

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Carla da Silveira Dornelles

**SOBRE O FINAL DA VIDA: EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE
ENFERMAGEM**

Porto Alegre – RS
2017

CARLA DA SILVEIRA DORNELLES

**SOBRE O FINAL DA VIDA: EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria
Henriqueta Luce Kruse

Linha de Pesquisa: Tecnologias do
Cuidado em enfermagem e saúde

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Dornelles, Carla da Silveira
Sobre o final da vida: experiência de estudantes
de enfermagem / Carla da Silveira Dornelles. -- 2017.
103 f.
Orientadora: Maria Henriqueta Luce Kruse.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Final da vida. 2. Enfermagem. 3. Experiência.
4. Estudantes de enfermagem. I. Kruse, Maria
Henriqueta Luce, orient. II. Título.

CARLA DA SILVEIRA DORNELLES

Sobre o Final da Vida: Experiência de Estudantes de Enfermagem

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de setembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA




Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse

Presidente - PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Cristianne Famer Rocha

Membro - PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Isabel Cristina Echer

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Franciele Roberta Cordeiro

Membro – UFPEL

Quando achei que tinha aprendido, vem a vida e diz: “Quantas vezes te falei que quem te
Das coisas da vida
ensina sou eu?”
(DORNELLES, 2017).

AGRADECIMENTO

Parece estranho chegar ao fim de algo que tanto almejei, tanto sonhei, mas infelizmente está findando esta etapa do processo de aprendizado e é importante que eu agradeça às pessoas que fizeram parte deste caminho, deste período tão intenso vivido no Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Agradeço a minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª Maria Henriqueta Luce Kruse pela acolhida desde 2012 no Grupo de Pesquisa CULT, e nesses quase três anos, nos quais foi possível trocar experiências, ser ouvida, compreendida e respeitada em um dos momentos mais nobres da minha vida. Sou eternamente grata à cada minuto vivido ao seu lado, com seu conhecimento e com sua sabedoria. Sua presença foi sempre um alento, uma possibilidade e mais do que nunca, um continente.

À UFRGS, universidade pública e o universo das possibilidades com ensino de qualidade, sou grata pela oportunidade de ser aluna UFRGS, e privilegiada em “viver” a universidade.

Às professoras e professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, em Saúde Coletiva e Educação que fizeram parte das minhas reflexões e aprendizados no decorrer dos dois anos que estive como aluna UFRGS.

Às professoras que participaram da minha Banca Prof^ª. Dr^ª Cristianne Fammer, Prof^ª. Dr^ª. Franciele Roberta Cordeira e Prof^ª. Dr^ª. Isabel Cristina Echer. Além das professoras que participaram da Qualificação do Projeto, Prof^ª. Dr^ª. Amália de Fátima Lucena, Prof^ª. Dr^ª. Isabel Cristina Echer, as quais contribuíram na construção desta dissertação.

Às colegas de Grupo de Pesquisa, Mariane, Cris e Fran, em especial a Kelly e Kici por inúmeras reflexões e risadas na perspectiva foucaultiana. Muito obrigada meninas!

Às colegas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santiago do Curso de Enfermagem, que deram conta das disciplinas no período que estive ausente da instituição, e aos alunos que sempre enviaram mensagens de motivação e reconhecimento. Muito obrigada pelo carinho transmitido, mesmo com quase 500 km de distância. Orgulho de fazer parte de uma instituição que sempre acreditou no meu trabalho e na minha potencialidade.

Às colegas do 6º Norte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que sempre apoiaram as minhas decisões, à Ana Luiza, a guerreira, minha dupla do final de semana Rosane, minha amiga Thiane, que sempre abraça a causa. À Rozemy que mostra que é possível, mesmo quando parece que é impossível. Sou eternamente grata por cada

aprendizado que tenho com vocês. A minha comadre e amiga Fátima Ganzer, tão guerreira e conselheira. Tenho orgulho infinito de fazer parte do grupo. Vocês são 1000! Muito obrigada!

Aos meus pais, Carlos e Thomazia por estarem comigo nestes momentos vividos nos dois últimos anos, foi difícil a distância, mas nos tornamos mais unidos e mais fortes. O nosso amor só cresce, amo vocês!

Ao meu mano Nicanor e sua família que na sua sabedoria de vida me ensinou a entender a vida como ela é, com respeito ao outro e a si mesmo. Muito obrigada pela atenção, pelas palavras e pelo amor! Muito obrigada Veronica e Anne por fazerem parte da nossa família.

Por fim e não tampouco importante, Helena, tão pequenina e tão sábia e, tão capaz de entender que a vida não é complexa, nós é que complicamos. Tua inocência me encanta a cada dia, tua beleza e teu sorriso me transmitem muita alegria, muito obrigada minha filha por nos ter escolhido, por estar aqui com a gente. Muito obrigada infinitamente.

Se a vida nos foi dada que possamos agradecer diariamente. Que saibamos agradecer todos os dias, viver todos os dias, como se fosse o último.

RESUMO

A Enfermagem como profissão se ocupa com o alívio do sofrimento, com a minimização da dor, com a dignidade diante da morte, com aspectos envolvidos com a condição humana, com o percurso da vida, com o cuidado do outro e de si. Falar sobre o final da vida, sobre como lidar com o luto são permanentes temáticas na mídia, nas redes sociais, nos grupos de conversas, o que o torna tema para a problematização de pesquisas. As tentativas de minimizar as angústias, as frustrações e os medos dos profissionais e estudantes que cuidam de pessoas que estão morrendo são inúmeras, assim, fui instigada a repensar minha maneira de ensinar e meus modos de agir em relação a pessoas que estão no final da vida. Neste contexto, considerando as vivências dos alunos durante a formação em Enfermagem, organizei a seguinte questão de pesquisa: como é iniciar as práticas hospitalares cuidando de pacientes no final da vida? Deste modo, tracei como objetivo conhecer as vivências de estudantes de graduação em enfermagem que iniciaram suas práticas hospitalares cuidando de pacientes no final da vida. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, que utilizou a técnica de grupo focal para produção de dados. Participaram do grupo estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que vivenciaram a primeira prática hospitalar no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Para análise dos dados foi utilizada a análise do discurso proposta por Michel Foucault que explicita a íntima relação entre discurso e poder. Os discursos foram organizados de modo a destacar o domínio, a descrição dos acontecimentos, a língua e o acontecimento discursivo. A partir deste percurso, procurei signos que designam coisas e essas coisas é que foram descritas. Da análise das falas emergiu a categoria *Aprendendo a ser trabalhador* que é apresentada com dois marcadores discursivos denominados: *Mesmo estando ali, parece que eu não faço nada* e *Caiu a ficha*, que caracterizam o processo vivenciado pelos estudantes. A partir das falas dos estudantes e com a contribuição teórica de Jorge Larrosa (1994) foi possível modificar a palavra vivência, presente na pergunta e objetivo da pesquisa, por experiência. Assim, refletiu-se sobre experiência, experiência de si, tecnologias do eu entre outros conceitos sustentadores para procurar entender o processo de aprender a ser trabalhador. Os estudantes têm a impressão de que não fazem nada, considerando que historicamente a enfermagem empreende ações para “salvar vidas” e não para ajudar a morrer. É possível pensar que a morte do paciente desencadeia uma ausência de autoconfiança, uma debilidade, vergonha, culpa, e até abala a identidade com a profissão. Depois, cai a ficha, quando percebem que podem fazer muito pelos pacientes, seja um banho, uma troca de bolsa de colostomia, um conforto. Tais experiências representam o processo de ser trabalhador, que passa por domínios de saber, tipos de normatividade e subjetivação. Ao problematizar como estudantes experenciam o cuidado de enfermagem diante do final da vida pretendi demonstrar que mesmo que alunos e alunas tenham conhecimento sobre o final da vida, sobre o corpo, cada morte de paciente será evento novo, diferente do outro, pois cada pessoa, cada circunstância tem singularidades que necessitam ser consideradas. Cabe aos profissionais, estudantes e professores/as (re)conhecerem que a experiência é evento único, que se desenvolve a partir de determinadas tecnologias do eu.

