sua hora”, porque, afinal, é já ela que nos incomoda e não a sua morte! A este respeito, Hennezel (1997, p. 57) refere que as alterações físicas tornam-nos estrangeiros aos

olhos daqueles que já perderam as referências familiares. Levantam-se as questões “Até quando?”, “Nunca mais acaba este martírio?”.

Por outro lado, as pessoas em fim de vida que estão conscientes são mais “difíceis” de cuidar, porque sentimos inabilidade para cuidar delas naquele momento. E o enfermeiro recorda: “falavam, pediam ajuda com sinais que a gente não via ou não os queria ver, também, dava chatices” (E 3, p. 5). É preciso assegurar uma presença junto da pessoa e preocupar-nos com as suas necessidades e desejos particulares. O facto de pedirem ajuda através da comunicação não verbal, compromete-nos no nosso dever de saber e aprender a comunicar para além das palavras, como vimos: “poderei estar mais atento (...) e que eu me possa aperceber através de um gesto, de um olhar e poder dar resposta” (E 5, p. 6). Torna-se premente “esperar pacientemente algumas palavras, mesmo ler ou mesmo adivinhar as respostas num olhar, numa expressão da face, num sorriso ou num gesto da mão” (Lanoë, S. 1988, p. 243). Acolher esta dimensão do outro é confiar no seu devir, é estar presente e atento ao que poderá emergir... É uma atitude de confiança na profundidade do Homem, aquilo que no Homem supera o Homem, aquilo que no Homem se mantém aberto a um além do Homem (Hennezel e Leloup, 1998, p. 25).

Mais tarde, no seu percurso profissional, os enfermeiros aperceberam-se de que existem momentos que vão para lá da técnica, levando-o ao encontro de toda a intensidade de uma relação interpessoal e a constatarem que a pessoa não se reduz ao que estamos a ver ou que julgamos ver; é infinitamente maior e mais profundo do que os nossos julgamentos podem exprimir (Hennezel, 1997). Senão vejamos: “empenhava-me e as necessidades físicas ficavam satisfeitas” (E 4, p. 3); “tinha a sensação do dever cumprido” (E 3, p. 5). Verificamos que o dever ocupou, até então, um espaço no vazio que havia sido deixado para a afectividade. Como referem Alberoni e Veca (1996, p. 84), “fazer bem aos outros por puro dever, sem qualquer participação do sentimento é totalmente diferente, mesmo com resultado”. Não será a pessoa considerada objecto quando o enfermeiro a cuida como dever? Será que os cuidados prestados se basearam apenas na atenção, segurança e precisão? É que, embora essas dimensões sejam inquestionáveis, não se esgotam em si mesmas: a pessoa não é um corpo objecto em que mobilizamos os nossos conhecimentos e as técnicas, mas sim um corpo sujeito que tem necessidade de atenção, que exige sentido (Hesbeen, 1997, pp. 15-20). Na verdade, as pessoas de quem cuidamos valorizam “não apenas o gesto, mas o seu calor, a sua intenção, a sua sinceridade (...) queremos sentir-nos apreciados por nós próprios”

(Alberoni e Veca, 1996, pp. 136-137). O cuidar a pessoa deve brotar do sentido que lhe der a pessoa que cuida e do sentido que lhe atribuir a pessoa que é cuidada. Nesta perspectiva, “é possível considerar que o encontro profissional deve implicar um limiar básico de amor” (Renaud, 1999, p. 13). Sem esta perspectiva, a abordagem à pessoa parece-nos redutora e desprovida de sentido. Convém sublinhar que o dever supõe um hiato entre a sensibilidade e a consciência de um determinado acto (*ib.*, p. 13), pelo que as experiências que são agradáveis, geralmente, não são referidas como tendo sido realizadas por dever e referimo-las dizendo: “fiz com prazer”<sup>92</sup>.

Por outro lado, o cumprir das actividades, desprovido de afecto, levava o enfermeiro a sentir que, ao cuidar da pessoa em fim de vida, era um ser ausente, o eu total não estava lá, mas a sua presença impunha-se porque estava preocupado em observar os colegas: “(estava) interessado em ver os outros para aprender” (E 8, p. 2)/, “ia aprendendo a ver os comportamentos dos enfermeiros mais velhos” (E 2, p. 13).

Da nossa experiência resulta a percepção de que o mundo hospitalar não é propício ao desenvolvimento de uma relação marcada pelo cuidar, porque a azáfama que o contexto impõe inviabiliza a disponibilidade para estar com a pessoa, e as próprias organizações de saúde são administradas de uma forma pouco promotora do cuidar<sup>93</sup>. Se bem que este enfermeiro não estava preparado para entender a exigência de uma determinada situação, no entender de Benner (1984, p. 31-32), torna-se necessário descrever e analisar profundamente a situação. Contudo, parece que não existe qualquer preocupação por parte da gestão na integração dos jovens profissionais e os próprios recém-formados parece que não sentem a necessidade de terem uma integração congruente com a ideologia do cuidar, como se pode confirmar: “inicialmente estamos interessados em integrarmo-nos no serviço e grupo” (E 8, p. 2). Assim, o cuidar fica submergido devido à perspectiva unilateral do sistema de cuidados de saúde. É esta a perspectiva de Watson (1985, p. 33), ao acrescentar que a função do cuidar é ameaçada pela tecnologia, o modo de gestão e a manipulação das pessoas para ir ao encontro das necessidades do sistema e, paralelamente, parece existir uma consciencialização de uma práxis, que acaba por interferir no seu estar como enfermeiros.

---

<sup>92</sup> Há um recordar que nos permite “olhar para trás” e colocar em jogo duas operações mentais (Pineau, 1991, p. 39). Este processo de reflexão foi abordado no capítulo IV.

<sup>93</sup> A este respeito Hesbeen (2000, pp. 6-7) diz-nos que não nos podemos refugiar eternamente atrás dos meios que, muitas vezes, servem de alibi para não traçarmos caminhos de evolução concretos e inovadores. “O aumento de meios não serve de nada e não pode ser validamente argumentado se a prática do cuidar não for previamente enriquecida por uma reflexão essencial, a da perspectiva dada às acções”(ib., p. 7).

## A interiorização

Na consciencialização dos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa em fim de vida, um aspecto que nos parece fundamental foi a interiorização da unicidade do ser humano: “a gente, às vezes, deixa para trás, esquece-se que está ali uma pessoa única” (E 2, p. 2). Constatamos que, ao percepcionarem a proximidade da morte, interiorizam que a vida da pessoa acaba, mas salientam a individualidade da pessoa: “nunca mais vai haver uma como ela” (E 8, p. 2). Leva-nos a pensar que os enfermeiros compreenderam que a pessoa que cuidavam tem uma história única, um percurso de vida singular.

O enfermeiro realça que a família<sup>94</sup> ajudou-o a compreender a importância daquela pessoa: “o que mais me ajudou a compreender a importância daquela pessoa para a família foi vê-la chorar aquela morte” (E 8, p. 3). O que, no nosso entender, pressupõe que a constatação da tristeza e a dor da família pode contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Na realidade, a pessoa é uma parte da família e o enfermeiro compreendeu que esta manifestação de dor é um modo de expressar a angústia, a saudade, reconhecendo a importância do contexto e a influência da interação dos seus elementos. Assim sendo, o enfermeiro norteia os cuidados tendo em conta a sua sensibilidade, ou seja a sua orientação para a prática é claramente humanista, no sentido em que volta a sua atenção para o doente como pessoa e desenha como um todo os cuidados, incluindo a família na equipa (Hill, 1992, p. 20).

É no contacto diário com a pessoa em fim de vida que os enfermeiros irão provavelmente falhar no seu tratamento como pessoa (*ib.*, p. 18.). Na verdade, estão sempre muito ocupados, prestando cuidados de forma rotinizada: “a gente começou as rotinas (...) apercebemo-nos que havia um doente a morrer...havia muito que fazer ” (E 8, p. 2). Nestas situações, o enfermeiro corre o risco de se esquecer da pessoa, já que as rotinas são impeditivas de um atendimento individualizado, porque o tempo que têm disponível é muito pouco (“o nosso tempo está muito ocupado com rotinas”) (E 3, p. 10), pois correm o risco de virem a encontrar a pessoa já morta (“quando lá fomos ele já tinha morrido”) (E 8, p. 2).

---

<sup>94</sup> Os enfermeiros sentem que os familiares conseguem apoiar as pessoas em fim de vida no processo de cuidar e alguns acham que isso também é bom para o enfermeiro (Pires, 1995, p. 134). Cada família adopta os seus próprios mecanismos de defesa, em grande parte relacionados com o tipo de relação que mantinha com a pessoa em fim de vida, e que poderão ir desde um aumento do convívio e uma certa infantilização, até quase ao seu abandono, numa tentativa de esquecimento e fuga da realidade (Pacheco, 1999, p. 145).

Quando nos questionámos sobre a situação referida, encontrámos várias explicações, também elas explicitadas pelos enfermeiros, para que a morte da pessoa no hospital seja uma morte fria, distante e calculada, como podemos constatar: “a gente convive com ela e depois puxa-se os cortinados e continua-se a vida” (E 8, p. 2). Algumas vezes, a pessoa está rodeada por uma equipa, mas também envolta em muita solidão. Nestes momentos, engendram-se outros afazeres para não estar junto da pessoa em fim de vida, pois é mais fácil regressar para junto dela quando estiver morta, a fim de prestar os últimos cuidados: “uma forma de não estarmos presentes é virarmos as costas... porque depois é mais fácil (...) vamos fazer a múmia”<sup>95</sup> (E 5, p. 7).

Quer pela nossa percepção, quer pela bibliografia consultada, constatamos que a morte foi transferida do domicílio para o hospital, mesmo sabendo-se que “está mais preparado para prolongar sofisticadamente a doença do que para satisfazer as necessidades humanas dos doentes, quando a cura já não é possível” (Duarte, 1991, citado em Henriques *et al.*, 1993, p. 11), e o local onde as pessoas em fim de vida estão mais sujeitas ao encarniçamento terapêutico (Pires, 1995)<sup>96</sup>.

A “marginalização” da pessoa em fim de vida parece mais frequente do que se possa imaginar. Nos hospitais, o próprio espaço é, por ele mesmo, conducente a esta situação: o colocar-se a pessoa numa “sala” isolando-a dos colegas de enfermaria para não os incomodar. Muitas vezes o local que a recebe é como uma antecâmara da morte, onde existem poucos aparelhos de vigilância e de intervenção. Como está à espera “da sua hora”, as visitas dos profissionais de saúde são cada vez mais raras e com menos tempo de permanência junto da pessoa. Não serão estas estratégias fruto da nossa inabilidade para lidar com o fim de vida da pessoa, uma vez que somos preparados para a manutenção da sua vida?

Assim sendo, o enfermeiro deixa a pessoa morrer; convive com a sua morte, mas afinal a vida continua: “puxa-se os cortinados e continua-se a nossa vida” (E 8, p. 2). O puxar das cortinas é um gesto simbólico para evitar o incómodo, enfim, foi mais um anónimo que morreu. Será que é por isso que o enfermeiro acha que a morte no hospital está desprovida de significado. Ou será porque tem muitas pessoas para cuidar?, “tem 30 doentes e 3 enfermeiros” (E 6, p. 4), e, por isso, encontra uma explicação para que seja frequente encontrarem-se pessoas mortas?

---

<sup>95</sup> Fazer a múmia significa prestar os últimos cuidados ao corpo - cadáver, como seja o tamponamento dos orifícios.

<sup>96</sup> Foi uma das conclusões a que Pires (1995) chegou ao fazer um trabalho sobre o “Cuidar em fim de vida”.

Uma das explicações que encontramos para que isso aconteça é a necessidade de saber gerir os cuidados a outros doentes em tempo útil. De facto, nem sempre o tempo é apontado como um factor justificativo para não estar com a pessoa no seu processo de morrer: “havia tempo” (E 3, p. 5). Contudo, o enfermeiro continuava a afastar-se da pessoa: “fugia-se”(E 3, p. 7).

Verificamos que, sob a fuga, existe o medo de sentirem os seus próprios sentimentos. Watson (1985) refere-nos que as emoções têm um papel central no comportamento das pessoas e que uma incongruência entre pensamentos e sentimentos pode levar ao medo, parecendo justificar, então, os comportamentos adoptados por estes enfermeiros. A mesma autora questiona se os sentimentos são ventilados verbalmente, isto é, se o enfermeiro é encorajado a expressar-se ou se os seus sentimentos são reprimidos, ignorados e, como tal, bloqueados? Usualmente os enfermeiros não são encorajados a ventilar os seus sentimentos, nem a partilhá-los com a equipa. No nosso estudo, o enfermeiro considera que a equipa não partilha quaisquer preocupações e, como tal, não há discussão sobre eventuais medos e receios, “não há espírito de grupo” (E 3, p. 11), “quais são os meus medos, quais são os medos do outro, e do outro...faz falta” (E 5, p. 7), exigindo um trabalho pessoal que consiste em ser autêntico e congruente com os próprios medos e receios e ousar partilhá-los e, assim, poder evoluir.

Imbuído pela forma como vive o momento da morte da pessoa, o enfermeiro deixa passar as suas emoções positivas: “eu não me importo de me envolver (...) afectivamente e, quando as minhas emoções são positivas (...) não separo o lado emocional e afectivo da prática” (E 8, p. 5), o que torna a sua prática congruente.

Por vezes, o enfermeiro sente-se pequenino no momento da morte; é de facto a aceitação dos seus limites, pois, enquanto não os aceitarmos, nunca poderemos estar com os que morrem: “É impossível construir barreiras que têm apenas, como objectivo, camuflar o que se sente e justifica-se: é desgastante viver com várias faces, vestir disfarces” ( E 8, p. 6). Se assim não acontece, fugimos porque não conseguimos aguentar mais e lamuriamo-nos utilizando em série palavras que tentam esvaziar o que verdadeiramente sentimos: a nossa incapacidade para estar com a pessoa em fim de vida. Quando regressamos para junto da pessoa morta, é para demonstrar a nós próprios que somos fortes e, assim, vamos injectando poder nas nossas fraquezas; são “contradições em termos conceptuais e práticos” ( E 8, p. 5).

O enfermeiro, como pessoa e como profissional, procurou desenvolver-se e manifestou desejo de querer aprender a estar na situação de cuidados e a procurar imaginar os que estão a morrer: “ao fim de tantos anos de carreira apercebemo-nos com a nossa sensibilidade de que aquela pessoa está no seu fim (...) há que estar atento e (...) ter sensibilidade” (E 5, p. 1).

Chapados (1994, p. 36) refere que os enfermeiros que lidam com as pessoas em fim de vida exprimem o desejo de adquirir conhecimentos sobre a relação de ajuda, as fases da morte, a forma de se comportarem com os familiares e a necessidade de partilharem os seus sentimentos com a equipa.

Face à inevitabilidade da morte do outro, o enfermeiro consciencializa que a vida é finita: “vejo-me nos outros” (E 8, p. 5). Um aspecto a ter em conta será o estar presente no momento da morte, “tentar estar presente” (E 5, p. 2), tendo em conta a profundidade da nossa presença e a fineza na leitura das suas necessidades: “consigo estar muito mais sereno perante a morte” (E 5, p. 2).

Um outro passo consiste em estar muito atentos à forma como presenciamos a morte daquela pessoa e a consciência com que prestamos os cuidados. É preciso ter em conta que as pessoas podem ter necessidades que estejam completamente escondidas dos olhos dos enfermeiros (Watson, 1985). Ou seja, as necessidades que emergem podem advir do interior da pessoa, isto é, da forma como essa pessoa perspectiva o seu mundo. Ajudar a pessoa em fim de vida no seu processo de morrer é ajudá-la a encontrar sentido na doença, no seu sofrimento bem como na sua existência. É ajudá-la a obter auto-conhecimento, auto-bem-estar, auto-respeito e auto-cuidado, encontrando um sentido de harmonia interna, independentemente das circunstâncias externas (Watson, 1988, pp. 45-46). Neste contexto, o enfermeiro pode entender a filosofia de vida da pessoa que cuida, as suas crenças e ideologia a fim de ver o mundo dela através dos seus próprios olhos. Só com esta visão é que poderá lidar com a condição humana (Watson, 1985, p. 207) ou, nas palavras de Malraux (2000, p. 10), “tentar dar aos homens a consciência da grandeza que em si próprios ignoram”. E Jorge de Sena prefaciando a obra de Malraux (2000, p. 10), acrescenta que “a grandeza humana é algo que não releva apenas da descoberta individual, e (...) mais na vivência colectiva”. Esta perspectiva pressupõe que a pessoa seja vista como um ser completo, que cresce progressivamente, no sentido de construir um todo, pois, no nosso entender, a grandeza é actual e está em desenvolvimento; daí que cada experiência vivida reforce o ser pessoa e cada um cresce na inter-relação com o outro. Algumas vezes, não estamos dispostos a

entrar no mundo do outro e só após a sua morte é que reconhecemos que podíamos ter ido para além da técnica: “aquele morreu e eu poderia ter feito muito mais (...) não só na técnica mas (também) na relação” (E 3, p. 5); “é tentar não falhar em tudo (...) em termos físicos (...) (e) não falhar na parte psíquica” (E 4, p. 8). Mas será que o outro está disponível para se abrir comigo? De facto, é preciso que o outro se abra e permita que o enfermeiro entre no seu mundo para que o processo de cuidar se desenrole (em termos de liberdade consciente) entre ambos os intervenientes. Estamos perante uma relação transpessoal<sup>97</sup>.

Verificamos que o enfermeiro compreendeu que podia ter investido mais na relação com a pessoa, levando-o a consciencializar que conhecê-la ajuda-o a ter um outro entendimento das suas necessidades: “um melhor controle na satisfação das necessidades” (E 3, p. 5), o que dantes não acontecia. Assim, há uma união entre ambas que perdura para além do tempo. O enfermeiro recorda o que de mais significativo ficou como podemos constatar: “as aprendizagens do dia a dia (...) são experiências que a gente leva para o dia a seguir” (E 4, p. 10); “aprende-se sempre alguma coisa que se leva para o outro dia” (E 7, p. 6).

De facto, tudo isto pode ser pensado a propósito da experiência que os enfermeiros adquirem, o que os leva a um trabalho reflexivo, isto é, tomam-no nas suas mãos – tornam-se sujeito dela – mas, também, aplicam-na para si próprias tornando-se objecto de formação para si mesmas (Pineau, 1988); “todo o ano que passa, todas as nossas experiências enriquecem-nos e aumentam o conhecimento” (E 3, p. 4); “é certo que cada experiência aumenta o nosso conhecimento”(E 5, p. 6); “vamos fazendo comparações das nossas vivências e interrogamo-nos porque é que eu senti isto e aquele não sentiu” (E 4, p. 11). Consideramos que este processo está intimamente ligado ao auto-desenvolvimento, isto é, o enfermeiro “virou-se” para dentro de si e reconhece o seu desenvolvimento. Couceiro (1998, p. 59, citando Pineau, 1983) “acentua a importância da acção reflexiva do sujeito sobre si, visando a criação de uma forma autónoma, com uma identidade própria e singular”.

Outro enfermeiro refere: “a gente vai vendo o impacte... que as situações causam... a gente tenta ver, depreender, fazer um filtro (E 4, p. 3) (...) situações, de moças novas que nos aconteceram (a morrer) a gente deixa escapar uma lágrima (...) Situações destas já me aconteceram e faço uma retirada, para eu próprio pensar e viver a

---

<sup>97</sup> O processo que conduz à relação transpessoal foi abordado no capítulo III.

situação sozinho” (E 4, p. 4). Parece-nos que a forma que este enfermeiro encontrou para sobreviver no seu local de trabalho foi fugindo das situações e vivendo-as sozinho e argumenta: “desatar a chorar diante do doente talvez não seja uma situação facilitadora de uma morte serena”(E 4, p. 4). Assim, afasta-se da pessoa porque acha que não a ajuda a morrer e vive a morte dela isoladamente.

O dever profissional parece estar presente, mas o enfermeiro encontra uma explicação para o seu agir: “salvuardo-me para não fazer depressões” (E 4, p. 8).<sup>98</sup> Conhecer os nossos limites, aceitá-los e continuar a dar o que nos é possível é algo que cada um de nós terá de fazer ao seu ritmo. Pensamos que é perfeitamente aceitável que, de vez em quando, sintamos períodos de desalento, de angústia e de sofrimento. Caso contrário, permanece uma formação que tivemos e que enfatizava o não envolvimento com os problemas da pessoa e o não expressar sentimentos. A maneira de ser e estar do enfermeiro com as pessoas doentes era, pois, o resultado de um conjunto de qualidades que se manifestavam exteriormente, mas que provinham da educação dos sentimentos e de uma vida interior profunda (Collière, 1999).

Por outro lado, cremos que na relação com o outro nos vamos conhecendo: “fiquei mais sentimentalista com o tempo... tornei-me mais pessoa” (E 4, p. 10). A este respeito, Nunes (1998, p. 37), citando Gabriel Marcel, diz-nos que cada um de nós descobre a sua vocação como pessoa quando percebe a solicitação que vem do outro, quando esta se cruza com o apelo interior que brota de cada um de nós. Acrescenta que ser pessoa, pressupõe os outros; o doar-me aos outros levando à descoberta de uma identidade sempre mais assumida e capaz de resistir às mudanças. Isto é, cada um de nós torna-se mais pessoa à medida que se vai relacionando com os outros e “pressupõe uma relação de identidade e diferença. Diferença enquanto na relação com o outro descubro sempre mais a sua diferença, a sua unicidade o seu mistério de ser Outro. Identidade na relação com o outro, onde me descubro sempre mais a mim na minha maneira própria, pessoal de me relacionar com o outro” (p. 37).

---

<sup>98</sup> Num estudo efectuado por Rosado (1993), “Os Técnicos de Saúde face ao Doente Terminal”, 39, 4% dos entrevistados, sobretudo enfermeiros, abandonaram os serviços vocacionados para cuidar destas pessoas e mobilizaram mecanismos de defesa: a negação da situação (levando-os a tentarem fugir ou passar a “pasta” a outro), o refúgio em parâmetros (quando referem que nunca pensam neles como doentes terminais), a fuga (dizendo que trabalham com noções de “sobrevida e qualidade de vida”, por isso, não há razões para terem perturbações) e, por último, as tentativas de dessensibilização (argumentando e dizendo que têm que se vacinar). No nosso entender, a formação insuficiente ou a sua inexistência podem levar os enfermeiros a apresentar estes comportamentos, que parecem estar relacionados com a sua insegurança e impotência perante as situações que vivem com as pessoas em fim de vida.

Emerge, assim, uma nova forma de encarar a pessoa do enfermeiro e a pessoa do doente. Há uma tomada de consciência que começa a despertar para estar com a pessoa em fim de vida: “é importante estarmos atentos ao medo que nos rodeia e não termos medo de cuidar das pessoas em fim de vida (E 2, p. 11).

Na fase inicial, para o enfermeiro vingou o medo de estar com a pessoa a morrer, levando-o a fugir de viver esse momento em conjunto. Seguidamente, começa a interiorizar que, ao ajudar a pessoa a morrer, está a confrontar-se com a sua própria morte. Assim, emerge a necessidade de estar com a pessoa, ultrapassando o domínio da técnica, para entrar no mundo emocional e subjectivo dessa pessoa.

O estar com a pessoa levou também o enfermeiro a mobilizar conhecimentos e capacidades, de forma pertinente e no momento oportuno, numa determinada situação, desenvolvendo a sua competência à situação de cuidar a pessoa em fim de vida e realizando-a na acção (Le Boterf, 1995, pp. 16-23).

A competência torna-se, assim, uma realidade dinâmica que pretende dar resposta às necessidades apresentadas em determinado contexto de trabalho, como descreveremos seguidamente.

### A competência

Possuir conhecimentos não significa ser competente, pois a competência não é um estado ou um conhecimento possuído. Esta não se reduz nem a um saber nem a um saber-fazer.

Sermos competentes supõe a apreciação do outro enquanto pessoa. “A dimensão de pessoa implica uma consciência de si, mas não apenas uma consciência no âmbito de uma compreensão formal, intelectual, mas uma consciência do vivido” (Nunes, 1998, p. 36).

De início, o enfermeiro surpreendeu-se ao ver a pessoa falar da sua morte com naturalidade: “o senhor falava com toda a naturalidade da vida que tinha tido e da morte que ia ter” (E 7, p. 5). Mais cedo ou mais tarde a pessoa percebe/intui que a sua morte está próxima e o enfermeiro não se sente preparado para falar “abertamente” sobre este acontecimento. De facto, nós não fomos preparados para ajudar a morrer, mas sim para ajudar a viver. Confrontarmo-nos com os nossos sentimentos em relação à morte e ao morrer é demasiado violento para a nossa sensibilidade. Mas, com o tempo, ficamos mais despertos para as situações com que nos confrontamos: “o confronto com as

situações e analisá-las, o não ter pressa (na prestação) de cuidados (E 8, p. 3) e a disponibilidade para estar junto da pessoa em fim de vida, que precisa sempre de tempo para se “abrir”, exigem uma aceitação perante a inevitabilidade da morte. O “tempo de morrer” acaba por ter um valor, que deve ser respeitado na medida em que tem um sentido, mesmo que este nos fuja – é o tempo de fechar o circuito !(Hennezel e Leloup, 1998, p. 40). Aachamos que este enfermeiro é sensível à forma como a pessoa vive a sua morte e, conseqüentemente, está disponível para apreender a visão que ela tem do seu mundo, preocupando-se pelo seu bem-estar e promove o seu auto-desenvolvimento e auto-cuidado: “esperar que consiga virar-se sozinho na cama; dar tempo para que abotoe o botão ou pegue o talher” (E 8, p. 4). Este cuidar é bem demonstrativo do respeito pela pessoa, pelo seu ritmo na realização destas actividades. De facto, o respeito, neste contexto, é acreditar que a pessoa é única e “demonstrar-lhe consideração por aquilo que é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial” (Lazure, 1994, p. 51).

E, como refere Watson (1985), é preciso desenvolver uma relação de confiança: “ganhei confiança” (E 7, p. 5), o que pressupõe conhecer o outro, o seu espaço e o seu campo fenomenológico. No entender de Watson (1988, p. 57), o campo fenomenológico “existe em cada pessoa onde se move e desenvolve (...) sendo o seu marco de referência” (p. 55) ou realidade subjectiva, composta na totalidade pela experiência humana.

“É preciso saber retirar o significado individual de cada experiência” (E 3, p. 5), refere o enfermeiro, acrescentando que “não se dá pelo seu acumular (...) mudamos a nossa maneira de estar” (E 3, p. 4). De facto, há uma mudança efectiva na forma de estar com o doente e, de cada experiência, retira-se um significado individual. Aprende-se sempre um pouco em cada situação e na proporção directa da profundidade da interacção estabelecida. Assim sendo, tornamo-nos mais pessoas à medida que vamos ajudando a dar sentido à experiência que a pessoa está vivendo. É o caso de um enfermeiro que, ao ajudar uma pessoa a morrer em paz e ao tranquilizá-la, acabou por ajudar a dar sentido à própria experiência... a “entregar-se” à sua morte: “não tenha medo... não sabemos de onde viemos, pouco importa para onde vamos” (E 5, p. 4). Este momento de cumplicidade que ambos viveram, de emoções partilhadas, foi transformado em aprendizagem pelo enfermeiro, levando-o a confiar na sua intuição: “quando a morte está a chegar é a nossa intuição que funciona” (E 2, p. 5), a

sensibilidade” (E 2, p. 1) e “é a experiência de vida que vem ao de cima (sendo) a nossa conselheira nestes momentos” (E 2, p. 5 ).

Simultaneamente, o enfermeiro experiencia a morte da pessoa como sendo um dos passos que o ajuda a acabar com os seus próprios medos. Ao reconhecemos a importância desta experiência, podemos afirmar que ela se inscreve num processo de formação que se prolonga ao longo da vida; trata-se de atribuir um estatuto à experiência que leva o enfermeiro a valorizar o que esta lhe proporciona, enfim, o que aprende com ela e o sentido que lhe atribui<sup>99</sup>.

Ao reconhecemos que as experiências marcam a história de vida <sup>100</sup>de cada um de nós, temos de ter em conta que não nos podemos demitir de compreender os factores sociais, culturais, económicos, familiares (Dominicé, 1988, p. 60), entre outros, que contribuem para a individualidade de cada pessoa. Na história de vida de cada pessoa, existem experiências que são marcantes e determinantes “na sua relação consigo próprio, com os outros, com as coisas e com o ambiente” (Josso, 1991, p. 198) e que, por isso, pressupõem uma coerência entre a vivência e a perspectiva que a pessoa lhe atribui, articulando presente, passado e futuro.

Colocarmo-nos face à vida, atribuir-lhe um sentido e construir um pensamento, legitimado pela experiência e capaz de orientar a nossa acção futura, implica romper com a forma com que nos habituamos a olhar e apropriar-nos da nossa criatividade que nos leva a uma nova maneira de estar na vida, isto é, a um novo ser, estar, pensar e agir. É, de facto, uma mudança de perspectivas (Mezirow, 1993).

Sendo a vida um argumento onde nos formamos, procuraremos compreender se a história de vida do enfermeiro o ajuda no seu processo de auto-formação e a influência que pode ter ou não no processo de cuidar a pessoa em fim de vida, isto é, se para bem cuidar necessitou de ter experiências pessoais de morte.

---

<sup>99</sup> Este processo inicia-se com determinadas experiências e vivências, que sendo tratadas a nível sócio-afectivo poderão ser formativas, se houver uma tomada de consciência. Ainda é possível a transformação destas experiências e vivências em novas práticas que, por sua vez, darão origem a novas experiências e vivências que levarão a novas reflexões e tomadas de consciências. A formação experiencial foi abordada no capítulo IV.

<sup>100</sup> A história de vida é um conceito que fornece um instrumento, quer seja para investigar, quer seja para os processos de auto-formação do sujeito. A história de vida constitui a leitura, feita pelo actor, das influências e dos condicionamentos apresentados à sua consciência e, através da reconstituição do labirinto das escolhas e das decisões, expõe a maneira de defrontar, de contornar, de evitar os acontecimentos e situações dos seus percursos de vida (Josso, 1984, pp. 2-3).

### A formação pela experiência

Queremos salientar que a prática profissional depende do quadro interpretativo de cada pessoa e que este se constrói ao longo da vida, por influência de diversos factores, traduzindo-se pela individualidade da forma de pensar, sentir e agir (Couceiro, 1998, p. 53); “tentar perceber porque é que a (pessoa) que está à nossa frente (...) está a reagir daquela forma (...) ajudou-me um bocado nos doentes que estão revoltados, deu-me mais capacidade” (E 7, p. 7). Se assim não fosse, tudo o que aprenderíamos teoricamente traduzir-se-ia, na prática, por uma coerência fidedigna e, naturalmente, igual para todas as pessoas. Com esta premissa, constatámos que nem todas os enfermeiros precisaram de ter experiências pessoais de morte de pessoas significativas para “bem cuidar”: “Nunca tive experiências familiares (de morte)” (E 2, p. 12); “nem de pessoas significativas (...) não é preciso ter experiências familiares...tornar-se naquilo que ela deseja; pode ser o religioso, o amigo (...) o enfermeiro” (E 8, p. 3).

Mas o enfermeiro adquiriu uma compreensão, uma finura no saber-estar com a pessoa em fim de vida que revela um conhecimento profundo dessa pessoa e das suas reais necessidades. No entanto, o que pode ser feito é o que aquela pessoa precisa e deseja. Se é inquestionável o resultado, questiono o processo: como o conseguiu?; como conseguiu estar com a pessoa sem ser “absorvida” pelo seu fim da vida, ou seja, como consegue estar com o outro sem criar barreiras à relação?

Do nosso ponto de vista, este enfermeiro, ao dar à pessoa o que ela quer (seja o que for) e ao ter a sabedoria de intuir o que ela necessita, ao “ajudá-la a ter o que ela quer e ter a sabedoria de dar-lhe o que ela necessita” (E 8, p. 3), exibiu um trabalho pessoal que tem vindo a ser feito ao longo da vida, na medida em que superou momentos de crise, de ruptura, de perda. Segundo Watson (1985, pp. 269-271), estes momentos estão presentes em toda a nossa vida, desde o nascimento até à morte, e são necessários para o crescimento e desenvolvimento, requerendo ajustamento e adaptação ao longo da vida. Como é que fez este processo de desenvolvimento?

Achámos algumas respostas que foram dadas pela próprios enfermeiros e que, na nossa perspectiva, são as estratégias que eles próprios encontraram: “sozinho... com a minha cabeça” (E 8, p. 6); “consoante as minhas necessidades” (E 3, p. 6); “ao fim do dia... tento sempre reflectir sobre o que é que foi aquele meu dia e em que é que eu

falhei” (E 5, p. 5)<sup>101</sup>. Assim sendo, é possível estabelecer ajuda, confiança e tornarmos-nos mais sábios na presença da vida. O grau de desenvolvimento que este enfermeiro adquiriu permite-lhe estar a uma distância entre *eu e mim* (eu próprio) e não entre mim e o outro (eu e pessoa em fim de vida), isto é, pode estar muito próximo dela, “numa ressonância íntima” (Hennezel e Leloup, 1998, p.93), e manter a distância certa. Desta forma aprendemos a entrar em profundidade no seu mundo, permitindo-nos “ficar próximo daquele que está mergulhado no âmago da sua aflição, sem mergulhar com ele” (*ib.*, p. 93). Assim sendo, o enfermeiro age em conformidade com o conhecimento profundo da situação. Não se guia por directrizes e normas porque entende a situação e concentra a sua atenção no essencial sem perder as eventuais soluções. É, portanto, e utilizando a classificação de Benner (1984, p. 32), um perito.

No entanto, esteve presente no discurso de um enfermeiro uma outra forma de aprendizagem que considera que a existência de uma morte de familiares e/ou pessoas significativas tornou-o mais sensível no lidar com a pessoa que cuida. Desta forma, o desenvolvimento de sentimentos é encorajado pelas experiências de vida humanizantes e compassivas.

Um dos enfermeiros refere-se à morte da avó como se estivesse a vê-la, o que pudemos constatar pela forma como gesticulava e pelas expressões faciais que adoptava. De facto, a avó deste enfermeiro permanece na sua memória, bem como o envolvimento e a presença dos familiares que a rodeavam no momento da sua morte: “faleceu com os objectivos de vida concretizados... sem dor e com a família à volta” (E 3, p. 7). Por outro lado, parece-nos que foi ao seu lado que viveu momentos intensos da sua vida que o enriqueceram como pessoa e profissional, justificando-se: “a nossa relação era muito forte, era minha avó, minha madrinha” (E 3, p. 7), que “me influenciou e me enriqueceu” (E 3, p. 7). Conheceu a dor de separar-se de alguém que amava, que tinha contribuído para o seu crescimento, de alguém com quem tinha aprendido as “coisas” importantes da vida. Conjuntamente, foi testemunha da sua morte e viveu momentos de grande densidade humana, de ternura, que permanecem vivos: “morreu (...) com uma carga afectiva muito grande” (E 3, p. 7). Considera que o vazio a que já nos referimos, e que sente com as outras pessoas, leva-a ao encontro de outras

---

<sup>101</sup> Estamos perante a auto-formação que supõe auto-desenvolvimento do enfermeiro, a tomada de responsabilidade de si próprio para si próprio. É num contexto solitário que a auto-formação se desenvolve, levando o sujeito a confrontar-se consigo próprio, com os seus movimentos internos, sendo, simultaneamente, sujeito e objecto de si próprio (Pineau, 1991, pp. 31-32). A auto-formação foi abordada no capítulo IV.

explicações: “era devido a não ter cumprido o que fiz com a minha avó” (E 3, p. 7). Desta forma, sente que não está de “corpo e alma” ao cuidar da pessoa no seu processo de morrer. Mas, se a componente afectiva parece ter sido alicerçante, será que deve amar todas as pessoas?

Frequentemente a necessidade de amar é subestimada, mas sabemos que todos nós precisamos de amor. Watson (1988) considera que devemos ser capazes de amar no sentido de nutrirmos a nossa sensibilidade e vivermos juntos. Contudo, muitas vezes não nos comportamos de forma adequada uns com os outros.

Alberoni e Veca (1996, p. 82) dizem-nos que é impossível responder à ordem de alguém para amarmos e que, pelo contrário, podemos ordenar a nós próprios que estudemos as necessidades e as exigências dos outros e satisfazê-las, mas, para tal, não é necessário o amor. “É este o fundamento de toda a moral profissional”(ib., 82).

A moral é uma das dimensões que Watson (1988) realça no processo de cuidar, ao considerar o *Human Care*<sup>102</sup> um processo inter-pessoal e inter-subjectivo de pessoa a pessoa, que implica um compromisso moral. Será que este enfermeiro ao cuidar da pessoa em fim de vida tem subjacente um ideal moral ?