Palavras-chave: Final da vida, Enfermagem, Experiência, Estudantes de enfermagem

DORNELLES, Carla da Silveira. **Sobre o final da vida:** experiência de estudantes de enfermagem. 2017. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

ABSTRACT

Nursing, as a profession, is concerned about the relief of suffering, the minimization of pain, the dignity before death, about aspects related to the human condition, way of life and taking care of each other and of themselves. Talking about the end of life and dealing with mourning are permanent themes in the media, social networks, groups of conversations among other social forums, which makes this subject relevant to a research issue. Attempts to minimize the anxieties, frustrations and fears of professionals and students taking care of people who are dying are numerous. Since life is permeated by discourses and knowledge, I was instigated to rethink the way I teach, as well as the way I face what causes discomfort for the students, regarding this issue. On the context of the end of life and the experiences of the students through education in nursing, I performed the following research question: How to start hospital practices taking care of patients at the end of their lives? Thereby, traced as an objective to know the experiences of undergraduate nursing students who started their hospital practices caring for patients at the end of their lives. The present research is qualitative and descriptive and, through the focus group technique, analyzed discourses of students of the Nursing Course who experienced the first hospital practice in the Center of Palliative Care of the Hospital of Clinics of Porto Alegre (HCPA). As a result from the analysis emerged the category named as “Learning to be a worker”, presented with two markers denominated: “even being there, it seems that I do not do anything” and “I realized” that characterize the process experienced by the students. From these markers, it was possible to reflect on the experience, self-experience, technologies, among other supportive concepts for the possibility of understanding the process of learning how to be a worker. Students have the impression that they do nothing, considering that historically nursing undertakes actions to “save lives” and not to help to die. It is possible to think that death triggers an absence of self-confidence, weakness, shame, guilt, and even loss of identity with the profession. To discuss how students experience nursing care facing the end of life was not to confirm what is already said and written about the lack of preparation of the students. The aim was to demonstrate that independent of the knowledge about the end of life, each event of death will be different from the other, each person; each circumstance has singularity, individuality, both of himself and of the other. It is up to the professionals, students and teachers to know that the experience is a single event, that develops the self-technologies, that makes possible the theory of practice, allows the reflection on the technicality on the fragmentation of the care. Thus, caring will not be purely prescriptive, automatic/mechanical, aiming at the object, it will enable the subjectivity of human conditions and the uniqueness of oneself and the other.

Keywords: End of life, Nursing, Experience, nursing students.

DORNELLES, Carla da Silveira. About end of life: nursing students experience. 2017. 104 f. Dissertation (Master's degree Nursing) – Nursing School. Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** - Ilustração dos principais elementos do arqueólogo em Arqueologia do Saber (FOUCAULT, 2013). **Error! Bookmark not defined.**
- FIGURA 2** - Ilustração da analogia dos conceitos de Foucault com os discursos dos participantes da pesquisa e o Marcador Discursivo 1..... 40
- FIGURA 3** - Ilustração da analogia dos conceitos de Foucault com os discursos dos participantes da pesquisa e o Marcador Discursivo 2..... 40
- FIGURA 4** - Representação cíclica das dimensões da experiência explanada pela frase Isso que me passa inspirada em Larrosa (2011). **Error! Bookmark not defined.**
- FIGURA 5** - Representação das correlações da experiência de si com o processo de aprender a ser trabalhador inspirado em Larrosa (1994), Foucault (2012) e Willis (1991).**Error! Bookmark not defined.**
- FIGURA 6** Representação ilustrativa da experiência de si e os sentidos do aprendizado e aprender. 59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Desenvolvimento da Revisão.....	20
Quadro 2 - Estratégias de busca nas bases de dados	21
Quadro 3 – Caracterização dos artigos da revisão de literatura	21
Quadro 4 - Análise crítica dos artigos a partir do nível de evidência, convergência, divergência e complementaridade	26

SUMÁRIO

INICIANDO A CONVERSA – A MORTE FAZ PARTE DA VIDA	11
2. OLHANDO PARA A HISTÓRIA DO FINAL DA VIDA	16
3. A ENFERMAGEM E OS MODOS DE ENSINAR E APRENDER SOBRE O FINAL DA VIDA	20
3. CONTANDO A TRAJETÓRIA DA PESQUISA	29
5. APRENDENDO A SER TRABALHADOR.....	40
MARCADOR 1 – MESMO ESTANDO ALI PARECE QUE EU NÃO FAÇO NADA ..	44
MARCADOR 2 – CAIU A FICHA	69
CONCLUINDO	80
REFERÊNCIAS	82
ANEXO A.....	90
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
ANEXO B	92
ANEXO C.....	93
APENDICE I.....	97
APENDICE II	98
APENDICE III.....	99
APENDICE IV	100

INICIANDO A CONVERSA – A MORTE FAZ PARTE DA VIDA

O final da vida tem sido amplamente discutido, considerando o aumento da expectativa de vida, a utilização de tecnologias que prolongam e mantêm a vida e a invenção de cuidados paliativos como disciplina que produz novas racionalidades relacionadas ao final da via. Tais possibilidades de assistência às pessoas que vão morrer ou que estão morrendo, produzem verdades, subjetivam e governam cuidadores, profissionais da saúde, pacientes e gestores (SILVA e KRUSE, 2012). Nesta perspectiva, dados da Organização Mundial da Saúde, publicados no Atlas Global de Cuidados Paliativos (2014), informam que só em 2011, 54.6 milhões de pessoas morreram, sendo 66% de doenças não contagiosas, dessas 29 milhões precisaram de cuidados ao final da vida. Estima-se assim, que mais de 19 milhões de pessoas adultas precisarão desse tipo de cuidados, sendo nas Américas, 13% do total, o que equivale a 365 pessoas para cada 100.000 (WHO, 2014).

Cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, os quais vivenciam doenças que impossibilitam a continuidade da vida por meio da prevenção e alívio dos sintomas e do sofrimento. Para isso, é necessária a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor, além de outros sintomas e problemas de aspecto físico, psicossocial e espiritual (WHO, 2014). O Brasil ainda não possui política de cuidados paliativos, o que existem são iniciativas de atendimento hospitalar para pacientes no final da vida. O Ministério da Saúde trabalha na construção de diretrizes nacionais para controle da dor e cuidados paliativos, o que é representada pela Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos conforme Portaria nº 3150/GM de 12 de dezembro de 2006 (BRASIL, 2006)

Diante dessa realidade e considerando a maneira como são conduzidas as tecnologias para manutenção da vida, a Enfermagem, como profissão se ocupa com o alívio do sofrimento, com a minimização da dor, com dignidade diante morte, enfim, com aspectos envolvidos com a condição humana, percurso da vida, com o cuidado do outro e de si. No que se refere à morte, é possível perceber que a Enfermagem se aproxima e se afasta desta circunstância inevitável. Segundo Santana et al. (2013), lidar com a morte é situação delicada para os profissionais que tem como foco de trabalho salvar vidas.

Neste processo de aproximação e afastamento da Enfermagem com a morte, cita-se o exemplo de Silva (2010) ao descrever o seu medo diante da finitude e o quanto esse permeou sua trajetória acadêmica e profissional. A referida autora destaca a transição de

questionamento no período da graduação, utilizando-se inicialmente de “por quê?” e, com o tempo, modificou-se para “como?”. Desses questionamentos e discursos que atravessam os conceitos de morte e final da vida é possível refletir sobre as transformações históricas e sociais dos sujeitos da modernidade líquida, citada por Baumann (2008, p.56). O autor contextualiza o medo da morte que permeia a sociedade, apontando a reviravolta conceitual moderna sobre a existência humana, a qual, em tempos de consumismo, consiste em “uma marginalização das preocupações com o fim mediante a desvalorização de tudo que seja durável, permanente, de longo prazo”. Desta maneira, as pessoas possuem relações, vínculos e afetos com determinadas singularidades, quando ocorre a morte esta “banalização” torna a vida um ensaio diário da morte e da “vida após a morte”.

Neste ensaio da vida, o medo da morte está relacionado com a violência urbana, com o cotidiano veloz das atividades relacionadas com trabalho-lazer, com acidentes de trânsito, com tragédias aéreas como o acidente com o time de futebol da Chapecoense que vitimou 71 pessoas, na sua maioria jovens, com tragédias ou catástrofes de caráter meteorológico, além de epidemias e pandemias, ou seja, a morte está presente, próxima de todos, nem distante, nem ausente, faz parte da vida. De acordo com Bauman (2008, p.38), “você pode tentar manter à distância por algum tempo, mas nada do que faça poderá detê-la (a morte) quando finalmente chegar”. Salienta-se ainda que falar sobre final da vida, sobre como lidar com o luto são permanentes temáticas na mídia, nas redes sociais, nos grupos de conversas entre outros fóruns sociais, o que a torna tema para a problematização de pesquisas.

Retomando o questionamento anterior de Silva (2010), esta transição que acontece no período de formação do enfermeiro é reflexo da transformação do cuidado do paciente que Cruz et al. (2016) chamam de hibridização, pois entendem que não unicamente o conhecimento científico atravessa o aluno/profissional em formação, mas também o afeto, os aspectos sociais, culturais e emocionais participam do cuidar do outro. No que se refere ao cuidado paliativo, seria possível pensar maneiras de cuidar daquele que está morrendo, que antes ou ainda é caracterizado como um “pacote” como define Cruz, Garofalo, Sabino e Nascimento, 2000). Pensar que cuidar daqueles que estão morrendo pode ser considerado um “peso” para os profissionais da enfermagem ou que quando internado em final de vida, “se parar parou” (SILVA e MENEZES, 2014). Como seria possível alterar os modos de cuidar de pessoas que estão morrendo? Como é possível diminuir a (in)diferença com aqueles que estão morrendo? Como se dá a (in)diferença do cuidado diante do final da vida? É possível diminuir as angústias e frustrações dos estudantes de enfermagem quando cuidam de pessoas no final do vida? Como lidar com o medo da morte, com o que anula o que aprendemos em relação à

manutenção da vida? Como afirma Bauman (2008, p.45), “independentemente do que tenhamos feito como preparação, a morte nos encontra despreparados”.

As tentativas de minimizar as angústias, as frustrações e os medos dos profissionais e estudantes que cuidam de pessoas que estão morrendo são inúmeras e, na perspectiva de que a vida é permeada por discursos e saberes fui instigada a repensar minha maneira de ensinar, meus modos de agir diante do que causa desconforto e incômodo para os estudantes. A experiência como docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Campus Santiago (MARTINS, 2015) e como enfermeira no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) somadas à minha inserção no Grupo de Estudos Culturais da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na Linha de Pesquisa Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde possibilitaram o conhecimento de pensadores estruturalistas e pós-estruturalistas, com ênfase para Michel Foucault. Ainda, a vivência pessoal diante da eminência e aproximação da morte de familiares e amigos permitiram a imersão em um contexto que direciona para a reflexão e problematização sobre a finitude e o modo pelo qual os discursos atravessam e constituem os sujeitos, dando início à construção desta dissertação.

E por quê dissertar sobre temática que envolve sofrimento, angústia, desespero, medo, sentimentos que remetem à memórias negativas, à terminalidade? Minha proposta não é confirmar o que já está escrito sobre o tema relacionado à morte na Enfermagem ou o que os alunos sentem diante da morte, não é elencar dificuldades e desafios da formação dos enfermeiros no que se refere ao enfrentamento diante da morte, nem estabelecer instrumentos que avaliem o processo de aprendizagem dos estudantes. Busco a possibilidade de “olhar” a experiência dos alunos de Enfermagem cuidando de pacientes no final da vida em seu primeiro estágio curricular, refletindo sobre as maneiras de educar/aprender/viver/lidar com as circunstâncias inevitáveis da profissão e da formação. Para Baumann (2007, p. 21) as esperanças de usar a educação como uma alavanca para desestabilizar e desalojar as pressões sociais parecem tão imortais quanto vulneráveis. Para a sociedade líquida moderna, cabe incitar a dúvida e estimular a imaginação com o intuito de desafiar o consenso.

Assim, diante do contexto do final da vida e das experiências dos alunos durante a formação acadêmica em Enfermagem, é possível realizar a seguinte questão de pesquisa: como é iniciar as práticas hospitalares cuidando de pacientes no final da vida? Deste modo, tracei como **objetivo** conhecer as experiências de estudantes de graduação em enfermagem que iniciaram suas práticas hospitalares cuidando de pacientes no final da vida.