Na nossa perspectiva, este enfermeiro não pode amar a pessoa que cuida como amou a avó, porque é um amor que nasce de uma relação enfermeiro e pessoa em fim de vida e não um amor que foi construído e suportado com laços familiares. Contudo, a formação de valores humanistas que desenvolveu foi, decerto, influenciada pela experiência da morte da avó, em que existe “um compromisso de satisfação de dar recebendo” (Watson, 1988, p. 11) que se manifesta: “olha avó, se estiveres a ver-me, isto é para ti” (E 3, p. 12).

Encontramos outras estratégias que os enfermeiros usaram para bem cuidar da pessoa em fim de vida. Embora sejamos chamados a colocar o nosso empenhamento na luta pela vida, o que, no fundo, nos mete medo não é a morte, mas as questões que ela levanta: para onde vamos?; será para uma vida melhor?; que nos espera?

Ao sermos confrontados com estas questões, somos obrigados a reflectir sobre o sentido da vida/sentido da morte, o que nos leva a uma melhor compreensão e tomada de consciência do que é vida, do que é a morte e do que são as relações humanas: “à medida que nos vamos centralizando no doente (...) vai-se reflectindo nelas e vemo-nos a nós próprios mas a compreensão real do que é a vida e a morte (...) surge a par do

---

<sup>102</sup> Pelo facto de não haver consenso na tradução do nome atribuído à teoria de Jean Watson, *Human Care*, decidimos mantê-lo na língua Inglesa.

crescimento pessoal, familiar” (E 8, p. 5). O enfermeiro, ao cuidar da pessoa em fim de vida, começa a atribuir um sentido, “um valor do que faz nesta vida”. Centralizar-se na pessoa em fim de vida remete-nos para a questão de que é possível dar um sentido ao tempo de vida que resta àquela pessoa viver, e não propriamente ao sentido da sua morte. Algumas vezes, assistimos a pessoas que nos dizem “que fiz nesta vida?”, “trabalhei tanto, para quê”? É, de facto, rever a vida e simultaneamente demonstrar que têm consciência do tempo que lhes resta viver. É, pois, um tempo de “olhar para dentro”. Todas as pessoas passam por várias fases no seu processo de morte, como vimos. Contudo, uma das questões que levantamos é se, muitas vezes (como refere o enfermeiro), há sinais na pessoa que não vemos ou que não queremos ver, se damos a oportunidade à pessoa de se abrir ou se, pelo contrário, a deixamos fechada na sua visão turva?

Provavelmente, algumas vezes, deixamos a pessoa sozinha, não facilitando o processo da sua leitura interior e de dar resposta à questão do sentido da vida que lhe resta. Na verdade, é um segredo muito íntimo que cabe a cada um de nós encontrar para si próprio, mas consideramos que se reveste de grande responsabilidade não dar a oportunidade à pessoa de encontrar-se consigo própria, negligenciando assim o próprio cuidar.

No nosso estudo, o enfermeiro, ao olhar o mundo através dos *media*, foi ajudado a consciencializar que não se vive para sempre: “ver na televisão o sofrimento das pessoas compreende-se melhor (...) ajuda-nos a valorizar a nossa própria vida” (E 8, p. 5). Também o contacto com a natureza, com o meio físico, com as “coisas” influencia a nossa maneira de estar... é estarmos em eco-formação<sup>103</sup> (Pineau, 1991, p. 141), exigindo uma nova perspectiva, pois a relação de uso da natureza transforma-se numa relação de conhecimento, numa nova “unidade existencial interactiva” (*ib.*, p. 33).

O sofrimento do outro parece ter funcionado como um detonador do seu próprio desenvolvimento pessoal e consciencializou-a para que o sofrimento da pessoa que

---

<sup>103</sup> O conceito “eco” significa o meio físico, material, são as “coisas”, das quais dependemos para viver – é a natureza. Se bem que a relação que estamos habituados a ter com a natureza seja de domínio e de utilização, para Pineau essa relação tem um sentido mais profundo, isto é, atribui-lhe um sentido. O sujeito experiencia a solidão e descobre progressivamente o mundo que o rodeia. Este conceito foi abordado no capítulo IV.

cuida pode ser, quiçá, a tradução de que ainda não encontrou o sentido para o seu sofrimento.<sup>104</sup>

No nosso entender, o enfermeiro pode ter apurado a sua sensibilidade e, assim, procura aliviar o sofrimento através de uma relação com a pessoa em fim de vida. Ao chegar a altura de resolver determinado problema que a pessoa está a viver, confia na sua perspectiva e conhecimento profissional.

Encontrámos outras estratégias que levaram os enfermeiros a vencerem as suas dificuldades: “estar sempre presente (...) vencer os meus medos, pois procurei na leitura” (E 5, p. 2); “formar-me como pessoa” (E 5, p. 5). Assim, a importância de estar com a pessoa em fim de vida no momento da sua morte e o seu contributo para desmistificar os seus medos, bem como as leituras, sendo uma referência o livro “Paula”, de Isabel Allende. Noutras situações, os enfermeiros aprenderam a estar com a morte observando os colegas mais velhos e ouvindo o relato das suas experiências: “ouvir experiências de pessoas mais velhas, ajudou-me” (E 8, p. 6); “havia alguém que nos ensinava alguma coisa... nunca fui muito íntimo mas à distância uma pessoa vê (...) a forma de estar ajuda muito” (E 2, p. 13).

Este processo de aprendizagem iniciou-se com a observação e escuta da experiência dos enfermeiros peritos, que adquiriu um valor formativo, despoletando a reflexão crítica e a tomada de consciência, e levando o enfermeiro a dizer: “tenho pena que os estudantes (agora) não tenham com quem aprender” (E 2, p. 13). Poderá existir, ainda, uma outra forma de operacionalizar a experiência que por, sua vez, dará origem a novas experiências. Para além disso, quando ensina é obrigado a compreender melhor a situação e os modos de a resolver: “preocupo-me com a aprendizagem dos alunos tendo o melhor desempenho (E 2, p. 13); “a gente quando tenta transmitir as nossas experiências para alguém isto obriga-nos a pensar” (E 8, p. 6). Desta forma, reconhece que os estudantes não têm modelos e considera muito importante a sua existência,

---

<sup>104</sup> Num estudo sobre a “Compreensão e o alívio do sofrimento numa cultura do cuidar”, onde se enfatiza o modo como os doentes e os enfermeiros descreviam o sofrimento e o seu alívio, Lindholm e Ericksson (1993) constataram que, no tema “O sofrimento não tem significado”, a pessoa não pode ver o sentido do sofrimento, enquanto sofre. Os enfermeiros têm uma visão versátil de como podem aliviar o sofrimento dos doentes. Expressam-se de uma forma mais abstracta e é, por vezes, difícil decidir o que é a experiência real e o que é a noção. Contudo, é o amor sem limites e exigências, o amor maternal, paternal e a amizade o que, num sentido mais profundo, alivia o sofrimento, pelo menos, por algum tempo. Os enfermeiros, ao mostrarem verdadeira compaixão e amor, podem aliviar algum do sofrimento humano. Ainda que o sofrimento possa ser aliviado se o doente tem coragem de receber o que lhe é dado, se ele tem a coragem de se tornar acessível, se ele tem coragem para se confrontar consigo próprio ou, ainda, ver o seu próprio sofrimento. Os enfermeiros não consideram que o sofrimento possa ser aliviado em relação à sua essência.

procurando ele próprio ser modelo, como refere: “porque temos que ter sempre exemplos” (E 2, p. 13). Neste sentido, Dominicé (1991, p. 554) refere que a dimensão da experiência tem em conta os recursos culturais que permitem a atribuição de sentido: a experiência não é uma arte bruta e, para ser formadora, precisa de ser construída, reflectida e simbolizada, permitindo, posteriormente, um eco.

As múltiplas situações do quotidiano emergem como potenciais oportunidades de formação na interacção com os diferentes elementos da equipa de enfermagem. Esta situação permite aos enfermeiros realçar a importância da compreensão dos significados individuais, estabelecendo, assim, interacção: “ouvimos experiências dos enfermeiros mais velhos” (E 2, p. 13; E 8, p. 6); “conversamos, numa conversa amena, num jantar, num café” (E 4, p. 4); “procurei na leitura (E 5, p. 2); e “ir a jornadas”<sup>105</sup> (E 5, p. 3). É, na perspectiva de Mezirow (1996), a aprendizagem comunicacional<sup>106</sup>.

Este domínio da aprendizagem permite-nos direccionar para o reconhecimento de competências que o enfermeiro desenvolve ao longo da vida. Por um lado, é o reconhecimento das suas experiências e, por outro, valoriza os contextos informais onde se privilegiam e desenvolvem outras competências que se operacionalizam na mudança de conhecimentos e comportamentos dos enfermeiros a partir de acontecimentos do quotidiano, como sejam o trabalho, a vida social, familiar e o lazer.

De facto, parece-nos que o esquema de significado (*meaning scheme*)<sup>107</sup>, a que Mezirow se refere, pode influenciar o desejo e interesse pelo conforto e bem-estar das pessoas que cuidam. Assim, o enfermeiro referiu: “pedi ajuda à psiquiatra, telefonei a dois enfermeiros (...) que conhecem perfeitamente R. (...) porque ele está com uma depressão muito grande eu não consigo ter um diálogo com ele, que o anime”(E 4, p. 6), denotando sensibilidade para pedir ajuda quando não é capaz de lidar com a pessoa em fim de vida.

Apurámos a forma como o enfermeiro vivenciou o início da sua vida profissional e como foi se tornando naquilo que é hoje, isto é, como foi tomando consciência das suas emoções e sentimentos – “como me tornei no que sou” (Josso, 1988, p. 41). A competência do enfermeiro foi crescendo com o tempo, levando-o a

---

<sup>105</sup> A história da formação de adultos desenvolve-se com a mesma importância tanto na solidão como no social, como no “l’entre deux” (Pineau, 1991, p. 36).

<sup>106</sup> A aprendizagem comunicacional foi abordada no capítulo IV.

<sup>107</sup> O esquema de significado (*meaning scheme*), enquadra-se no paradigma emancipatório, abordado no capítulo IV. No entanto, achamos que a aprendizagem ocorre na mesma proporção em que se aprende/apreende e se transformam as perspectivas e esquemas de significado.

ajudar a pessoa em fim de vida a morrer em paz e, a usar outras estratégias para melhor cuidar destas pessoas, em processos de auto-formação e de eco-formação<sup>108</sup>.

Estas estratégias só tem sentido se acreditarmos que é possível alcançá-las. É fundamental que o enfermeiro acredite nele próprio, na pessoa em fim de vida e nas acções a desenvolver de modo a que nenhuns sentimentos fiquem no oculto. Quando as suas acções são congruentes com os seus pensamentos, reforça o seu nível de auto-confiança e instila esperança na pessoa.

Aferimos se a existência ou não de experiências pessoais de morte de pessoas significativas, na história de vida do enfermeiro, o ajuda a bem cuidar da pessoa em fim de vida.

Ao reflectirmos sobre acontecimentos da nossa prática diária, conseguimos encontrar um raio de esperança (até mesmo naqueles que banalizámos) e, assim, fazemos uma análise através de uma nova luz. É, naturalmente, dar sentido ao que dantes se apresentava com pouco significado.

## **Conclusão do Capítulo VI**

Tendo em conta a análise dos dados que efectuámos, salientamos que, para os enfermeiros do nosso estudo, cuidar da pessoa em fim de vida é um processo de aprendizagem. Neste sentido, constatamos que o desenvolvimento pessoal e profissional que adquiriram os levaram a uma “outra” dimensão: ser enfermeiro. Assim, o processo de transformação de perspectivas obtido só foi possível devido à forma consciente e crítica com que desconstruíram o que e como o faziam. De facto, as aprendizagens do quotidiano não podem ser vistas como cumulativas, mas sim capazes de promover uma crítica e, conseqüente, transformação.

Constatámos também as fases que a pessoa em fim de vida pode atravessar. O toque, como momento privilegiado no processo de cuidar, foi abordado. O estar com a pessoa em fim de vida a profundidade desse momento vivido entre o enfermeiro e a pessoa em fim de vida ganhou impacte na forma do enfermeiro ver a sua própria morte. Nesta óptica, a vida e a morte adquiriram uma outra compeensão que se reflecte no estar com a pessoa em fim de vida, tornando-se num contributo para a auto-formação do

---

<sup>108</sup> A teoria tripolar da formação foi abordada no capítulo IV. A eco-formação implica a presença de outros, a intimidade, a troca de experiências, uma vez que a experiência do outro pode ser formadora e pode ser transformada em conhecimentos pessoais e sociais (Pineau, 1991, pp. 34-36).

enfermeiro, sobretudo quando a vemos como um conjunto de práticas que permitem à pessoa aprender por ela própria (Carré, 1992, p. 1).

Os enfermeiros também reconheceram que os contextos profissionais não são sempre são conducentes à prática do cuidar a pessoa em fim de vida, como desejariam, devido à existência do cruzamento de diferentes intervenientes onde a prática da reflexão em equipa ainda não se faz sentir.

## CONCLUSÃO DA PARTE II

Ao decidirmos enveredar para este estudo, de natureza qualitativa, fomos construindo um quadro que foi ganhando forma à medida que fomos recolhendo e examinando as suas partes (Bogdan e Biklean, 1994, p. 5).

No capítulo V, explicitámos a opção metodológica, justificando a nossa escolha por um estudo de natureza qualitativa, visto ser esta a que permite ao investigador ter acesso às experiências das pessoas em profundidade. Referimo-nos também à forma como foram seleccionados os sujeitos do estudo e quais foram os procedimentos na recolha e análise dos dados, bem como as limitações do estudo.

A análise dos dados encontra-se no capítulo VI. Neste capítulo apresentámos os quatro temas: “A vida por um fio”; “Uma vida que caminha para o fim”; “A vida e a morte uniram-se”; e “A Aprendizagem da pessoa em fim de vida”.

Sumariamente, constatámos que:

No tema “A vida por um fio”, realçamos a imagem que o enfermeiro tem da pessoa em fim de vida, como um ser que possui mente, corpo e alma e as fases que esta pessoa pode atravessar.

No segundo tema “Uma vida que caminha para o fim”, sobressai o toque como um momento inerente ao processo de cuidar a pessoa em fim de vida e o encontro interpessoal que se gera, com repercussões na vida do enfermeiro e da pessoa em fim de vida.

No terceiro tema “A vida e a morte uniram-se”, distinguimos a profundidade do momento vivido entre enfermeiro e a pessoa em fim de vida, que ganhou um outro sentido. Ambos partilham emoções que se desenrolam a um determinado nível de compreensão e enfrentam o bem-estar ou o mal-estar um do outro. Para o enfermeiro, o sentido que deu às experiências de morte que vivenciou, levou-o a consciencializar que a sua vida é finita.

No quarto tema “A aprendizagem da pessoa em fim de vida”, optámos por circunscrevê-lo a quatro períodos: a “Iniciação”, em que os enfermeiros descreveram as suas experiências, as quais reflectiam o medo de ir ao encontro da pessoa em fim de vida e desenvolviam as suas actividades sem afecto. O segundo período: a “Interiorização”, os enfermeiros consciencializam que a pessoa é única e consideraram que o que se aprende num dia leva-se sempre para o dia seguinte. O terceiro período a

“Competência”, os enfermeiros referiram que começam a não ter pressa no cuidar a pessoa em fim de vida, e que é preciso saber retirar o significado de cada experiência. Por último, a “Formação pela experiência”, os enfermeiros consideraram que não é preciso ter experiências de familiares/pessoas significativas para bem cuidar das pessoas em fim de vida. A formação para cuidar destas pessoas emergiu, essencialmente, em processos de auto-formação. Este processo de formação que atravessam é compreendido, porque existe uma diversidade de factores que decorrem dos vários contextos de vida, como sejam o social e o familiar.

**PARTE III**  
**(RE) PENSAR A FORMAÇÃO**

### **PARTE III**

#### **(RE)PENSAR A FORMAÇÃO**

A sociedade em que vivemos, previsivelmente tornar-se-á mais complexa nas suas relações familiares, sociais e profissionais. O Homem redescobre que o futuro é profundamente incerto.

A incerteza refere-se ao que se passa durante a vida e atinge as pessoas, as sociedades e as organizações. Para termos consciência dela basta relembrar o aparecimento do vírus da SIDA e as alterações verificadas a nível familiar, económico, social e político.

Nos contextos de trabalho, as alterações passam pelo emergir de uma nova maneira de estar com a pessoa em fim de vida, quer em termos pessoais, quer profissionais. Inevitavelmente esta temática surge associada à formação, que ainda assenta no modelo tradicional, que separa o tempo de formação do tempo da acção, isto é, as situações de formação são organizadas segundo uma lógica de conteúdos a transmitir e as situações de trabalho apresentam-se segundo uma lógica de problemas a resolver (Nóvoa, 1988, p. 110).

Temos em conta que a aprendizagem é um processo que se prolonga ao longo da vida e se constrói individualmente ou em interacção. Por outro lado, o professor terá que desenvolver uma lógica pedagógica que ajude o estudante a aprender... a desenvolver-se pessoal e profissionalmente. Desta forma, ajuda o estudante a compreender, a integrar-se na profissão, ou seja, ajuda-o a integrar os conhecimentos de que já é detentor e a ter iniciativas que contribuam para o desenvolvimento da profissão.

Assim sendo, nesta parte III, parece-nos pertinente problematizar a importância de (re)pensar a formação inicial.

## **CAPÍTULO VII**

### **FORMAÇÃO PARA CUIDAR NO FIM DE VIDA**

#### **Introdução ao Capítulo VII**

A formação dos enfermeiros como processo de formação de adultos, que fizemos referência na primeira parte deste trabalho, suporta uma perspectiva de formação em que as aprendizagens surgem como uma estruturação articulada de diferentes momentos experienciais do sujeito. De facto, a formação não é concebida como restrita ao resultado de uma única acção, mas tem um sentido muito mais global, incluindo tudo o que a pessoa faz ao longo da sua história de vida.

Os enfermeiros são pessoas que durante o seu percurso de formação integram uma equipa multiprofissional, onde se incluem também as pessoas que necessitam de cuidados de saúde e, conseqüentemente, de cuidados de enfermagem. Segundo dados estatísticos<sup>109</sup> referentes ao ano de 1995, num total de 2694 óbitos ocorridos na Região Autónoma dos Açores, 1506 ocorreram nas organizações de saúde.

Assim, novos desafios se colocam à formação inicial dos enfermeiros.

#### **1. Formação inicial de enfermeiros**

No nosso estudo, constatámos que no período inicial da vida profissional - iniciação - , o enfermeiro fugia da pessoa em fim de vida; a relação interpessoal ocorria quando era necessário prestar cuidados e caracterizava-se por um diálogo superficial e sem muito significado. Desta forma, não contribuía para o seu desenvolvimento como um ser em devir e a relação com a pessoa, em última análise, saía enfraquecida.

Verificámos que o enfermeiro beneficia da sua competência técnica, que continua a ser muito valorizada, mas, ao cuidar da pessoa em fim de vida, reconhece: “a gente sai do curso (...) muito pouco preparados” (E 8, p. 5). Aqui impõe-se uma questão: como é que a adquire a fim de se auto-desenvolver e auto-realizar? Será possível cuidar se não se viver uma formação inicial onde exista um currículo baseado no cuidar?

---

<sup>109</sup> Dados fornecidos pelo Centro de Informação e Documentação, Serviço Regional de Estatística dos Açores. O restante número de óbitos ocorreram no domicílio (1206), tendo-se, também verificado um total de 162 óbitos por acidentes, situações de violência e envenenamentos.

Actualmente, parece termos esquecido a realidade da morte, por isso tentamos ocultá-la, esquecê-la, retirando-a do nosso imaginário. Assim sendo, se o fim da vida é a morte, então porque teremos que ir ao seu encontro, já que pressupõe sofrimento?

Onde está o interesse desses encontros que, pela sua singularidade, sugerem continuidade, mobilização de afectos e envolvimento, numa fase em que se vislumbra o fim de uma vida?

A formação inicial adquirida parece estar na origem desses “desencontros”. Aliás, a Escola é muito contestada por não preparar, minimamente, os estudantes para lidarem com o fim da vida. Mas como prepará-los para lidarem com estas situações? Acreditamos que, se a base do currículo não for baseada no cuidar, dificilmente o enfermeiro poderá cuidar de si e da pessoa em fim de vida.

O contexto para o desenvolvimento de um currículo baseado no cuidar deverá proporcionar a natureza da disciplina de um modo aberto e livre onde as convicções do enfermeiro devam orientar o seu modo de estar consigo próprio e com os outros. O auto-conhecimento e o desenvolvimento pessoal terão de passar a ser unidades curriculares e ser parte obrigatória da formação permanente dos enfermeiros.

Definir um currículo em que “as interacções que ocorrem entre professores/estudantes são no intuito de existir aprendizagem” (Bevis e Watson, 1989, p. 72) muda a própria essência de um currículo. De facto, o fundamento de um currículo, dantes construído baseado no conteúdo, agora advém de processos de interacção construídos à volta desse conteúdo.

Esta abordagem implica, entre outras:

- interacções e conteúdo constituem o alicerce para a aprendizagem. Nesta abordagem, o conteúdo torna-se um meio para as interacções e não apenas a essência da própria aprendizagem;

- destreza e competência nos processos interpessoais e de aprendizagem são pré-requisitos para os professores e um aspecto importante a desenvolver nos estudantes.

Desta forma, sugerimos algumas questões que estudantes de enfermagem e professores poderiam/deveria valorizar na sua reflexão:

- quem sou eu enquanto estudante de enfermagem/professor?;
- como posso libertar-me e tornar-me no que verdadeiramente posso ser?;
- como me vejo a mim próprio? E, como me vêem os outros?;
- será que estou receptivo ao conhecimento de mim próprio?;

- que sentido tem para mim a vida? E a morte?;
- como é que eu vivo o momento da morte da pessoa? Como é que eu a ajudo?;
- quais são as minhas expectativas em relação à vida?;
- será que penso na minha morte?

A relação que se estabelece com a pessoa em fim de vida exige que os diferentes saberes que possuímos tenham, como significado intrínseco, a capacidade de identificação das necessidades interpessoais. Assim, pensamos que cada enfermeiro deverá saber enquadrar, enquanto reflexão e prática, os saberes apreendidos. Adoptando esta perspectiva, já não se trata “de formar pessoal de enfermagem, para aplicar um conjunto de conhecimentos técnicos ou outros em presença de sinais, de normas, mas prepará-los para descobrir, reconhecer situações e procurar, com as pessoas, o que para elas pode ter sentido”(Collière, 1999, p. 339).

Neste sentido, poder-se-á questionar de que forma podemos conciliar, no processo de aprendizagem, os conhecimentos provenientes da prática clínica e os conhecimentos mobilizados em sala de aula?

A resposta a esta interrogação exige reajustamento ao nível de ensino/aprendizagem na formação. Bevis e Watson (1989, p. 1) criaram um currículo, assente numa perspectiva holística, numa tentativa de minimizar a clivagem entre os conhecimentos oriundos dos diferentes contextos. Este modelo curricular visa “formar enfermeiros capazes de responder às necessidades sociais, ter mais sucesso em humanizar os meios tecnológicos, que sejam mais capazes de cuidar, de ter um pensamento crítico e de serem mais criativos”(ib., p.1).

Assim, Bevis (1988, p. 45) refere que: “o professor é um perito em aprendizagem e o seu papel deve ter em conta um plano que envolva o aluno em diferentes processos mentais de análise de situações, até que o estudante se aperceba das pistas que lhe são fornecidas para a prática e a necessidade de colocar questões que precisem de observação, análise, reflexão e leitura sobre os cuidados”.

A mesma autora acrescenta que o desenvolvimento curricular começa com o desenvolvimento dos professores, de modo “a alterar a percepção que têm do seu papel e do ensino” (p.49). Estando a teoria em interacção com a prática, os professores devem colocar questões que promovam o diálogo e que levem os estudantes a começarem a atribuir um significado aos cuidados de enfermagem. Deste modo, define currículo como “as interacções entre estudantes e professores e estes entre si com a intenção de que aprendizagem se efectue”(1989, p. 5).

Verificamos que este modelo curricular enfatiza a interacção estudante e professor. No entanto, sabermos quais as aprendizagens que devem ser seleccionadas, a fim de melhor promover a aprendizagem do estudante, pode constituir uma dificuldade para a qual Bevis (1988) adverte. Numa tentativa de minimizar esta dificuldade, alguns critérios foram seleccionados, por Bevis e Watson (1989, p. 102), que se prendem com as interacções entre estudantes e professores. Entre eles destacamos:

- o professor cria um clima de confiança e o cuidar surge como imperativo em enfermagem;
- o professor ajuda o estudante a desenvolver formas pessoais de conhecimento significativas;
- o professor estimula o estudante a reflectir sobre experiências de vida profissional em relação com a temática em estudo.

A utilização de metodologias de aprendizagem activas e interactivas, como meio de promover a independência e a criatividade do estudante, é algo que se exige ao professor para incentivar o diálogo com o estudante, necessitando o professor de reajustar os seus valores pessoais e convicções acerca do processo de ensino-aprendizagem. Terá que fazer um ajustamento entre os pressupostos e levar o estudante a reflectir sobre experiências de vida relacionadas com o assunto em estudo, pelo que são imprescindíveis debates sobre o sentido da vida e o sentido da morte, para além de o estudante desenvolver formas pessoais significativas e processos de pensamento (Bevis e Watson, 1989, p. 103).

Por outro lado, achamos que se deve privilegiar o diálogo/reflexão com os enfermeiros da prática. Consideramos que a relação destes profissionais com o saber é muito importante para os estudantes e para os professores, e essa relação deveria estar presente nos saberes que mobilizam.

Se a prática é a concretização das acções desenvolvidas pelos profissionais que estão em formação permanente ou contínua, então há que compreender como é que os saberes ligados à escola, se articulam com a prática.

Torna-se premente reflectirmos sobre o que somos e o que fazemos, tendo em conta a opinião das pessoas que ocorrem às organizações de saúde que nos ajudarão a aferir e a desenvolver a nossa sensibilidade, pois o cuidar em enfermagem desprovido do elemento emocional e de qualquer aspiração altruísta sincera não é importante, uma

vez que, para o Homem, conta não só o gesto, mas o seu calor, a sua intenção e a sua sinceridade (Alberoni, 1996, pp. 136-137).

Estes critérios parecem cruciais para a sustentação daquilo que Bevis e Watson (1988, p. 93) definem como aprendizagem contextual. Neste tipo de aprendizagem o estudante é incentivado a pensar e a sentir como se fosse um profissional. Aceitamos que o modelo escolar através do qual os enfermeiros são formados está centrado no professor como aquele que debita conhecimentos e não aquele que promove com os estudantes a produção de conhecimentos. E, por vezes, é possível relatar os pensamentos, mas não pensá-los, nem tão pouco “sentir os sentimentos”.

Por outro lado, o desenvolvimento curricular em enfermagem continua a ser alvo de várias reflexões, discutindo-se o lugar próprio de cada conteúdo e o delinear orientações que tenham em conta as experiências teóricas e práticas. Eis chegada a altura de se repensar para onde estamos a levar estas orientações. “Eu fiz um curso, essencialmente, bio-médico e depois tivemos mais umas práticas para tratar, para além de cadáveres... a parte técnica era 99%” (E 3, p. 4).

Por quanto mais tempo continuaremos presos a estes currículos, antes de compreendermos que não dão respostas necessárias que acompanhem as tendências da sociedade que causam impacto na prática? Esta e outras questões devem ser colocadas aos professores, se se pretender uma mudança significativa nos planos curriculares.

Nesta perspectiva, Watson (1985, p. 75) considera que o processo de ensino-aprendizagem, está relacionado com o desenvolvimento de uma relação de ajuda, pelo que a eficácia do ensino é afectada pelas qualidades das atitudes que facilitam a aprendizagem, que são as mesmas qualidades necessárias para uma efectiva relação de ajuda: a congruência, a empatia e o calor não possessivo. As tais qualidades permitem um ambiente favorável à aprendizagem e ao crescimento (*ib.*, p. 75).

Desta forma, o professor tem um papel importante na relação professor/estudante, ajudando-o a aprender e a desenvolver-se pessoal e profissionalmente.

Assim sendo, poder-se-iam minimizar situações semelhantes a esta: “temos actos impensados. Por exemplo, uma pessoa acabou de morrer... não se reflecte porque é que eu agi desta forma e não daquela” (E 5, p. 7); “numa fase inicial cometemos muitos erros na nossa relação com os doentes, na forma de agir... foram só aqueles... com cada pessoa foram só aqueles, por isso é muito importante sair da escola bem preparado neste aspecto... os doentes não são cobaias” (E 8, p. 5). Ora o que parece estar

subjacente é que “a ênfase está no ensino em vez de estar nas componentes do processo interpessoal e aprendizagem” (Watson, 1985, p. 75).

Honoré (1992, p. 43), ao afirmar que a prática deve ser objecto de reflexão, admite a procura do sentido dos actos e dos seus produtos no contexto onde essa prática é exercida. As experiências, ao serem entendidas como formativas, levam-nos à sua apreensão e seguidamente à sua compreensão, passando por uma observação e descrição reflectida, disponibilizando conteúdo para reflectirmos. Ao sermos absorvidos por este conteúdo, analisamo-lo dando especial destaque ao porquê de não termos ido para outras soluções. É, necessariamente, um processo de desconstrução que nos obriga a escavar o que valorizámos, o que não valorizámos, o que fizemos ou o que não fizemos e o que poderíamos ter feito. É, certamente, um encontro connosco próprios, um encontro com as nossas incongruências que nos levam à procura de uma reconstrução e, conseqüentemente, do sentido para o que dantes tínhamos desconstruído.

A realidade mostra-nos que um dos maiores problemas de saúde das populações será a sobrevivência prolongada de pessoas cada vez mais sujeitas a doenças crónicas, como a Sida, certos tipos de cancro, de doenças infecto-contagiosas, como seja, a hepatite C, exigindo estarmos atentos.

Por conseguinte, torna-se decisivo um desenho curricular que privilegie o auto-conhecimento do enfermeiro, associado ao desenvolvimento de competências como a capacidade de lidar com o sofrimento, a morte, o “viver” o sofrimento do outro e a aquisição da capacidade de descentrar-se, imprescindível numa relação de ajuda. Assim levantam-se questões e problemas que nos obrigam a reflectir e a elaborar um pensamento crítico, a procurar significados e novos modos de ver, compreender, criticar, discutir e negociar. Nesta perspectiva, apresentam-se novas metodologias e novas modalidades de formação que, como tal, são um apelo à criatividade dos professores.

Por outro lado, como refere um enfermeiro “quando a gente sai do curso de enfermagem a gente sai muito ingénuos, quando saí era uma criancinha... mas a compreensão real do que é a vida, a morte, as relações familiares... surge... com a maturação” (E 8, p. 5). Como pode um jovem ser ajudado a consciencializar toda a envolvente do sentido da vida e da morte durante a formação inicial?

Da nossa experiência resulta a elaboração dos diários de aprendizagens, quer como estudante quer como professora, em que interiorizámos que a escrita é uma ferramenta que nos desenvolve, apela à nossa criatividade, à nossa exploração,

promovendo o auto-conhecimento, o relacionamento conosco e com os outros, para além da autonomia e tomada de decisão, entre outras competências<sup>110</sup>. Desta forma, permitiu-nos inculcar o mesmo desenvolvimento nos outros, nomeadamente nos estudantes de enfermagem. Contudo, os benefícios ainda não se fizeram sentir, porque estamos numa fase inicial, mas sentimos que nos permitiram tomar consciência do que já desenvolvemos e do que ainda precisamos de desenvolver, quer conosco quer com os outros, ajudando-nos a pensar em conjunto, caminhando na procura do sentido ao que dantes se apresentava com pouco significado.

Relembrámos as questões suscitadas pela morte das pessoas que cuidávamos que nortearam muitas das nossas questões. Na sua essência, obrigaram-nos a debater o que pretendíamos “nesta viagem”, o que podíamos ou não e o que devíamos ou não valorizar!

Naturalmente, não encontramos soluções, porque cada um em particular e a sociedade em geral é que devem encontrá-las, como dizia um enfermeiro: “e não começava na escola de enfermagem, mas antes... em termos de educação no geral... mas a sociedade é aquilo que é” (E 3, p. 7). Contudo, nasceu o desejo incontornável de continuar a debatê-las: o que é “a morte e o morrer”.

O reflexo da formação, predominantemente técnica, associada à falta de preparação no lidar com a pessoa em fim de vida<sup>111</sup>, para além de não lhes ser permitido sentirem os seus sentimentos, leva os enfermeiros a fugirem de estar com a pessoa em fim de vida: “temos uma certa dificuldade e, depois nos cursos não temos muita preparação (...) com a morte... a gente aprende é com a experiência” (E7, p. 4); “na escola não aprendemos nada e no início quando os colegas diziam que o doente ia morrer, até parece que uma pessoa fugia” (E 2, p. 7).

Moraga (s/d) afirma que a prática clínica deve permitir o desenvolvimento de um clima de confiança entre o estudante e o professor, de modo que se possa discutir livremente os problemas que a pessoa em fim de vida enfrenta, bem como os dos estudantes.

---

<sup>110</sup> As competências mobilizam saberes socialmente construídos ao longo do tempo, “com um percurso marcado pela experiência, de projectos e de práticas, de estudos e de actividades, por aspectos operativos, afectivos e intelectuais” (Pires, 1994, p. 9).

<sup>111</sup> Num estudo efectuado por Tatano (1977, p. 408), intitulado “As experiências dos estudantes de enfermagem no processo de cuidar a pessoa em fim de vida”, a autora concluiu que os estudantes apresentavam uma diversidade de emoções como sejam: medo, tristeza, frustração e ansiedade. No entanto, os estudantes que durante o curso debateram aspectos relacionados com a morte e o processo de morrer apresentavam atitudes muito positivas, como sejam os baixos níveis de ansiedade (*ib.*, p. 408).

Cuidar da pessoa em fim de vida é um processo de interacção, de índole vivencial que leva ao desenvolvimento de uma relação que transcende o aqui e agora, visto tal intervenção implicar o encontro de duas pessoas com as suas experiências e vivências (Watson, 1985). Para tal, é fundamental que o estudante seja ajudado a desenvolver-se social, intelectual e emocionalmente à luz desta filosofia e criar clima de confiança, de abertura e de liberdade, de modo a que o cuidar assuma o seu significado e sentido.

### **Conclusão do Capítulo VII**

Ao longo deste capítulo, verificámos descontentamento manifestado pelos enfermeiros que prestam cuidados às pessoas em fim de vida. Atribuem esse descontentamento ao desajustamento entre o que lhes foi ensinado e o que enfrentam na prática.

No dia a dia da prática profissional os enfermeiros confrontam-se com o fim de vida das pessoas que cuidam e vão tomando a consciência que o modelo de formação segundo o qual foram preparados não dá respostas às necessidades interpessoais. Assim, urge ultrapassar esta perspectiva, dando lugar a uma postura interactiva entre professor e aluno, onde a problemática da morte seja reflectida.

Vimos também que a aprendizagem do cuidar a pessoa em fim de vida só advém com a experiência. Estamos perante a aprendizagem experiencial que, segundo Josso (1991, pp. 191-192), muda a coerência de uma vida, modificando os seus aspectos comportamentais, afectivos e psicológicos.

Neste contexto, eis algumas questões colocadas por Honoré (1992, p. 235), que impõem uma reflexão: “Qual é a concepção de formação que o hospital tem? “Qual é o seu projecto de formação?

### CONCLUSÃO DA PARTE III

Ao considerarmos a formação em enfermagem como um processo realizado na e com a relação com o outro, constatamos que exige envolvimento não só dos estudantes bem como de todos os intervenientes no contexto onde ela se realiza.

Torna-se também evidente que a reflexão e a apropriação que cada um faz do seu percurso de vida, constitui um aspecto fundamental para o seu processo de auto-formação.

Contudo, é imprescindível decidir e organizar os conteúdos programáticos a abordar e as estratégias pedagógicas a adoptar, de modo a que a formação inicial em enfermagem privilegie os conhecimentos oriundos quer da teoria quer da prática.

Josso (1991b, p. 67) reconhece a “emergência de uma teoria de formação que engloba e insira a acção educativa como um espaço e momentos possíveis do processo de formação. Ao diminuir o impacte das actividades educativas, atribui-se ao sujeito que aprende um espaço de actos e de sujeito da sua própria formação, tanto nos espaços organizacionais como nos períodos da vida socialmente definidos como formadores, fora das instituições”.

Daí termos constatado que não é suficiente melhorar ou mudar as metodologias de ensino, rever os currículos, dotar os professores de mais qualificações, introduzir novas tecnologias e melhorar a organização do espaço escolar. Assim, parece-nos pertinente enquadrar os nossos estudos e reflexões num futuro que se prevê de mudança.

Estamos conscientes da complexidade que acarreta o que temos vindo a referir bem como da facilidade com que, muitas vezes, se adoptam estratégias, na nossa perspectiva, redutoras da formação.

## CONCLUSÃO GERAL

Com este trabalho, procurámos encontrar respostas às linhas orientadoras que o nortearam. Fizémo-lo procurando um sentido para a compreensão dos “novos” desafios que se colocam à sociedade em geral e aos enfermeiros em particular no âmbito da aprendizagem do cuidar e da morte.

Assim, ao longo do capítulo I do presente trabalho, foram realçadas as perspectivas da morte no Ocidente, tendo em conta as atitudes do homem perante a morte, desde a Idade Média até à Época Actual.

O contexto da morte, descrito no capítulo II, evidencia o hospital como o local onde actualmente mais se morre. De facto, a transferência da morte, do domicílio para o hospital exige uma reflexão sobre a forma como os enfermeiros cuidam das pessoas em fim de vida. Sendo o hospital um local vocacionado para a cura, há que encontrar alternativas/estratégias para o cuidar a pessoa em fim de vida.

Mas se a imagem que temos da morte não for angustiante decerto que a olhamos de frente, enquadrando-a na vida, conscientes de que ela está presente mesmo ao nosso lado. É a aceitação de um acontecimento que nos desperta para uma outra compreensão da vida.

Contudo, o homem não é coerente. Tantas vezes e de uma forma apaixonada, procura dar um sentido à (sua) vida finita (é aqui que reside o verdadeiro ponto de reflexão sobre o processo de morrer) como, simultaneamente, propaga a morte, matando milhões de vidas.

Nessa óptica, fomos obrigados a (re)pensar a morte e, cada vez mais, nos sentimos obrigados a (re)pensar a nossa existência e as relações que estabelecemos com o meio familiar, social e profissional. Neste tempo de globalização, também temos de reflectir em como ajudar o outro a morrer, se não corremos o risco de o deixar sozinho, perdendo a oportunidade de enquadrar a (nossa) morte na (nossa) vida.

Seguidamente, no capítulo III, salientámos o conceito de cuidar, pois desde sempre o cuidar está presente na prática de enfermagem. Evidenciámo-lo no processo de cuidar a pessoa em fim de vida, que necessita de cuidados de reparação (ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida), para além dos cuidados quotidianos e habituais ( os cuidados ligados às funções de manutenção, de continuidade da vida).

No capítulo IV, abordámos a formação dos enfermeiros como processo de formação de adultos. Na nossa perspectiva, tornou-se fundamental perspectivar a formação dos enfermeiros para além da visão escolarizante, valorizando outros processos de formação, que entendemos de importância crescente no processo de formação dos enfermeiros ao longo da vida. Assim, ganharam significado os conceitos de auto-formação e de formação experiencial.

E, no capítulo VII, reflectimos sobre a forma como o estudante de enfermagem deve ser ajudado a desenvolver-se social, intelectual e emocionalmente numa perspectiva de cuidar, de modo a que este assuma o seu significado, quer na teoria quer na prática.

Passamos também a apresentar as principais conclusões do nosso trabalho empírico.

#### **A vida por um fio**

- O enfermeiro tem a imagem da pessoa em fim de vida pálida, pouco comunicativa e com as tensões arteriais baixas. Por vezes, estes sinais são indicativos de morte iminente. Mas nem sempre estes sinais conduzem as pessoas à morte, o que leva o enfermeiro a considerar que é uma forma demasiado superficial de falar da morte das pessoas.

- Constata que a morte pode acontecer inesperadamente, não havendo tempo para a pessoa se aperceber da iminência da sua morte, mas muitas pessoas têm pressentimentos acerca da sua própria morte.

- Os enfermeiros no processo de acompanhamento cuidam, essencialmente, de “mortos vivos”, ou seja, cuidam das pessoas que parece já terem perdido o contacto com os seus semelhantes.

- Confrontam-se com as fases que a pessoa em fim de vida pode atravessar. A negação leva a pessoa a recusar a sua própria doença, tentando demonstrar que “está tudo bem” e, muitas vezes, encontram-se numa labuta pedindo para não morrerem.

- Na fase seguinte, ou seja, numa fase de raiva, a pessoa em fim de vida lança questões, como seja: “estou a morrer”, “não quero ficar sozinho”. Nesta fase pode exteriorizar a

sua hostilidade contra o tratamento e contra os enfermeiros, aqueles com quem passa mais tempo.

- Posteriormente, começa a desenvolver mecanismos de negociação, pedindo para assistir a alguns acontecimentos familiares, como seja o casamento dos netos. Seguidamente, pode entrar em depressão, uma fase em que há mais para escutar do que para dizer, sendo a fase em que não deverá ser abandonada.

- Ao entrar na fase de aceitação, vai-se desinteressando de tudo o que a rodeia, deixa de comunicar e a família começa a ficar “inquieta”. Há um grande impacte emocional na família e na equipa e a pessoa pode querer em falar com alguém da sua confiança e que a ajude a expressar-se com naturalidade.

- O enfermeiro constata que muito raramente as pessoas em fim de vida falam da sua morte, mas, aparentemente, têm consciência de que a sua vida está por um fio. O enfermeiro encontra uma explicação para este procedimento, ao considerar-se um “desconhecido” para a pessoa.

- O enfermeiro considera que a esperança da pessoa é a última coisa a morrer e, após observar os seus comportamentos, sabe determinar até que ponto a esperança da pessoa está posta em causa.

- Incute esperança na pessoa (com palavras de encorajamento). Simultaneamente, precisa de instilar esperança em si próprio, acreditando que há algo transcendente que o ajuda no dia a dia: “tem na porta do cacifo uma santinha”.

### **Uma vida que caminha para o fim**

- O enfermeiro disponibiliza - se para estar com a pessoa e centra-se nela, demonstrando interesse por ela e envolve-se afectivamente com ela. Reconhece que, independentemente do estado em que ela se encontre, isto é, consciente ou inconsciente, dependente ou independente dos cuidados de enfermagem, o principal objectivo é proporcionar conforto. E, especifica: mudá-la de hora a hora ou de três em três horas; se faz ou não a barba todos os dias, entre outras formas de proporcionar conforto.

- O enfermeiro adquiriu uma compreensão das necessidades da pessoa, identificando pela forma como a pessoa em fim de vida transpira, por exemplo, se tem dor ou não. Os posicionamentos aliviam a dor.
- Tenta não provocar dores nem sofrimento à pessoa em fim de vida, quando vê que ela já não tem veias para picar e preocupa-se em manter-lhe os lábios hidratados e um posicionamento em que fique confortável.
- Por vezes, a pessoa em fim de vida incute esperança no enfermeiro, levando-o a utilizar determinadas expressões em outras pessoas, também elas em fim de vida. Simultaneamente, estão perante um processo de ensino-aprendizagem.
- O enfermeiro acha que as pessoas em fim de vida têm a percepção da sua morte e que necessitam sempre de alguém com quem possam contar: um amigo, um enfermeiro ou quem quer que seja.
- Ao tocar na pessoa em fim de vida, considera que isso favorece a recuperação, e a intencionalidade do toque transporta um potencial de humanizar essa mesma relação. Verifica que a pessoa não diz verbalmente mas agradece com os olhos.
- Novamente, o toque aparece como um momento que proporciona bem estar, principalmente aquando os cuidados de higiene. Também tem uma função terapêutica ao aliviar a dor física.
- Na hora da morte, o enfermeiro gostaria de ler um livro, pôr uma música, falar-lhe das coisas boas da vida, mas não o faz para não se sentir ridicularizado. Considera-a uma pessoa desde que nasce até que morre.
- O enfermeiro considera que, perante a morte, a equipa de enfermagem tem uma actuação que não lhe parece muito correcta, rindo e fazendo comentários, provavelmente pelo medo que desencadeia a individualidade do momento. Se há colegas que falam sobre a morte sem medos, outros há que recusam abordá-la, pedindo

para que o assunto não seja abordado. Não há espírito de grupo; pede aos colegas que saiam do local onde a pessoa está a morrer.

### **A vida e a morte uniram-se**

- O enfermeiro constata que a pessoa em fim de vida precisa sempre de companhia, precisa de alguém que esteja ao lado dela, porque cuidar dela no seu processo de morrer é um acréscimo ao cuidar dela em vida.

- O enfermeiro vive o momento da aproximação da morte da pessoa como um dos acontecimentos que, frequentemente, enfrenta no seu quotidiano e a sensibilidade com que vive esse momento depende da forma como se sente emocionalmente naquele dia e do carinho que conseguiu estabelecer com ele. Interroga-se sobre a pessoa, se está ou não a sofrer?; o que se passa com ela?, entre outras.

- Ao ajudar a reconstituir todos os momentos da vida da pessoa a morrer, considera que é algo que o enriquece e aumenta o seu conhecimento, mudando a sua maneira de estar; foi algo conseguido à custa de presenciar muitas mortes.

- O enfermeiro também cuida da morte da pessoa ao demonstrar a sua presença física efectiva junto dela: refere, por exemplo, que não tem medo de ir às salas de noite. As emoções têm um papel fundamental nos comportamentos, levando o enfermeiro a justificar-se que não tem medo dos espíritos, entendido este como um ente imaginário que anda no ar.

- Por outro lado, os enfermeiros interrogam-se sobre se vale a pena ou não investir na morte da pessoa. Se a pessoa é velha, e por considerarem que já fez um percurso de vida, acham que não vale tanto a pena investirem naquela vida e não fazem técnicas invasivas, porque só aumentam o sofrimento e uma vida sem qualidade. Se for jovem, a vigilância é mais assídua.

- Considera que é “perturbador” cuidar da pessoa em fim de vida e saber que ela vai morrer e não terem consciência disso. O que dificulta a relação entre o enfermeiro e a pessoa, sendo muito difícil estabelecer um diálogo, fazendo-lhe muita confusão.

- O enfermeiro não se importa de se envolver afectivamente com as pessoas em fim de vida, não separando o lado emocional da prática, principalmente, quando as suas emoções são positivas. Considera ser desgastante separar o lado emocional da sua prática, sendo inconcebível.

- Sofre com a morte de pessoas como a Madre Teresa de Calcutá, porque era uma pessoa com quem podia aprender e porque entende que todos precisamos de “modelos” para viver.

- A consciência que um enfermeiro adquiriu da vida levou-o a pensar mais na sua morte e questiona-se sobre a forma como vai morrer? Refere que se devia pensar mais na morte, porque assim vivíamos de uma forma mais intensa e cumpríamos os nossos objectivos.

- Considera que a morte é um momento muito belo e deseja que a sua morte seja rodeada dos familiares, amigos e quer que lhe falem das coisas bonitas que gostava e falava, esperando ir para uma “coisa melhor”. Com base nesta filosofia de vida, cuida das pessoas em fim de vida;

- Os enfermeiros interrogam-se sobre se a morte é o princípio de alguma coisa ou o fim de algo, porque consideram-na um imenso mistério.

### **A aprendizagem do cuidar a pessoa em fim de vida**

Relembramos que o enfermeiro passa por quatro períodos: um inicial da vida profissional - a Iniciação; outro em que parece vingar a consciencialização de uma práxis - a Interiorização; um terceiro relativo à emersão de um cuidar tradutor de competência profissional - a Competência; e, por último, um período em que a prática profissional parece depender de um quadro construído pelo enfermeiro ao longa da vida - a Formação pela experiência.

### A iniciação

- As experiências descritas reflectiam o medo e o susto quando iam ao encontro da pessoa em fim de vida; não havia envolvimento e fugia porque não estava preparado para sentir e afastava-se para “não ter sentimentos”.
- Reconhece que não tinha nenhuma maturidade pessoal e profissional para lidar com estas pessoas e que só a vida pode ensinar a lidar com estas situações. Algumas vezes, não atendeu aos pedidos da pessoa em fim de vida, inclusivamente aos seus gestos, porque entendia que dava “chatices”.
- Quando ia ao encontro da pessoa, empenhava-se em satisfazer as necessidades físicas da pessoa em fim de vida e tinha a sensação do dever cumprido.
- Ao cumprir as actividades, desprovidas de afecto, o enfermeiro fugia desse contacto e, como tal, não estava presente de “corpo e alma”. Se ficava junto da pessoa em fim de vida era, algumas vezes, para observar como se comportavam os enfermeiros mais velhos.
- Considera que nesta fase estão essencialmente preocupados em integrarem-se no grupo e no serviço.

### A interiorização:

- O enfermeiro consciencializa que a pessoa em fim de vida é única. O que mais o ajudou a consciencializar a individualidade dessa pessoa foi ver a família chorar a (sua) morte.
- No hospital a pessoa morre sozinha, às vezes rodeada de muita gente, mas no meio de muita solidão, porque os enfermeiros andam a proteger-se dos seus sentimentos.
- As rotinas podem ser impeditivas de uma atendimento personalizado e, ainda, o facto de terem 30 doentes para 3 enfermeiros.

- Viu muitas pessoas a morrer e não entendia o porquê daquela morte. Mas, ao olhar para o passado com consciência, começou a aperceber-se do que pode ser melhor para aquela pessoa.

- Ao procurar desenvolver-se, fê-lo, por exemplo, através da leitura e manifestou desejo de estar numa situação de cuidados, procurando imaginar os que estão a morrer e, assim, começa a aceitar a morte.

- Ao consciencializar que a vida é finita, o enfermeiro “vê-se” nos outros e começa a estar presente no momento da morte, tendo em conta a profundidade do momento, levando-o a estar muito mais sereno perante a morte da pessoa. Outras vezes, refugiava-se para viver a situação sozinho, porque não quer chorar junto da pessoa, pois não facilita uma morte serena.

- Percebeu que a sua presença física diminui a angústia da pessoa, mas para isso precisa de a conhecer. Algumas vezes, conhece-a através de dados obtidos junto da família.

- Ao ganhar a confiança da pessoa em fim de vida, o enfermeiro vai gostando dessa pessoa. E, assim, se operacionaliza uma relação transpessoal em que duas pessoas evoluem para uma melhor compreensão de si próprias.

- Considera que o que aprende num dia serve para todos os outros dias, pois cada experiência aumenta o seu conhecimento, levando-o a interrogar-se sobre as situações com que se depara.

### A competência

- Com o tempo, o enfermeiro começou a não ter pressa nos cuidados e a ter disponibilidade para escutar a pessoa; compreendeu que ela precisava de ter tempo para se “abrir”, para falar.

- Compreendeu que é preciso saber retirar o significado individual de cada experiência, o que muda a sua maneira de estar, ajudando a pessoa em fim de vida a “entregar-se” à sua morte sem medos.

- Reconhece a importância da experiência no seu processo de auto-formação.

### A formação pela experiência

- O enfermeiro acha que a experiência é como se lhe desse mais capacidade para avaliar o que os outros estão a sentir. Acha que as experiências de familiares/pessoas significativas não são determinantes para cuidar da pessoa em fim de vida (um dos enfermeiros teve a morte de um familiar muito próximo). Considera que o mais importante é fazer o melhor por aquela pessoa, naquele contexto. No entanto, a morte de um familiar de um enfermeiro condiciona a sua maneira de estar perante a morte da pessoa que cuida, porque tinha uma relação afectiva muito forte com essa pessoa.

- Os momentos de formação emergiram através de processos de auto-formação e eco-formação: *“fê-lo sozinho, tentando reflectir no que tinha falhado, lendo, participando em jornadas e congressos e, ouvindo as experiências dos enfermeiros mais velhos”*.

- À medida que o enfermeiro se foi centrando no sofrimento da pessoa em fim de vida, foi reflectindo sobre a sua própria vida, bem como sobre a relação que estabelece com o mundo.

- Desta forma, apurou a sua sensibilidade e, quando é preciso ajudar a morrer, confia no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Tendo em conta o que temos vindo a dizer, achamos possível enveredar para outras perspectivas de trabalho e para a construção de novos caminhos heurísticos. Agrada-nos, por exemplo, um outro estudo de natureza qualitativa em relação à aprendizagem do cuidar a família da pessoa em fim de vida. Neste estudo, julgamos ser possível aprofundar as relações entre o enfermeiro e os familiares da pessoa em fim de vida, de modo a que o contributo que possa advir, proporcione uma melhoria na prática pedagógica. Deste modo, ganha relevância as questões que se articulam com a aprendizagem em contexto de trabalho.

Verificámos que os contextos organizacionais assumem particular importância na aprendizagem do cuidar a pessoa fim de vida, pelo que nos parece relevante valorizar a formação que reforce o potencial formativo das organizações. Contudo, não podemos

considerar, de forma linear, que as organizações formem as pessoas, pois são as experiências que elas vivenciam e a forma como as experienciam que são formadoras.

Nesta óptica, parece-nos fundamental a adoção de novas práticas de formação das organizações de saúde, inclusive uma nova organização do trabalho. Assim, julgamos que este será um outro caminho a seguir, considerando também a importância dos contextos informais no processo de formação dos enfermeiros.

Neste sentido, a investigação destas temáticas no campo da formação poderá contribuir para novas questões e para uma reflexão permanentes.

Finalizamos com a convicção de que este trabalho nos suscitou momentos de solidão, de intimidade e de abertura. Construímos uma parte da nossa história de vida e formámo-nos com a mesma importância, tanto na solidão como no social. Parece-nos que esta é uma resposta muito expressiva em termos de Formação e Desenvolvimento.

Estamos também conscientes de que este trabalho é o início de um longo caminho para a compreensão de uma tema que é parte integrante do mundo em que vivemos.

## BIBLIOGRAFIA

ABA, Juana; CHARRO, Elena; BARRIOS, Sílvia (1993) A Morte no Hospital. *Servir*, 41 (4), 216-219.

ALARCÃO, Isabel (1991). *Reflexão Crítica Sobre o Pensamento de Donald Schon e os Programas de Formação de Professores*. (Cadernos Cidine) (1). Aveiro. (mimeo).

ALBERONI, Francesco (1995). *A Amizade*. (13ªed.). Lisboa: Bertrand Editores.

ALBERONI, Francesco (1993). *Valores*. (2ª ed). Lisboa: Bertrand Editores.

ALBERONI, Francesco; VECA, Salvatore. (1996). *O Altruísmo e a Moral*. (4ªed). Lisboa: Bertrand Editores.

ALLENDE, Isabel (1994). *Paula*. (12ª ed.). Lisboa: Editora Edifel.

ANJOS, Lila (1998). Cuidar é Amar. *Servir* 46 (4), 171-180.

ARIÈS, Philippe (1977). *O Homem perante a Morte*. 2 tomos, (2ªed). Mem Martins: Pub. Europa América.

ARIÈS, Philippe (1989). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. (2ªed). Lisboa: Teorema.

ARTAUD, Antonin (1993). *A Arte e a Morte*. Lisboa: Hiena Editora.

BARÓN, Gonzalez, FELIU, Jalón (1996). El Enfermo Terminal. In *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el enfermo com Cancer*. (Parte IV), 1085-1255, Madrid Editorial; Médica Panamericana.

BARROS, Maria (1988). Cuidar de um Doente Moribundo é Antes de mais Assistir um Doente em Vida. *Servir*, 36, (5), 231-245.

BASTO, Marta (1996). Florence Nightingale. *Enfermagem em Foco*, SEP, 23, Maio/Julho, 23-24.

BASTO, Marta (1998). *Da Intenção de Mudar à Mudança. Um Caso de Intervenção num Grupo de Enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.

BENNER, Patrícia (1995). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley. Menlo Park: California.

BENNER, Patrícia, WRUBEL, Judith. (1989). *The Primacy of Caring: stress and coping in health and illness*. Don Mills: Ont; Addison – Wesley Publishing Company.

BEVIS, Olívia (1988). New Directions for a New Age. In *National League for Nursing – Curriculum Revolution: mandate for change*. New Work: N.L.N.

BEVIS, Olívia; WATSON, Jean (1989). *Toward a Caring Curriculum: A New Pedagogy for Nursing*. New York: N.L.N.

BOGDAN, Robert; BIKLEAN, Sari (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto:Porto Editora.

BOTERF, Guy (1995). *De La Compétence. Essai Sur Un Attracteur Étrange*. Paris: Lés Éditions D'Organisation.

CANÁRIO, Rui (1999). *Educação de Adultos. Um Campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa.

CARRÉ, Philippe (1992). L'autoformation dans la Formation Professionnelle. Une Recherche Internationale sur la Recherche. *Etudes et Expérimentation en Formation Continue*. L'autoformation: État des Lieux, n° 13, La Documentation Française, Janv-Fev. Délégation a la Formation Profissionnelles-Ministère de Lémploi el de la Formation Professionnelle.

CHAPADOS, Claire (1994). Apprendre en Cours D`emploi à Accompagner le Mourant. *L'Infirmière Canadienne*, Ottawa, 90 (7), 38-41.

CLARKE, Janice; WHEELER, Stephanie (1992). A View of the Phenomenon of Caring in Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*.17 (11), 1283-1290.

COELHO ROSA, Joaquim (1985). Direito à Morte. *Brotéria*, Cultura e Informação, 121 (1), 92-96.

COLLIÈRE, Françoise (1999). *Promover a Vida*. (2ª Tiragem). Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COMISSÃO INDEPENDENTE POPULAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA. *Cuidar o Futuro*. (Ed.) Lisboa: Trinova Editora.

COUCEIRO, Maria (1998). Auto-formação e Transformação das Práticas Profissionais dos Professores. *Revista de Educação*, (2). 53-62.

COULOMB, Louise (1995). Talking with Patients. Is it Different When they are Dying?. In *Canadian Family Physician*, (vol. 41), 423-437. CME.

DAMÁSIO, António (1994). *O Erro de Descartes*. Mem Martins: Publicações Europa-América, 14ª (ed.).

DAMÁSIO, António (2000). *O Sentimento de Si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. (5ª ed.). Mem Martins: Publ. Europa-América.

DELISLE, Isabelle (1993). *Les derniers moments de la vie. L'accompagnement de la personne mourante*. Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

DENISON, Bárbara (1998). O Toque Terapêutico. *Servir*, 46 (1), 36-38.

DICIONÁRIO UNIVERSAL DA LÍNGUA PORTUGUESA (1995). (1ª ed.). Lisboa: Texto Editora.

DOMINICÉ, Pierre (1988). O Processo de Formação e alguns dos seus Componentes Relacionais. In *Método Autobiográfico e a formação*. António Nóvoa e Mathias Finger, (Orgs.). Lisboa: D.R.H. Ministério da Saúde, 53-60.

DOMINICÉ, Pierre (1991). La Formation expérientielle un Concept Importé pour Penser la Formation. In *La Formation Expérientielle des Adultes*. Paris: La Documentation Française.

DOSSEY, Barbara; M., KEEGAN, Lynn; GUZZETTA, Cathie; KOLKMEIER, Leslie (1995). *Holistic Nursing - A Handboock for a Practice*. Garthersburg, Maryland: Aspen Publishers.

FIDALGO, António (1990). Vivência. *Logos – Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia*. Verbo, Vol. (5), S. Paulo.

FITZPATRICK e WHALL (1989). Watson's Model of Human Care. In *Concepts Models of Nursing: Analysis and Application*. Nowalk: Ed. Appleton e Lange Comm.

FREIRE, Paulo (1978). *Educador da Consciência, Apresentação, Os cristãos e a Libertação dos Oprimidos*. S. Paulo: Editora Paz e Terra.

FREITAS, Gerardo (1999). *O Sentido da Morte*. Dissertação apresentada à Faculdade de Teologia para a obtenção de grau de Licenciado da Universidade Católica Portuguesa, Extensão da Madeira.

FRIAS, Cidália; MONIZ, José; VALENTIM, João (1998). *A Pessoa Com Doença Oncológica em Fim de Vida. Vivências e Expectativas Face ao Processo de Doença e Cuidados de Enfermagem*. Trabalho apresentado à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa em Situação de Doença Crónica, Lisboa.

GALVANI, Pascal (1992). Autoformation et Fonction de Formateur Trois Perspectives D'exploration. *Études et Expérimentation en formation continue (13)*, Documentation Française, Janv-Fev.

GAMEIRO, Manuel (1999). *O Sofrimento na Doença*. Lisboa:Quarteto Editora.

GÂNDARA, Manuela (1997). O Conceito de Pessoa – Um breve Trajecto Filosófico. *Servir*, 45 (5),

GERBER, Rod; McCOSTER, Heather; BARNARD, Alan (1999). *Phenomenography: A Qualitative Research Approach for Exploring Understanding in Health Care*. (Vol. 9) (2), 212-226. Sage Publications, Inc.

GRIFFIN, Ann (1983). A Philosophical Analysis of Caring in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (3), 104-107.

HENNEZEL, Marie (1997). *Diálogo com a Morte*. (1ªed.). Lisboa: Ed. Notícias

HENNEZEL, Marie (2000). Acompanhar os Últimos Instantes da Vida. Comunicação apresentada no *Simpósio de Enfermagem. Organização da Revista Sinais Vitais*, 1-8, (mimeo).

HENNEZEL, Marie; LELOUP, Yves (1998). *A Arte de Morrer*. (1ªed). Lisboa: Ed. Notícias.

HENRIQUES, Marília; MONTEIRO, Zélia; LÚCIA, Ana (1995). O Enfermeiro e a Morte. *Servir*, 43 (1), 9-17.

HERTH, Kaye. (1993). Hope in the Family Caregiver of Terminally III people. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 538-548.

HESBEEN, Walter (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

HESBEEN, Walter (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

HILL, Frank (1992). Cuidar de Doentes Terminais. *Nursing*, 5 (50), Março, 18-20.

HONORÉ, Bernard (1992). *Vers L'œuvre de Formation. L'ouverture à L'existence*. Paris: Editions L'Harmattan.

INGRAM, Roland; BRAUNWALD, Eugene (1988). *Dispneia*. In Harrison-Tratado de Medicina Interna (2 volumes), cap. 26. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 11<sup>a</sup>(ed.), 129-136.

JOSSO, Christine (1984). Des Demandes aux Process de Formation: Les Apports de L'Approche Biographique. In *Experiene de vie et Formation; Recueil D'Articles sur les pratiques de Recits de Vie*, relecture et de composition: Mme Monique Pfister, Université de Genève, 1-6

JOSSO, Christine (1988). Da Formação do Sujeito... ao Sujeito da Formação: In *O método Autobiográfico e a formação*. de António Nóvoa, e Mathias Finger (Orgs). Lisboa: D.R.H. Ministério da Saúde. 37-50.

JOSSO, Christine (1991b). *Cheminer Vers Soi*. Lausanne: Editions l'Age d'Homme.

JOSSO, Christine (1991a). L'expérience Formatrice: un Concept en Construction.: In *La Formation Expérientielle des Adultes*. La Documentation Française. Paris.

JOSSO, Christine (1996). Se Former en tant qu'adulte : Défis et Risques, Enjeux, Ressources et Difficultés. In *Experiene de vie et Formation; Recueil D'Articles sur les pratiques de Recits de Vie*, relecture et de composition: Mme Monique Pfister, Université de Genève, 79-86.

KUBLER, Ross (1991). *Sobre a Morte e o Morrer* (4<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Martins Fontes, Lda.

LALANDA, Piedade (1996). Espaço Sócio-Cultural da Morte. In *Cadernos de Bio-Ética* (12), Coimbra: Centros de Estudos de Bioética, 19-32.

LANDRY, Francine (1991). Vers une Théorie de L'apprentissage Expérientiel. In *La Formation Expérientielle des Adultes*. Paris :La Documentation Française.

LAZURE, Hélène (1994). *A Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

LEININGER, Madeleine (1985). *Qualitative Research Methods in Nursing*. Grune e Stratton, Inc. London.

LERBET, George (1981). *Une Nouvelle voie personnaliste: Le systeme-personne*. Paris: Maurecourt, La Mesonance, 2 IV.

LINDHOLM, Lisbert; ERICKSSON, Katie (1993). Compreender e Aliviar o Sofrimento numa Cultura de Cuidar (tradução). *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1354-1361.

LIPOVETSKY, Gilles (1989). *A Era do Vazio*. Lisboa: Relógio D`Agua.

LOPES, Pereira (1998). *Tocar: Uma técnica que Humaniza?* (no prelo).

LYOTARD, Jean-François (1986). *A Fenomenologia*. Biblioteca Básica de Filosofia. Edições 70.

MACKEY, Rochelle (1997). Descubra o Poder do Toque Terapêutico. *Servir*, 45 (5), 261-268.

MAETERLINK, Maurício (1997). *A Morte*. Alpiarça. Artes gráficas, 1ª (ed.).

MALRAUX, André (2000). *A Condição Humana*. (s/ed.). Lisboa: Edição Livros do Brasil.

MANNIX, Kathryn (1995). Confusional States. In *Palliative Care for People with Cancer*. London: Edited by Penson, Jenny e Fisher, Ronald, Cap. 8, 123-137, (2ªed.).

MARTINEZ, Marta (1993). La Antropologia de la Muerte. In *Rol de Enfermeria*, nºs 179-180, Ano XVI. Barcelona: Ediciones Rol,.

MAYER, C. (1991). Nursing and AIDS: A decade of caring. *The American Journal of Nursing*, Dec. 26-31.

MEZIROW, Jack (1996). Contemporary Paradigms of Learning. *Adult Education Quarterly*, 46 (3), 158-173.

MEZIROW, Jack. (1989). Personal Perspective Change Throught Adult Learning. In, Colin J. Titmus (Ed.), *Lifelong Education for Adults*, An International Handbook, Univ, Leeds, UK: Pergamon Press, 195-198

MILLER, Judith (1985). Inspirando Esperança. *Servir*, 33 (6), 284-289.

MORA, Ferrater (1982). *Dicionário de Filosofia*. (4ª ed.). Vol (4). Madrid: Alianza.

MORAGA (sem data). L'infirmière Devant La Mort. Tiré de la *Revue Suisse des Infirmières* (mimeo).

MORIN, Edgar (1970). *O Homem e a Morte*. (2ª ed.). Mem Martins: Pub. Europa-América.

MORIN, Edgar (s/d). *Ciência com Consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

MORSE, Janice (1991). *Qualitative Nursing Research. A contemporary Dialogue*. UK: Sage Publications.

MORSE, Janice (1999). Qualitative Generalizability. *Qualitative Health Research*. Vol. 9, (1), Sage Publications, Inc. 5-6.

NEVES, Maria (1996). O Sentido da Morte na Vida dos Homens. *Cadernos de Bio-Ética*, 12,Coimbra: Centros de Estudos de Bioética, 7-18.

NIGHINGALE, Florence (1946). *Notes of Nursing: What it is and what is not:* (facsimile of 1859). Philadelphia: S. B. Lippincott CO.

NÓVOA, António (1988). A Formação tem de Passar por Aqui: As Histórias De Vida No Projecto Prosalus. In. *Método Autobiográfico e a formação*. António Nóvoa e Mathias Finger, (Orgs.). Lisboa: D.R.H. Ministério da Saúde, 109-129.

NUNES, Etelvina (1998). Que é Ser Pessoa? *Cadernos de Bio-Ética*, 16, Coimbra. Centros de Estudos de Bioética, 31-39.

OLIVEIRA, Abílio (1995). *Percepção da Morte. A Realidade Interdita*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa para a obtenção de grau de mestre em Psicologia Social e organizacional, Lisboa.

OLIVEIRA, Abílio (1999). *O Desafio da Morte* (1ª ed.) Lisboa: Editorial Notícias

OSSWALD, Walter (1996). Morte e Morrer. *Cadernos de Bio-Ética*, 12, Coimbra. Centro de Estudos de Bioética,

PACHECO, Susana (1999). *A Ética no Cuidar do Doente em Fase Terminal*. Dissertação apresentada Na Faculdade de Ciências Humanas para a obtenção de grau de Mestre em Teologia da Saúde e Ética da Saúde, Lisboa.

PATTON, Michael (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2ª ed.). UK: Sage Publications, 143-368.

PINEAU, Gaston (1988). A Autoformação no Decurso da Vida: Entre a Hetero e A Ecoformação In. *Método Autobiográfico e a formação*. António Nóvoa e Mathias Finger, (Orgs.). Lisboa: D.R.H. Ministério da Saúde, 65-77.

PINEAU, Gaston (1991). Formation Expérientielle et Théorie Tripolaire de la Formation. *La Formation Expérientielle des Adultes*. Paris: La Documentation Française.

PINEAU, Gaston (1999). Rapports à la Formation Suivant les Étapes de Vie au Travail selon Danielle Simard (1984). In *Expériences d'apprentissage et histoires de vie*. Paris: Editions Dunod.

PINTO, Feytor (1991). Entre A Vida e a Morte, a Razão da Esperança. (Avaliação ética da Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia). *Servir*, 39 (1), 8-22.

PIRES, Ana (1994). As Novas Competências Profissionais. *Formar*, 10, 4-19.

PIRES, Helena (1995). *Cuidar da Pessoa em Fim de Vida*. Dissertação apresentada para Provas Públicas para Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil na área científica de Educação em Enfermagem à Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, Lisboa.

PIRES, Mègre (1995). *Cuidar da Pessoa em Coma. Como preservam as Enfermeiras a sua Humanidade e a Humanidade da Pessoa em Coma*. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de mestre em Ciências de Enfermagem, Lisboa.

PIRES, Mègre (1997). Cuidar da Pessoa em Coma. *Pensar Enfermagem* (1), 25-26.

POLIT, Denise; HUNLGER, Bernadette (1991). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ªed.), Porto Alegre: Artes Médicas.

REBELO, Teresa (1997). Sobre a Noção da Prática. *Pensar Enfermagem* (1), 3-4.

REED, Pamela (1991). Preferences for Spiritually Related Nursing Interventions Among Terminally Ill and Nonterminally Ill Hospitalized Adults and Well Adults. *Applied Nursin Research*, 4, (3), 122-128.

RENAUD, Isabel (1994). Corpo e Pessoa. *Cadernos de Bio-Ética*, 18, Coimbra. Centros de Estudos de Bioética, 3-11.

RENAUD, Isabel (1994). Intimidade e Unificidade da Pessoa à Dimensão Afectiva. *Cadernos de Bio-Ética*, 7, Coimbra. Centros de Estudos de Bioética, 71-79.

RENAUD, Isabel (1998). Corpo e Pessoa. *Cadernos de Bio-Ética*, 18, Coimbra. Centro de Estudos de Bioética, 3-11.

RENAUD, Michel (1999). O Encontro com o Outro. *Cadernos de Bio-Ética*, 21, Coimbra: Centros de Estudos de Bioética, 3-19.

ROSADO, Maria (1993). *Os Técnicos de Saúde Face ao Doente Terminal – Contributo para o estudo desta problemática*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa para a obtenção de grau de mestre em Ciências de Educação, Lisboa.

SÁ, Daniel (1993). *A Criação do Tempo do Bem e do Mal*. Algés: Edições Salamandra.

SANTO AGOSTINHO (sem data). *Confissões*. Editorial A. O. (11ªed.).Braga.

SARAIVA, Ana (1999). O Doente Inconsciente e a Efectividade da Comunicação Através do Toque. *Nursing*, 134, 36-40.

SCHON, Donald. (1992). Formar Professores Como Profissionais Reflexivos: In os Professores e a sua Formação. Instituto de Inovação Educacional e Autores. Pub. Dom Quixote, Lisboa.

SEBAG, Lanoe; CAZAS (1988). O Acompanhamento do Velho Moribundo. *Servir*, 36 (5), 241-245.

SERRALEIRO, Maria (1993). A Espiritualidade nas Pessoas Idosas. *Servir*, 41 (1), 20-23.

SERRÃO, Daniel (1996). A Morte da Pessoa. *Cadernos de Bio-Ética*, 12, Coimbra: Centros de Estudos de Bioética, 35-45.

SILVA, António (1993). De Principiante a Perito. *Servir*, 44 (3), 148-154.

SOUSA SANTOS, Boaventura (1987). *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Ed. Afrontamento.

SOUSA SANTOS, Boaventura (1989). *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*. Porto: Afrontamento, (4ª ed).

SOUSA SANTOS, Boaventura (1994). *Pela Mão de Alice, O Social e o Político na Pós-Modernidade*. Porto: Afrontamento, 2ª (ed.).

STEPNICK, Arlene; PERRY, Tess (1992): Preventing Spiritual Distress in the Dying Client. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30 (1),17-24.

SWANSON, Kristen (1993). Nursing as Informed for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), 352-356.

ATANO, Cheryl (1997). Nursing Students` Experiences Caring for Dying Patients. *Journal of Nursing Education*. Vol. 36 (9), 408-415.

THOMAS Veronica; CLARK, Jill (1993). Nurse-Patient Communication: Nursing Assessment and Intervention for Effective Pain Control. In *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 298-301.

TORGA, Miguel (1995). *Diário XVI* (2ª ed.), Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

VALA, Jorge (1986). A Análise de Conteúdo. In Silva, Augusto; Pinto, José, org.- *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento, 101-128.

WALTER, Béatrice (1988).“*Le savoir infirmier*”. Editions LAMARRE.

WATSON, Jean (1990). The Moral Failure of the Patriarchy. *Nursing Outlook*, 38, (2), 63-67.

WATSON, Jean (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado. Colorado Associated University Press Boulder.

WATSON, Jean (1988). *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York. National League for Nursing.

WIPPLER, Migene (1998). *A Vida depois da Morte*. Editorial Estampa, (1ª ed.).