Confesso que no primeiro instante questioneei a importância desta pesquisa, e entendo que a proposta não é apenas responder à questão de pesquisa, o que não é pouco. Mas tentar amenizar as inquietações e angústias que permeiam o processo de ensino-aprendizagem sobre o final da vida, bastante difícil para nós, humanos. Além disso, pretendo conhecer os questionamentos, as reflexões e as experiências de acadêmicos de Enfermagem diante do final da vida de seus pacientes. É a possibilidade de desacomodar o que causa a inquietação e angústia, é pensar sobre as possibilidades de aprender e ensinar sobre maneiras de cuidar na iminência da morte.

Diante disso, utilizei o conceito primeiramente de vivência conforme o dicionário Aurélio (2010) que diz que vivências são formas de vida e processo de viver, corroborando com a tese de Eloá Rossoni (2010) que analisou como trabalhadores/as e residentes de uma Residência Multiprofissional em Saúde (RIMS) vivenciam os processos educativos em serviço utilizando os referenciais teóricos dos Estudos Culturais. Essa maneira de analisar e olhar os discursos considera a cultura e os modos como produz sujeitos e incorpora novas e diferentes possibilidades de sentido. A cultura deixa de representar distinção, hierarquia e elitismos segregacionistas e passa para outro eixo de significados, no qual é um amplo leque de sentidos cambiantes e versáteis (COSTA, 2011).

Na tentativa de pensar novas maneiras é que se encontram diferentes subjetividades, novos estilos de vida, novos laços e vínculos que resistem e contrapõem os sistemas de poder, nas relações sociais, na vida e, inclusive na morte. É possível pensar que conviver com a morte faz parte da vida, da condição humana e das relações sociais, por mais dolorosa e difícil que seja a circunstância.

O primeiro capítulo desta dissertação propõe apresentar um olhar sobre o contexto histórico do final da vida no mundo e no Brasil, contextualizando as modificações no aspecto social e cultural que envolvem a morte. Seguindo, será apresentada uma revisão integrativa de literatura com as produções nacionais e internacionais que abordam acerca da enfermagem e os modos de ensinar e aprender sobre o final da vida.

O terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico para alcançar o objetivo da dissertação com a descrição das etapas realizadas, contemplando a caracterização do estudo, a técnica de produção dos dados e as considerações éticas.

No quarto capítulo, está a análise dos dados e o referencial teórico responsável pelas problematizações e possibilidades que nasceram dos discursos dos estudantes. Trata-se da categorização, da classificação das ideias, as quais foram denominados marcadores e que identificaram a categoria. Os resultados e a discussão da produção dos dados encontram-se

neste capítulo que apresenta as experiências dos estudantes de enfermagem cuidando de pessoas no final da vida intitulado *Aprendendo a ser trabalhador*. Esta categoria é apresentada com dois marcadores denominados: *Mesmo estando ali, parece que eu não faço nada* e *Caiu a ficha*, que caracterizam o processo vivenciado pelos estudantes.

E, como tudo possui início, meio e fim, seguem as considerações finais desta dissertação, que não findam as reflexões, possibilitam o (re) construir, o (re) começar para a experiência diante *do que me passa*.

2. OLHANDO PARA A HISTÓRIA DO FINAL DA VIDA

Desde tempos remotos a morte é envolta em misticismo, religiosidade e pode-se dizer reverência. A sociedade organizava-se para confortar as pessoas que estavam morrendo e as que estavam vivendo a perda do familiar. Nos tempos atuais, ainda vê-se solidariedade diante do falecimento, porém a morte moderna possui outros cenários e possibilidades que garantem os desejos do falecido e de sua família, bem como os rituais que contemplarão a despedida do corpo.

Ao longo da história, houve a preocupação em aliviar o sofrimento dos doentes, que morriam principalmente de doenças infecciosas como malária, tuberculose, cólera, peste e pneumonia. Estas manifestações que envolviam o alívio da dor e, conseqüentemente, do sofrimento surgiram com os xamãs, nas civilizações mais remotas como a hindu, a chinesa, a caldeia e a egípcia (SANTOS, 2011). Exemplos dessas atividades são a existência de um sistema de educação médica e cuidados de saúde desde o ano 2500 a.C. no Egito. Tais atividades também estão identificadas na Índia, no século VI a.C., onde se designava médicos para até dez famílias nas vilas e Buda que foi responsável pela construção de um hospital para assistir doentes, pobres e inválidos, bem como seu filho que construiu abrigos para mulheres enfermas e grávidas. Convém citar ainda, a Grécia Antiga, onde uma pessoa com enfermidade sem cura ou tratamento era mantida em centros que também eram lugares religiosos. Esses lugares eram chamados de templos de Aesculepius, o deus da medicina, o qual diziam que interpretava os sonhos dos moribundos, ocorriam os presságios e havia a “incubação” dos corpos para o deus (BENNAHUM, 2003).

Para o alívio da dor e do sofrimento eram aplicados unguentos em feridas, dietas, ingestão de bebidas com ervas, além de rituais espirituais como preces e encantamentos, o que caracterizava uma relação do corpo com o espírito, do homem com as divindades. Essas conexões revelavam a presença da espiritualidade associada ao conhecimento que se tinha na época, o que justifica os templos da Idade Antiga serem posteriormente as escolas de medicina (SANTOS, 2011).

Ainda na Grécia Antiga (500 – 300 a. C), Hipócrates, considerado o “pai da medicina moderna”, descreve quatro termos de doenças – sangue, fleugma, bile amarela e bile negra – o que caracterizava manifestações clínicas dos doentes, além da descrição de desordens mentais como psicose, fobia entre outras. Estas organizações e denominações para as características

patológicas deram início à uma nova maneira de sistematizar os tratamentos e cuidados e, conseqüentemente classificar os doentes e as doenças (SANTOS, 2011), (KOENING, McCULLOUGH e LARSON, 2001). Nesta “nova” consciência sobre as doenças e os doentes, aqueles considerados fatais acabavam sendo deixados de lado, pois na tradição hipocrática, esse acontecimento era considerado uma vontade dos deuses, considerando-se antiético cuidar dos que estavam condenados à morte. Se o médico fizesse algo para retardar a morte, seria punido por desafiar a Natureza e os deuses (BENNAHUM, 2003). Nessas circunstâncias, as medidas utilizadas eram o uso de bebidas alcoólicas e drogas fitoterápicas como o ópio, as quais agiam nos sentidos, na sedação e na analgesia, sob a forma de elixir e tintura, o que atualmente trata-se com morfina nas Unidades de Cuidados Paliativos (SANTOS, 2011).

Já na era Romana, o hábito da hospitalidade possuía caráter privado e era considerada circunstância legal, havendo acordo escrito entre anfitrião e convidado, chamado *tabua hospitalis*, onde era registrado no nome de *Jupiter Hospitalis*. Esse registro legal assegurava ao Estado a proteção dos cidadãos romanos que permaneciam em países estrangeiros, tendo primeiro o caráter de hospitalidade e relação com estrangeiro. A palavra *hospice* deriva do latim *hospes*, que significa estranho ou estrangeiro e ainda hóspede. Passado um determinado tempo, o termo tomou outro caráter relacionado a *hospitalis* que significava uma atitude de boas vindas ao estranho. Na língua portuguesa foi incorporado ao termo hospício, significado vulgar para denominar lugar para tratar pessoas com doenças mentais (SANTOS, 2011).

A palavra *hospice*, atualmente é utilizada para designar o local que acolhe e cuida de pessoas no final da vida, enquanto hospital destina-se especialmente a cuidar de pessoas doentes com perspectiva de cura. A palavra paliativo deriva do latim *pallium*, que significa manto, representado por uma vestimenta do Papa e bispo, que possui lã de cordeiro representando o Bom Pastor. Nesta representação da lã tecida por irmãs de convento, os animais eram apresentados no altar, caracterizando a relação do padre com os fiéis, como o pastor com suas ovelhas. Em português, paliativo indica solução temporária, referindo ao termo paliar que significa remendar e, não, resolver (SANTOS, 2011).

Esta conotação do termo paliar é oriunda da Idade Média, quando maior parte da população não tinha qualquer acesso ao cuidado, uma vez que eram assistidos por seus familiares e morriam em casa. Estas características que prenunciavam a morte, denotam o que Ariés (2014) chama de morte domada, ou seja, na maioria das vezes as pessoas sabiam da eminência da morte, reconheciam os sinais do final da vida, seja pelo avanço da doença, pela gravidade da guerra (quando eram guerreiros ou cavaleiros). Mesmo quando a morte era considerada repentina, era aceita pela sociedade, a cerimônia fúnebre obedecia às

manifestações da época, sendo frequente que pessoas que pressentiam a morte planejassem suas roupas, seus dizeres na lápide e desejos durante a cerimônia.

A cerimônia envolta pela circunstância do final da vida, instigava outros movimentos sociais, como a presença da família na beira do leito dos moribundos, o que no século XVIII intrigou médicos higienistas da Academia de Medicina (ÀRIES, 2014). As pessoas tornavam a terminalidade um evento social com a participação dos familiares, amigos e pessoas curiosas atraídas pelo conhecimento da causa da morte. Por mais simples que fosse a morte, ela era pública, trazia emoção e desejos.

Na sociedade moderna, ou melhor, líquida-moderna os hábitos, as atitudes das pessoas mudam em um tempo mais curto. Por isso, a vida líquida é uma sucessão de reinícios, porém, aqueles inevitáveis e dolorosos são os mais desafiadores (BAUMANN, 2007). O final da vida é circunstância inevitável, todos irão viver e (con) viver, porém há uma diferença de identidade entre os que são considerados “vivos” e aqueles que “vão morrer”. Exemplo disso, é a classificação dos que possuem possibilidade de cura daqueles considerados terminais, com doenças que impedem a continuidade da vida. Esse distanciamento torna-se uma “proteção” para os vivos, já que a morte é um problema dos vivos, pois mortos não tem problemas (ELIAS, 2001).

No Brasil, segundo Morosini (2016), existem poucos serviços de cuidados paliativos, os quais são confundidos com a prática de eutanásia¹ e da distanásia². Tais serviços propõem a prática da ortotanásia³ e respeitam o processo de morte e morrer, de acordo com o curso da doença. No país, não existe uma política pública que padronize as ações de cuidados paliativos, as ações são voltadas para pacientes oncológicos, a nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar. A Atenção Básica e Especializada e, o Programa Melhor em Casa ofertam atendimentos que utilizam a estrutura de hospitais e de Centros e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon e Unacon), Unidades em Cuidados Prolongados e equipes de atenção domiciliar.

A Portaria Nacional de Cuidados Paliativos está em elaboração e não existe previsão de quando será apresentada para consulta pública (Morosini, 2016). A Política Nacional de Atenção Oncológica é a pioneira em Cuidados Paliativos no país desde a Portaria nº 2439/GM, de 08 de dezembro, de 2005 (BRASIL, 2005), a qual estabelecia a organização da atenção aos pacientes oncológicos, incluindo o final da vida, o que é obrigatório pela Portaria

¹ Termo muito amplo, que pode ter diferentes interpretações. Quando uma pessoa causa deliberadamente a morte de outra que está mais fraca, debilitada ou em sofrimento (GOLDIM, 2004).

² Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento (GOLDIM, 2004).

³ Atuação correta frente a morte (GOLDIM, 2004).

140/2014 que inclui todos os serviços de saúde que atendem os pacientes com câncer (BRASIL, 2014). Já existem, nas Portarias de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no SUS, orientações para os profissionais no que se refere aos cuidados paliativos e à atenção domiciliar, o que denota um avanço nos cuidados paliativos não somente para os oncológicos. Outro avanço que convém citar é o Artigo 41, de 2009, do Conselho Federal de Medicina (CFM) que permite ao médico a suspensão de procedimentos, além da Resolução 1805/2006 que autoriza a ortotanásia. Porém, tramita na Câmara desde 2009, o Projeto de Lei 6.715/2009 que regula a ortotanásia (RADIS, 2016). Quanto às questões legais que envolvem o final da vida, está a Resolução nº 1995/2012 do CFM, a qual dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, também chamado de Testamento Vital, que permite o conjunto de desejos prévios e expressamente manifestados pelo paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

3. A ENFERMAGEM E OS MODOS DE ENSINAR E APRENDER SOBRE O FINAL DA VIDA

Para conhecer as produções científicas sobre a temática e discutir os achados de uma pesquisa, é necessário desenvolver e aplicar metodologias de revisão de literatura que contemplem a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na área. No que se refere à enfermagem, a revisão integrativa é uma metodologia que abrange estudos experimentais e não-experimentais e permite uma compreensão completa do fenômeno a ser estudado (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Assim, a revisão apresentada nesta dissertação foi organizada conforme o Quadro 1 abaixo, que demonstra como o primeiro passo de uma revisão integrativa da literatura (RIL) é a identificação do tema e a seleção da hipótese (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008). Desta forma, iniciei as buscas de produções científicas que atendessem a temática morte, referente à Enfermagem, e os modos de ensinar e aprender sobre o final da vida nas bases de dados. Estas buscas foram as tentativas de responder às seguintes questões de pesquisa: “Quais as atitudes de estudantes de enfermagem frente a pacientes que estão na iminência da morte?”, e “quais são os modos de ensinar e aprender sobre a morte nos cursos de Graduação em Enfermagem?”

Quadro 1- Desenvolvimento da Revisão Integrativa de Literatura

Etapa 1. Identificação do tema – morte/final da vida 1.1 – Sujeitos das pesquisas – estudantes de enfermagem
Etapa 2 – Critérios de inclusão e exclusão – Estudos com enfermeiras (os) e docentes de enfermagem, outros profissionais, documentos com conteúdos de ensino e aprendizagem de cursos de graduação de enfermagem.
Etapa 3 – Pergunta(s) ou hipótese(s) de pesquisa: Quais são os modos de ensinar e aprender sobre morte nos cursos de graduação em Enfermagem?
Etapa 4 – Análise crítica dos resultados – Analisar os níveis de evidência dos artigos encontrados, suas convergências, divergências e complementaridades, conhecendo as metodologias dos estudos.
Etapa 5 – Discussão dos resultados – Os estudantes de enfermagem na sua maioria estão despreparados para lidar com a morte e o morrer. É necessário criar espaços de discussão sobre a morte na academia, e criar disciplinas que dêem sustentação teórica para enfrentar a circunstância morte. Cabe ao estudante demonstrar conhecimento sobre a morte e acolher

os familiares durante o luto.