YATES, Judy; Mc DANIEL, Janet (1994). Are you losing yourself in codependency?  
*American Journal of Nursing*, (4), 32-36.

### **FAX**

Centro Informação e Documentação do Serviço Regional de Estatística dos Açores,  
295401947

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Cartaz para solicitar a participação dos sujeitos no estudo

**Colega,**

Chamo-me Cidália Frias, sou enfermeira-monitora na Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo e necessito da sua colaboração para um trabalho de investigação que pretendo fazer no âmbito do Mestrado em Ciências de Educação.

Com este trabalho pretendo:

**Compreender como a história de vida da enfermeira influencia o processo de cuidar da pessoa em fim de vida;**

**Compreender como é que os enfermeiros vivenciam o processo de morrer da pessoa em fim de vida;**

**Compreender como o cuidar da pessoa em fim de vida revela a essência do próprio momento de cuidar.**

Se

trabalha há mais de 5 anos neste serviço;

cuida de pessoas em fim de vida;

quer partilhar a sua experiência de como identifica que a pessoa de quem cuida está a morrer;

quer partilhar o significado que atribui aos cuidados de enfermagem quando cuida da pessoa em fim de vida;

quer partilhar que forma revestiu esse significado e como o ajuda na sua prática, enquanto pessoa e enquanto profissional;

e autoriza a gravação da entrevista.

Então

escreva o seu nome na folha que está em anexo

Obrigado

*Cidália Frias*

Será mantido o anonimato dos participantes. O conteúdo das entrevistas só será utilizado no âmbito desta investigação. Ser-lhe-á dado conhecimento dos dados da investigação.

## **ANEXO II**

### **GUIÃO DAS ENTREVISTAS**

## GUIÃO

- 1 - Como é que sabe que a pessoa em fim de vida de quem cuida está a morrer?
  
- 2 - Quais os cuidados a prestar (quer no domínio da técnica quer no relacional), que considera específicos da pessoa em fim de vida?
  
- 3 - Que significado (importância ou sentido) atribui aos cuidados que presta à pessoa em fim de vida (quer técnicos quer relacionais)?
  
- 4 - Como é que o significado que atribui aos cuidados de enfermagem que presta à pessoa em fim de vida o ajuda a reorientar a sua prática (quer como pessoa quer como profissional)?

## **ANEXO III**

### **ENTREVISTAS**

## ENTREVISTA 1

INV. Como é que sabe que a pessoa em fim de vida de quem cuida está a morrer?

SUJ. O diagnóstico pode ajudar-nos muito e também a nossa observação muito especial. Se olharmos o aspecto físico, se está emagrecido e flácido... a hipotonia muscular, a cor da pele, a sua respiração,... a descida da tensão arterial e a midríase, o ficar pouco comunicativo... isto pode ajudar-nos muito. Cada caso é um caso.

INV. Isto é o que a sua experiência lhe tem dito, isto é, as pessoas de quem está a cuidar, habitualmente, apresentam-se assim?

SUJ. Nem todos se apresentam da mesma maneira, todos são diferentes uns dos outros... cada caso é um caso.

INV. Quando diz que cada caso é um caso, a sua experiência diz-lhe que há situações diferentes. Quer especificar alguma?

SUJ. Às vezes até um doente de uma hora para a outra modifica o seu estado geral... que não deu tempo para a gente observar nada ... a morte é como o vento!... é isso!

INV. Quais são os cuidados que presta que considera específicos da pessoa em fim de vida?

SUJ. Para começar, (muito silêncio) devo dizer que o doente em fase final tem todo o direito de ser tratado, (de)... ser respeitado na sua dignidade humana...

O doente deve ser chamado pelo seu nome... e se tem algum título como, por exemplo, senhor professor, senhor doutor, ou senhor enfermeiro, para que... se sinta digno na sua cama, para que não se sinta uma coisa, um objecto que as pessoas estão a mexer, que já não tem autonomia, mas sim uma pessoa que está a ser tratada pelo seu nome próprio, com a sua dignidade tal como quando era autónomo (muito silêncio).

Há uma coisa que eu penso e que é assim: nós não nascemos para morrer, nascemos para viver... por isso há uma vida para além da morte.

Vou falar de um doente com dor... quando um doente se começa a queixar que tem uma dor daqui ou dali... o doente tem sempre razão! Lembro-me do senhor X. que se queixava com dificuldades em respirar, mas o grande problema era a dor pulmonar... o doente estava a ser tratado e dava-se o paracetamol... (muito silêncio). No entanto, parece que o paracetamol deixou de fazer (efeito)... e então começámos a dar o Clonix. O Clonix até nos parecia que estava a fazer efeito... já o fazia em casa... e a família disse-nos que, em casa ele já tomava o Clonix... E a gente pensou... (quando a família nos disse isto), que se calhar o doente já estava viciado... Às vezes conhecemos o doente

através da família, então, começamos a dar o placebo... O doente parecia que ficava sossegado, mas eu penso que ele estava sentindo dor... não tenho a certeza, penso que não era uma dor psíquica, penso que era mesmo uma dor física... até porque quando o mudávamos de posição e (o) massajávamos ele acalmava. Depois o doente foi a casa, mas depois piorou e veio para os cuidados intensivos. E, quando o doente morreu o médico disse à filha:- Então não sabia que o seu pai tinha um tumor no pulmão? E, a filha ficou com os olhos cheios de lágrimas disse:- “O meu pai, realmente, sofria muito, tinha muita razão... o meu pai nunca mentia... o meu pai nunca mentia... o meu pai quando dizia uma coisa era mesmo verdade... o meu pai tinha muitas dores. E, quando a filha frisou isto eu senti remorsos, por aquilo que eu... dando o placebo (muito silêncio).

A doente A ... Neste caso, refiro-me aos desejos que (esta) doente teve quando estava na parte final da vida... tinha feito mastectomia e tinha metástases em todo o corpo... tinha muitas dores... sentia muitas dores... (muito silêncio). Devido aos analgésicos que tomava sentia muitas náuseas... mas tinha grandes desejos. Estes desejos eram de comer uns morangos, uns fios de bacalhau cru, sabia-lhe bem... umas mandarinas, umas coisas que vomitava tudo... mas ela tinha desejos e estes desejos a gente procurava satisfazê-los.

É muito importante estarmos atentos no final da vida a estes desejos... porque o doente vomita mas... eu penso que o doente se sente confortado... comeu e vomitou mas as pessoas satisfizeram o seu desejo e aquele desejo é muito importante, mesmo que tenha vomitado o morango ou o bacalhau ou mesmo que não o tenha mastigado, mas as coisas chegaram-lhe e ele sentiu que as pessoas tiveram uma atenção para com ele e que as pessoas (enfermeiros) respeitam o seu desejo como pessoa... o que é muito importante, pois, (muito silêncio)... é pessoa desde que nasce até morrer.

Nós temos que dar atenção, muita atenção ao doente, ao seu psíquico... A atenção ao posicionamento do doente, não só para evitar as escaras, mas muito especialmente pelo conforto físico e psíquico... o massajá-lo... (porque) o psíquico tem muita influência no posicionamento. Se o corpo está bem, o psíquico está bem.

Então, a doente A... Um dia, assisti quando ela acordou de um pesadelo... e ela queria me contar o grande pesadelo... e que aquele pesadelo não desaparecia... e que era um cão com uma boca muito grande e que estava contra ela e que era uma aflição: - “Porque é que aquele cão estava com aqueles olhos e com aquela boca assim?”. Eu por mais que fizesse entender que aquilo era um pesadelo e que aquilo ia passar ela estava sempre batalhando naquela ideia que não passava... Mais tarde, por uma experiência

própria tive um pesadelo, e não passava... quando me virei para outra posição na cama, aquele pesadelo desapareceu imediatamente.

Ora, é uma coisa que eu acho de vital importância é posicionar várias vezes os doentes... Os que falam ainda se vão queixando, mas os que não falam a gente não sabe o que se está a passar lá no seu interior, na sua cabeça... se eles estão a sofrer ou não, nós é que temos que ter as atitudes para o irmos virando... Imagine-se um doente com um pesadelo naquela posição que aquilo nunca mais passa.

Um doente que foi atingido por um AVC (acidente vascular cerebral), no centro da fala ou que está em semi-coma ou em qualquer outra situação, mas que está a sofrer e... a gente não sabe como é que ele está a sofrer. Ora, no posicionar podemos tirá-lo de algum pesadelo ou qualquer coisa que ele esteja a sofrer. Mesmo a gente quando está numa posição estamos a pensar coisas e a gente se mudar de posição... sentimo-nos mais confortáveis, isto é muito importante!

INV. Considera estes aspectos que focou específicos... ou não... mais direccionados para os cuidados técnicos? E os desejos à parte relacional ou não?

SUJ. Eu digo que isto é muito importante... se o corpo estiver numa posição sem dores, se tiver relaxado, isto tem uma influência muito grande, porque o psíquico fica arejado, porque o psíquico é que dá força de viver, de lutar, ou ultrapassar a dor...

Na fase final o doente tem muitos pensamentos, podem ser positivos ou negativos... podem ser: olhar pela sua família que está em casa... que deixou a sua família, que deixou a sua casa, que deixou o seu bem estar... o seu trabalho, depende da idade ou do trabalho que a pessoa tem, dos familiares que tem, das pessoas amigas. Se vier de uma terra diferente, vindo de uma outra ilha para outra... isto tem muita importância... Quando mudamos de ilha ou até de cama ou deixamos os nossos familiares, nós temos um sofrimento horrível. Ora um doente quando está doente não tem capacidade para ultrapassar estas coisas... se ele for bem tratado na sua higiene, o tocar-lhe aquando a sua higiene, se for (tratado) na sua dor, no seu posicionamento... proporcionará bem estar... porque às vezes não podemos fazer nada para tirar a doença mas podemos suavizá-la fazendo estas coisas.

INV. O que quer dizer é que a pessoa com a doença... isto é, embora a gente saiba que a doença não tem solução... continua a ser uma pessoa e, é nesse sentido que o nosso atendimento de deve direccionar... O que acha?

SUJ. Que o doente seja tratado com respeito e com dignidade, porque o doente mesmo doente é pessoa... é pessoa desde que nasce até morrer e é essa dignidade que lhe é concedida como pessoa humana deve ser respeitada em todo o momento da sua vida.

Também perante isto tudo a gente também vê o cansaço dos enfermeiros, ora perante isto nós devemos estar continuamente, continuamente? Sim, nós devemos fazer aquilo que podemos mas também temos que nos poupar um pouco. Se há mais pessoas... nós temos que tratar dos doentes com equilíbrio.

Eu lembro-me de um familiar que estava em casa que tinha uma afinidade por mim... muitas vezes esperava que eu chegasse, estava com a bexiga cheia... para lhe por a arrastadeira, quando havia mais pessoas em casa... isto assim já me estava gastando, fazendo um *stress*, não tanto o *stress* de ir a correr mas já o meu psiquismo ia cansado porque ia actuar... Uma vez em que tinha outras pessoas em casa que podiam fazer isto, que era uma coisa muito simples. E quem diz isto em casa diz no hospital, há muitos empregados, muitas enfermeiras, e não açambarcamos esta ligação. Isto é, fazer tudo ao doente mas não nos ligarmos demasiado para que o doente não crie dependência, senão ficamos com *stress*, mas por nossa culpa... às vezes ouço música... diminui a minha angústia...

INV. Que importância atribui, que sentido tem para si aos cuidados que presta à pessoa em fim de vida?

SUJ. O sentido... bem uma pessoa que está moribunda, que está na sua fase final eu sinto-me útil em prestar o último serviço ou os últimos serviços àquela pessoa com dignidade... A pessoa tem dignidade, além da pessoa ser humana ela está a fazer a sua transcendência para o além (muito silêncio).

Nós temos de ajudar o doente a transpor para a eternidade. Acho que é muito importante... porque a criança ao nascer se vai para uma boa maternidade e tem um bom obstetra ou enfermeiro... se os pais procuram um lugar digno para o seu filho nascer, pois, esse filho que nasceu com tanta dignidade... é essa mesma pessoa que vai morrer com a mesma dignidade com que nasceu.

INV. Atribui um significado aos cuidados que presta... refere que se sente útil... como?

SUJ. Eu senti-me realizada, nós tornamo-nos mais pessoas, mais enfermeiros, na medida em que estamos disponíveis e estamos atentos ao outro...

A morte é um momento de realização boa ou má que a pessoa está a ter no fim...pode ser uma frustração ou pode ser uma morte descontraída... e a pessoa sentir-se

em paz. Penso que o Papa João XXIII, na hora da morte mandou por um disco a tocar... não sei bem se é este Papa.

INV. Acha que um profissional de saúde que põe uma música a tocar irá sentir-se realizado? Alguma vez lhe aconteceu proporcionar estas situações?

SUJ. Eu, lembro-me de um rapazinho com uma Leucemia... e que o mandaram para casa... e ele foi para casa morrer. Nós colocamo-lo na maca e ele disse-me:- “Quero que me dê um beijo!” Eu dei-lhe um beijo e senti que ele ficou feliz e eu senti-me realizada, nunca mais esqueci esta atitude.

Um outro caso nesta linha de ideias... é o caso de um menino que tinha uma leucemia e estava num hospital... só que ele tinha dito à mãe que quando fosse grande queria ser bombeiro. A mãe ficou a pensar e estava a ver o filho a morrer e interrogava-se como é que ia realizar o sonho do seu filho. Então, ele foi aos bombeiros e perguntou ao chefe se o filho podia visitar a “bombaria” para que ele se sentisse realizado. O chefe disse que podia fazer muito melhor: -“a senhora que me dê o número do menino que eu faço uma farda para ele, e ele vem um dia inteiro passar connosco, come connosco e todas as saídas que nós tivermos ele, também, sai.

Então ele foi passar um dia com os bombeiros e veio feliz para o hospital... a expectativa era de muito pouco tempo de vida e aquela alegria. Quando o doente estava a morrer a enfermeira; chefe daquele serviço; e sabendo da história, telefonou aos bombeiros e perguntou se podia vir um membro da equipa para ajudar a morrer aquele menino que quis ser bombeiro. E um bombeiro disse:- “Nós podemos fazer muito... vamos mandar o carro dos bombeiros com a sirene. Quando ouvirem a sirene avisem no hospital que não é fogo ... nós vamos direitos à janela dele... então vocês abram a janela”!

Entraram 14 homens fardados e 2 bombeiras e abraçaram o menino. O menino perguntou: -“Sou um dos vossos?” E o chefe disse:- Sim, tu és um dos nossos! E o menino sorriu, virou a cabeça e fechou os olhos (lágrimas e muito silêncio). Isto é muito bonito, uma maneira de ajudar a realizar os sonhos de uma criança... que, ainda não os tinha realizado... quem diz uma criança diz um adulto... que tem um sonho e que a gente o ajude a realizar, mesmo que seja na hora da morte... ele pode morrer tranquilo, em paz e com serenidade e fazer uma transição desta vida para a outra... (muito silêncio), talvez com alegria porque está realizado (muito silêncio).

Um outro caso é... o desespero de uma doente na parte final. E, esta doente B., tinha feito uma mastectomia no Continente, tinha ido lá a muitas consultas e feito

tratamento. Mas, depois, ficou com metástases e o médico disse:- Bem, isto talvez mais uns três anos... e que ela não precisava de fazer mais tratamentos. A doente... o seu psíquico ficou marcado por aqueles três anos. E, começou-se a isolar e a preparar-se para aqueles três anos de morte... fez o seu testamento... e à medida que o tempo ia-se aproximando ela ia ficando cada vez mais inibida e preparou-se espiritualmente para o seu fim, porque eles determinam o seu tempo de viver. Se eu estava em casa, dizia-me:- “se fosse fulana levavam-me para o hospital... se fosse fulana estava em casa e tratavam-me com muito carinho... Isto quer dizer sentia um desespero e agredia-nos, dizendo-nos: -“A vida é para vocês! Para mim a vida já acabou mas vocês também não de ter alguma coisa!

INV. Como é que acha que nós enfermeiros podemos ajudar a gerir estas situações?

SUJ. (Muito silêncio) Estas coisas não se fazem de uma hora para a outra... estas coisas vão-se fazendo aos retalhos todos os dias. Quer dizer, há situações que não são nada fáceis... é o caso desta situação , mas se nós tivermos alerta que o doente pode passar por esta situação... O *stress* dos familiares e dos enfermeiros, influencia o nosso psíquico. Se estivermos atentos vamos compreendendo, isto é, vamos procurando ajudar a ultrapassar ... mas se nós tivermos dentro do caso, vamos lidando aos poucos... não é fácil... agora não devemos preocuparmo-nos muito... o doente quer a nossa atenção, quer ser compreendido... mas ao mesmo tempo ele quer nos ver seguros. Se mostrarmos um ambiente acolhedor ajuda muito.

INV. Da sua experiência com estas pessoas como é as foram ajudando a reorientar a sua prática... quer como pessoa e profissional?

SUJ. Como digo, cada caso é um caso e cada pessoa é uma pessoa... e também, o lidar com a morte é sempre muito desagradável para nós que estamos a olhar para a pessoa que está a partir e nós não podemos fazer nada... temos uma sensação muito desagradável. Para um enfermeiro ou familiar quando uma pessoa, está a partir e que a gente não a pode agarrar e a pessoa está a ir e vai-se. Impressiona-me imenso quando dizem que aquela pessoa “foi-se”. É uma sensação desagradável que nós sentimos... bem como todos nós sabemos que todos vamos e ninguém fica, porque esta vida é uma passagem para a eternidade... que vamos ter uma outra vida... É nesta vida que superamos a outra... mas vamos aprendendo a lidar com cada situação e procurarmos estar mais atentos... até para nós... Um dia vamos morrer e vamos ajudando os outros a melhor viver este momento, o mais importante da sua vida... é o culminar de uma vida, vivida muitos ou poucos anos, muito sofrimento ou pouco sofrimento é sempre o

3 anos teve uma morte dolorosa que foi determinada pelo seu psíquico (muito silêncio). Tenho também um caso de uma senhora em que o seu psíquico reagiu. Era uma senhora casada que tinha filhos e era professora. Era vésperas do Natal e ela estava ensaiando uns cânticos do Natal para o coro da sua escola... estava muito entusiasmada a ensaiar... .mas não sei o que lhe aconteceu... mas ela ficou muito mal e foi para os cuidados intensivos. Estava ligada ao ventilador e toda gente dizia que ela ia morrer... mas o marido nunca a deixou, nunca desistiu e ficou aos seus pés... sempre tocando-lhe nos pés para ela ir sentindo o contacto humano... porque o toque recupera a vontade de viver... E, depois, os alunos gravaram o cântico do Natal e puseram-no a tocar continuamente. O seu psíquico começou a ouvir a música e começou a reagir positivamente. À medida que a música ia tocando fazia compasso com os pés... e recuperou... viveu. Quando ficou bem e foi para casa ela disse que quando a ligaram às máquinas que não tinha perdido a consciência ou pelo menos sentia que não tinha sentido para viver, mas que não queria morrer... mas quando ouviu a música... sentiu que ia viver... se agora estava viva era graças à amizade dos seus alunos que lhe puseram música continuamente. E, o marido sempre esteve ao lado tocando-lhe e isso é que a fez viver.

Mas, muitas vezes... temos que respeitar cada doente, cada pessoa, cada um tem a sua religião. No momento final podemos perguntar que se quer se chame o padre, o capelão para os ir assistir espiritualmente... Nós temos o dever de ajudar espiritualmente os doentes, dar-lhes os sacramentos se eles o pedirem, a sagrada comunhão, a Santa Unção nós temos o dever de chamar o padre... para que eles se sintam bem... Se precisam de força corporal, precisam de força do espírito e é esta que dá força para lutar no dia a dia e muito especialmente na hora da morte e durante toda a vida... porque para além da vida há uma vida... a nossa terá sentido se nós tivermos esperança que vamos ter uma vida melhor. Muitas vezes os doentes vivenciam a morte e muitas vezes não falam na morte. Mas a presença física de alguém diminui a sua angústia.

Conheço uma doente que era conhecedora do seu estado...tinha leucemia. Quando morreu estava rodeada dos seus familiares, e à medida que se ia apercebendo que a morte ia chegando, apertava a mão dos familiares como se despedisse... Tive doentes que me diziam que iam morrer: -“não passo desta noite”, “não chego à outra semana”. Há muitas coisa que nós não nos apercebemos e eles é que se sentem e têm os seus pressentimentos que são verdadeiros. É escutar, ver os gestos, a raiva, a aceitação e isso

culminar de uma vida. Para nós enfermeiros é uma grande honra... ajudarmos uma pessoa a partir daqui... até se costuma dizer a morrer, que a morte é uma passagem desta vida para a outra... nós não fomos feitos para morrer... nós somos eternos... por isso é que a gente não gosta de ouvir falar na morte... mas convive-se com ela. Não sabemos nada do outro lado como a criança que está no ventre da mãe que faz uma passagem de dentro para fora... quer dizer de um lugar completamente diferente... comparo a morte a isto. Devo dizer que ela saiu de um lugar para outro, quer dizer que a passagem desta vida para a outra quase... que é uma barreira assim... parecida com a do útero da mãe... é uma vida diferente como a gente já teve uma vida uterina, nós passamos de uma vida diferente e quando formos para a outra vida temos que ultrapassar outra barreira ... é só ultrapassar esta barreira que está com o nome de morte, que é um bocado duro...

INV. Isto sempre foi assim, na sua vida pessoal e profissional ou numa fase inicial, encarava de modo diferente... à medida que os anos foram passando, lidando com as pessoas no fim da vida foi tendo outra perspectiva?

SUJ. Eu... a vida é que nos vai ensinando... à medida que vamos vivendo, o nosso ser cresce... vamos amadurecendo porque em criança a gente nem sequer pensa nisto... nem nos apercebemos destas coisas. No entanto, para mim uma morte é sempre muito dolorosa...convive-se com a morte... é uma coisa difícil... claro que procuramos lidar com ela e também vou ter essa morte... mas para mim... como católica, eu sinto que vou acabar uma vida de luta e vou entrar num encontro com Deus. É isto que eu penso.

INV. Continua a ser doloroso?

SUJ. Mas como pessoa humana parece-me que queria estar sempre aqui... como pessoa que tem uma fé para além há uma esperança, uma vida melhor, um encontro com Deus... com os nossos que estão no outro lado e então neste sentido eu sinto uma felicidade mas como pessoa humana eu quero estar aqui... não é fácil... é doloroso (silêncio).

Olhando para uma pessoa que ... sinto-me muito pequenina ao vê-la partir e não fazer mais nada, sinto-me pequenina demais é... uma passagem. Sinto-me como cristã que é uma felicidade... se a pessoa se libertou desta situação terrena, destes sofrimentos próprios e que vai gozar uma vida tranquila, um outro estado de vida , de graça... acabar com os sofrimentos. É o que eu penso.

INV. Quer dizer mais alguma coisa?

SUJ. Eu já disse muitas coisas e já vai ter muito para deslindar... ah! às vezes as pessoas determinam o seu tempo de viver... já disse... A outra doente que não acabei... ao fim de

a vida ensina.

Outro exemplo: tivemos R. para morrer muitas vezes... só que este senhor esperou pelos pais que vinham da América e morreu logo a seguir.

Já disse tudo e queria terminar com as mesmas palavras que comecei que nós não fomos feitos para morrer... mas para viver, por isso a morte é apenas uma passagem, um ultrapassar deste mundo para outro... nesta linha de ideias somos eternos.

INV. Obrigado.

## ENTREVISTA 2

INV. Como é que sabes que a pessoa em fim de vida de quem cuidas está a morrer?

SUJ. (Muito silêncio). Se eu sei que ele tem um diagnóstico, se é de hemato-oncologia ou da Nefrologia... uma pessoa à partida sabe... Outras vezes, o médico quando interna diz que a pessoa está em fase terminal... uma pessoa apercebe-se e, depois, está ali todos os dias... por vezes até de um dia para o outro... (há) alterações no doente... todos são diferentes. Há doentes que ficam mais dispneicos... com aquelas cores... não sei como hei-de explicar. Eu sei ver que ele está agónico... que está na fase terminal... eu sei ver isso.

INV. O que é para ti evidente, na pessoa que está a morrer ?

SUJ. O doente deixa de comer, está dispneico, praticamente deixa de reagir e era um doente comunicativo... e, depois, começa a haver uma degradação no dia a dia... E na Medicina são internamentos longos e dá para perceber isso... os doentes de dia para dia deixam de comer, vejo que estão a degradarem-se de dia para dia e a própria família começa a ficar inquieta. Se o doente sabe que vai morrer, se tem uma neoplasia que o médico lhe disse... nesta fase é como um desabafo para a pessoa, parece que não tem muito a consciência do que tem, porque se calhar estão a pensar: -“eu vou ficar melhor”... nenhum doente me disse que ia morrer... Nunca tive um doente que fosse internado e dissesse: -“eu vou morrer: “!.

Faz-me confusão... vejo as pessoas e sei que vão morrer e estão muito mal... eu não sei se elas se apercebem... se calhar eu nunca tive vontade para estar com elas, não sei. Os próprios familiares, quando vêem que o doente está mal, ou melhor não se capacitam de que ele está mal, perguntam: -“ele está melhor?”.

Eu olho para o doente e sei que ele está mal... por exemplo, eles são todos diferentes e, para mim pode haver um doente que esteja mal e eu, às vezes, digo: -“aquele doente vai morrer”. O meu colega diz que não. É a nossa própria experiência e sensibilidade... há algo na pessoa que nos diz que está a morrer... mas os sinais, a cor... Em termos de verbalização: -“eu estou muito mal... não vou passar desta”. É uma forma de exteriorizarem o seu medo, porque sabe que ainda não chegou a... Se calhar é uma forma para eu dizer: “o senhor vai ficar bem, ainda, vai para casa...”

INV. Achas que é uma forma de nos interrogarem?

SUJ. É... estão à espera que a gente lhe diga alguma coisa... e isto acontece... Por vezes eu fico naquela: -“será que o doente sabe o que é que tem?”. Porque nós fomos

ensinados na escola que quem diz os diagnósticos é o médico... e a gente vê lá no hospital a maior parte dos doentes que lá está não sabe o que é que têm... faz-me extrema confusão e, às vezes, estou a falar com um doente e sei que está em fase terminal, que tem diagnosticado um cancro ou... doentes de neurologia. Uma pessoa sabe que se o doente tem um AVC hemorrágico, que é fulminante, eles não vão sair do serviço e perguntam... Às vezes apetece-me dizer o que é que eles têm... apetece-me dizer: “o senhor está muito mal, muito mal... o senhor vai morrer... mas quem sou eu para dizer isto ao doente? É perturbador saber que o doente vai morrer e... saber que ele não tem consciência disso. Se fosse eu, se me tivesse sido diagnosticado qualquer coisa... ah! eu tinha tanta coisa para fazer ... eu queria fazer tantas coisas!

Tem lá um doente... que a mãe vinha do Canadá... ele veio para “estudo” e tem uma neoplasia do pâncreas... nós sabemos que (a doença) é fulminante e ele é um doente que anda lá. Ainda hoje saí de manhã e ele disse-me: -“têm que falar com a cozinha para me mandarem mais comida, porque estou a ficar mais magro, não tenho apetite nenhum...” E ele já tem o diagnóstico... “o que é que eu vou dizer aquele doente?...” Se calhar ele até desconfia... Sei que ele tem uma filha pequenina com um cancro na cabeça e sou eu vou dizer aquele doente... Se eu pudesse dizia: -“o senhor está a morrer, vai para casa fazer tudo o que quiser porque o senhor tem poucos dias de vida”. Mas... ensinaram-nos, que não podíamos falar em diagnósticos... é extremamente difícil lidar com estas coisas... e o doente anda lá de um lado para o outro!

Isto de trabalhar com doentes em fase terminal, as pessoas têm que saber o que é que têm ... porque uma pessoa não sabe o que fazer... e depois há aquela(s) pessoa(s) que se deixa(m) afundar, (que) se desinteressa(m) pelo que a rodeia e uma pessoa não pode fazer nada... o nosso serviço também não dá (muito silêncio).

Há uns três anos nós tínhamos 3 doentes de hemato-oncologia, em fase terminal... eles morreram num espaço de 2 ou 3 dias, será que sabiam?

Acho que tinha um (doente) com 42 anos que sabia, porque dizia:- “Senhor enfermeiro fartei-me de trabalhar, eu construí uma casa, eu tenho filhos e, agora, estava na altura de gozar tudo e estou aqui!” No fundo, acho que este doente sabia o que é que tinha... acho que vêem o Dr. E., e associam-no a cancro, a morte (muito silêncio).

Eu acho... as pessoas deviam saber o que têm, para poderem também organizar a sua vida... uma pessoa vê aqueles filmes, em que isto acontece... o livro da Paula ... eu acho que é uma morte bonita... já o li duas vezes. Nós devíamos... por música... mas antes temos a nossa família à nossa volta... os nossos amigos,... aquilo que nós temos...

e as pessoas têm que ser confrontadas com aquilo que têm... eu acho que o mais importante é as pessoas confrontarem-se com aquilo que têm. Se as pessoas não souberem o que têm... porque as pessoas nem sempre sabem que estão em fase terminal... eu até acho que elas não sabem ou então se sabem tentam exteriorizar que vão ficar boas, que vão ficar melhores.

INV. Achas que se estão a enganar a si próprias?

SUJ. Pois... a nós não... mas aos familiares tentam enganar. Para mim é muito mais difícil lidar com os familiares do que com os doentes... se os familiares não sabem ... uma pessoa só dá voltas... eu não sei lidar com os familiares. Depois vão para o pé dos doentes... choram, vestem-se de negro... acontece muito em doentes de neurologia... com mais idade... os velinhos... depois vai a velhinha com aquele lencinho, o vestido de preto. Muitas vezes comentamos porque é que estas pessoas vão vestidas de negro se a pessoa está viva. Depois, as pessoas idosas em fase terminal... sou sincera... depois que li o livro da Paula eu deixo as pessoas lá (muito silêncio) sentadas, não dizem nada ou choram... com cara de enterro.

Nunca vivenciei este tipo de situações na minha família... tive o meu avô que morreu quando eu era pequenita... até fiquei aborrecida... era na altura do Carnaval... tinha uma fantasia... não me deu para me aperceber. Acho que se eu estivesse em fase terminal... eu falo muito nisto com a minha mãe acerca disto... e digo se estiver mal e morrer, eu não quero que ninguém venha chorar... eu quero que me falem e, se eu não falar, quero que me falem das coisas que eu vos falava, de que eu gostava... Mas as pessoas vão para lá com cara de enterro: -“ai! coitadinho, está tão mal... e naquela altura eu acho que há tantas coisas boas na vida, porque a vida não é só coisas tristes... e se pensássemos, de vez em quando na morte, viveríamos a vida de modo diferente... encararíamos a morte de outro modo... E, aquelas pessoa com 70 e tal anos (que) já tiveram uma vida tão longa e, naquela altura, era a altura para falarem destas coisas... mas, infelizmente, as pessoas não fazem... parece que estão a velar um morto vivo!

INV. Quais os cuidados que consideras específicos destas pessoas

SUJ. Os cuidados a uma pessoa em fim de vida são muito subjectivos, na medida em que vão depender do estado em que a pessoa se apresenta e pode apresentar-se de diversas formas. Em qualquer situação, como seja o estar dependente, independente, consciente ou inconsciente o objectivo é proporcionar conforto... ter conhecimento ou não da sua patologia, se tem alterações... do facies. É muito importante que a prestação de cuidados esteja dependente de determinados factores... O identificar que a pessoa

está em fim de vida está dependente de muitos pressupostos... o diagnóstico, o prognóstico, o estado físico... psíquico em que a pessoa se encontra. E também, não menos importante, e na minha opinião a minha experiência de vida e a nossa intenção como o saber estar na vida. Há algo na pessoa que nos diz que está a morrer, que ela tem poucos dias ou horas de vida. Há pessoas em que o seu estado físico é tão debilitado que nos apercebemos automaticamente que a sua vida está por um fio:- “ou que tem poucos dias de vida”... “que está quase”... é algo que está intuído em nós. Não sabemos muito bem como explicar... No entanto, olhamos para aquela pessoa que está à nossa frente, única e algo nos diz que a sua vida: -“está mais para lá do que para cá”. Quando a pessoa está inconsciente, a prestação de cuidados é dirigida para ela... o seu bem estar é muito importante. Ela não me pode dizer nada ... o que se passa com ela. Eu tão pouco sou adivinha! Não sei o que se passa com ele (a)... está a sofrer? Está a ouvir-me? Onde é que ela (e) está? O que é que está a pensar? Não sei!... Não faço a mínima ideia. É meu objectivo, nestas situações, manter a pessoa o mais confortável possível... o que é estar o mais confortável possível? Era a forma como eu gostaria de estar se me encontrasse na mesma situação. (Isto é), bem hidratada, posicionada e sem dores.

Se o utente está consciente e pode verbalizar o que está a sentir... o momento é muito importante. A pessoa pode manifestar que tem dor, que tem desconforto... se tem dor, tenho a consciência que faço tudo o que está ao meu alcance para retirar, minimizar ou diminuir essa dor ou desconforto.

Nas situações de fase terminal as pessoas muito raramente falam na palavra morte ou morrer. Muitos deles poderão pressentir esse momento final. No entanto, raramente partilham connosco este momento... Em parte compreendo o facto de não quererem partilhar este momento... não os posso censurar... eu sou um desconhecido para eles! Ele(s) não me conhece de lado nenhum! É compreensível! Também hoje em dia muito raramente se fala da morte. E, também tenho dificuldade em dosear a minha proximidade na interacção com o doente, porque às vezes não tenho dados sobre eles... e as pessoas não falam da morte... é um tabu. A pessoa pode ter intuído que está mal, que o seu fim está próximo, mas há sempre uma esperança... a esperança é a última coisa a morrer. Poucos são os utentes que partilham connosco os seus medos nesta fase da vida. No entanto, há alguns que verbalizam, o descontentamento pela situação e a sua insatisfação por não se poder fazer mais para resolver o seu problema, para se poder ultrapassar a sua situação.

A situação de morte é visualizada por um conjunto de sinais e sintomas... o rosto

da pessoa, na minha opinião, penso que é o mais importante de todos... o seu facies pode transmitir dor, sofrimento, revolta. Na minha opinião quando a hora está a chegar é a nossa intuição que funciona. Nestas situações é a nossa experiência de vida que vem ao de cima, (sendo) a nossa conselheira.

Eu penso que não existem cuidados especiais a prestar às pessoas em fim de vida. É preciso saber estar com todas as pessoas, no entanto, temos que adoptar formas de estar consoante as pessoas com quem estamos. As pessoas são todas diferentes e inconscientemente adoptamos e, temos perante cada pessoa uma forma de estar e determinadas atitudes. Falando por mim, gosto muito de trabalhar com utentes em fim de vida... há tanta coisa que eu gostava de fazer com eles. Se eu pudesse sentava-me junto às suas camas e ficava ali a falar de assuntos que eles gostassem... e que, também, me falassem, se eu estivesse numa situação de fase terminal.

Existem todos os cuidados de enfermagem que estão inerentes a todas as pessoas que estão hospitalizadas... com as pessoas em final de vida fazemos todas aquelas coisas que ninguém nos ensinou e, que falando por mim, aprendi sozinha, quer lendo ou indo a congressos. No entanto, quero salientar que durante os 3 anos de curso nada nos foi ensinado sobre como cuidar de pessoas em fim de vida. É algo que é preciso ser repensado (muito silêncio).

É a minha experiência profissional, todos os conhecimentos adquiridos e a minha forma de estar na vida que me ajudam e me dão alento para poder trabalhar com este tipo de pessoas... para estar com elas... não nos podemos sentir obrigados... muito menos deve ser considerado um trabalho, pois, infelizmente, nem todas as pessoas têm capacidade para lidar com estas situações. No entanto sinto-me bem junto destas pessoas, gosto de cuidar e falar com elas... estar com a pessoa, falar com a pessoa... podemos partilhar com ela e falar com ela acerca de acontecimentos que foram do seu agrado, coisas de que ela gosta e também das coisas boas da vida. Muitas vezes, são os nossos erros que nos permitem evoluir como pessoas. Podem ser lembrados todos os acontecimentos que marcaram uma vida, quer sejam positivos ou negativos.

Ah!... mas se os doentes estão acamados... é das coisas que eu mais gosto de fazer em enfermagem... são os cuidados de higiene... para além de mudar soros... gosto de ver o doente cuidado... e se está acamado e se não pode fazer nada quero que ele se sintam bem... se calhar ele nem me vai dizer como é que quer ficar... acho que não tem cuidados específicos... A única coisa que eu tento é que ele fique confortável (muito silêncio). Se calhar até faço e nunca me apercebi, faço inconscientemente... tento que

ele fique bem... ah! eu visto-o com o pijama dele... Se calhar, eu faço cuidados específicos e não estou a aperceber-me... .mas se calhar deve haver e não estou a recordar-me.

INV. Imaginemos, uma pessoa em fase terminal com dor...

SUJ. Ah pronto, está bem... a dor oncológica. Por exemplo, uma coisa que me faz muita confusão são os doentes com dor... eu acho que no nosso serviço não nos podemos queixar... são doentes do doutor. X... ele põe perfusões de morfina, perfusões de valium, buprex... e tem uma coisa muito importante é que ele está sempre contactável... Eu acho que estes doentes... em termo da dor são bem tratados. Eles (também) podem ter dor e eles não nos dizem, mas, se dizem nós fazemos alguma coisa para tirar a dor... acho que não sofrem e fazemos tudo para retirar a dor a qualquer um que a refira.

INV. Isto quando o doente verbaliza, e quando já não o faz, quando está a morrer?

SUJ. Se ele não me verbaliza a dor eu não sei se ele tem dor... mas quando começam a ficar inquietos começam com as perfusões, podemos dar...

INV. Falaste em inquietos, como identificas?

SUJ. Muito silêncio... eles ficam irrequietos, parece que ficam ansiosos... eu não sei dizer-te mas sei ver... nunca me esquece... Tive um doente na sala 1 cama 2 e eu telefonei às 10 e tal da noite ao Dr. X e disse-lhe: -“Dr X., o doente está ansioso e eu não sei o que é que hei-de fazer? Ele virou-se para mim e disse-me: -“Porque é que acha que o doente está ansioso?” E, eu disse-lhe:- “Eu sei que ele está ansioso mas não me venha questionar porque é que ele está ansioso... mas eu sei que ele está ansioso... eu olho para ele e sei... Por acaso fiquei chateadíssima... eu sabia que o doente estava extremamente ansioso... mas eu não sabia dizer ao Dr. X. pelo telefone que o doente estava ansioso, por isto e por aquilo... Apercebi-me que ele estava ansioso mas dizer a outra pessoa eu não consegui... fiquei irritada e depois uma pessoa não tem nenhuma maturidade. Uma pessoa apercebe-se daquelas coisas que vai aprendendo no dia a dia... vou aprendendo... se calhar uma pessoa que está há menos tempo não se apercebe... muitas vezes eu não sei verbalizar as alterações (aos colegas)... tenho dificuldade em dizer ao colega porque é que ele (doente) está ansioso.

INV. Tu dizes a outro colega que entra de serviço que o doente está ansioso, por exemplo, que palavras usas?

SUJ. Eu não sei (muito silêncio). Se ele está consciente, eles ficam, habitualmente, irrequietos e às vezes questionam: “quando é que eu vou para casa?”. O médico não me vem ver... não me pode fazer nada? Se é um doente que tem dor... dou “qualquer coisa”

para a dor... Se não é eficaz ele pergunta se não me arranja... não sei... Também me ajuda um pouco a parte da Psiquiatria onde trabalhei algum tempo e eu sei ver que as pessoas estão ansiosas... sei ver... quando estão na fase terminal... quando estão mesmo ali... a morrer eu sei ver e, por acaso não erro. Lembro-me de um doente que tinha um neoplasia do pulmão e o doente estava mal e eu precisava de fazer qualquer coisa... estava dispneico estava cianosado... Chamei o médico do banco e veio um médico que leu o diagnóstico e vira-se para mim e diz: -“O que é que quer que eu faça?” ;“Ele tem um neoplasia do pulmão e o que é que quer que eu faça?”

SUJ. Fiquei revoltada... eu sabia que o doente ia morrer e eu tinha que fazer qualquer coisa... e eu sabia que ele ia morrer e estava consciente... estava mal, mal, mal e estava com um discurso coerente, não estava confuso, em nada, e eu tinha que fazer qualquer coisa. Eu peguei em duas dexametasonas e dei-lhe. Na altura fazíamos... a dois e eu recordo-me que agarrei metade dos processos, porque não gosto de deixar as coisas para os outros (colegas) e disse à M.J.: -“olha, eu vou as notas de enfermagem para a sala 5... Era a sala onde o doente estava... mas eu sabia que tinha de fazer qualquer coisa e, eu fiquei ali ao pé dele... eu não sabia o que é que havia de fazer mas eu fiquei, pronto. Estava a fazer notas na sala, uma coisa que nunca tinha feito e nunca mais fiz, foi a única vez. Agarrei nos processos de braçada e numa caneta e fui para a sala... disse à M. J. vão pensar que eu sou maluca (mas) eu não podia deixar o doente ali sozinho. Há doentes que estão quase a morrer, mas que estão em coma e aquele não... estava plenamente consciente, estava a falar comigo e, simplesmente, deixou de o fazer e morreu. E eu tinha de fazer qualquer coisa, agarrei nos processos... se calhar não fiz nada (lágrimas), sentei-me lá, não sei as horas mas morreu passado uma hora e eu estava ali, pronto. Eu fiquei aliviada... não por ele ter morrido mas para não ficar com problemas de consciência... Se calhar não fiz nada mas na altura fiz aquilo... foi uma maluqueira (muito silêncio). Eu recordo que peguei nos processos e pensei que se calhar iam achar que era uma maluca, foi o que me lembrei... podia ter-me sentado ao pé do doente mas foi o que me lembrei... não sei. Eu gosto muito de trabalhar com aqueles doentes mas tenho muita dificuldade, muita dificuldade porque não sei até que ponto é que eu posso me aproximar deles, porque eles não me conhecem de lado nenhum.

INV. Isto foi sempre assim ou à medida que os anos foram passando, como foste lidando com estas situações. Como influenciaram a tua prática?

SUJ. No início... é o que te digo... na escola não aprendemos nada e no início quando os colegas diziam que o doente ia morrer, até parece que fugia... uma pessoa só ia lá

quando era preciso e agora não. Por acaso, naquele serviço não devíamos ter estes doentes... devia haver um serviço específico... porque acho que podíamos fazer tanta coisa e, às vezes, até me apetece fazer... mas depois penso será que os colegas vão pensar que eu sou um bocado maluca... porque há tanta coisa que me apetecia fazer sei lá... ler um livro, levar um gravador com música... mas aquele serviço não se propícia para isto... são 3 camas que estão naquela sala e, depois, temos doentes que não compreendem... Havia muita coisa mas também acho que as pessoas acabam por não compreender e os colegas como não estão sensibilizados acabam por dizer... ora esta está para aqui com estas coisas, ela é maluca ou tem a mania que é boa, por acaso é essa a ideia.

Pelo que leio, pelos meus princípios de vida... acho que a morte deve ser das coisas mais bonitas que deve existir. Eu falo por mim, assim como nós nascemos, porque eu acho que não devemos morrer em vão, ao pelo menos eu espero não morrer em vão (lágrimas e muito silêncio). Acho que a morte tira a vida... não quero morrer em vão... o facto de morrermos... acho que há outra coisa... e a forma como eu penso, como lido com os doentes, porque as pessoas pensam que morrem e acabou-se tudo, eu penso que não... ou melhor eu espero que não (reforço na voz).

Quando eu morrer, eu espero ir para uma coisa muito melhor, mais bonita... costumo dizer à minha mãe que quero morrer antes dela, para ela me poder contar enquanto estiver ali... as coisas bonitas... Tenho quase a certeza que do outro lado deve haver coisas muito bonitas e eu espero ir para uma coisa mais bonita. Por exemplo, aqueles velhinhos que morreram e viveram uma vida... Mas aquelas pessoas de 40 e poucos anos, ainda não viveram nada ou têm muito para viver... e o morrer para eles (doentes novos) é com mais receio e não aceitam, ficam ansiosos. Mas para mim a morte deve ser uma coisa tão bonita... Também não sei o que me espera mas que seja algo de muito bonito, que seja uma coordenação de tudo bonito que tenho vivido até aqui. Concebo a morte numa perspectiva muito pessoal que pode ser considerada macabra...

INV. Foi sempre a tua perspectiva?

SUJ. Isto foi há pouco tempo, depois de ler muito, muito... o lado de lá deve ser muito bonito.

INV. Isto ajudou-te a reorientar a tua vida pessoal e profissional?

SUJ. Concretiza... Acho, que quando os doentes estão em fase terminal, eu tenho uma forma muito diferente de lidar com eles e... revolta-me quando as pessoas vão vestidas

de luto para o pé dele... e eles estão conscientes ou... estão em coma... de certeza que nos estão a ouvir, porque quando estou a prestar cuidados aos doentes em fim de vida eu muitas vezes digo, por exemplo: -“olhe o dia está bonito lá fora”. Eu sei que ele está a ouvir-me; se vou picar o doente eu digo-lhe: “agora vou picá-lo” ou se vou massajá-lo com um creme ou se vou penteá-lo ou ainda se vou “virá-lo de lado”... mesmo que ele não comunique comigo eu comunico com ele... Muitas vezes o *stress* é tanto, o cansaço é tanto que nós não podemos fazer isto. Outras vezes quero chegar dar o banho, porque tenho mais 6 ou 7 banhos... mas, eu perco imenso tempo com aquele doente... mas aquele serviço não está vocacionado para estes doentes.

Eu tenho uma forma de lidar com a morte... se morrer amanhã eu acho que morro feliz porque eu fiz, eu faço aquilo que eu gosto, eu vivo da maneira que eu gosto e acho que morro feliz... mas é extremamente difícil para mim ter esta forma de pensar e estar com outros colegas que têm outras formas de pensar. Eu reparo... as pessoas são novas e falam, dizem que o doente está mal, não foi um, nem dois, três ou quatro... já foram imensos doentes e eles morreram ali comigo... eu não sei se o doente sente necessidade de morrer com alguém, mas eu sinto necessidade de estar ali ao pé dele até que ele esteja no outro lado ... sei que há colegas meus que, simplesmente, deixam-nos sozinhos... há uma forma diferente de estar na vida... não sei!

INV. Voltando um pouco atrás, falaste em cuidados, como dar banho, estar ali, falar ... que significado atribuis a estes cuidados?

SUJ. O cuidar a pessoa em fim de vida ajuda-me, ensina-me a lidar e a olhar a morte com outros olhos. Mais importante fez com que eu desse mais valor à vida e faz com que eu aproveite cada momento da minha vida intensamente, porque a vida na terra é uma curta viagem (muito silêncio).

Ao longo da minha curta carreira profissional apercebo-me e, à medida que os dias passam, que vivo mais intensamente cada minuto. Todos os momentos são preciosos ao máximo e tenho por objectivo tirar o máximo partido de cada momento. Penso que existem dois momentos muito importantes na vida de cada ser humano... o de nascer e o de morrer... A morte sempre foi algo que me fascinou muito! Poderá soar a mórbido, mas não o é. O nascimento e a morte são duas etapas fascinantes da nossa existência como seres humanos. Eu considero-as duas etapas simplesmente maravilhosas. O nascer porque é o concretizar, muitas vezes, de um sonho de duas pessoas... o que traz uma vida ao mundo... todas as emoções que esta situação envolve. Normalmente as pessoas preparam-se quer psicologicamente quer fisicamente para

receber o novo elemento. É um período em que existe amor, alegria, carinho, felicidade... é um período cheio de emoções positivas. O novo elemento vai nascer, no entanto, não está preparado para sobreviver sozinho. Há alguém que vai cuidar dele... que vai prepará-lo para a vida. Embora não tenha pedido para nascer, há alguém que está ali à (nossa) espera para nos receber... para nos ajudar no longo caminho que é a vida. Infelizmente também sucede o contrário, em que o nascimento não foi desejado e tudo se processa de forma contrária ao que atrás foi mencionado. Com a morte o processo desenrola-se de forma diferente...e devíamos pensar mais na morte, porque ela pode ter aparecimento imediato e não morríamos sem fazer as coisas que desejávamos. (Desta forma), morríamos com os objectivos concretizados e os objectos distribuídos. A palavra morte já por si vem carregada de conotações negativas. É uma palavra que as pessoas normalmente não mencionam, têm receio dela, fogem dela... a morte é um autêntico mistério. O que é a morte?

Penso que cada um de nós tem uma opinião diferente acerca da morte... pois cada um sente a morte de maneira diferente. Será a morte o fim de alguma coisa? Ou o princípio? Não se sabe de nada. Como pessoa e enfermeiro a forma como cuido dos doentes é seguida de um princípio e na minha modesta opinião... esse princípio será o de que a morte é o principiar de algo que julgo muito belo. Pelo que me é dado a observar durante o dia a dia, no meu local de trabalho, ninguém está preparado para a morte ninguém está preparado para morrer. O assunto morte e morrer não é falado entre enfermeiro e doente. E no fundo quem morre são sempre os outros! Nunca pensamos que podemos morrer a qualquer instante, ou então, pensamos que vamos morrer quando formos muito velhinhos. A morte passa-nos ao lado. A morte aparece de surpresa e, às vezes, sinto que não merecia estar numa situação de pré-morte...

No entanto, julgo que poderíamos pensar um pouco mais na morte. Existe tanta coisa bonita que gostamos de fazer ou gostaríamos de fazer. Se de um momento para o outro nos sucede qualquer fatalidade, ficamos desesperados. Nestas situações os pensamentos que nos vem de imediato à cabeça, são o que fiz para merecer isto? Ainda me falta tanta coisa para fazer na vida! Se ao longo da nossa vida fossemos pensando de vez em quando na morte não era má ideia! Viveríamos cada momento mais intensamente. Provavelmente quando estivéssemos perante uma situação de morte não fosse tão difícil encarar determinadas situações. É sempre doloroso quando perdemos um ente querido ou alguém de quem gostamos é triste deixarmos para trás tudo o que conseguimos de bom e bonito na nossa vida... A morte é sempre dolorosa... porque trás

consigo perdas, deixamos para trás tudo o que conseguimos... e é dolorosa porque abandonamos as pessoas que amamos. Mas se eu partir do princípio que vivo intensamente cada momento que passo, torna-se mais fácil lidar com a morte. Por vezes, é necessário ajudarmos e ensinarmos a pessoa em fim de vida a lidar com a sua morte. A saber viver com o facto de que poderá morrer a cada instante. No fundo a forma de encarar a morte tem a ver com sentido que damos à nossa vida. É costume as pessoas dizerem que a vida são três dias. Para mim a vida é apenas um dia! hoje! O dia de ontem já passou. Aprendi coisas muito bonitas, tenho recordações maravilhosas, errei e aprendi com os meus erros. Mas o passado já passou. O futuro... o dia de hoje. Viver cada momento o mais intensamente possível. Quero ter tempo para fazer aquilo que me dá prazer...tirar proveito de todas as situações que me dão prazer. A vida na terra é sempre uma curta viagem.

Vejo a morte como das coisas mais bonitas que devem existir... não quero morrer em vão. (Na) minha curta passagem pela terra quero deixar coisas úteis com as pessoas que privaram comigo. (Quero) ser recomendada pelas pessoas com quem privei, como alguém que foi útil para a sociedade. E, principalmente, com as pessoas com quem privei tenham aprendido algo de bom comigo e que as ajude na sua vida. Quero tempo para fazer aquilo que me dá prazer. A minha filosofia é ser livre, não é a liberdade louca, sem limites sem restrições. É uma liberdade interior que me permita viver o dia a dia com o máximo de prazer e, conseqüentemente, me permita avançar na vida.

A nossa curta estada por este mundo, a nossa vida, penso que é uma ponte para algo que seja muito bonito. E não quero morrer em vão, que do outro lado haja algo de muito belo. Quero que o momento da minha morte seja bonito, com música e família à volta e os amigos. Será um pouco utópico tudo o que tenho estado a dizer para aqui! Mas é com base no que disse que eu lido com as pessoas em fim de vida. A morte tem que ser olhada com olhos ... é importante estarmos atentos ao medo que nos rodeia e não termos medo de cuidar as pessoas em fim de vida... “que todas as pessoas tivessem um fim como a Paula, da Isabel Allende, teve (Muito silêncio).

Pessoalmente, eu sei se um doente está mal... uma pessoa está ali sempre, se não entrarmos nós entra o auxiliar, se não é o auxiliar, entramos nós... há sempre alguém... Se há coisa que eu detesto é encontrar um doente morto e em 6 anos só encontrei um doente morto (às vezes é frequente encontrarem-se doentes mortos – é uma morte sem significado) e não esperava que ele morresse... os colegas dizem que encontram, mas às

vezes até pode ser “maluqueira” que entro e saio da sala e os doentes conscientes podem se aperceber... e ver se está bem ou não... para mim fico com uma paz... Se o doente está mal... porque eu não quero que o doente morra sozinho... ou melhor, eu não quero chegar e encontrar o doente morto... não quero... parece que tenho o sexto sentido que estou a chegar e o doente mesmo, mesmo a morrer... chego na hora e fico bem comigo próprio, se saio de manhã e tenho um doente que morreu e estive lá ao pé dele, saio bem comigo próprio...

INV. Queres acrescentar algo mais?

SUJ. A minha ajuda com este tipo de doentes vem dos livros que leio- o livro da Paula da Isabel Allende... é qualquer coisa por demais... o “Escarfando e a Borboleta”, os filmes... E nos livros sublinho, depois leio o que sublinho e isso ajuda-me imenso e, muitas vezes, digo aos colegas que leiam... Falo muito da Paula, porque aquela morte deve ser a mais bela que deve existir... não é aquela morte em que os familiares estão à volta com cara de enterro... não dizem nada... Deixamos ficar os familiares, mas às vezes, apetece-me chegar lá e gritar: -“vocês falem coisas bonitas”, “digam as coisas bonitas que partilharam”... E, então, digo que me vou passar dos carretos e chegar lá e dizer...

As pessoas não estão preparadas para a morte... o morrer não deve ser em vão... é a minha forma de estar na vida... se morrer, eu já fiz coisas tão bonitas há outras que gostaria de fazer... porque todos nós temos sonhos. Acho que se tivesse para morrer não queria que tivessem ali com cara de enterro... é a forma como cada um vive a morte... até costumo dizer à minha mãe: -“não quero no meu funeral aquelas pessoas vestidas de preto, para quê?”, “Não quero pessoas a chorar”. O preto não diz nada... vão de preto porque os outros também vão e, agora, aquilo tudo triste... olha ponham-me a música do Frank Sinatra : “My way: “... que é lindíssima... agora ali a velar é horroroso... e (no serviço) uma pessoa nem sabe como se há-de aproximar daquelas pessoas... não vou dizer temos aqui um familiar a morrer e aquele enfermeiro com conversas tolas... é a forma como cada um vivencia.

Nunca me tinha morrido ninguém, nem lidado com a morte... nem sei como será... Se calhar reajo desta forma porque não são meus familiares... nunca tive experiências familiares (de morte). Se acontecer aos meus pais, sobrinhos não sei se vou reagir da mesma forma... se calhar vou ficar com cara de enterro e vou vestir de preto (silêncio), mas acho que não vou (silêncio). Tenho personalidades que já morreram e que eu admirava é uma forma diferente, quando admiramos alguém e que são exemplos

de vida... recordo, vejo a CNN e às 7 e tal da manhã... liguei a TV e vi as notícias e eles estavam a dizer... que a Madre Teresa de Calcutá, tinha morrido e fartei-me de chorar e eu não a conheci, mas, senti que era alguém com quem podia aprender alguma coisa - a solidariedade-. Telefonei à minha mãe e disse-lhe e, fartei-me de chorar... porque... não era ninguém que me fosse próximo... não sei como é lidar com alguém próximo... se calhar quero morrer antes da minha mãe porque... eu quero alguém que me conheça bem para que fale de coisas bonitas... Agora, uma pessoa numa cama e muita gente à volta que não me conhecem... vai lá uma enfermeira que me põe um antibiótico, umas coisas quaisquer... Por isso tenho a certeza de que ela me vai fazer as coisas que eu gosto e que partilho com ela... se calhar é um bocado de filosofia, mas é esta a filosofia com que eu me reajo, que vivo e aquela que fui aprendendo para lidar com estas pessoas... (fim de vida). Aprende-se muito com estes doentes... é o dia a dia, a experiência, o não ter medo de nos aproximarmos dele.

INV. Fostes fazendo sozinho?

SUJ. Sempre sozinho, claro... porque quando haviam as experiências dos enfermeiros mais velhos, havia alguém que nos ensinava alguma coisa, agora não... Tenho pena que os estudantes venham para aqui e não tenham com quem aprender porque eu tive... ia aprendendo a ver os comportamentos dos enfermeiros mais velhos... nunca fui muito íntimo mas à distância uma pessoa vê... não precisamos de nos aproximar muito das outras pessoas para aprender... a forma de estar ajuda muito. E, eles não têm ninguém... tenho pena que os alunos não tenham ninguém com quem aprender... eu também sou nova e eu tento ser exemplo, porque temos que ter sempre exemplos para viver, e para o dia a dia, alguém acima de nós e eles não tem ninguém, nem um chefe. Com os alunos, eu tento fazer o meu melhor... mas apreendi muito.. será que algum dia vou servir de exemplo para alguém, será que já sirvo? Eu preocupo-me com a aprendizagem dos alunos, tendo o melhor desempenho. Uma pessoa a trabalhar com o doente em fase terminal, temos que aprender connosco e não ter medo de chegar lá – é o caso de quando peguei nos processos... As pessoas não estão motivadas... e o que aprendi foi à minha custa, o que li... não aprendi com ninguém... não é querer livrar-me... há muita indiferença que eu penso que é por desconhecimento e, eu não posso ficar indiferente a isto... se pudesse trabalhava só com aqueles doentes... oiço falar do H. F. Eu gostava de trabalhar lá... faço o meu melhor, não sei se te respondi

INV. Obrigado.

### ENTREVISTA 3

INV. Como é que achas que a pessoa em fim de vida de quem cuidas está a morrer?

SUJ. (Muito silêncio). Por várias razões – a maneira de ela estar, pensar, sentir, a parte física, mas mais com o aspecto psicológico... Aquelas expressões que aparecem em que a pessoa fica pouco comunicativa, auto-marginaliza-se e depois é quase como um chamamento para a morte- a pessoa faz o seu próprio chamamento para a morte e avisa as outras pessoa fisicamente e, muitas vezes, verbalmente que está a morrer... Às vezes quando pedem para se despedir dos familiares, quando pedem para resolver situações que têm entre mãos... são tudo sinais que a pessoa dá... que já atingiu os seus objectivos e que está pronta para morrer. Ou então quer fazer as “coisinhas” que tem para fazer porque está a sentir que vai morrer, está a sentir que lhe está a faltar alguma coisa e estes pequenos sinais, para além da degradação física, são aqueles que nos levam a pensar que a pessoa está a despedir-se da vida.

INV. Quando referes a auto marginalização do doente ao que te estás a referir?

SUJ. Bem a auto-marginalização, às vezes, não é fugir das outras pessoas mas é mais para uma introspecção... a pessoa tem que pensar na sua vida passada... É aquilo que nós também fazemos quando nos acontece alguma coisa, afinal, o que é que eu ando aqui a fazer ou o que é que eu já fiz... E a pessoa no fim de vida é: -“O que é que eu já fiz?”; “E, o que é que me falta fazer neste bocadinho de tempo”? Ou, pedem tempo para ir ao casamento dos netos.

INV. Achas que este período é importante para esta pessoa?

SUJ. É o período mais importante para a pessoa... a pessoa para morrer feliz, se é que se pode dizer morrer feliz, tem que ter a sensação que cumpriu os seus objectivos e muitas delas dizem: -“eu já posso morrer em paz”, “eu tenho os meus filhos criados”, “tenho a minha casa...”, “já tenho tudo dividido”,... “está tudo feito...”, as contas (estão) em dia”, ... então, estes têm uma morte, aquilo que a gente chama de uma morte calminha... têm muito menos dores, menos ansiedade mas também se degradam fisicamente, talvez, menos. Os outros, naquela luta do dia a dia, de hora a hora, de minuto a minuto, muitas vezes nem têm sono, não conseguem dormir e, às vezes, entram em fase de confusão que não é bem confusão, ficam desorientados, porque têm as suas coisas para fazer e dizem: -“não pode ser” e, depois... “como é que isto vai ser?”. Quando está ligado às “máquinas” e elas apitam, lançam questões: “o que me vai acontecer?” “Vou ficar bom (boa) ou não?”

INV. Partes do princípio que esta pessoa que reage assim sabe que vai morrer? E aqueles que, embora, estejam no fim da vida não sabem que estão a morrer e que a morte para eles, ainda, pode vir longe?

SUJ. Estas pessoas quando cá entram, muitas vezes, desconhecem o seu diagnóstico, sentem-se fisicamente debilitadas, então, querem saber o que é que têm e, muitas vezes, é preciso chamar o médico para lhes dar informação clínica necessária, porque há situações que não devemos ser nós a dar a informação... e como ele é o técnico mais credenciado para tal... faz o diagnóstico e, deve dizê-lo ao doente. Agora, nós podemos fazer o diagnóstico de enfermagem... A gente quando diz que o doente pode morrer e a situação pode piorar, o doente ... não quer ficar com a sensação que vai morrer... fica com esperanças... mas, organiza-se para a chegada da morte e... não quer dizer que a hora da morte aconteça no imediato... quer chamar a família, porque por acaso se acontecer... organiza-se e são muito lúcidos com os seus bens materiais... estão adaptados. Mas quando a morte aparece de repente é uma luta muito viva... querem agarrar-se à vida porque lhes falta alguma coisa... (Mas) aqueles que têm de pensar na morte vão-se resignando, morrem com menos ansiedade e aos outros... falta qualquer coisa... (embora), o doente tenha (tem) sempre esperança...

INV. Quais são os cuidados que prestas à pessoa em fim de vida que consideras específicos?

SUJ. Nós temos vindo a falar da parte psicológica... a parte técnica e a parte física... toda a parte física e a nossa parte técnica leva-nos a tratar a parte física... temos a outra parte que, antigamente, chamava-se o apoio psicológico e, agora, relação com o doente. O aspecto relacional, acho que é o mais importante em, alguns casos... porque muitas vezes, quando o doente está em fase terminal e já não tem veias para picar a gente evita estar a provocar mais dores e sofrimento no doente... não se pica... Na hora da alimentação já não são os auxiliares a dar a alimentação, - dá-se a alimentação - a gente aproveita e vai conversando: -“coma lá mais um bocadinho”, “olhe se calhar isto não é bem assim”. A relação é muito mais estreita do que com uma outra pessoa que é independente... nesta fase terminal o apoio psicológico, estar com a pessoa... é mais importante do que a técnica. A técnica, nestes casos, aquilo que eu acho é fazer o tratamento da dor, não deixar o doente com dores ao menos, ou seja, o doente tem que ter a sensação que não tem físico, que não tem corpo. Como se costuma dizer, a parte mental não morre, quando morrer o corpo ele não dá por isso... Eles como vêm aqui muitas vezes e quem trabalha aqui há anos, vai vendo o doente, a sua degradação e

quando estão fora uns 4 ou 5 meses e quando chegam a gente diz: “como estão debilitados”, “coitadinho”, no bom sentido que a pessoa já não pode andar, o cansaço é muito mais significativo do que era antes, o modo de vida mudou e o pensamento do doente mudou, mudou para uma fase terminal, a relação torna-se muito mais forte e estreita e, é a parte que nós damos mais valor... porque a parte física é sempre tratada... é mais tratada do que cuidada e a parte de relação é mais cuidada do que tratada.

INV. Posso inferir que tratar a dor é sempre importante...

SUJ. Sim, temos que tirar ao doente a percepção do corpo... ao tirarmos ao doente a percepção do corpo... se ele não sente o corpo também não sente a morte tão perto

INV. Então o ênfase, no fim de vida é na vertente relacional... na tua perspectiva, com a tua experiência, como é que a foste desenvolvendo?

SUJ. Pois, com os nossos doentes... quando o doente chega a esta fase o doente é por demais conhecido dos enfermeiros... chega-se a uma altura que já não são tanto utentes porque a nossa relação é de mais amizade, já não é uma relação tão técnica... não deixa de ser uma relação enfermeiro- utente... mas uma relação com mais afectividade e essa afectividade leva a que a gente tenha uma percepção dos problemas às vezes extra-hospitalares... O doente abre-se muito mais connosco... com a percepção dos problemas mesmo psicológicos, familiares que ele tem e, mesmo a percepção que tem da sua morte... Claro, essa relação leva a que o doente se abra: “estou a ficar assim”... Ora, nós temos muito mais liberdade, não falo em termos de liberdade técnica. A... a competência afectiva é outra “coisa”, é mais como amigo, a relação torna-se muito mais forte, os laços... eles têm a percepção da morte sabem que não necessitam de um enfermeiro, mas de um amigo, de um ombro para falar, precisam de uma mãozinha... precisam de se abrir, para pedir conselhos... muitas vezes no fim de vida eles dão-nos conselhos para o resto da nossa vida, a nós... a história que eles dizem: -“não deixes para amanhã aquilo que podes fazer hoje”.

INV. Tens algum caso com estas situações?

SUJ. Tenho um senhor, o senhor. M., um doente da F. B... (que) vinha cá muitas vezes... era o tal que não queria morrer, porque para além de ter filhos já crescidos, vida estável e organizada... faltava-lhe algo que não estava resolvido... Quando chegou aqui em fase terminal... agravou-se a sua situação em termos hemodinâmicos... em termos físicos não... e apercebeu-se disso e a relação que eu tinha com ele era mais privilegiada... não só aqui dentro mas também lá fora... e fomos nos apercebendo que faltava algo para o homem ficar bem... Naquele caso o aspecto mental é que conta... não

é só a dor física. É também a dor mental e ele não estava bem porque não estava bem com um filho e com a mulher. Então tentou-se resolver-se o problema... servi de intermediário para eles... morreu com um sorriso na cara (muito silêncio). E, morreu meia hora depois do problema resolvido, da mulher e do filho terem falado com ele... desligou o interruptor e disse: -“agora já posso morrer”, são estas coisas para mim... que são o cuidar.

INV. No início da tua vida profissional... ao longo dos anos achas que tens vindo a ficar mais desperto ou não para estas mensagens que os doentes nos enviam?

SUJ. Eu fiz um curso, essencialmente, bio-médico, e depois tivemos mais umas práticas para tratar, para além de cadáveres... a parte técnica era 99%. O chamado, na altura, apoio psicológico não se usava muito...

Foi assim, e ao longo deste tempo fui aprendendo... estive deslocado em Angola com um batalhão... éramos trezentos e tal... se não fosse um capelão que é o apoio de todos os militares... e fiz introspecção... (Mas) tinha que falar com alguém... era o capelão, às vezes, não chegava para todos, e o enfermeiro... conhecia os de cima e os de baixo... tratava o soldado e o comandante, então, servia de capelão, conselhos. E, é isso que nos leva a irmos percebendo que aquele comportamento está relacionado com isto ou aquilo... mas fiquei mais enriquecido. Nós íamos aprendendo a ver os comportamentos das pessoas.

INV. Foi no fundo a tua vivência, como pessoa e como profissional. Ajudou-te a reorientar?

SUJ. Exacto, todo o ano que passa, todas as nossas experiências enriquecem-nos e aumentam o nosso conhecimento... não se dá pelo seu acumular... aumentamos, e mudamos a nossa maneira de estar como profissionais... ou estamos mais alerta para observar. A gente observa... às vezes a gente apercebe-se de pequenas coisas e diz: - “alto, aqui há algo que não está bem”... este discurso não é tão rectilíneo como costumava ser... aquela pessoa teve uma atitude que nesta situação não costumava ter, são pequeninas coisas... nem é preciso a frase completa, é, apenas, a palavra dita de uma forma diferente que desperta a tal percepção que nós vamos acumulando ao longo da vida

INV. E em relação aos doentes no fim de vida, ou seja os cuidados que prestavas às pessoas, os significados que lhes atribuíste foram-se modificando?

SUJ. Como te disse o curso era técnico e a gente preocupava-se muito com a parte física e o doente não podia ter dor... ponto um... era, de facto, um ponto assente... Comecei a

... Comecei a trabalhar nos crâneo-encefálicos, no 10, tínhamos uma mortalidade elevada... como eles estejam sempre em coma ou a gente os ponha em coma aquilo não havia a parte (mental) era só a física... tinha a sensação do dever cumprido... mas quando passei cá para fora mantive a mesma maneira de ser e estar com os doentes... doentes que estavam conscientes, que falavam, que pediam ajuda com sinais que a gente não via ou não os queria ver, também dava chatices ou os doentes que por gestos nos pediam ajuda... na fase inicial nós não nos queremos envolver com o doente, era a parte afectiva que estava em jogo... a gente quando pensa nisso ao fim de uns anos, se calhar... se eu fugia não era bem por causa do doente... contornamos os nossos sentimentos... fugindo... eu até tinha 5 ou 10 minutos para falar com ele, só agora estamos psicologicamente e mentalmente mais maduros e, conseguimos contornar alguns dos nossos sentimentos que na altura não conseguíamos, eram os nossos sentimentos que estavam em jogo e não eram os sentimentos do doente. A gente fugia não era por causa do doente, mas devido aos nossos medos... havia tempo... E nós agora conseguimos envolver-nos com o doente e por lá todos os nossos sentimentos...

INV. Que estratégias arranjaste para conseguires este processo de maturação?

SUJ. Se é que dei por elas... a maior parte eu não dei por elas porque isto é uma acumulação de experiências e a gente por cada experiência... se a gente passa um obstáculo de uma maneira na, segunda vez, que vamos passar o mesmo obstáculo se calhar utiliza outra maneira que nos vai cansar menos, neste caso, mentalmente... É preciso saber retirar o significado individual de cada experiência, porque uma pessoa depois vai para casa e tem de conseguir dormir... Às vezes uma pessoa chega a casa e diz: -“tem um fulano... um tipo porreiro e provavelmente vai morrer”... É chato... mas enfim!. Às vezes, temos que ter alguém fora do hospital para nos conseguir agarrar o tal sentimento e agente tem... acho que no meu caso foi o querer saber a parte técnica para aliviar a parte física... para tirar a tal sensação de corpo ao doente e querer cada vez mais ficar com a consciência tranquila... Se calhar quando morre um doente porque a mim aconteceu-me muitas vezes... chegar a casa e dizer: -“aquele doente morreu e eu poderia ter feito muito mais” Se calhar não só na técnica, mas (também) na relação. E, os conhecimentos a gente vai adquirindo no dia a dia e consegue-se um melhor controle na satisfação das necessidades e quem está interessado vai adquirindo os conhecimentos toda a vida... Claro que no início não era assim... agora aos poucos vou gostando do doente. Aquilo que nós pensávamos... que era a parte técnica que nos faltava... “se eu soubesse entubar e “ mas quando a gente sabe entubar ou fazer isto ou aquilo as coisas

acontecem na mesma. E, acontece que a gente fica com a sensação de vazio na mesma e, então, faltava ali mais alguma coisa... a tal relação com o doente. Quando nos morria o doente... quando me comecei a aperceber, ao fim de uns anos, o que me faltava era conhecer o doente... porque morrer-me o “três dois” não dizia nada... mas dizer que morreu o senhor J. já me dizia alguma coisa... mas se morresse o senhor J. que tinha um problema com a família, já me dizia muito mais e que toda a vida teve isto, então aí, a sensação de vazio desaparecia e, desaparecia se a relação com o doente fosse mais completa do que a parte técnica... a parte técnica é alguma coisa mas não é a parte mais importante no tratamento dos doentes terminais.

INV. Posso dizer com as tuas palavras que o conhecimento que nós vamos tendo do doente acaba por nos ajudar a não ter aquela sensação de vazio quando o doente morre?

SUJ. É, e muitas vezes a sensação de culpa... a sensação de vazio (que) às vezes advém da culpa e... se calhar podia ter feito mais. Outras vezes desaparece depois de conhecer o doente... se calhar a gente estava a auto-culpabilizar-se, porque a gente podia não ter dado por isso mas se calhar no fim passei um turno, ali sentado a ler porque é que não fui falar com o doente... depois de ele falecer, claro. E, na próxima vez que isto acontecer, se eu estava a ler o mesmo livro, digo: -“eh! pá não... deixa-me ir lá falar com o doente”... (porque) da outra vez aquilo matutou-me a cabeça, deixa-me ir lá...”.

INV. Foste fazendo este processo sozinho?

SUJ. Exacto e consoante as minhas necessidades... eu acho que estas coisas são consoante as necessidades de cada um... há pessoas que têm necessidade de se completar... quando digo de se completar a gente completa-se como enfermeiros na parte técnica, mas também completa-se como pessoa, quando se completa não é só com a parte técnica que está em jogo, não é só a parte do saber ouvir que está em jogo mas é a nossa parte pessoal. Mas para a gente se completar precisa de mais alguma coisa... então se calhar é o tal elo de relação que a gente deve ter, não é só com a comunidade, não é só com os amigos mas é com toda a gente que vive à nossa volta, mesmo aqueles que precisam de nós aqui e nós estamos numa situação privilegiada para isso... para nos ajudar-nos a nós próprios e para mudar algumas mentalidades daqueles que ainda não estão a chegar à fase terminal

INV. Que significado tem para ti estes cuidados que prestas às pessoas que estão a morrer?