Fonte: Autora (2017) inspirada em Soares et al. (2014)

A partir desta estratégia de busca, identifiquei o tema como: Atitude frente a morte de estudantes de enfermagem: implicações do ensino, as quais estão demonstradas no quadro 2.

Quadro 2 - Estratégias de busca nas bases de dados

Base de dados	Estratégia de busca
LILACS	Decs – atitude frente a morte and Palavra – enfermagem and Palavra – ensino
BDEF	Decs – atitude frente a morte and Palavra – enfermagem and Palavra – ensino
MedLine	Decs – <i>attitude of death</i> and Palavra – <i>nursing</i> and Palavra – <i>teaching</i>
Web of Science	Tópico – Morte and Área de Conhecimento Enfermagem and Educação

Fonte: Autora, 2017, inspirada em Soares et al., 2016.

Na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) foram encontrados 8 artigos completos. Na Base de Dados de Enfermagem (BDEF) dois artigos completos. Com o intuito de conhecer as produções internacionais, realizei busca na base de dados *MedLine*, utilizando o DeCs *attitude to death* e as mesmas expressões, tendo o cuidado de utilizar os termos na língua inglesa *nursing* e *teaching*, além do conector booleano *and* entre as palavras. Nessa pesquisa, foram encontrados 294 resultados, sendo 57 publicações completas, das quais selecionei 9. Nesta mesma perspectiva, contemplando produções internacionais, utilizei o serviço de indexação *Web of Science* utilizando a palavra morte seguida do conector booleano *and* e da área de conhecimento Enfermagem, a qual conteve 741 produções, das quais selecionei 12.

De todas as buscas foram selecionados 22 artigos, demonstrados no quadro 3 e identificados pela letra A seguidos de número ordinal, com título/ano/tipo de pesquisa, objetivo/amostra e resultado:

Quadro 3 - Título do artigo/ano, objetivo/tipo de pesquisa, amostra e resultado

Título/Ano/Tipo de pesquisa	Objetivo e amostra	Resultado
A1. Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem (2013) <i>Pesquisa qualitativa embasada na</i>	Desvelar o significado do processo morte/morrer para acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. <i>33 graduandos</i>	Importância de a temática ser abordada logo no início da graduação, pois os acadêmicos precisam ser preparados para vivenciar o processo morte/morrer de seus futuros clientes.

<u>fenomenologia existencial heideggeriana</u>		
A2. A visão do graduando de enfermagem perante a morte (2011) <u>Exploratório descritivo de caráter qualitativo</u>	Conhecer a visão do graduando de enfermagem sobre a morte do paciente. <u>32 alunos do 6º, 7º e 8º semestre</u>	Alunos tem dificuldade em lidar com o assunto morte, mesmo os que se dizem preparados para tal evento.
A3. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro (2008) <u>Estudo qualitativo</u>	Conhecer o preparo para o enfrentamento da morte e o morrer no processo de formação do estudante de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Feira de Santana (UFFS), Bahia. <u>7 alunos na disciplina Estágio Supervisionado II</u>	Evidenciou que o tema citado não vem sendo trabalhado de uma forma que atenda às necessidades dos estudantes.
A4. A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos (2007) Estudo	Descrever como é abordado o tema morte e doação de órgãos nos cursos de graduação em Enfermagem do Brasil. <u>100 estudantes</u>	Necessidade de outros estudos que esclareçam a real atenção que as instituições de ensino superior em enfermagem têm dado ao tema doação de órgãos e morte.
A5. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer (2007) <u>Estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo.</u>	Investigar o preparo dos acadêmicos de enfermagem frente à morte. <u>15 acadêmicos do 6º e 7º semestre</u>	Os acadêmicos de enfermagem não estão preparados para vivenciar o processo morte-morrer de seus futuros clientes devido às poucas oportunidades de discutir o tema na graduação.
A6. Fundamentos de enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado (2002) <u>Estudo descritivo</u>	Identificar aspectos positivos/negativos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado, a partir da técnica dos incidentes críticos. <u>110 alunos do 3º, 4º e 5º anos do curso de graduação da UEM – PR.</u>	Existem aspectos positivos e negativos no cuidado, 95 relatos: 48(50,5%) positivos e 47(49,5%) negativos.
A7. O cuidar do cliente com problemas hematológicos – uma experiência de ensino-aprendizagem (2000) <u>Pesquisa qualitativa</u>	Discute a experiência de alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. <u>30 alunos do 6º e 7º períodos</u>	A importância da introdução de disciplinas das ciências humanas para o amadurecimento das questões limites com que a enfermagem lida no cotidiano do cuidado.
A8. A sala de anatomia enquanto	Compreender o primeiro contato	