SUJ.(Muito silêncio). Isto começou cedo ... para mim começou muito cedo em termos profissionais. Tive uma avó de quem gostava muito que tinha um cancro da mama e

faleceu em casa e eu é que tratava dela e... a minha avó quando faleceu, faleceu com os objectivos de vida concretizados... sem dor e com a família à volta e com uma carga afectiva muito grande. Na altura tinha 7 meses de curso... essa parte da carga afectiva que estava em volta da minha avó era perceptível porque me envolvia também. E, quando o doente não nos diz nada familiarmente e... afectivamente não nos diz nada... aí a gente afasta-se daquela carga afectiva que anda ali à volta ... e aquelas necessidades que o doente às vezes não consegue explicar e a gente tem que resolver, a gente não resolve porque o doente não diz e a gente também não consegue saber. O caso da minha avó eu sabia-as todas, porque a nossa relação era muito forte, era minha avó, minha madrinha, vivi muito tempo com ela e se calhar, e no meu caso, a tal sensação de vazio também era isso... era uma experiência que passei, que me encheu e depois as outras experiências que eram mais ou menos similares não eram a mesma coisa... a sensação de vazio e a culpa que me ficava vinha daí também... era devido ao não ter cumprido o que fiz com a minha avó... A pessoa quando chegava a casa tinha sempre a sensação que podia fazer mais alguma coisa, mas às vezes a gente pensava, mas o quê? Não tinha dores, todas as necessidades físicas dele estavam resolvidas... tudo isto a par daquilo que ele pedia, eu tentava resolver ou então empenhava-me ao máximo para resolver... faltava qualquer coisa e o que faltava e que a gente depois vinha a saber... era o tal elo relacional. A gente afastava-se era para não ter sentimentos quando a gente tivesse aquela perda, não havia qualquer envolvimento emocional, porque a gente tinha de arranjar e... arranjam alguns meios para nos defender das perdas que íamos tendo ao longo da nossa vida profissional e fugia-se. Quando nos morria um doente em que a nossa carga afectiva era mais forte do que outros a gente sentia-se, “coisa” que o enfermeiro não está preparado para sentir.

INV. Isto foi aquilo que fostes adquirindo sozinho?

SUJ. Exacto, exacto... poderíamos adquirir em termos de terapia de grupo, de informação... seria totalmente diferente. Acho que isso deveria começar por todos e já na escola... e não começava na escola de enfermagem, mas antes... em termos de educação no geral, mas a nossa sociedade é aquilo que é.

INV. A tua relação com a tua avó influenciou-te na tua maneira de estar com os doentes?

SUJ. Influenciou-me e enriqueceu-me porque percebi que, afinal, aquilo que eu sentia e... que fui sentindo ao longo da vida... aquilo que faltava... era uma relação parecida com a da minha avó... Na minha avó não havia o sentimento de culpa... o sentimento de

que faltava alguma coisa nunca apareceu... nos outros ia aparecendo ... e a sensação de dever cumprido não existe...

INV. Essa sensação de dever cumprido é a de que satisfizeste todos os desejos daquela pessoa?

SUJ. Não é o dever cumprido de todos os desejos... os técnicos é uma coisa e o dever cumprido numa relação com uma pessoa é outra coisa... Às vezes estava ali não como enfermeiro mas como pessoa, com carinho e afectividade ao lado dela e como necessitava de alguém... nós estamos aqui 24 horas por dia e dessas 8 a 16 horas que a gente faz diariamente no serviço temos que dar algo de nós, coisa que antigamente não se dava e, agora dá-se ao doente quando ele precisa. Muitas vezes, o doente precisa de nós, não é só a parte técnica nem é a pessoa em si... é a sensação de saber que se precisar de alguém nós, estamos aqui, estamos disponíveis para ele 24 horas por dia e... a nossa disponibilidade, a nossa afectividade e que tem um amigo ali, se precisar de alguma coisa para resolver, não é só a parte física, não é só um copo de água... não é só dar-lhes um copo de água quente, não é só isso... é tudo o resto que envolve, às vezes eles não têm amigos e precisam de um amigo... quando vêm parar aqui não têm nenhum amigo na rua... e precisam de um amigo e às vezes essa disponibilidade para ter um amigo (da tal relação) faz com que eles fiquem muito mais aliviados... eles, às vezes, precisam é de mais aquele afecto, daquele amigo, ter uma mãozinha ali para agarrar quando for preciso

INV. O que fazes quando estás junto dos doentes de quem estás a cuidar, quando a morte está eminente

SUJ. Há aqueles a quem a morte está eminente e estão preparados, é uma coisa, e há aqueles em que... quando trabalhei na urgência, a parte mental esquecia-se... tentávamos afastar a morte em termos físicos... Se não fosse a medicina, a relação com a minha avó, e a tal relação militar... o militar parece que não tem uma relação muito forte... (mas) faz um juramento verdadeiro, e este juramento é para evidenciar que, quando a gente está nas grandes dificuldades em termos de guerra, os maiores amigos são aqueles que estão connosco... a parte física não conta muito porque a gente quando ultrapassa um limiar de cansaço o que conta é o limiar da parte mental, a nossa relação e afectividade uns com os outros é totalmente diferente de uma relação cá fora. Nós lá somos interdependentes, em termos de guerra, então temos a necessidade de ter um fulano ao nosso lado agarrado...

E, na urgência quando a morte está iminente se calhar nós não estamos preparados mentalmente: “será que se safa?”. Toda a técnica tem que ser rápida e a parte relacional é esquecida. No internamento a parte relacional é muito mais importante, a nossa disponibilidade para ouvir o doente... precisa de tempo para falar do que o preocupa.

A carga afectiva... quando um doente morre, alguma coisa do serviço desapareceu... Se conseguirmos fazer, através do corpo de enfermagem todo, porque o próprio corpo de enfermagem tem que ser sensível aos nossos sentimentos... e se nós não estivermos em sintonia, o que nós levamos para casa são frustrações, porque aplicamos todo o nosso saber, toda a nossa carga afectiva num doente que sabemos que vai morrer... que vai desaparecer. Quando ele desaparece temos que ter alguém que nos apoie... os enfermeiros do serviço, o pessoal do serviço e... a parte familiar é importante. INV. Achas que com o decorrer dos anos ficamos com uma atenção diferente ao fim de vida das pessoas e às mensagens que nos enviam?

SUJ. Eu acho que a nossa percepção é muito maior, isto comigo acontece. A nossa percepção é muito maior mesmo quando o doente já não consegue verbalizar bem as queixas, os pedidos de ajuda... automaticamente nos disponibilizamos para chegar lá e dizer: “aconteceu alguma coisa?”, “precisa de alguma coisa?”. E, às vezes, o próprio doente fica admirado porque não sabe que pediu ajuda... (Verifica-se) nalgumas conversas, uma palavra no meio, a maneira de ele estar, às vezes, quando está resignado, alguma revolta que ele tenha, às vezes, o doente não é assim mas aparece revoltado em meia hora durante o dia... se calhar lembrou-se de alguma coisa que precisava resolver e que não conseguiu resolver porque está no hospital... mas a gente se lhe der uma ajuda, ele consegue resolver... às vezes, ele quer fazer uma coisinha e agente: -“oh! Senhor, espere que eu tenho mais que fazer!”... é um telefonema que para ele é muito importante, não custa nada fazer, o telefonema, e (depois) voltar a fazer aquilo que se estava a fazer... às vezes, as tarefas e as rotinas, automatização do serviço levavam-nos a este tipo de comportamento.

INV. Achas que nós com este tipo de comportamento andamos a arranjar uma justificação?

SUJ. Para fugir aos nossos sentimentos... andávamos a proteger os nossos sentimentos e não os do doente... os do doente mantêm-se sempre... estávamos a fugir... os laços afectivos fortes com o doente e quando ele falecer nós vamos sentir e nós temos que ter meio para ultrapassar isto... se nos vai falecer um... com cargas afectivas elevadas então

quem vai sofrer é o próprio enfermeiro e ele sabe disso. Quando vou investir num doente e se ele falecer, durante um tempo, eu não vou investir em mais nenhum... tenho que esquecer o anterior, também, custa... Durante um tempo a gente passa a técnicos e depois voltamos outra vez... cada um tem o seu tempo... uns são mais rápidos a passar outros vão chorar, já aconteceu... (Por exemplo) O doente estava há muito tempo no serviço e foram chorar e choraram muito... é uma maneira de escape. Eu assobio ou canto e não quero dizer que não choro a perda ... cada um tem as suas maneiras.

INV. Que estratégias achas que se podiam desenvolver para que estas situações fossem acontecendo de uma forma diferente?

SUJ. Sabes... espírito de grupo... se tivéssemos um grupo profissional forte essas coisas podiam-se falar no grupo, porque, às vezes, não se pode falar no grupo, falta o tal espírito... se a gente puder falar no grupo, a tal terapia de grupo... nós podíamos muito bem aumentar a nossa carga afectiva e, aumentando a nossa carga afectiva, aumentamos a nossa percepção para ajudar o doente em todos os sentidos. E, depois quando sentirmos a tal perda que não é só eu mas o grupo todo... nós temos um apoio afectivo, ali ao lado que nos pode ajudar... toda a gente está ali para nos ajudar. Quando a gente sabe fazer isto individualmente é porque, primeiro, não acredita no grupo. No nosso caso, em termos de enfermagem, neste momento, não temos grupo. Temos uma classe não temos grupo... já pensei nisto e nunca cheguei a nenhuma conclusão. Primeiro porque temos culturas diferentes. Acho que as pessoas de um meio deviam estar a tratar, as pessoas do mesmo meio, porque somos diferentes culturalmente do doente... mais dificuldades temos em ter uma percepção real das suas reais necessidades; segundo, se calhar, o mais importante é que isto é um emprego para muito boa gente e o emprego implica não haver desgaste mental... físico pode haver, mental é que não. Então, há que haver auto-defesa ao máximo da parte mental, da parte psicológica... porque nós temos outra vida lá fora... porque esta é um emprego... é uma maneira de subsistir financeiramente, não pode implicar na parte relacional e afectiva... A parte afectiva não pode estar aqui metida porque, quando se mete a parte económica, a parte afectiva anda de lado para lado... Muitas vezes, estamos aqui no serviço e, para além, de haver uma destriça enorme nas idades, entre os cursos, maneiras de estar, estamos num serviço onde há competitividade, embora, não pareça muito cá fora... e a parte afectiva pode ir embora, porque a parte técnica é que é valorizada, quer queiramos quer não. O nosso tempo está muito ocupado com rotinas, tarefas, cada um faz a sua coisinha e os doentes são muitos, até no corpo morto. Se os doentes são muitos não temos tempo para

conversar, não há espírito de grupo. Para haver espírito de grupo nós temos que estar fora do meio de trabalho e nos juntarmos noutro lado, como grupo completo... Há o jantar do Natal, o aniversário do serviço, um jantar nas tascas... lá fora ninguém se junta, não há reuniões semanais, mensais, mesmo para resolver problemas do serviço. Agora estão a aparecer mais porque a percepção do chefe e dos enfermeiros é diferente... nós temos a percepção que vimos aqui para trabalhar, o chefe para dirigir, fazer a gestão mais nada... e o resto? Será que um computador não fazia isto? Se é para fazer rotinas e tarefas (silêncio) o que tem reflexos no cuidar a pessoa... porque é que tive que fazer um processo individual, arranjar as minhas maneiras... mas tive que ter uma apoio atrás que, neste caso, é a minha família...

INV. Como arranjaste as tuas maneiras?

SUJ. A minha família, os meus amigos... ,

INV. Alguma coisa, queres referir-te a quê?

SUJ. A morte, estou a falar assim porque estou a afastar-me... porque para mim há mais perda do que morrer... será que a vida continua? Depende muito da percepção do doente, da parte religiosa, da parte espiritual e a continuidade... se ele não tiver a percepção de corpo, morre muito melhor. Para ele se o corpo não for valorizado ele pode perder o corpo porque, o espírito mantém-se, agora, devíamos pensar muito mais na morte.

INV. Achas que a espiritualidade, a religiosidade fica mais exacerbada, na parte final da vida... o que diz a tua experiência?

SUJ. Sim, mas não é só na parte final da vida... sempre que existe uma necessidade, ou sempre que nós estamos em dificuldade... No meu caso e acho que no caso de todos os doentes falam sempre de alguém que pode ser Deus, eles podem ser cristãos ou não... mas há sempre um Ser sobrenatural a quem eles recorrem para pedirem ajuda ... pedem ajuda a nós, ao médico, ao auxiliar mas há sempre aquele pedido de ajuda ao tal sobrenatural, ao tal Deus que, muitas vezes, não pedem para viver eternamente, pedem:- “dá-me tempo para fazer isto”, “por amor deixa-me fazer isto”, “por amor de Deus não me deixes morrer, porque ainda tenho um filho para criar”, para concluírem os seus objectivos de vida, eles próprios dizem:- “eu posso morrer em paz, porque já fiz tudo o que tinha a fazer nesta vida!

INV. Ao longo do tempo a tua sensibilidade para identificar as necessidades espirituais foi mudando. Qual é a tua experiência?

SUJ. A tal percepção, a nossa percepção vai aumentando ou vai-se refinando... é nestes pontos... não é na parte física, a parte física a gente sabe... excepto a dor... embora a gente possa tirar a dor... tem as expressões faciais. O que, muitas vezes, incomoda o doente nem é a parte física, nem a dor porque ele já não a sente... muitas vezes são estas “coisinhas”... quando dizem:- “oh! meus Deus dá-me mais um bocadinho de tempo, preciso disto ou daquilo”, aqui está a sua espiritualidade... e, precisamos de chegar e sermos seres espirituais, na altura. Quando vamos para casa, fazemos uma introspecção sobre a nossa própria espiritualidade.

INV. Achas que o capelão te ajudou

SUJ. Também, o homem é homem... a parte física mantém-se e a parte espiritual anda para cima e para baixo e... quando me acontecia isto eu servia de apoio, mas também precisava de um apoio... que no meu caso foi o capelão que estava mais próximo, em termos espirituais... embora inconscientemente, mas era um meio de me aliviar espiritualmente mesmo sem saber... era um pedido de ajuda... todas as mortes que temos pelo caminho vamos pensando... Agora meios, meios para me defender não tenho... fui acumulando algumas experiências e mudando a minha percepção de morte... uma defesa, se calhar ele não morreu, foi para outro lado, O que se diz às criancinhas é o que voltamos a dizer a nós. Sentimos a perda, (como) quando morreu a minha avó, os nossos entes queridos, temos a sensação que eles se mantêm sempre connosco... ”ah! ele morreu mas ele está aqui connosco”... “ele está a ver-nos” e, muitas vezes, digo:- “olha avó se estiveres a ver-me isto é para ti”.

INV. Queres dizer mais alguma coisa?

SUJ. Não... e espero que te ajude.

INV. Obrigado.

## ENTREVISTA 4

INV Como é que sabes que a pessoa em fim de vida de quem cuidas está a morrer?

SUJ. Eu nunca sei, exactamente, quando a pessoa está a morrer... temos sinais que nos ajudam, por exemplo, se está monitorizado, se as tensões estão a descer... são coisas (que) os aparelhos revelam. Mas, se o doente não está monitorizado, ao olharmos para ele... é um bocado complicado dizer que o doente está no fim de vida, se está numa fase terminal de que doença for, porque estes sinais nem sempre conduzem à morte. E eu tenho uma experiência muito “ruim” neste aspecto.

Eu estive a trabalhar durante um ano no Faial, num serviço de Cirurgia, onde morreu, talvez uma ou duas pessoas. Quando vim para cá, vim para a Medicina-Mulheres e nós temos a famosa sala 3, para onde vão os doentes acamados e os doentes terminais. Havia uma senhora que estava muito mal, muito mal, com uma sonda, com umas tensões muito baixinhas e que estava com uma respiração... com uma dispneia... uma situação bastante grave. Entretanto, a angústia da família era saber quando é que a doente ia morrer, para saberem se tinham que chamar alguém... isto é, os familiares que estavam nas outras ilhas, pronto para comunicarem... para saber se chegavam a tempo. Estava a fazer “tarde”... e disse (que) a senhora estava “péssima”, sem tensões e com dispneia. Caí na asneira de dizer, que, provavelmente, na próxima manhã a doente não estaria cá.

INV. O que é que querias dizer com a doente está péssima? O que te levou a dizer isto?

SUJ. Foi uma forma de satisfazer a vontade dos familiares... de responder aos familiares... a ânsia que eles tinham em saber... foi nesse sentido. Não pensei muito na doente, sabia que ela não estava bem e foi a vontade de satisfazer a ânsia dos familiares que eu disse isto.

INV. Queres dizer que os sinais e sintomas, que referiste, inicialmente, não influenciaram na tua decisão?

SUJ. Não, não influenciaram na minha decisão. Recordo, que a doente não estava monitorizada... e não tínhamos aparelhos e a senhora era muito idosa (muito silêncio). Ora, o que quero dizer, e o que aconteceu, é que os familiares ficaram lá durante a noite com a autorização dos meus colegas e eu saí à meia-noite e fui de férias (muito silêncio).

Passado uma semana vim a saber que a doente teve alta (risos). Até hoje, quando vejo o filho na rua... ainda fujo. Isto tudo para dizer que por mais que a gente tente dizer

que a doente vai durar 1 hora, ½ hora ou 1 dia... as conversas que temos com os colegas... é uma forma demasiado superficial de falar sobre a morte dos doentes. Às vezes falamos e dizemos: -“Olha, vai ser para o teu turno”... (risos)..ao fim e ao cabo rara vez a gente acerta.

INV. O que queres dizer com “rara vez a gente acerta?”

SUJ. É pouco previsível... dizer que um doente vai... morrer daí a 1 hora – isso é uma afirmação estúpida, porque as coisas não são tão taxativas e não somos deuses para dizermos que o doente vai morrer dali a 1 hora, ½ hora ou no turno a seguir. Portanto, nós temos os sinais que nos dão uma previsão, um prazo relativo... mas eu até nem gosto de dizer que a doente vai morrer dali a 1 hora... eu aprendi a lição. Os familiares têm sempre a tendência de perguntar...

INV. Os sinais, como a apneia, a cor da pele, por exemplo, se está com livores, às vezes, não são indicativos de que a morte está a curto prazo?

SUJ. Para mim não... Esta experiência e outras que se repetiram também vieram dizer-me isto... às vezes acontece... mas muitas vezes, não acontece.

INV. Quais os cuidados que prestas, quer no domínio da técnica quer no relacional, que consideras específicos da pessoa em fim de vida?

SUJ. Pensando nisso... e quando estive na escola, o brio de ser enfermeiro era... saber a parte técnica... também já havia a parte humana. Mas, eu valorizava a parte técnica... tudo o que a gente conseguia fazer... técnicas para prolongar a vida... era muito importante para mim... Quando se fazia reanimação e se ela fosse eficaz... era... no sentido de adiar um bocadinho a morte daquele doente... por mais umas horas ou um dia ou dois. Eu valorizo um pouco isso (risos)... dá-me uma certa confiança no tratamento dos doentes... são aprendizagens do dia a dia que para mim têm muito valor – para cuidar do doente que vem a seguir... eu valorizo muito isso. E eu estou a falar de doentes em coma, quer dizer, doentes que têm alguma hipótese de viver... que temos hipóteses de adiar a sua morte.

Quando a gente está a estudar, a nossa cabecinha valoriza muito a parte técnica e a gente não pensa muito que vamos encontrar um doente que pode estar a morrer e como vamos reagir... a gente quando sai da escola não sabe lidar com estas situações, embora eu pensasse que fosse o contrário ... De início a gente aprende... na escola a lidar com estas situações e ao longo dos anos vai-se criando “calo” e aquilo tornava-se uma coisa corriqueira, de rotina... mas afinal de contas passa-se exactamente o contrário. De início não estamos muito preparados para lidar com as situações e depois

ao longo dos anos com situações semelhantes vamos ficando mais sentimentalistas, individualizamos mais as situações... conseguimos arranjar tempo... para cada doente. Consoante a vivência anterior, a gente consegue arranjar atitudes terapêuticas (muito silêncio).

A minha aprendizagem ao longo destes 10 anos foi um acumular... foram situações de vida, a gente não pode descurar a parte da leitura, as jornadas... tudo o que diz respeito à medicina acho que serve para valorizarmos, mas essencialmente, e como é lógico, as vivências do dia a dia num hospital... as vivências com os doentes, as situações do dia a dia.

INV. Quando dizes as situações do dia a dia ... a forma como lidas com a situação vai sendo diferente... é um reflexo da tua aprendizagem? Então, como é que estas aprendizagens contribuíram para que fosses atribuindo um significado diferente no lidar com as pessoas em fim de vida?

SUJ. (Muito silêncio) Isso tem a ver com a forma como os doentes reagem nas situações... a gente lida com um doente e vê a reacção dele e, se ele está numa fase terminal... a gente vê a reacção dele, a gente depreende se ele está bem, se não está bem... é lógico que a próxima situação semelhante que formos encontrar, já estamos preparados para lidar: - “se eu fiz isso no doente anterior não vou repetir neste... ou vou”.

Tantas vezes... empenhava-me e as necessidades físicas ficavam satisfeitas... estamos a falar em doentes em fase terminal... se ele exprime uma dor, um medo, um sentimento qualquer, embora sejam coisas muito delicadas... Tenho muita dificuldade em lidar com a parte psíquica do doente, mas pronto tento arranjar uma forma para atenuar aquele medo e nem que seja chamando um colega meu, o psiquiatra, sei lá, tento arranjar uma forma e a gente vai vendo o impacto que aquelas situações causam e depois na situação a seguir a gente tenta ver, depreender, fazer um filtro do que aconteceu... isto resultou ou não... não vamos repetir esta ou aquela ... Ao longo do tempo a tendência é para caminhar para a situação perfeita, para a situação plena de satisfação da nossa parte e da parte do doente... mas temos muito que aprender!

INV. Achas que numa inicial a forma como a gente lida com os doentes em fim de vida, aquilo que lhes dizemos, tem implicações para nós?

SUJ. Bem isso é lógico... a pessoa terminou um ciclo da sua vida e merece todo o respeito da nossa parte e a nossa tendência é sempre de causar o mínimo de sofrimento naquele fim de vida... a gente deve pensar muito naquilo que está a dizer e o nosso

discurso deve ser sempre no sentido da paz, do respeito... Sabemos que naquelas alturas, muitas vezes, se for uma pessoa em que a gente tem um carinho, o que acontece em pessoas jovens (muito silêncio).

Eu estou a visualizar situações de neoplasias, em moças novas, situações que nos aconteceram na medicina (a morrer)... a gente deixa sempre escapar uma lágrima e, fujo... são situações que se a gente for apresentar uma cara deprimida ou um discurso no sentido da risota, às vezes, pode não ser uma coisa que calhe muito bem naquela doente... para já, temos que conhecer muito bem aquela doente na sua fase de internamento, para vermos o que pode escapar naquele altura... o que podemos dizer, o que não podemos... são situações muito delicadas e que nos exigem uma concentração muito, muito grande... ter o máximo de cuidado quando a gente abrir a boca... (muito silêncio).

Tenho uma conversa que anime... um discurso calmo e com paz e carinho – dá confiança... Saber aquilo que a gente vai dizer e acompanhá-la. (Se) vai ao encontro do conforto, do respeito e... assegurar uma morte em paz e serena.

INV. Tu disseste, escapar uma lágrima... Sofres?

SUJ. Para já, acho que um doente numa fase terminal, já está numa situação pouco confortável e se eu, apesar de ser uma pessoa querida, desatar a chorar diante do doente... talvez não seja uma situação facilitadora de uma morte serena... a meu ver. Situações destas já me aconteceram e faço uma retirada, para eu próprio poder pensar e viver esta situação sozinha.

INV. Fazes sempre sozinha?

SUJ. Não... mais tarde eu converso com as minhas colegas. Eu encontro um certo *feedback* da parte delas porque sei que, da parte delas, há situações que são semelhantes e elas também se manifestam da mesma maneira. Mais tarde conversamos, numa conversa amena, num jantar, num café... olha aquelas situações (risos). Estou a lembrar-me de uma velhota que nós tínhamos e que veio de S. Jorge... estive 2 ou 3 meses lá internada... era muito querida e ela não tinha mais familiares... tínhamos uma amizade muito grande por ela e oferecíamos-lhe roupas... Uma vez ofereci-lhe umas pantufas que eram uns cãezinhos (risos)... o que é certo é que a velhota morreu, mas, eu gostava muito dela, morreu de repente... senti uma tristeza tal... a gente vive estas situações e depois uma pessoa começa a pensar... a gente tanto que faz... recebe-se ingratidão... Uma pessoa “desdobra-se” aqui dentro a torto e a direito e, acabamos com situações

destas. Falei com uma colega minha sobre isto e ela também contou experiências anteriores, situações semelhante e a gente vai-se confortando uns aos outros.

INV. Num doente com dor, em fim de vida, que a morte está a curto prazo... Quais são os cuidados que prestas, quer na vertente técnica, quer na relacional. Como tentas conciliar?

SUJ. A história da dor para mim é mais complicada porque eu nunca sei a intensidade da dor do doente. E a dor de um doente pode ser uma coisa do dia a dia... não sei dizer a intensidade da dor do doente... pode ser a forma como ele me recebe. Se consegue estabelecer em termos comparativos, eu já consigo identificar mais ou menos, mas tenho muita dificuldade.

INV. Mesmo que ele não te consiga referir, como é que consegues atenuar a dor... de um doente que não verbalize?

SUJ. Há aqueles que gemem e que a gente perante a prescrição médica administra o analgésico e... se ele geme ou não, isto é, em termos de eficácia... já sabemos que no dia a seguir existe um analgésico prescrito e que se ele fizer (efeito) é administrado. Mesmo naqueles que conseguem verbalizar, eu tenho uma certa dificuldade. Às vezes referem muitas dores de cabeça... bem... vai um paracetamol diluído...

INV. Na tua relação com os doentes, mesmo com a administração da droga, consegues atenuar a dor? Como vives essa situação?

SUJ. É assim... eu considero que tenho uma boa relação com os doentes... eu faço...

INV. O que é para ti uma boa relação com os doentes?

SUJ. É desde brincar com eles nos corredores, pegar ao colo... encostar a cabeça, puxar os cabelos (risos)... essas coisas e, acima de tudo satisfazer as necessidades deles, zelo sempre no dia a dia. Se me pedem um comprimido: "Ó senhor enfermeiro, tenho dores de cabeça.. Eu faço por não me esquecer e não me perder no caminho, o que nos acontece muitas vezes. Um doente, na sala 10 pede um comprimido para as dores e um na sala 9 pede uma arrastadeira e outro na sala 7 diz que o soro está a acabar, são exemplos. Quando chegamos à sala de trabalho, o comprimido da sala 10 já não está na nossa cabeça... e eu zelo, faço... tento não me dispersar... se ele me pede um comprimido... eu vou buscar e isto são coisas em que eles se sentem muito gratos por isto (risos). Isto é da parte da terapêutica... Da parte humana... eh, pá... é tudo! Considero que tenho um bom relacionamento, converso com eles, rio, brinco e há uma coisa... Neste momento, existe uma doente na Medicina, na sala 10 que me impressiona um bocado. A doente assim que me vê, faz-me uma grande festa e tem muitos

internamentos. Ela tem uma leucemia e não sabe... penso que ela não sabe, mas ela tem uma vontade tão grande de viver, está agarrada à vida, que ela pergunta sempre que me vê: “Senhor enfermeiro, eu estou muito bem, não estou? Claro, que fico a olhar para ela. INV. A tua relação com uma pessoa que te diz isto, como é que consegues... (interrompe)

SUJ. Para ser franca ... eu entre dizer uma verdade que magoe e dizer uma mentira que dê esperança... eu prefiro uma mentira que dê esperança, porque para já não nos compete dizer o diagnóstico aos doentes. Vamos supor que a doente sabia o diagnóstico e se ela chegasse ao pé de mim e dissesse: - “Senhor enfermeiro, se calhar eu vou morrer ou não vou morrer? Eu era capaz de dizer: -“Oh! mulher, tu estás com umas cores tanto boas e agora estás a pensar nisto!” Ou se calhar o tratamento está a fazer efeito, vais ficar melhor... eu sou mais deste género do que fazer ver à pessoa que ela está em fim de vida. O realismo, não gosto muito dele e tenho uma conversa com a pessoa mas de ela cair na realidade... não gosto muito disso... (risos). Posso estar errada, mas eu não gosto disto! Vamos supor... eu prefiro que a pessoa seja feliz naqueles poucos tempos que possa restar de vida do que por a pessoa a pensar que vai morrer e que vive numa depressão no resto do tempo que lhe resta.

Concretamente, agora com o nosso R., estou com uma certa dificuldade, eu não consigo... porque ele está com uma depressão muito grande e eu não consigo ter um diálogo com ele... que o anime. Ele está mesmo a pensar que chegou ao fim, já há 15 anos que é seropositivo. Ele está numa depressão muito grande... Eu conheço o R. porque ele era meu vizinho antes de ser seropositivo, era meu vizinho antes de eu ser enfermeiro e, então, nós falamos muito de carros, porque ele era mecânico. Quando toca a parte íntima, eu tenho de pedir ajuda a todo o lado. Pedi ajuda à psiquiatra, telefonei a dois enfermeiros que trabalham aqui e que conhecem perfeitamente o R, que vieram cá falar com ele ...

INV. Especificamente, à pessoa em fim de vida, quais os cuidados que prestas quer técnicos quer relacionais?

SUJ. Resumindo, técnicos... tento ao máximo zelar pelo conforto, o bem estar físico, desde almofadinhas para os pés, óleos, pomadas... tudo, eh pá! tudo! Eliminar a dor, assim que o doente refere, tento o máximo isso.

Quanto à parte emocional, parte psicológica, eu tenho dificuldade, tenho que o admitir e nos casos das neoplasias... como sabes houve “fulanas” novas que morreram no nosso serviço.

INV. Como sentes essas dificuldades, nessas relações?

SUJ. Olha, a primeira tendência é a fuga.

INV. Porque achas que foges?

SUJ. .Eh pá... não sei... (muito silêncio). Nas jornadas anteriores referi... acho que a escola... a preparação que a gente tem para lidar com doentes em fase terminal... não nos falam sobre a morte... a gente não tem preparação nenhuma, eu não tive... fala-se muito relacionamento humano, o dia a dia... de conversar. Os monitores queriam que a gente conversasse, enchíamos aqueles doentes de conversa que eles ficavam fartos... mas nestas situações, a gente não tem preparação... maturidade.

Para já isto tem a ver com a nossa vida pessoal... se a gente tem ou não estabilidade, eu acho que é uma coisa muito, muito delicada, muito, mas muito delicada. Se o doente me aborda,... por exemplo, eu tenho uma doente com quem tive uma relação estreita de amizade que me disse uma vez e (que) estava em fase terminal, numa fase terminal de uma neoplasia da mama. Ela estava lúcida, era extremamente bem humorada, era uma senhora que eu conhecia. Um dia numa conversa, num bate papo, ela falava... sempre muito alegre... metia-me impressão... e um dia enchi-me de coragem e perguntei-lhe:

-“Dona L., consegue ter essa boa disposição, sabendo que tem uma neoplasia da mama e sabendo que mais cedo ou mais tarde não está cá? E ela disse-me assim: -“O que me consola no meio disto tudo, é que vou acabar aqui e começar noutro lugar”.

SUJ. Eu fiquei assim... (risos). Hoje em dia, utilizo esta frase dela com outros doentes terminais, tendo sempre o cuidado de dizer que era de uma senhora em fase terminal com uma neoplasia da mama. Já enumerei várias vezes... isto para eles... não sei qual é o impacto que pode causar, não dá para ver de imediato.. Não sei se me agarrei tanto a isto, se foi para mim próprio, se foi para incutir nos doentes que quando acabassem aqui começavam noutro lugar (risos). A gente também tem uma parte espiritual e a gente também pensa na morte. A gente vê-a todos os dias por aí, nessas Medicinas... deixa-se morrer!

INV. Há bocado falaste na história de vida da pessoa. Achas que a história de vida tem influência, tem repercussões no modo com se lida (interrompe)

SUJ. Não tenho a mínima dúvida, tem a ver com a vida da pessoa... desde pequeninos... se a pessoa vive num ambiente violento, a pessoa tem tendência a ser mais fria com estas situações (de morte). Se vive num ambiente familiar emotivo... acredito que tenha mais dificuldade em lidar... sabes que se torna muito difícil separar a vida de casa (risos).

INV. Achas que a nossa história, a forma como nós vamos nos relacionando com o fim da vida, com a morte vai ter influência na nossa (interrompe).

SUJ. Claro, claro, não é só como profissional de enfermagem, mas como pessoa no dia a dia, no ambiente familiar, na educação, as nossas vivências.

INV. Em relação às vivências queres referir-te concretamente a quê?

SUJ. A minha avó é que me criou e quando faleceu eu tinha 15 anos. E eu senti um bocado, ela é que me preparava o lanche, embora, eu vivesse com a minha mãe, porque ela tinha dificuldade em chegar-se para o pé de nós porque era doente. A minha avó, debilitada, a cuidar da gente... eu vejo-a muitas vezes nas velhotas da Medicina, na rua da Sé quando vão cheias de sacos, todas dobradas e param pouco a pouco e pergunto-me se essa gente não tem um neto para vir ajudá-las (risos). Eu penso muitas vezes nisto e eu conheço as velhotas da cidade todas (risos) e talvez seja isso que me leva a ter um carinho muito grande por elas... tenho grandes amigas para cima dos 70 anos.

INV. Que significado atribui aos cuidados que prestas à pessoa em fim de vida quer técnicos quer relacionais?

SUJ. Eu não sei... (muito silêncio). Geralmente, faço-os com muito respeito... bem é uma pessoa em fim de vida e isto diz tudo... tento fazer com o máximo de respeito possível. Uma ou outra vez há uma “escapadela”

INV. Porque achas que há uma “escapadela”?

SUJ. Salvaguardo-me para não fazer depressões... refugio-me de situações, que nos causam mais impacto... retiro-me e vivo a situação sozinho. No fundo faço os (cuidados) com muito respeito.

INV. E o respeito, é como?

SUJ. É seguir a linha em termos de cuidados físicos, é tentar não falhar em tudo... não falhar na parte psíquica... pensar muito bem naquilo que a gente está a dizer.

INV. Como pensar muito bem naquilo que está a dizer é (interrompe)...

SUJ. É assim... estarmos a falar com o doente e dizer algo que não lhe cause mais sofrimento.

INV. Isto na altura em que se expressa verbalmente? E quando já não responde verbalmente... que parece que a morte está a acontecer. Que sentido tem para ti os cuidados?

SUJ. Eu estou a tentar visualizar situações... ora, como me sinto.

INV. Olha o caso da T. Quando faleceu foi muito complicado, até porque tinha a família... Havia muito silêncio e eu achei que o silêncio era uma forma de respeitar

aquela situação. O cuidado com os movimentos, não fazer movimentos bruscos, mas (risos)...

INV. Isto é, qual é a importância, o significado que dás aos cuidados que prestas?

SUJ. Penso assim... acabou um ciclo na vida de uma pessoa. É um momento muito importante na vida de uma pessoa. Acho que a pessoa, enquanto pessoa, merece todo o nosso respeito no seu cuidado nesta fase importante da vida. É altura que nos deixa de acompanhar, mas não significa que a gente tenha que se empenhar menos. Pelo contrário, é uma fase... eu penso que muito importante na vida da pessoa e deve-se zelar ao máximo... ficamos mais tranquilos. Quando vemos que prestamos um bom serviço, não só na técnica mas também na relação a gente vê que o doente morreu em paz, sem dor, sem sofrimento, com conforto... é muito importante.

INV. Isso reflecte-se na nossa postura posterior?

SUJ. Sim, sim, isso nem se fala

INV. Assim sendo, como achas que o significado destes cuidados vai ter reflexos na tua prática quer como pessoa quer como profissional?

SUJ. Eu zelo muito... considero-me uma boa profissional (risos)

Tenho uma santinha na porta do cacifo... e olho sempre para ela, peço muita saúde e muita competência para o dia que se vai seguir. Eh! pá acredito que há algo que me ajuda... não sei explicar! No dia a dia aprende-se sempre e o que se aprende hoje serve para amanhã e para os dias que vêm a seguir e eu penso que é muito importante para nós mesmos... Às vezes uma pessoa ouve no cabeleireiro “trinta por uma linha” e isso “pega-me o fogo”. Eu não quero contribuir para que seja alvo de comentários pouco agradáveis e é a instituição em si... zelo sempre por cumprir o que está estabelecido... por em prática o que aprendi.

INV. Na tua relação com o fim de vida, retiraste aprendizagens (interrompe)?

SUJ. Claro... quando encontramos uma situação semelhante actua-se sempre de maneira diferente, porque aquilo nos bate sempre e a gente recorda o que aconteceu no dia a dia e o que se aprende hoje serve para amanhã e para os dias que vêm a seguir. Embora a gente tente aplicar melhores conhecimentos, pensando nas experiências anteriores, há sempre uma coisa que... no caso dos doentes em fim de vida, é uma coisa que nos toca e se temos uma certa ligação... e sabemos que precisam sempre de alguém.

INV. “Toca-te?”