<p>espaço de convívio com a morte (2000)</p> <p><u>Pesquisa qualitativa de investigação fenomenológica</u></p>	<p>que estudantes da área médica e de enfermagem têm com a morte nessa sala.</p> <p><u>59 depoimentos de alunos de enfermagem</u></p>	
<p>A9. O “pacote” e a enfermagem (análise crítica de uma cena de morte) (2000)</p> <p><u>Estudo descritivo tipo estudo de caso</u></p>	<p>Apresentar subsídios para a reflexão sobre a morte durante a formação acadêmica, a partir da observação de uma cena de morte ocorrida durante o desenvolvimento do ensino clínico.</p> <p><u>4 acadêmicas</u></p>	<p>É preciso preparar os profissionais nos centros de formação para lidarem com a morte, não apenas tecnicamente, mas emocionalmente, também, embora saibamos que sempre será difícil viver este momento</p>
<p>A10. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem (2007)</p> <p><u>Pesquisa qualitativa de investigação fenomenológica</u></p>	<p>Compreender o primeiro contato que estudantes da área médica e de enfermagem têm com a morte.</p> <p><u>59 depoimentos de alunos de enfermagem</u></p>	<p>Existe pouco preparo para lidar com as questões da morte e o morrer.</p>
<p>A11. <i>Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción</i> (2012)</p> <p><u>Estudio de tipo descriptivo, correlacional</u></p>	<p>Conhecer o medo da morte e sua relação com a inteligência emocional e outras variáveis em estudantes de enfermagem dos últimos anos de estudo.</p> <p><u>188 estudantes de 3º, 4º e 5º nivel.</u></p>	<p>Evidencia a necessidade de desenvolver nos estudantes habilidades emocionais frente a situações transcendentais e desconhecidas, como são a morte e o processo morrer.</p>
<p>A12. Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções à luz do pensamento complexo (2014)</p> <p><u>Pesquisa qualitativa, exploratória-descriptiva</u></p>	<p>Conhecer a percepção do processo de morte-morrer na perspectiva de discentes de enfermagem.</p> <p><u>6 discentes do curso de graduação em enfermagem do sexto, sétimo e oitavo semestres</u></p>	<p>O processo de morte-morrer é minimamente discutido na formação profissional do enfermeiro e, quando discutido, os debates ocorrem de forma fragmentada e disjuntiva, não integrando-o ao processo de viver humano.</p>
<p>A13. Análise da formação tanatológica do aluno de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Brasil (2011)</p> <p><u>Pesquisa participante do tipo descritiva, de cunho bibliográfico, documental e de levantamento.</u></p>	<p>Avaliar a formação que estão recebendo os alunos de enfermagem nos temas relacionados com a aplicação dos princípios da assistência humanizada e garantia da dignidade das pessoas moribundas.</p>	<p>A formação no tema de tanatologia brindada aos estudantes de enfermagem é insuficiente e precisa melhorar nos componentes teóricos e práticos.</p>
<p>A14. A vivência dos alunos de enfermagem frente a morte e o morrer (2015)</p> <p><u>Pesquisa qualitativa, embasada na fenomenologia existencial de Martin Heidegger.</u></p>	<p>Compreender o fenômeno vivenciado pelos alunos de enfermagem em suas práticas acadêmicas frente a morte e o morrer</p> <p><u>Sete alunos do último ano do curso de enfermagem</u></p>	<p>A temática que envolve a morte e o morrer tem sido trabalhada de forma deficiente, não atendendo com precisão todas as demandas dos alunos de enfermagem durante a assistência no processo de morrer.</p>
<p>A15. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem (2009)</p> <p><u>Pesquisa fenomenológica</u></p>	<p>Compreender como alunos de graduação em Enfermagem percebem a si mesmos ao cuidar de pacientes em fase terminal e expor os significados da experiência vivida.</p> <p><u>14 alunos cursando 2º, 3º e 4º anos da graduação.</u></p>	<p>Novas investigações sobre o tema são necessárias para aprofundar e ampliar a reflexão para o âmbito da formação dos enfermeiros em nível nacional.</p>

<p>A16. Experiência de estudantes de enfermagem ante seu primeiro encontro de cuidado com doentes terminais (2014) <u>Estudo descritivo</u></p>	<p>Descrever a experiência vivida por estudantes de enfermagem de 3º e 4º ano, ante seu primeiro encontro de cuidado com um doente terminal. <u>65 alunos do terceiro e quarto ano de enfermagem</u></p>	<p>As experiências dos estudantes de enfermagem mostram que têm dificuldades para enfrentar o cuidado de uma pessoa em processo de morte.</p>
<p>A17. Validação de Escala de Medo da Morte de Collett-Lester em uma amostra de estudantes de enfermagem (2011) <u>Pesquisa Quantitativa</u></p>	<p>Avaliar as características psicométricas da Escala de Medo da Morte de Collett-Lester. <u>349 estudantes de enfermagem de uma universidade privada do Chile.</u></p>	<p>A EMMCL é instrumento confiável e válido para medir o construto medo da morte.</p>
<p>A18. Temporalidade: o existir e a perspectiva da finitude para o Ser-acadêmico-de-enfermagem ao experienciar a morte (2014) <u>Pesquisa fenomenológica</u></p>	<p>Compreender o significado da finitude para o ser-acadêmico-de-enfermagem ao experienciar a morte. <u>Oito acadêmicos matriculados na terceira fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.</u></p>	<p>A morte, enquanto paradoxo da vida, mais do que interpretada, deve ser assimilada como única certeza da vida e que nunca será desvelada em sua totalidade.</p>
<p>A19. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem (2010) <u>Estudo exploratório qualitativo</u></p>	<p>Identificar as condutas e os sentimentos de estudantes de enfermagem frente a uma situação hipotética, envolvendo a morte e o morrer. <u>51 Estudantes do segundo ano de enfermagem de uma faculdade privada do Norte do Estado de São Paulo</u></p>	<p>Necessidade de maior atenção à temática durante a formação dos enfermeiros com vistas a prepará-los para o enfrentamento das situações que envolvem a morte e o morrer no cotidiano das práticas curriculares.</p>
<p>A20. Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem (2011) <u>Estudo qualitativo exploratório</u></p>	<p>Descrever o significado da morte e de morrer para os alunos de último de ano de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. <u>Seis acadêmicos – três do 7º e três do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem</u></p>	<p>Os alunos participantes têm uma formação insuficiente nos conceitos e metodologias de cuidado de pessoas que estão enfrentando à morte.</p>
<p>A21. Significados de morte e morrer no Curso de Enfermagem: um relato de experiência (2012) <u>Pesquisa-ação</u></p>	<p>Relatar a experiência docente das discussões acerca dos significados da morte expressados pelos acadêmicos de enfermagem. <u>12 acadêmicos</u></p>	<p>O debate da temática é fundamental para formação profissional, uma vez que trabalharão com situações que envolvem a morte e, desmistificando-a, conseguirão aceitar os limites de sua profissão, assim podendo ajudar as famílias e os pacientes terminais no processo de morte e morrer.</p>
<p>A22. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado (2013) <u>Estudo transversal, descritivo, exploratório</u></p>	<p>Identificar conhecimentos e experiencias de estudantes de Licenciatura em Enfermagem sobre a morte de pacientes hospitalizados. <u>188 alunos de 500, pertencentes aos 4º, 6º e 8º semestre (que tiveram experiência clínica).</u></p>	<p>É importante sensibilizar o futuro profissional de enfermagem em competências que permitam dar assistência digna ao paciente, fundamentado em sólidos conhecimentos em tanatologia.</p>

Na segunda etapa, que consiste no estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, considerei as pesquisas realizadas com estudantes de graduação de enfermagem, produções na língua portuguesa e inglesa com resumo ou texto disponível em meio eletrônico. Como exclusão, optei por textos/trabalhos desenvolvidos com enfermeiras, docentes, equipe de enfermagem ou outras profissões da área da saúde, editoriais, manuais, cartas ou documentos.

Para a terceira etapa da revisão integrativa, foi necessário identificar e conhecer as produções científicas que abrangessem os modos de ensinar e aprender sobre a morte para estudantes de Enfermagem. As produções científicas analisadas, na sua maioria, são oriundas de estudos com abordagem qualitativa, que procuraram conhecer, analisar, identificar e, neste emaranhado de verbos, ainda surgem questionamentos: como são as vivências dos estudantes de enfermagem nas práticas hospitalares cuidando de pessoas no final da vida?; como se dá o processo ensino-aprendizagem diante da morte? Além disso, nas publicações encontradas, principalmente nas internacionais há a preocupação de avaliar, validar, refinar instrumentos de ensino/aprendizagem sobre atitudes e conhecimento de estudantes de enfermagem diante da morte. Diante desses achados é possível perguntar: “A objetividade dos estudos qualifica a subjetividade da temática morte?”; “Os processos de aprendizagem preparam o aluno para vivenciar a morte de pacientes que estão sob seus cuidados?”