SUJ. Acho-me sentimental... as amigadas que faço com as minhas velhotas.

INV. Achas que têm sempre a mesma intensidade ou ao longo dos anos foi-se alterando... o significado que foste atribuindo?

SUJ. O problema é que vem aumentando... fiquei mais sentimentalista com o tempo... tornei-me mais pessoa... não sei se isto tem a ver um pouco com as vivências que a gente tem... porque na escola e quando acabei o curso valorizava muito a técnica... pensava que era natural.

Quando era miúda, por exemplo, a minha avó morta ... eu não a vi, tinha um pavor (ênfase)... aliás tinha 15 anos e expor uma pessoa morta, naquela altura, era uma coisa horrorosa

INV. Achas que já não é?

SUJ. Não... não é... como já te disse faz parte da vida da pessoa... como a entendo... Tinha pavor e nestes 10 anos de profissional aprendi isso. Quando acabei o curso pensava... “olha, morreu, morreu, paciência”... era mais um doente que morria estava a preparar-me para o futuro porque ia encontrar situações semelhantes e comecei a preparar-me desta forma... muito mais mecânico, muito mais técnico e muito pouco humano... porque a escola teve influência em mim, até nas notas que atribuíam! Então, tentei... no início era muito técnico com os doentes terminais e aos poucos com o relacionamento com os doentes, com as aprendizagens do dia a dia, consegui controlar... como satisfazer as necessidades dos doentes... são experiências que a gente leva para o dia a seguir... e depois cria-se amizade com as pessoas. Eu, no início não era assim... um doente para mim era um doente e, agora, aos poucos gosto dele.

INV. A tua experiência diz-te que numa fase terminal preocupavas-te mais com os cuidados técnicos e que com a tua aprendizagem, com a construção do significado no domínio da técnica (embora não as tenhas desprezado) foste valorizando a parte relacional?

SUJ. Sim, ao longo destes 10 anos foi o que me aconteceu.

INV. Achas que essa fuga que falaste, esse sofrimento, como veio acontecendo ao longo do tempo?

SUJ. Olha, foi muitas mortes, como a T. R. diz... quantas mais vão ser precisas... acho que isto diz tudo. A gente com muitas situações, muitas situações... é desgastante!

INV. Como achas que se consegue ir ultrapassando esse desgaste?

SUJ. Pensava que... no início era o contrário... pensei que quanto mais tivéssemos essas vivências mais “calo” a gente criava... mas funciona, precisamente, ao contrário. Tenho falado com colegas e a situação é idêntica.

INV. Achas importante falar em grupo?

SUJ. Sem dúvida. Não sei se feliz ou infelizmente, mas onde quer que a gente se reúna... costumo ir jantar com colegas da Medicina ou no café e, inevitavelmente, falamos do hospital, de doentes, das patologias... conversamos sobre as nossas vivências, as nossas experiências... conversamos, falamos muito.

INV. Aprende-se com os outros, clarifica-se? Qual é a tua experiência?

SUJ. Apanha-se um pouco de todos e vamos fazendo comparações das nossas vivências e interrogamo-nos, porque é que eu senti isto e aquele não sentiu e aquele fez assim e eu fiz daquela maneira... acho que é muito importante no dia a dia para as situações que vamos encontrando, aprendemos com as nossas vivências, mas também, com as dos outros, como é lógico.

INV. Há pouco falávamos de dificuldades, vocês reúnem-se... (interrompe).

SUJ. Na prática, trabalhamos nos mesmos serviços, os doentes são os mesmos e as patologias são as mesmas e as situações que elas vivem são as mesmas e os sentimentos. No dia a dia, no dia a seguir que a gente cuida do doente, a gente começa a ver as coisas que não via no dia anterior... mas acontece porque houve conversa, dinâmica.

INV. Achas que a maneira de cada um expor-se, é uma maneira de começarmos a sentirmo-nos melhor connosco, afinal os teus medos são os meus medos?

SUJ. Isso, que estás a dizer... sempre considerei a F. uma pessoa muito fria, e fiquei “abananada” quando a vi a apresentar um trabalho. A partir daí tem sido motivo de conversa.

INV. Quem sabe se isto não vem ao encontro do que falamos... os teus medos são os meus medos. O que achas?

SUJ. Tal como os outros e no relacionamento... há colegas que isso acontece... mas no falar no dia a dia ficamos com uma opinião completamente diferente. Ela parece uma pessoa muito fria... mas não é... depois partilhou os seus medos e ficamos a saber que somos todos iguais. Uns refugiam-se, são mais frios... é uma profissão “desgastante” mais psíquico do que físico... são muitas mortes.

INV. Achas que o sofrimento está sempre inerente a estas situações, é assim?

SUJ. Sim, sim e muitas vezes acaba-se por sair daqui e levar as coisas para casa o que é pior ainda... o relacionamento piora (muito silêncio).

INV. Queres dizer algo mais?

SUJ. Não sei... não tenho um discurso bonito.

## ENTREVISTA 5

INV. Como é que sabes que, a pessoa em fim de vida de quem cuidas está a morrer?

SUJ. Eu penso que tem a ver com o seu aspecto físico e acho que nós ao fim de tantos anos de carreira apercebemo-nos com a nossa sensibilidade de que aquela pessoa está no seu fim... Acho que tem muito a ver com isso porque as pessoas não morrem da mesma maneira e, portanto, o aspecto físico não é igual para todos... há que estar atento, a isso e depois ter a sensibilidade.

INV. Quando falas no aspecto físico que sinais objectivos e não objectivos consegues identificar?

SUJ. Palidez intensa das mãos e pernas... os olhos baços, apagados... um não respirar, a perda de movimentos respiratórios, os livores que todos nós conhecemos... a pele fria, viscosa são essencialmente estes... a cianose, também, embora, possa estar presente ou não ... Já vi doentes em fase terminal que estavam muito cianosados e outros que ficam transparentes como cera, portanto, varia um pouco de doente para doente (muito silêncio).

Há uns anos quando comecei a trabalhar na casa de saúde, tive uma experiência que me marcou muito. Foi um doente que estava em fase terminal, mas, eu própria não esperava que fosse para aquele momento... e em que ele me pede para eu não sair do quarto; ficar com ele e sentar-me ao seu lado e pediu-me para eu lhe dar a minha mão... Eu dei-lhe a mão e, longe de mim, pensar que aquele seria o momento... e ele olhou para mim e disse-me: -“senhor enfermeiro, eu estou a ver um passarinho” e eu olho para ele e depois faleceu... Portanto isto foi uma coisa que me marcou muito no início... e há outros que dizem: -“não me deixes ficar só”, “diz-me qualquer coisa”, “eu tenho medo da morte”, “o que é que pensa?”... Já me questionaram doentes em fase terminal o que é que a senhor enfermeiro pensa da morte... acha que eu estou mesmo a morrer?”, “ela vem aí”... referindo-se a ela, subentende-se que é a morte... mas sobretudo pedem para não ficarem sós.

INV. Quais são os cuidados que consideras específicos destas pessoas?

SUJ. Eu acho que um cuidado... é a presença física, sempre, de alguém... é primordial e, depois, é não deixar o doente morrer com sede que eu acho que é muito importante e deve ser muito aflitivo (estar) com os lábios secos e não ter alguém para os humedecer... e depois é ter o doente confortável, ver se está urinado, se não está urinado, colocá-lo o mais confortável... e o conforto para um pode não ser igual para o outro... há que

conhecer bem o doente, individualizar os cuidados e conhecer as necessidades de cada doente, acho que é fundamental... o silêncio. Já tive doentes em fase terminal que me pediram para eu lhes baixar a cama, porque se sentiam melhor com a cama baixa... também já tive doentes que me pediram para eu lhes subir a cama porque se sentiam melhor... porque tinham muita dificuldade em respirar (muito silêncio). Eu acho que há que ter sempre esta disponibilidade para conhecer cada doente e saber o que naquele momento é mais importante para ele... eu não vou fazer as coisas porque eu acho que aquelas são as mais importantes... eu vou fazer respeitando as necessidades daquele doente... e daí penso que são diferentes de doente para doente.

INV. Ao longo da tua vida profissional a tua postura foi mudando na tua relação com estes doentes, os cuidados específicos foram sendo diferentes, a importância que fostes atribuindo a eles foi mudando... como é que foi?

SUJ. É assim... eu sempre, desde a minha infância, que quis ser enfermeiro... mas quando terminei o curso trabalhei no hospital... eu tinha pavor da morte (muito silêncio), sempre que via um doente que estava próximo da morte eu tentava fugir ou ia para a casa de banho ou inventava outras coisas para não estar junto do doente porque isto me incomodava e, perturbava-me de certa forma vê-lo morrer e, depois pensava que podia ser eu ou alguém da família... tudo isto era muito complicado eu tentar entender tudo o que envolvia a morte... claro que a partir de uma dada altura tive que trabalhar isto em mim... e como é que foi... este trabalho. Primeiro cada vez mais tentar estar presente... não me afastar nesses momentos (da morte), porque pensava que seria uma forma de eu própria vencer os meus próprios medos, depois procurei na leitura... Li um livro que agora não tenho presente o nome ... mas que foi um livro que me marcou muito e que era como morrer com dignidade e passava-se num hospital em França, em que havia uma unidade específica para doentes terminais e em que se podia recriar uma música que a pessoa gostasse muito em dada altura da sua vida. É uma altura para lhe falar das coisas boas da vida... e era um sítio em que era permitido a reconciliação com familiares que porventura estivessem zangados uns com os outros, etc. A equipa que trabalhava com estes doentes era muito bem preparada com técnicos de diferentes áreas, para poderem acompanhar estes doentes e, portanto, quando os doentes iam para aquela unidade já sabiam que era o seu fim... não havia drama... as pessoas terminavam com alegria, riam... Tudo isto foi contribuindo para que eu, também, tentasse desmistificar um pouco o fantasma de morte que eu tinha em mim e, hoje, acho que consigo estar muito mais serena perante a morte dos doentes, porque a morte é um processo que se

inicia com a vida e, portanto, se há um limite para viver, evidentemente, tem que terminar com a morte. Cada vez mais, eu consigo este ideal de morrer em paz com uma certa serenidade sem que haja muita representação... e que eles morram o mais serenamente possível, desde o dizer: -“não tenham medo porque não vão sofrer”, o dar-lhes a mão, fazer-lhes um carinho... todas estas coisas têm-me ajudado a enfrentar a morte e a aceitar a própria morte... Interrogo-me sobre a morte, porque é um mistério. Ir a jornadas... Claro que é sempre difícil e causa uma certa angústia, mas, cada vez mais procuro trabalhar nesta linha que é eu encarar, trabalhar e aceitar e, poder trabalhar isto com o doente que está em fase terminal.

INV. Há pouco falaste que: -“não tenham medo”, “ não tenham dor”, digamos assim. Achas que, por exemplo, os doentes em fase terminal a dor é algo que fica relegada... que temos dificuldade em identificar a dor no doente que está a morrer... até porque muitas vezes já não verbaliza. Qual é a tua experiência?

SUJ. Eu acho que é assim... às vezes os profissionais têm tanto medo em estar perante a morte, porque, infelizmente, há muitos profissionais que não sabem estar perante a morte... os seus medos passam cá para fora... e, muitas vezes, penso eu até que nem sabem estar da forma mais adequada, riem, fazem comentários, que eu não aceito muito bem. Num momento em que deve haver o máximo de respeito por aquele ser e, deixar de valorizar tanto o fazer, mais do que o ser. Também não condeno os profissionais porque eu acho que é uma falta de preparação... costume dizer: -“Saíam daqui”. (Mas), se calhar é uma maneira que eles têm de por cá para fora os seus medos, as suas angústias e poderem lidar com aquela situação que os incomoda muito e que eles ainda, não conseguiram trabalhar, mas, o que me parece é que a angústia é tanta que nós esquecemo-nos, preocupamo-nos com a nossa ansiedade perante a morte e esquecemos que está ali um ser e que pode sofrer e que pode precisar de outras coisas que não seja eu estar preocupado em ter uma maca para eu ir levar um cadáver daqui a bocado ou não... se informei a família ou não ou outras coisas. Se calhar esquecemos um pouco que há doentes que podem ter dor e que há alguns que, ainda, estão em condições de poderem dizer que têm dor... hoje em dia não se justifica ninguém morrer com dor, porque, temos tanta coisa ao nosso dispor que é impensável para mim deixar morrer um doente com dor.

INV. A tua experiência diz-te que ao longo do tempo os doentes, ainda, morrem com dor ou não. O que diz a tua sensibilidade?

SUJ. Eu penso que cada vez mais os doentes morrem sem dor... não digo sem dor total... mas penso que é uma grande preocupação de quem trata, aliviar a dor ... não vou dizer que vão aliviar o sofrimento... penso que neste sentido há uma enorme preocupação dos médicos que já sabem que o doente está em fase terminal e têm o cuidado em prescrever alguma droga que lhes vai aliviar a dor.

INV. Disseste uma coisa que foi aliviar o “outro sofrimento”. O que é que tu entendes por “o outro sofrimento”? Como podemos aliviá-lo, no teu entender?

SUJ. Eu acho que é, exactamente, a dúvida que permanece, o que é o outro lado? Princípio de algo? A morte será o fim? Dúvidas... O que é o outro lado? Há experiências descritas, mas, o que é facto é que a pessoa que está a morrer... é a (sua) primeira vez e, portanto, há dúvida por onde será que vai? E, portanto, se eu tiver uma palavra de conforto com aquela pessoa que tem medo de morrer, que está sozinha, que não sabe para onde vamos, pronto... se eu puder dizer algumas palavras que tranquilizem aquele doente (muito silêncio). Eu recordo um doente que faleceu comigo e dizia-lhe: “não tenha medo... não sabemos de onde viemos, pouco importa para onde vamos. E as últimas palavras que ele me disse foram: “este foi o melhor medicamento que alguém já me deu”. Isto foi uma coisa que durante muito tempo eu pensei nisto, porque a minha intenção não era dar medicamentos, a minha intenção era dizer-lhe alguma coisa que lhe tranquilizasse e que não ficasse tão angustiado como eu o senti e acho que funcionou... Foram estas pequenas atitudes que também me permitiram fazer uma análise de alguns comportamentos e chegar, se calhar, à conclusão de quão é importante a presença de alguém no momento em que estamos de partida.

INV. E, assim foste atribuindo sentido aos cuidados de enfermagem que prestavas a estas pessoas? Como é que esse significado foi revertendo em favor da tua vida quer como profissional quer como pessoa?

SUJ. (Muito silêncio). Eu acho que como pessoa me amadureceu muito mais e que me enriqueceu até humanamente. Se bem que, por vezes, à custa de algum sofrimento que é a minha atitude que vai suavizar o sofrimento do outro , mas, por outro lado a resposta do outro vai aumentar o meu sofrimento naquele momento... E, é entre dois pólos que eu começo a reflectir e que vou crescendo como pessoa... e na minha relação com a morte tenho crescido muito.

INV. Que estratégias conseguiste arranjar para suavizar o sofrimento do outro, que está a morrer e, que acaba por o despertar em nós?

SUJ. Eu acho que é assim... quanto mais eu falar de morte menos medo eu vou ter de enfrentar a morte... mas eu também acho que isto passa por outra coisa que é eu preocupar-me em viver cada dia intensamente... viver intensamente... (cada dia) como se fosse o último dia da minha vida. E quando eu tenho esta postura perante a vida, perante as coisas eu não as deixo por fazer ou então deixo coisas que são pequenas e, se calhar, não são as mais importantes para mim. Chega-se ao fim do dia eu... tento sempre reflectir sobre o que é que foi aquele meu dia e em que é que eu falhei, em que é que poderia ter feito... de outra forma... A maior parte das vezes chego à conclusão que se morresse naquele dia eu teria cumprido a minha missão. Acho que isto é muito importante... dá uma certa paz interior nós podermos fazer isto. Claro que isto não se faz de um dia para o outro... isto exige um treino, exige que a pessoa se preocupe cada vez mais em ser do que em ter que é um mal hoje da sociedade que é em preocupar-me muito mais na minha formação como pessoa... para isso tenho que me entender e perceber bem como é que eu sou, porque é que funciono desta forma e não funciono de outra forma... eu tenho que me auto-analisar, eu tenho que me auto-criticar, auto-mudar, porque agente não se faz, a gente constrói-se...

Acho que é nesta busca constante, nesta preocupação diária de eu querer cada vez mais formar-me como pessoa, que eu vou buscando outras coisas que depois me permitem viver com uma certa tranquilidade.

INV. Achas que, por exemplo, que a morte de um familiar, de um amigo... influenciou a tua postura de cuidar o doente em fim de vida?

SUJ. Directamente com familiares não tive, embora gostasse de alguns familiares que já morreram...

INV. Esses familiares, amigos... a morte deles aconteceu antes de ires para o curso, no início da tua profissional... como é que enfrentaste a situação?

SUJ. Antes de vir para o curso e... acho que enfrentei da pior forma possível, com revolta... não entendia bem (porque) estas pessoas tinham que morrer, tinham que sofrer para morrer... quer dizer tudo isto fez para que eu fizesse uma paragem na minha vida. Tive que em causa um conjunto de valores e revolucionar a minha cabeça para poder depois ter outra postura e... aceitar as coisas de outra forma.

INV. Voltando um pouco atrás... no cuidar a pessoa em fim de vida, a especificidade dos cuidados, fazes alguma distinção entre o domínio da técnica e o relacional... o que pensas?

SUJ. Eu acho que é assim... a pessoa em fim de vida necessita de alguém como necessita no início da vida... e em termos de prestação de cuidados são exactamente os mesmos... como se a pessoa não estivesse para morrer, porque ela ainda não morreu... e continua a ser pessoa e, enquanto, continuar a ser pessoa ela tem o direito de ter os cuidados como se tivesse no início da sua vida, portanto, eu não faço essa distinção. Agora poderei estar mais atenta, para eu própria me aperceber se aquela pessoa precisa de alguma coisa, que não seja capaz de verbalizar e que me possa aperceber através de um gesto, de um olhar, e poder dar resposta, isso sim. Em relação às técnicas acho que são exactamente as mesmas... e é certo que cada experiência aumenta o nosso conhecimento.

INV. Queres contar alguma experiência que tenha a ver com o cuidar estes doentes ou outro aspecto que consideres pertinente?

SUJ. Eu tenho um sonho poder um dia... não sei... quando... se calhar nem sequer no nosso país, de ter uma experiência num centro, num local onde pudéssemos tratar da pessoa no final da vida, seria muito gratificante... poderia aí fazer tudo o que eu idealizo. O acto de morrer não seria uma coisa com tédio, com constrangimento, com medo, com insegurança... e onde estivesse à vontade... (e) com naturalidade falassem da morte... seria um dos meus sonhos. Por outro lado, gostaria de dizer, em relação à morte, hoje, que as famílias querem despachar-se dos seus doentes... então querem enviá-los para o hospital nem que mesmo se apercebam que eles estão a morrer, o importante é saírem de casa nem mesmo que venham a falecer pela viagem. No meu ponto de vista é errado porque e falando concretamente de doentes da C. S., logo que comecei a trabalhar... comecei-me a aperceber disto e, não há muito tempo, os próprios doentes verbalizavam e pediam-me na Medicina: -“leve-me para a nossa casa”. Se as pessoas passam 20 ou 30 anos da sua vida na C. S., era importante terminarem lá, porque era lá que tinham gente que conheciam, que gostavam em vez de morrerem no hospital... às vezes com tanta gente mas no meio de tanta solidão... morriam junto de quem gostavam. Comecei-me a questionar acerca disso e comecei a falar com outras pessoas acerca disto e, que era nós deixarmos morrer os nossos doentes com dignidade. Neste caso dar-lhes dignidade era deixar-lhes morrer onde eles passaram a maior parte do tempo da sua vida que é uma coisa que nós não nos apercebemos muito em relação às famílias que elas quererem ver-se livres dos seus doentes, aí podemos pensar e dizer que, se calhar, temos muito medo de morrer.

Era importante fazer-se congressos, encontros, reuniões para discutirmos... em relação à morte... quais são os meus medos, quais são os medos do outro e do outro... faz falta. Acho que com tanto medo e com tanto tabu em falar da morte, acho que é preciso ser alguém corajoso para falar deste tema, porque quando se fala da morte é logo: -“cala-te para aí”, “não fales disso”. Cria-se uma certa dificuldade em as pessoas abordarem este assunto abertamente e, hoje, em que se fala de tudo ou de quase tudo não se fala de uma coisa essencial que é a morte.

INV. No teu ponto de vista, porque é que achas que não se fala na morte... do doente a morrer sozinho. A que atribuis?

SUJ. Eu acho que é fundamentalmente o nosso medo perante a morte, perante o desconhecido, nós sentimos medo e não falamos e como não falamos não agimos e como não agimos, as pessoas continuam a morrer à volta de muita gente mas no meio da maior solidão... e... para além disso, deveríamos pensar mais na morte. E acho que é gritante hoje quando se fala tanto em cuidados humanizados, em nós sermos humanizados, em nós sermos agentes de humanização, em cada vez tornarmo-nos mais próximos do outro, neste caso, daquele que sofre... neste momento que é crucial da vida... no fundo, afastamo-nos tanto.

INV. Achas que as pessoas vão-se afastando de lidar com as pessoas a morrer?

SUJ. Eu penso que sim... há uma enorme dificuldade em lidar com a morte, até mesmo nas atitudes das pessoas... “o virar-se as costas”, “o não querer estar presente”. Até sabemos que a pessoa está a morrer mas é mais cómodo, se calhar para mim, eu lidar com os meus medos, virar-lhe as costas e pois quando chegar lá... ele já ter morrido.. Acho que a passagem... aquele parar completo de respirar em que assumo que o outro morreu acho que isso dá muito medo ou que nos dá muito medo... então uma forma de não estarmos presente é virarmos as costas... porque depois é mais fácil: -“olha ele já está”, “vamos fazer a múmia... já está feito”. Depois vamos para casa, não nos preocupamos muito com o que está feito... por comodismo, por medo, sei lá tantas coisas, que nós não nos preocupamos em falar sobre as nossas atitudes com aquele doente... o que eu acho muito importante.

INV. Achas que as pessoas acabam por pensar noutras coisas e não pensam naquilo que fizeram?

SUJ. Sim, sim... temos actos impensados. Por exemplo, uma pessoa que acabou de morrer, alguém que está por dentro começa a brincar, a gracejar com o corpo do cadáver... que nem é por mal... se calhar foi a única forma de tranquilizar aquele que

está com medo de... estar lá. Acabou aquele momento e não se reflecte porque é que eu agi desta forma e não daquela... o que é que me levou este comportamento mais adequado ou menos adequado nesta situação... aí faz falta as pessoas reflectirem e porem tudo o que vai lá dentro cá fora para ser trabalhado, porque a minha experiência não é igual à experiência do outro, nem a experiência do outro é igual à minha... tínhamos muito a beneficiar se nos sentássemos à mesa e pudessemos partilhar experiências... acho que isso é fundamental ... porque cada um tem a sua sensibilidade e a sua formação... Eu vou à escola dão-me uma formação académica e há pessoas que ficam pela formação académica e pouco mais e há outras que para além desta precisam de investir na formação humana, enquanto, pessoas e, isto seria o ideal

INV. Queres acrescentar mais alguma coisa

SUJ. (Muito silêncio). A única coisa que gostaria... de dizer é que quando vi o pedido no *placard* do serviço quase que bateu uma coisa cá dentro... pensei e disse: “felizmente há alguém que teve coragem de falar de um assunto que ainda é tabu para muita gente e eu gostaria de dar o meu contributo... é pouco... se calhar é insignificante, mas é com muito gosto que o faço e... a minha experiência não é a experiência do outro e desejar-te as maiores felicidades”.

INV. Obrigado.

## ENTREVISTA 6

INV. Como é que sabes que a pessoa em fim de vida de quem cuidas está a morrer?

SUJ. (Muito silêncio). Primeiro, a gente observa os sinais clínicos que nos indicam que a pessoa está a morrer... e depois sabemos geralmente a doença que a pessoa tem. Há doenças terminais, principalmente as neoplasias que mais dia menos dia a pessoa pode entrar na sua recta final... e o doente diz: “não quero morrer”, “vou morrer hoje”, “estou a morrer?”, “não quero ficar sozinho”... A pessoa exprime os seus medos. Uma coisa que me impressiona é que a pessoa sabe quando vai morrer... E, avaliamos os dados técnicos... os parâmetros cardíacos, as tensões.

INV. Que outros sinais te ajudam a verificar que a pessoa está a entrar numa fase terminal?

SUJ. Sem ser os sinais que falei... eu acho que há uma alteração da expressão facial, a pessoa fica totalmente diferente... é a cor da pele. O tocar nas mãos arrepiava-me... a viscosidade da pele, a pessoa altera-se muito... nós comentamos muito no serviço “este doente deve estar prestes a morrer”... “está com uma cara diferente”, pois, não é aquela cara do dia a dia, porque a gente vê os doentes todos os dias e não é aquela cara do dia a dia... a expressão é mesmo diferente... é muito difícil de explicar... torna-se muito diferente antes de morrer.

INV. Quais são os cuidados a prestar que consideras específicos à pessoa em fim de vida?

SUJ. (Muito silêncio). Eu aqui tenho duas vertentes... a vertente do doente terminal com uma doença terminal e tenho a vertente do doente que tem uma doença súbita no serviço... Um doente com neoplasia a gente pensa, não é que a gente não faça nada, mas tenta que ele tenha uma morte digna... aliviar dores... e deixá-lo falecer normalmente... “não há nada a fazer”... porque não se chegou ao ponto de curar determinadas doenças... E, depois temos os doentes que fazem uma paragem cardio-respiratória no serviço, por algum motivo, em que temos de actuar com os aspectos técnicos e administração de drogas.

INV. Quando falaste no doente terminal... em aliviar a dor... o que querias dizer, especificamente?

SUJ. Nos dias de hoje não há necessidade nenhuma dos doentes morrerem com dores... existem drogas, nomeadamente, a morfina que há no serviço... é um bocado tabu... mas não é nenhum tabu... é uma droga como outra qualquer que tem os seus efeitos

adversos, mas, aliviar a dor é o principal... e depois é a morte com dignidade... acho que não há necessidade de fazer técnicas invasivas (que) servem para prolongar a vida sem qualidade... E, na “hora da morte”, ter que entubar porque o doente tem que comer forçosamente e, às vezes, morre dentro de horas... fazer técnicas invasivas tira um pouco a dignidade à da pessoa morrer em calma, com paz.

**INV.** A tua postura como profissional, como é no prestar estes cuidados?

**SUJ.** A minha postura já mudou muito... começou com uma experiência má... Eu trabalhava na Medicina-Mulheres e tive a morte de uma pessoa muito jovem... era uma miúda de 16 anos que tinha uma neoplasia do ovário e eu entrava à meia-noite... Nesse dia fui mais cedo, calhou, morreu na passagem do turno... fez-me muita impressão, talvez pela idade que ela tinha e pela reacção que ela tinha... era uma pessoa extremamente paciente, parecia não ter a doença que tinha, passava os dias com a mãe e aquele momento que envolveu a morte dela, a mãe presente... foi muito mau... na altura não gostei. Depois, fui presenciando outras mortes... é mais fácil encarar a morte na velhice do que em pessoas jovens... porque a gente sabe que a coisa mais certa que tem ao nascer é morrer... que a gente pensa que a pessoa chega a uma certa idade, a pessoa viveu a sua vida... bem ou mal... mas viveu-a... fez um percurso de vida.

Se a pessoa chega aos 80 anos, pela lei da vida está mais ou menos na hora de partir, não é?... E consegue encarar a morte melhor... Quando é uma pessoa jovem, a gente fica a pensar: ... “eu já tive aquela idade ou vou tê-la em pouco tempo”... se calhar aquela pessoa tinha muita coisa para viver... tinha pessoas muito próximas que gostavam dela, etc. Entretanto, encaro a morte já muito naturalmente, mesmo no dia a dia morre um doente... a gente fala no serviço é natural... temos os nossos escapes.

Eu fui ultrapassando isso porque fui presenciando muitas, mas muitas mortes... o meu serviço morre muitos doentes... foram tantos... claro que há mortes que nos impressionam mais do que outras mas e, por serem muitas é que fui ultrapassando.

**INV.** Que importância foste atribuindo aos cuidados que prestavas... que atribuis aos cuidados que prestas a estas pessoas?

**SUJ.** (Muito silêncio) Tenho que pensar, nunca tinha pensado nisso reflectir... fazer introspecção... A gente na altura não pensa muito... (muito silêncio), por isso agora está a ser difícil dar uma resposta. A gente vai ajudar a morrer... a gente não pensa... mas agora pensando... nisso... a minha actuação é... (muito silêncio)... tenho diversas actuações... As mortes nunca são da mesma maneira... até porque depende dos dias... fico impressionado, depende de como me sinto emocionalmente... mais fragilizado...

custa-me a encarar a morte... os sentimentos nunca são iguais... O significado que dou... eu encaro muito bem a morte se for uma pessoa idosa... Mas na mais nova... temos mais “cuidado”, não é dizer que a gente deixe morrer as mais velhas e as mais novas não... é outro cuidado.

INV. Queres exemplificar?

SUJ. Por exemplo, uma pessoa que está perto de morrer a gente nota... monitoriza, vê tensões... se é uma pessoa mais nova... a gente actua mais cedo... não sei se é mais cedo... se calhar estamos mais atentos... a gente sabe que tem um doente em determinada sala a morrer, vamos observando os sinais, estamos atentos... é talvez... o que vai acontecer... é mais vigiado... vive-se esses momentos... o significado... em conjunto.

INV. Como te ajuda a partilha em grupo?

SUJ. Não são todos os casos que a gente partilha... há uma coisa que eu fujo de fazer é telefonar às famílias... arranjo maneiras de fugir... telefonar a meio da noite, as pessoas estão a dormir... Se é um doente idoso que morre, a gente pensa que se calhar é uma idosa que está em casa. A gente fala não é muito daquela morte é o que vai acontecer após aquela morte na família... para aquele doente até foi um alívio... estava a sofrer... é mais o comentário que a gente faz.

INV. Falaste da fuga da família... tem te acontecido fugir do doente que está a morrer ou não?

SUJ. Não... não sei se é por ter visto tantos a morrer que encaro bem.

INV. A que associas esta tua facilidade, houve alguma situação na tua vida que te ajudou a encarar assim a morte?

SUJ. Tive situações... todos nós temos, se calhar de pessoas significativas... e foi estranho porque eu encarei muito bem esse factor na altura... foi (um familiar muito próximo)... até hoje a minha mãe nunca percebeu como é que eu encarei tão bem... penso para mim se eu encarei tão bem a morte de uma pessoa tão querida as outras mortes se calhar não têm significado para mim... talvez é mais fácil. Por acaso encarei muito bem... acho que é a minha personalidade... não quer dizer que não sofra.

INV. Como é que é o teu sofrimento... como te ajudou a reorientar a tua vida profissional e pessoal?

SUJ. O meu sofrimento é esquisito... é sozinho, não digo nada a ninguém... a minha boca não se abre para dizer nada.

INV. Fazes... reflexão... o que é que fazes?

SUJ. Eu tento abstrair-me... o meu feitio é assim... a gente convive todo o dia com doentes... saio daqui e se falam em doentes eu não quero ouvir... passou, esqueci...

Quando se passa pelas coisas dá-se um significado diferente a elas... se calhar há coisas injustas e... essas são as mais difíceis. Eu não sei se consegui tirar orientações... mas vou contar uma coisa que é interessante. Uma senhora, (isto é), fui à Medicina Mulheres pedir material que precisava e entrei numa sala e estavam a puncionar uma doente e olhei para ela e disse: -“eu conheço esta senhora” e por acaso conhecia... fui confirmar o nome e coincidia. Mas olhei para ela e disse: -“ela vai morrer” e morreu à noite. Telefonei à minha mãe a dizer se ela sabia que ela estava doente e a minha mãe não sabia e eu disse-lhe: “olha mãe, acho que ela morreu hoje”. Depois minha mãe telefonou-me a dizer que eu era terrível... ela morreu mesmo. Eu não sei... eu consigo... é estranho... mesmo no meu serviço eu digo que quando aquele doente vai morrer geralmente ele morre. Consigo ver... não é que eu tenha visões... é estranho; eu consigo olhar para um doente... não sei como... eu olho e acho que ele vai morrer.

Em relação à senhora... eu conhecia-a e não era a expressão dela... vi que ela estava mal, pálida, cianosada... mas os sinais vitais estavam estáveis... mas estava diferente... até tive dificuldade em reconhecê-la na altura...

INV. Queres dizer mais alguma coisa? Em relação à dor... ?

SUJ. Os doentes na fase terminal estão totalmente dependentes de nós... nós temos que os alimentar, posicioná-los, proporcionar conforto... para além do conforto emocional... porque geralmente eles não gostam de morrer sozinhos no serviço há muitos (doentes) que morrem sozinhos... e a verdade é essa... são trinta doentes e três enfermeiros e não dá para chegar a todos... Há alguns que a gente vê que eles estão mesmo a morrer a gente permanece ao lado deles... quando temos mais disponibilidade... geralmente nas noites a gente permanece ao lado deles... Se a gente vê quando ele está a ficar com frequências baixas a gente fica ao pé dele ou permite que a família fique lá... é outra coisa que a gente comenta. É bom para o doente que a família fique lá mas depois cria-se um caos no serviço... Os doentes que estão ao lado que estão em circunstâncias parecidas e vêem aquilo.

Tive um caso interessante há dias. Na Sala 1 tínhamos dois doentes em fase terminal, para morrer. O único que não estava era o da primeira cama... a gente dizia que era o que estava melhor. Perto da hora da visita fez uma convulsão, ao que estava melhorzinho, fomos para junto dele, veio o médico, administramos as drogas... Entretanto o da cama ao lado que estava em fase terminal que ainda comunicava, aliás

estavam todos conscientes começou a chamar pela gente e a dizer que queria morrer primeiro e não me deixem morrer: “quero morrer primeiro... foi uma situação!”... Não deixamos de cuidar do outro mas ficamos constrangidos porque é uma situação... O que é certo é que o da primeira cama está lá e os outros já morreram. Aí... uma pessoa... o que me custa mais não é a morte, é ouvir os doentes falarem da morte... é difícil, a gente não diz o que se passa com ele... (a gente) pensa:- “o que é que eles sabem?”, “o que é que eles pensam?”, “o que é que eles sentem?” Fala-se muito das agonias da morte, as melhoras da morte... mas tudo isto o que é? A gente não sabe, nunca passou.

INV. Como é que vocês reagiram.. como ficaram constrangidos?

SUJ. Na altura não demos... não foi valor... mas estávamos preocupados e disse-lhe: - “oh! senhor José... a gente vai “acabar” com este senhor... ele vai ficar bom... mas continuamos a tratar e ele ficou a olhar... tinha uma cortina e como tinha falta de ar não queria a cortina... a gente deixava a cortina aberta... e o outro via tudo. Realmente este doente ficou um pouco desamparado, não era não querer mas estávamos aflitos com o outro e depois (ele) não comentou mais nada. Ele podia ter-se virado... mas nunca se virou... depois o outro senhor ficou melhor e ele chamou uma colega minha e perguntou se o outro estava melhor e não fez mais comentários. Morreu nessa noite e o outro da cama ao lado morreu na tarde.

INV. Falaste no percurso de morrer, custa-te porquê?

SUJ. A gente não sabe o que é que há de fazer... eles dizem: -“eu estou agoniado” a gente põe oxigénio mas a gente tem a sensação que não é isso que ele quer, a agonia que ele tem não é falta de ar, não é dor é uma coisa que ele não consegue explicar... ou que a gente não consegue compreender, porque nunca passámos. Eu penso que... é terrível porque a gente não sabe o que se pode fazer... geralmente o doente agoniza muito nas noites, não sei porquê... e dizem: -“estou agoniado, o senhor enfermeiro faça qualquer coisa”. A gente telefona ao médico, dá drogas que não eficazes... e o doente continua agoniado... já não há mais nada para fazer ao doente... é assim... e não temos nada para fazer... não sei onde vai buscar forças!

INV. Foi uma situação que tens vindo a constatar?

SUJ. Quando entrei para ali eu não sabia nada... a gente estuda mas a gente não sabe nada... no dia que comecei a trabalhar eu tinha a sensação que não sabia nada... Em termos de contacto com a pessoa a gente no estágio tinha contacto com uma pessoa, duas... ali com trinta doentes a gente acaba por conhecê-los... quanto mais tempo se trabalha mais se consegue conhecer... a personalidade deles. Há aqueles doentes que não

se queixam, estão a morrer de dores e não se queixam e com mais prática a gente consegue olhar para eles e ver aquele doente não está bem... é muito tímido... se calhar é melhor falar com ele... depois ele abre-se.

INV. Como identificas, então, a dor?

SUJ. Há o doente que consegue expressar-se mas não quer se expressar é mais fácil ... conseguimos uma relação de confiança... perdemos tempo ali... não é em cinco minutos que se abre... o tempo às vezes falta... estes doentes expressam-se através da família, têm mais confiança... A família diz-nos e vamos ter com ele e ele diz qualquer coisa , porque se não tiver a família diz que não disse nada. A gente fica em confronto: Será que foi a esposa que o viu mais abatido e pensou que ele estava com dores. Os doentes que não se expressam são muito difíceis de avaliar... geralmente a gente vê que ele tem dor, através do mobilizar a gente vê que ele se queixa... ou quando o médico faz o diagnóstico e vê que ele tem determinada patologia e que poderá ter dores e prescreve a terapêutica.

INV. Ao longo do tempo estas situações foram-te reorientado?

SUJ. Eu não sei se ficamos mais sensíveis ou menos sensíveis... somos humanos a gente cria barreiras para se defender. Uma coisa que penso mais desde que comecei a trabalhar foi na morte... porque eu também vou morrer... eu não tinha medo, mas, hoje em dia fico com o pé atrás... como é que eu vou morrer? Eu gostava de morrer de repente... Penso mais na morte... impressiona-me muito ficar numa cama sem me poder mexer, e precisar de qualquer coisa e não conseguir comunicar... faz-me uma impressão terrível... como vai ser a minha (morte)?. Imagina que tenho comichão num ombro e não consigo mexer a mão, como é que me vou expressar para dizer? Nessa parte eu fiquei mais sensível, “egoísta” pois pode acontecer comigo. Quando estou com os doentes, pergunto às vezes se eles têm comichão, como é que nos vão dizer?... ele não pode! Em termos da morte acho que estou mais insensível, criei barreiras... no momento da morte não sinto... morreu... a gente faz as técnicas todas, vai para a casa mortuária e pronto... foi mais uma pessoa que morreu no serviço. É esquisito...

INV. Fostes criando as barreiras sozinha?

SUJ. Cada um tem as suas... fala-se muito em respeito ao doente depois de morto... Às vezes há comentários dos colegas... digo para eles não fazerem comentários...mas se calhar é a barreira deles... a minha é ficar calada.

INV. Queres dizer algo mais da tua experiência?

SUJ. A minha experiência está em construção.

## ENTREVISTA 7

INV. Como é que sabes que a pessoa em fim de vida de quem cuidas está a morrer?

SUJ. Para mim há dois tipos de pessoas que estão a morrer... Há aquelas que chegam cujos valores laboratoriais e cujo estado clínico é muito mau e, apesar das técnicas e manobras... é difícil... e nós sabemos que a pessoa é uma candidata a morrer. Depois há o outro tipo de doentes que têm uma neoplasia... ou porque já estão num estado muito avançado, independentemente, de ser novo ou velho, nós sabemos que vai morrer... Os médicos também já disseram que não vale a pena fazer manobras... é o caso do cancro... não vale a pena fazer nada... são mais os cuidados paliativos que temos de fazer, em que se mantém, pelo menos, a pessoa sem dor.

INV. Falaste em valores laboratoriais... são sinais que te ajudam a ver que a pessoa vai morrer?

SUJ. É o tipo de pessoa que eu não conheço e que chega ao serviço; pode ser novo ou velho... não tem o aspecto daquele doente que já sofreu bastante ou que está mesmo com ar de quem vai morrer... não tem o ar de quem vai morrer... e é o tipo de doente que a gente investe... tudo.

INV. Estás a referir-te a que tipo de sinais, da tua experiência?

SUJ. Aquele olhar... estado agónico... Há dias morreu-me uma doente no serviço que ia ser entubada... o médico ia por o ventilador, estava tudo pronto... eu estava a olhar para a senhora, não era uma senhora com mau aspecto, era uma senhora de muito bom aspecto com 76 anos, aquele “aspectozinho” muito cuidado, a falar connosco e muito lúcida... Eu olhei para ela... e ela com aquele olhar que não olha nem deixa de olhar... está a olhar para o vazio, a ficar muito branquinha e foi deixando de falar connosco... Depois há o pedido de socorro com os olhos... não sei explicar melhor... pensei para mim: -“esta senhora vai morrer” e, realmente, morreu. Quando o médico chegou para ventilá-la... ele olhou para ela (mas), ela já estava a ficar toda “negra”. Naquela fase, em que entuba e não entuba pensei que ela ia morrer... Naquelas doentes velhinhas, aquelas com cancro, é o olhar delas para mim. Primeiro... uma das dificuldades que eu tinha em relação às velhinhas que iam morrer era de as olhar nos olhos - evitava-as e, depois alguém me perguntou porquê. E eu não sei porquê... custa-me muito vê-las... não gosto de olhar para elas... eu acho que as pessoas pedem socorro ou pedem ajuda... não sei... se calhar só querem que a gente fique ali um bocadinho... e eu tinha medo... e quando a pessoa estava a morrer... quase que nem lhe tocava (muito silêncio). Tive uma doente

com 29 anos que morreu no serviço, há bastante tempo, e cujo olhar... a gente sabia que ela ia morrer, toda a gente sabia... a mãe estava sempre ao pé dela... ela (doente) sabia que ia morrer... tinha um cancro na mama... teve uma gravidez e morreu depois. Fazia morfina, fumava... acendíamos um cigarro, ela dava só uma “passinha”... fazia muita impressão olhar para ela... aquele olhar... é isso o que mais eu noto ou pegam-nos na mão e apertam-nas mais ou olham-nos mais e não dizem nada.

INV. São estas mensagens?

SUJ. Sim, o tocar-lhe e o (nosso) o olhar... às vezes ficam com a pele fria, com as mãozinhas todas brancas, as pernas... a respiração começa a ser mais espaçada.

INV. E aquelas que se conseguem expressar?

SUJ. Algumas doentes dizem: -“não sei o que tenho hoje”, “não me sinto bem”, “não sei o que tenho”... algumas já morreram assim... nem estão bem nem deixam de estar... e a gente não sabe o que lhes há-de fazer e acabam por morrer... quase sem diagnóstico... Começam a dizer que estão a sentir-se mal, a sentir-se mal, começam com falta de ar, a tensão a descer, é muito súbito... é um bocado estranho... não gosto quando elas começam a dizer que estão a sentir-se mal... “estou com qualquer coisa, não sei o que é” (dizem).

INV. Quais são os cuidados que consideras específicos destas pessoa?

SUJ. (Muito silêncio)... específicos... para além de fazer tudo o que se pode fazer por uma doente... é mais... é assim... Temos uma doente no serviço (neste momento) que vai morrer... a família já sabe... é uma doente com uma neoplasia, com metáteses pulmonares e muito lúcida... só tem falta de ar, não tem dor... e a única coisa que lhe fazemos são umas gotinhas de salbutamol e a hidroxizina... A filha fica muito tempo ao pé dela e ela fica muito contente quando lhe perguntamos: -“está melhor ou não está”?... Não sei explicar (risos), depende das doentes e, também, da nossa sensibilidade para as pessoas e talvez da relação que a gente consegue estabelecer com elas... porque esta senhora basta uma pessoa chegar ao pé dela para ver se está melhor, ela toca-nos nas mãos, olha com os olhos, agradece com os olhos e não é preciso dizer nada. Mais, específicos... a dor, pelo menos que esteja sem dor, não quer dizer que estejam conscientes... é difícil conciliar uma doente que vai morrer com a família ao pé de nós... Há famílias que entendem que elas vão morrer, há aquelas que não entendem e perguntam: -“E o que se faz agora, porque não se faz isto?”... O que faz com que os doentes também fiquem ansiosos... não sei mais o que hei-de dizer.

INV. Falaste da dor, da tua experiência como consegues ajudar a pessoa a morrer sem dor, quando se expressa verbalmente e quando não se expressa?

SUJ. Às vezes elas não dizem que têm dor mas gemem ou começam a transpirar e, a gente vê que elas não têm tensões baixas, nem estão com hipertermia, nem estão com sinais, às vezes, ficam só transpiradas... Com o mudar de posição a gente percebe que elas têm dores, damos a medicação em SOS, acalmam... a respiração ruidosa acalma... Depois da tolerância à dor... umas fazem algifene, petidinas, morfina... de repente não fazem morfina... não deixo que passem dores... se bem que são raras as que têm perfusões na medicina... Se elas estão lúcidas e se têm bastantes dores... há as que têm dores, pontualmente, que ficam: “ai, ai que dores” e vamos conhecendo a doente com estes sinais que nos vai enviando...

INV. Para além da medicação o que achas que podemos fazer mais para aliviar a dor?

SUJ. Às vezes quase nada... Na última noite que fiz tive uma doente que no início do turno disse que tinha muitas dores e eu: “dores, aonde”? “No corpo todo”, responde-me ela... A gente posicionou-a... e depois... puxa-se a roupa para cima e disse que ia buscar a medicação... “Ai, não me apague a luz”, “não me apague a luz”... Sentei-me um bocadinho ao pé dela e depois passado um bocadinho... ia buscar o algifene que está no cofre... mas... tinha-me esquecido da medicação (para ela) e as colegas da meia-noite já tinham chegado... Ia interromper para lhe ir dar, mas antes de ir dar fui à sala e ela já estava a dormir... basta só um bocadinho... eles não querem mais nada... não quer dizer que passe a dor... mas não sei explicar!

INV. Na parte relacional, achas que há alguma especificidade no cuidar no fim de vida. O que diz a tua experiência?

SUJ. Eu acho que é assim... No início eu tinha muita dificuldade em relacionar-me com as pessoas que estavam a morrer... não conseguia falar... não havia relação... sentia-me impotente... tinha medo... não ia para o pé delas... e, depois a gente começa a aperceber-se e a aceitar que as pessoas têm que morrer... não sei... o medo... metia-me impressão porque é que as pessoas tinham que morrer... mas agora sou capaz de me chegar para o pé das pessoas, coisa que no início não fazia (risos e muito silêncio).

Eu acho... que depende... tenho colegas... depende da relação que a gente estabelece com aquela doente, do carinho e da afectividade que tenho com a doente. Se é uma doente que eu chego à meia-noite e vejo que não a conheço, se calhar não me aproximo dela ... se é conhecida é diferente...

Mas há também doentes que chegam que não têm culpa da gente não as conhecer e podem morrer na mesma e... depois a gente vai-se lembrando destas coisas... Se eu estabeleço uma boa relação com alguém que lá está e a outra que vem a seguir não tem culpa de eu não a conhecer nem ela (doente) tem culpa de estar num meio estranho... Muitas vezes está ali para morrer... saem da família... ficam confusas, desorientadas e penso depende da relação... e nós não temos muita preparação... pelos menos nos cursos. Primeiro em casa porque ninguém nos ensina a lidar com as mortes, nem com o avô que vai morrer, temos uma certa dificuldade e, depois nos cursos não ensinaram... Vamos lidar com a mulher que teve o bebé, com o senhor que foi operado, com a velhinha que teve a trombose e depois com a morte... a gente aprende é com a experiência... e depois há experiências que a gente relaciona com as mortes que nos aconteceram, com a família... o que aconteceu no serviço. É tirar um bocadinho da cada experiência, de cada morte que aconteceu, de cada caso... há colegas que têm facilidade em falar da morte, há colegas que não falam. Quando uma doente vai morrer, vamos lá ver... ou estamos um bocadinho lá... há colegas que: -“Ah! Ficas tu com essa sala que eu não quero ficar”... porque não consegue estabelecer uma relação... não sei!

INV. Há pouco falaste da nossa família, achas que a nossa história de vida, como seja a morte de familiares, influencia a nossa vida?

SUJ. Em relação à família eu lembro-me sempre de quando morreu um tio... uma morte estúpida... um senhor sem doença nenhuma que morreu a andar de bicicleta. Num domingo, quando estava a fazer desporto... e eu lembro-me o que é que eu sofri... eu estava aqui nos Açores, não fui ao funeral dele e sei o que a minha família sofreu... foi um choque, uma morte rápida. Às vezes, vêm-se pessoas da família, doentes novas com AVC Hemorrágicos, as pessoa entram ali em *stress*... É como se a nossa experiência nos desse mais capacidade para avaliar o que os outros estão a sentir... é o mesmo com as doentes... só tive uma vez num serviço de observação... sou incapaz de pensar que posso ir parar a uma enfermaria onde não conheço ninguém, onde não tenho familiares, e um (pede) para esticar o braço e põe aqui e mais não sei o quê... eu acho que depende das pessoas.

INV. Achas que nos dá suporte quando vivenciamos a morte de alguém querido para percebemos de uma forma diferente e... lidarmos com as pessoa que cuidamos?

SUJ. Acho que só se for uma morte muito traumatizante ou que nunca tenhamos falado dela, porque desde que eu comecei a falar mais sobre a morte e que li... O estágio que eu fiz no C. C. com doentes em fase terminal, com Sida, todos com cargas virais

incompatíveis com a vida ... falavam da morte e com o primeiro doente eu não consegui falar... não consegui estabelecer uma relação com ele e com o último consegui... ficava horrível e quando saía dali eu pensava que isso não era normal. Bem... também deveríamos pensar mais na morte... Ora, o senhor falava com toda a naturalidade da morte, da vida que tinha tido e da morte que ia ter... e o facto de não querer dizer à família. E à medida que o doente vai avançado... vamos achando que as coisas são muito mais normais... se calhar dá mais suporte... e aquela de chorar quando alguém morria ou quando via familiares... apetecia-me chorar mas contraía-me toda para não chorar... às vezes chorava depois. Agora, se me cair uma lágrima não me chateio tanto, porque a lágrima limpa-se e não tenho tanta vergonha e estou mais à vontade para estabelecer uma relação; ganhei confiança.

INV. Como fostes ultrapassando estas situações... o medo... a fuga?

SUJ. É porque me ia questionando essa de olhar para os olhos dos doentes... nem sequer me apercebi... assustava-me... foi alguém que me questionou... e fui levada a aperceber-me porque é que eu não olhava directamente para os doentes e acho que foi olhar para trás sempre e depois tirar um bocadinho de (cada) experiência para a outra, da outra para a outra e também ouvindo os meus colegas... o pouco que lia... tenho um suporte. Se calhar se vir uma doente a morrer vou ao pé dela, estou um bocadinho com ela, dou-lhe a mão... não sinto o horror... se está a morrer... (Dantes) quase que nem lhe tocava... no início eu lembro-me... tinha medo de ir às salas de noite... agora não tenho medo de ir às salas de noite... não tenho medo dos espíritos... tinha alguém muito mal não saía do pé dela, mas se calhar não estava ali ao pé... estava presente... mas não tinha aquela presença relacional... estava ali por está... agora tenho mais consciência das coisas.

INV. Achas que estas situações... o olhar para trás foram reorientando a tua vida profissional?

SUJ. Também... mas acho que não é só olhar para trás mas também com consciência... às vezes a gente fazia isto mas agora faço isto... mas tem que se ter consciência porque é que se faz e, também, tenho a consciência que vi muitas vezes doentes a morrer e que sabia que não fazia nada e hoje lembro-me que podia lá ter estado, mas, na altura não tive capacidade para perceber que se calhar teria sido bom ter estado ali... Agora não me posso culpar sobre isso... fui levado a aperceber-me... a rever o que fiz.

INV. E na tua vida pessoal como teve/achas que teve influência?

SUJ. (Muito silêncio) Não sei... eu vi morrer a minha avó... vi não... ela morreu quando eu era pequenina, o facto de lidar com estas situações... (muito silêncio). Lembro-me

que quando o meu tio morreu, quando cheguei lá fora, uns 6 meses depois... e ter ido a casa da minha única tia... achei tão estranho, tão estranho ter chegado a casa e ele não estar... faltava ali uma pessoa... era o meu tio que morreu e não estar a falar com ele era estranho... Depois de falar com a minha tia e lembrar-me do que já tinha passado e aprendido... tentei dar-lhe alguma coisa do meu suporte... o que ela sentia era diferente do que eu sentia... era o pai da filha... mas a dor... estava ali... eu tentei ajudá-la, pelo menos ouvia... ela tinha muita necessidade de falar e fui aprendendo o luto dela... No início ela sempre que falava chorava, hoje em dia passou 3 anos... ela já fala e eu apanhei aquele processo de luto que nunca tinha percebido. Não sei se mudei como pessoa, se estou preparada ou não mas se calhar sou capaz de entender melhor as coisas. Mas aprende-se sempre alguma coisa que se leva para o outro dia.

INV. Qual é o significado que tu dás aos cuidados que prestas à pessoa em fim de vida?

SUJ. Eu penso que é assim... depende do senhor ou senhora... da relação que tiver connosco... há doentes que eu não consigo ter aquela relação, sinto que se estiver a minha colega do lado... é melhor. Cheguei de fora... senti dificuldade, novamente, naquela relação doente-enfermeiro... é uma pessoa que está na minha frente e eu também sou... senti dificuldades... perdi-me

INV. Tiveste dificuldade em lidar com a pessoa no sentido de aproximação ou...

SUJ. Sim no sentido de aproximação... fiz estágio no C. C., com um serviço específico, doentes específicos... chego aqui, já tinha sido o meu local de trabalho que eu conhecia e dominava tudo. Mas de repente, chego aqui, tenho colegas novos, doentes novos, algumas coisas novas e eu já não consigo dar aquilo que eu pensava que dava... pensava que era tudo fácil e tive um bocado de dificuldade outra vez... ia-me lembrando das coisas aos poucos.

INV. Falaste nos estágios com doentes em fim de vida, que contributos de deram para agora aqui no teu serviço?

SUJ. (Muito silêncio)... Essencialmente aprendi as fases da morte... aquelas fases em que eles estão revoltados e nos tratam mal e que a gente interpretava como má educação ou maus ou isto ou aquilo... no fundo é uma revolta que eles estão a ter... depois há uma fase apática... que não interessa mesmo nada! No estágio tive doentes... que eram assim... no mesmo dia passam por várias fases... e tive oportunidade com os meus colegas e a gente falava disso. O último doente que eu apanhei estava raivoso de manhã que não queria tomar a medicação, não queria tomar banho... não queria nada e... passada uma hora ele estava ótimo: -“Oh, senhor enfermeiro... há bocado eu estava...

às vezes sinto esta coisa”... Quando a gente estuda a gente pensa... agora é esta fase, depois a outra e depois a outra ... elas podem acontecer ao mesmo tempo. Se calhar ajudou-me um bocado nos doentes que estão revoltados, deu-me mais capacidade... digo aos meus colegas: -“tenta compreender...”. Tento compreender, deu-me mais capacidade para perceber a outra pessoa... a pessoa que está à nossa frente, tentar perceber porque está a reagir daquela forma... Quando perguntamos se está melhor e ela começa a chorar convulsivamente... ficamos um bocadinho à espera de “não sei o quê”.

INV. A forma como lidas com estes doentes foi-te ajudando a percebê-los. Mas como?

SUJ. É assim... aquilo que li e aprendi nos livrinhos... é tudo muito certinho... mas quando a gente olha... não sei... (muito silêncio)... sei lá... há doentes que querem chocolates, doentes comem aquilo que lhes apetece... doentes que estão a vomitar ou estão com diarreia... ou que vomitam a seguir, mas, a gente deixa comer tudo... não é só comida, às vezes é uma *sprite*, uma água com gás refresca, pedem outras coisas... Tivemos uma doente há pouco tempo que dizia que lhe apetecia isto, apetecia-me aquilo e depois acabou por não morrer e foi para casa. Às vezes a força de vontade deles é tipo agarrar à vida e não morrem e às vezes a gente desconfia... Tenho um doente, que tem uma carga viral... a carga viral... para os médicos ele estava morto, as defesas baixas, não come quase nada, vomita e tem um estado anímico que é uma coisa impressionante. Desde há três anos para cá os médicos dizem que ele não devia estar ali... mas não morre. Pois, diz-se que eles se agarram a valores, a coisas... esperança que eles têm... O doente dizia: -“tenho que ver a minha filha a ir para a escola” e, neste caso, ele tem uma filha que é doente e ele sabe que a filha é doente, agarra-se muito... tem dias que está muito triste e depois tem outros que tem um estado anímico que a gente pergunta-se onde é que ele vai buscar forças. Aqui no serviço temos uma doente com um cancro da bexiga, tudo o que come vomita, tem diarreias, come, vomita, come, vomita... sopas do Espírito Santo com muita gordura... e a gente: -“oh senhora vai vomitar”, mas ela: -“ai é tão bom!” e a seguir vomita mesmo mas sabe-lhe tão bem o que come e a senhora (ainda) não morreu... diz que quer ir para casa, que não quer morrer no hospital.

INV. Como achas que a gente lida com estas situações em que eles continuam agarrados à vida?

SUJ. São desconcertantes... Às vezes vai morrer e depois não morre, depois a gente deixa comer tudo...depois não sabe muito bem como é que há-de proceder com estas situações, torna-se por vezes complicado. Esta senhora deixámos que comesse de tudo,

os desejos... será que é bom, será que não? Vamos gerindo consoante as doentes, o médico, às vezes com a família... e fazemos muito a vontade da doente. Lembro-me de uma doente que tinha sido evacuada de uma ilha com petéquias... tinha uma filha com 18 anos... a senhora começou com queda da língua e chamamos o médico da urgência para descargo de consciência... o que se faz, não se faz... Pusemos o tubo de Mayo com uma grande dificuldade... foi o dr. D. E a senhora demorou 10 ou 15 minutos a morrer... eu estava ali... e a filha ao pé a dizer: -“mãe, mãe... ”. Chorei eu, a minha colega, as auxiliares e o médico referiu: “nunca vi uma coisa assim”. Depois fui falar com a filha: -“o que é que eu faço a seguir?” dizia ela (filha)... é horrível!. Acho que cada morte que se passa ali é diferente, pois, a nossa maneira de sentir é diferente... se for uma velhinha que já viveu a sua vida... custa-me ver morrer as mais novas ou então se for novo com um cancro. Posso lembrar-me de mais coisas, mas agora não me lembro.

INV. Obrigado.

## ENTREVISTA 8

INV. Como é que sabes que a pessoa em fim de vida de quem cuidas está a morrer?

SUJ. (Muito silêncio). Eu acho que são os sinais objectivos que a gente vê... a descida das tensões arteriais, a palidez, e depois é a prática ou o hábito... sobretudo a face... não engana. Há o estar a morrer a curto prazo e a longo prazo... na prática a gente encontra estes dois tipos de doente... Aquele doente que a gente sabe que vai morrer dentro de 24 horas, duas horas e o momento da morte em si.... Já mudei um pouco a perspectiva da morte... há aquele doente... que em termos de cuidados paliativos a gente pode falar da pessoa que está a morrer, porque à partida sabe que ele não vai viver muito tempo... os doentes oncológicos... Às vezes ele pode estar a morrer e podemos fazer com que ele viva mais tempo, dias... depende se o doente é para morrer ou não... a gente apercebe-se. Depois há uma aceitação do doente em relação à sua morte... não é desistir, deixou de lutar e depois é uma questão de horas. Um doente que não quer morrer é diferente, um doente oncológico já viveu o seu processo, vê o seu processo, sabe o que tem e uma pessoa de um acidente não quer... Os doentes inconscientes... a minha avaliação é diferente. Um doente consciente que caminha para a sua morte... há dados objectivos e subjectivos, até do relacionamento que a gente tem com o doente... as alterações de comportamento que ele tem. Agora vejo, que não sinto o horror quando a pessoa está a morrer... porque precisa de alguém como no início da vida.

INV. Que alterações de comportamento te levam a dizer que ele está a morrer?

SUJ. (Muito silêncio) Dizem: -“estou para pouco”, a prostração... no sentido da linguagem corporal... o baixar os braços, a cabeça cai para trás, fecha os olhos, o querer ver a família, associado a um conjunto de dados objectivos... não engana... a respiração fica mais calma...

INV. Quais são os cuidados que consideras específicos no cuidar estas pessoas?

SUJ. Específicos... sobretudo o silêncio... Às vezes nos serviços torna-se muito difícil esta área... é uma das coisas que me frustra mais neste tipo de cuidados ao doente é, às vezes, não poder estar com ele... porque há pessoas que não gostam muito de companhia, nem precisam de uma mãozinha... (outras)... mas precisam de companhia... precisam de alguém que esteja ao lado delas... é o conforto, a dor, a posição em que está, o aspirar secreções, saber que estamos ali para ela é extremamente importante... O silêncio, a família... não quer dizer que sejam exclusivos destes doentes, mas, é o que assume mais importância na minha atitude perante estes doentes. É extremamente difícil

quando temos um doente a morrer e temos outras pessoas a precisar de nós e temos que dar prioridade aos outros... é muito triste e... não haver uma preparação da família.

INV. Tens alguma experiência que queiras partilhar?

SUJ. Eu lembro-me de quase todas... lembro-me de uma situação... não me lembro do doente... mas lembro-me do grande mal estar que senti quando a gente no início do turno da tarde começou as rotinas, as nossas queridas rotinas. E apercebemo-nos de que havia um doente a morrer... Tínhamos muito que fazer... e quando fomos lá (enfermaria) ele já tinha morrido... Depois... os cortinados fechados para os outros doentes não verem e... eu lembro-me que fiquei a pensar nisto e foi desde aí que me apercebi que é triste morrer sozinho, morrer sem significado... porque a morte tem muito significado... (mas) no hospital ela deixa de ter, a gente convive com ela e depois puxa-se os cortinados e continua-se a nossa vida... e deixa-se morrer.

INV. Qual é a importância ou significado que atribuis aos cuidados destas pessoas?

SUJ. Eu acredito (muito silêncio) que a gente pensa da morte o que pensa da vida. Cuidar de uma pessoa quando ela está a morrer, a nossa forma de cuidar dela reflecte-se na nossa atitude perante a vida... a morte é isso... é o culminar de uma vida... Um dos aspectos que acho que a gente, às vezes, deixa para trás... esquece-se que está uma pessoa única... nunca mais vai haver uma como ela... (que) tem uma história... nós não a conhecemos relacionalmente, afectivamente, mas tem uma família que chora por ela e há pessoas que vão sentir a falta dela e isso foi a vida dela e ela merece uma morte digna... Por isso, eu acho que a gente cuida da morte como cuida da vida quando a gente pensa que é uma pessoa que está ali, única com uma história única para contar, com muito valor... a gente valoriza, decerto.

INV. Isto foi sempre assim ou foste aprendendo?

SUJ. Eu acho que a gente vai-se preocupando com isto... acabei o curso preocupada com outras coisas... inicialmente estamos interessados em integrarmo-nos no serviço e grupo... a individualização do cuidar vem mais tarde. Quando o doente está a morrer não me encontrava de corpo e alma... estava interessada em ver os outros para aprender.

Eu acho que é a sensibilidade e o querer aprender, o procurar colocar-me no lugar destas pessoas, o conviver com estas situações. Também podemos conviver e divergir a nossa maneira de pensar conforme aquilo que eu sou ... mas eu fui aprendendo... No início a morte assustava-me, não a morte em si... o desconhecido (muito silêncio), mas afinal... o que é a morte? Mas o doente a morrer incomodava-me muito e agora não tanto, e fugia.

INV. Como fostes ultrapassando?

SUJ. Eu acho que foi sobretudo a ver-me... a ver nos outros eu própria, a ver estas situações e aperceber-me do significado do que pode ser muito melhor... a morte de uma pessoa... fui tentando fazer alguma coisa acerca disso... A gente está sempre a aprender com eles e muitas vezes não se sabe o que fazer... ver doentes a morrer sozinhos, a família a assistir a morte deles... a gente reflecte o que é que é melhor para eles...

INV. Fostes reflectindo individualmente? O que te ajudou, como fostes ficando desperta?

SUJ. Acho que nada de especial, acho eu... não foi nenhuma luz que me iluminou não, não foi... foi conversar com os colegas... o confronto com as situações e analisá-las, a não ter muita pressa na prestação de cuidados e depois ver a família... há uma grande diferença entre o doente que morre e a gente. Mando-o para a casa mortuária e a gente nunca mais vê ninguém...É bastante diferente de ver como é que a família reage à morte do doente... O que mais me ajudou a compreender a importância daquela pessoa para a família foi vê-la chorar aquela (morte)... as pessoas a chorarem a morte daquelas pessoas... é emocionante... a forma como as esposas... é impossível a gente não se identificar com as situações... é uma das áreas que mais me ajudou a reflectir.

INV. Na tua postura, na história de vida houve mortes que te ajudaram ou não em lidar com estas situações?

SUJ. Não... os meus avós morreram antes de eu nascer... os meus familiares mais velhos estão vivos... Tive um primo, o familiar mais próximo de mim que faleceu mas acho que não foram essas situações... foi o pensar que se fosse eu ou os meus... não é preciso a gente chegar a passar por isso para dar o valor ... pensar como é que gostaria ... não é fazer aos outros aquilo que gostaria que me fizessem, porque isso nem sempre é o ideal mas tentar fazer o melhor no contexto daquela pessoa... não é preciso ter experiências familiares... nem de pessoas significativas... não (tive)... (muito silêncio).

O tornar-me naquilo que ela deseja, pode ser o religioso, o amigo, o cônjuge ou o... enfermeiro. Acho que o melhor para a pessoa em fim de vida é ajudá-la a ter o que ela quer e ter a sabedoria de dar-lhe o que ela necessita... ensino-lhe a viver a sua morte. Valorizá-la como um todo. Estou ali para ela!

INV. Houve situações na tua vida profissional que foste ultrapassando, como é que essas situações te ajudaram a reorientar a tua prática quer como pessoa quer como profissional?

SUJ. (Muito silêncio). A valorização da pessoa, o meu pensamento de que a gente cuida da morte como cuida da vida, o respeito pela pessoa não acaba com a sua morte... a gente quando cuida da pessoa e interessa-se por ela, o cuidar dela na sua morte é um acréscimo ao cuidar dela como um todo... Se gosta das pantufas azuis mais do que das vermelhas ou se ela gosta do pijama abotoado ou desabotoado ou se faz a barba todos os dias, quer dizer são pormenores “tolos” que realmente às vezes se ignoram... Há mais coisas importantes para se fazer... no contexto de uma pessoa doente hospitalizada e em fim de vida são coisas que podem melhorar o conforto... mudá-lo de hora em hora ou de três em três horas, gostar de ter os lábios molhados... esperar que consiga virar-se na cama sozinho, dar tempo para que abotoe o botão ou pegue o talher, são pormenores que falam mais alto do que muitas palavras e ajudam-no a sentir-se bem... e... é valorizar o doente como um todo, como pessoa.

INV. Como é que fostes ficando desperto para estes “pormenores”?

SUJ. Eu ainda falho imenso... (risos). Às vezes eu falo sobre isto e a gente apercebe-se do que ainda tem para melhorar... eu gosto de levantar troféus porque ainda é muito cedo... mas porque é que me apercebo disto?

Amanhã pode ser o meu pai ou eu estar doente... Um pormenor importante, às vezes, ouve-se conversas entre enfermeiros... e nós próprios... aquele doente está a refilar tanto, porque tem uma coisa assim, uma coisa tola... mas se temos uma dor no pescoço ou uma dor no dedo mínimo passamos o dia a queixarmo-nos daquilo e, por isso, se a pessoa tem dor, aquela dor é importante para ela... acho que é importante.

INV. Da tua prática, como é que consegues ajudar o doente em fase terminal a morrer sem dor?

SUJ. Isso é uma área muito problemática, não no sentido de originar o problema mas eu não posso resolver sozinha a dor... é preciso um analgésico prescrito... Se não tiver prescrito... posicionar o doente, proporcionar conforto... dizer ao senhor: -“estamos a tentar resolver a sua dor” ou “o médico vem aí”... proporcionar segurança... Eu penso sobretudo que é preciso (mostrar) que queremos resolver o problema dele e que estamos a fazer alguma coisa nesse sentido. Um contributo muito importante do enfermeiro é saber... os factores desencadeantes da dor.

INV. Voltando um pouquinho atrás, o cuidar estas pessoas influenciou-te como pessoa?

SUJ. Pois... ajudou-me a valorizar as pessoas à minha volta, a dar... não é uma visão pessimista da vida... mas às vezes é parecido... Muitas vezes estou com os meus familiares, em qualquer sítio... pode ser numa festa ou até no dia a dia e tenho

consciência, falando nos familiares mais velhos que a gente não vive para sempre e aproveitar ao máximo os momentos. Valorizar na vida o que é de valorizar que são as pessoas e os objectivos. Sobretudo os materiais, passam-me muito ao lado... eu também nunca fui muito ambiciosa... A valorização das pessoas de quem eu gosto, de quem eu amo... ver na televisão o sofrimento das pessoas compreende-se melhor os pais sem filhos, crianças a morrer e ajuda-nos a valorizar a nossa própria vida...

INV. Queres dizer mais alguma coisa da tua experiência?

SUJ. Quando a gente sai do curso de enfermagem somos muito ingénuos, quando saía era uma criancinha... fazia esforços para fazer o melhor que se podia, mas a compreensão real do que é a vida, a morte, as relações familiares e depois o nosso crescimento profissional não pode ser compartimentado... surge a parte do crescimento pessoal, familiar, não temos nenhuma maturidade... e eu acho que a gente sai do curso muito novos, muito pouco preparados... não tem mal... a gente vem cheios de boas intenções que eram diferentes do agir e são contradições em termos conceptuais e práticos. Numa fase inicial cometemos muitos erros na nossa relação com os doentes, na forma de agir... foram, são aqueles... com cada pessoa foram são aqueles, por isso é muito importante sair da escola bem preparados nesse aspecto... os doentes não são cobaias... Ao longo dos anos vamos tendo outra perspectiva e eu acho que há pessoas que nunca se deixam crescer... mas à medida que nos vamos centralizando no doente... eu acho que os relacionamentos na nossa vida são espelhos. À medida que nos vamos relacionando com as pessoas vamos reflectindo e vemo-nos a nós próprios... vejo-me nos outros... Eu sei que isto magoa porque eu magoei alguém. Infelizmente a gente dá muitas cabeçadas... a gente se tiver o cuidado de se rever naquilo que faz, nas reacções das pessoas a nós próprias a gente vai se apercebendo que afinal não somos tão boas pessoas como pensávamos... (muito silêncio).

Até que ponto eu separo o lado emocional e afectivo na minha prática profissional... é inconcebível... pensar que aqui sou enfermeiro, lá fora sou eu próprio... acho que é uma coisa que os enfermeiros não devem fazer tanto como fazem: -“ah, temos que separar!”. Mas se calhar a gente deve-se envolver afectivamente. Eu... quando as minhas emoções são positivas eu não me importo, há doentes que eu não gosto, pessoas... aí tento separar para poder cuidar delas mas sou autêntico, sincero e é sempre difícil não mostrar o que sente mas se afectivamente eu ajudar um doente não me importo. Eu toco-lhe, estendo-lhe a mão afectivamente, porque é impossível criar

um ser estanque de mim próprio, porque é desgastante viver com várias faces, vestir disfarces.

INV. Esse envolvimento emocional, como é que o consegues fazer ?

SUJ. Não sei... eu acho que tenho um rosto muito expressivo, sobretudo o olhar, toda a gente comenta isso... e quando sinto algum mal estar normalmente nota-se muito e acho que a comunicação não verbal. No conhecê-lo... é que o ajude a viver a sua morte... toco... digo palavras de encorajamento.

INV. Quando cuidas da pessoa que está a morrer, que *feed-back* obténs... ?

SUJ. É muito bom... é ter a sensação de que alguém se sentiu melhor com a nossa presença... é gostoso. Lembro-me que fiz muitos turnos e depois ficava em casa e um doente, quando voltei, disse-me: -“(o senhor) nunca mais chegava”... é das compensações melhores que eu tenho como enfermeiro, de ver que os doentes sentem quem eu sou... não por ser melhor mas... é alguém que faz diferente na vida deles... é o que enfermeiro tenta fazer... em termos de satisfação pessoal e profissional é das coisas que me sabem melhor... ele pode no outro dia não estar lá... mas a família retribui: - “olhe ele gostava muito de si” .

INV. No teu envolvimento com os doentes, a tua perspectiva foi mudando?

SUJ. Normalmente fugia do contacto ou se estava presente não estava de corpo e alma... é a tal ingenuidade que, ainda, tenho mas que a gente vai perdendo e que vai amadurecendo... começamos a estar para a pessoa, a trabalhar em função dos doentes, sobretudo para o doente... é uma situação envolvente rica em emoções, experiências, vivências que podem ser compreendidas e partilhadas por quem esteja disposto... (muito silêncio). Mas hoje em dia penso mais na morte... o facto de ver as situações e a aperceber-me do seu significado e o que pode ser melhor para aquela pessoa... o que me leva a viver a vida de maneira diferente e a encará-la de outro modo.

INV. Fizeste este processo sozinho?

SUJ. Em parte... com os doentes, sozinho... com a minha cabeça e também com os alunos em estágio... a gente quando tenta transmitir as nossas experiências para alguém isso obriga-nos a pensar... é a tal função de espelho... e ver pessoal mais novo; -“eu fazia assim”... ajudou-me bastante... e ouvir experiências de pessoas mais velhas, ajudou-me também. Por outro lado, a forma de cada um pensar a morte dificulta o relacionamento com a equipa.

INV. Queres dizer mais alguma coisa?

SUJ. Não

INV. Obrigado