Seguindo as tentativas de responder às questões anteriormente citadas, sigo a trajetória da revisão integrativa que é a análise crítica dos artigos, ou seja, utilizei um instrumento modelo conforme Souza, Silva e Carvalho (2010), os quais sugerem o preenchimento de formulário específico (ANEXO III) para a análise das produções. Nesta etapa, foi necessário identificar os níveis de evidência das produções científicas, pois segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) é o momento de organizar os achados para ponderar o rigor e as características de cada estudo. Para Soares et al. (2014), o rigor metodológico em uma revisão integrativa é padrão de excelência, o qual requer o uso de métodos que garantem um análise precisa, objetiva e completa do tema.

Estes autores sugerem que, ao realizar a análise, é fundamental conhecer os conceitos, as perspectivas teóricas que estudam a temática e as metodologias aplicadas nas pesquisas. Desta análise foi possível identificar os níveis de evidência científica das produções selecionadas na RIL (as quais estão representadas pela letra E e número ordinal que indica a ordem de apresentação dos artigos), suas convergências, divergências e complementaridades o qual está apresentado no Quadro 4:

Quadro 4 - Análise crítica dos artigos a partir do nível de evidência, convergência, divergência e complementaridade

Artigo (s)	Nível de evidência	Convergências	Divergências	Complementaridades
A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A18, A19, A20, A21	E4	A1, A2 A5, A3 A14, A19, A20 A21, A22	Não há divergências.	Todos os artigos mostram que os estudantes possuem dificuldades para lidar com a morte.
A17, A22	E1	-	-	-

Fonte: Autora, 2017.

As produções, na sua maioria são de nível de evidência 4, o que caracteriza o delineamento de estudos descritivos, não-experimentais ou com abordagem qualitativa. Para Arruda et.al (2014), a enfermagem possui déficit nas produções científicas com nível de evidência 1, o que pode ser resultado do desconhecimento dos enfermeiros sobre as práticas clínicas baseadas em evidências, seguido das dificuldades encontradas por esses profissionais na adoção de estratégias de facilitação da aplicação dos estudos (GALVÃO, SAWADA e ROSSI, 2002).

A quinta etapa da RIL é a discussão dos resultados, que consiste segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), no momento de comparar os dados dos artigos ao referencial teórico. Nesta fase, é possível identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008), ainda possíveis lacunas do conhecimento (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010) que envolvem o preparo dos acadêmicos de Enfermagem.

Junior e Eltink (2011) apontam as dificuldades dos alunos em lidar com a morte, sugerindo que as instituições de ensino levem em consideração a formação pessoal e profissional dos graduandos. Nesta perspectiva do despreparo do aluno, Oliveira e Amorim (2008) concluíram que o processo de morte e morrer não vem sendo trabalhado de maneira que atenda às necessidades dos alunos que no seu fazer diário vivenciam situações que exijam instrumentalização para a assistência a uma morte digna. Isto ocorre porque os acadêmicos

possuem poucas oportunidades de discutir o tema na graduação ou, quando vivenciam a situação que envolve o final da vida, o fazem de forma impessoal, conforme pesquisas de Bernieri e Hirdes (2007), bem como Valsecchi e Nogueira (2002). Estes autores relatam a vivência de uma aluna que queria apenas segurar as mãos da paciente, mas o professor exigia o banho de leito, o questionar, o querer conversar implicava respostas lacônicas e até ríspidas do professor. Inclusive os autores destacam que a impessoalidade do professor prejudica o desenvolvimento do aluno, impedindo-o de crescer humana e profissionalmente.

Seguindo a perspectiva destes estudos, no trabalho de Valsecchi e Nogueira (2002), 110 estudantes de enfermagem do 2º, 3º e 4º ano da graduação foram entrevistados, sendo que 47 apontaram que a negatividade da assistência estava relacionada à insensibilidade dos profissionais frente à dor e à morte. Enquanto o relato de experiência de Cruz et al. (2000) mostra que as acadêmicas do último período de graduação em Enfermagem concluíram que o tema morte precisa ser abordado no meio acadêmico, não somente do ponto de vista técnico, já que a interação humana prevê o cuidado durante todo o ciclo vital, incluindo a morte. A abordagem sobre a morte na formação, também é destacada e reforçada na pesquisa de Silva e Silva (2007), realizada com 100 estudantes de enfermagem, quando os autores ressaltam a necessidade de estudos que identifiquem a atenção que as instituições de ensino superior em Enfermagem têm dado ao tema doação de órgãos e morte.

Para Benedetti et al. (2013), em pesquisa com 33 graduandos ingressantes na Enfermagem, o saber e a morte estão enredados na temporalidade e historicidade de cada ser, sendo necessária uma compreensão científica, filosófica e ética do fenômeno morte/morrer para a possibilidade do acadêmico realizar atendimento humanizado ao doente e sua família. Dentre as sugestões dos autores (SILVA e SILVA, 2007) para lidar com a morte, está a necessidade de ampliação do tema nas disciplinas de Psicologia e Ética.

Nas produções internacionais, destaco a preocupação de autores em auxiliar os estudantes no processo de final da vida dos pacientes durante a formação e as implicações no currículo da graduação (KOPKA, ASCHENBRENNER e REYNOLDS, 2016). Para isso, são utilizadas estratégias pedagógicas de simulação para enfrentamento das situações que envolvem o final da vida, como pré-testes e pós-testes que avaliam os graus de ansiedade e tensão dos estudantes (LIPPE e BECKER, 2015). Além disso, o final da vida em se tratando de aspectos do conhecimento científico positivista são evidentes as pesquisas de caráter clínico que envolvem os estudantes como o de Venkatasalu, Kelleher e Shao (2015), os quais desenvolveram um estudo randomizado com estudantes do primeiro ano que vivenciaram a primeira circunstância de morte em estágio na clínica. Com o intuito de avaliar a

fidedignidade do simulador de cuidados no final da vida e as aulas convencionais, os resultados de ambas as estratégias pedagógicas não impediram as sensações e desconfortos que os estudantes vivenciam diante da morte.

Diante dessas habilidades e competências necessárias para a formação do enfermeiro, as quais deveriam ser desenvolvidas na academia, observa-se que os estudantes sentem-se despreparados para viver com a inevitabilidade da morte. Quais os sentidos que se dão à experiência/vivência na prática de enfermagem diante da morte? Como possibilitar tais experiências e vivências no processo de ensino-aprendizagem sobre o cuidado de pacientes no final da vida? A partir destes questionamentos e das produções na enfermagem evidencia-se que os estudantes não possuem preparo para lidar com a morte e as escolas de formação não atendem às necessidades de reflexão e conhecimento sobre o final da vida.

3.CONTANDO A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

Esta é uma pesquisa qualitativa, descritiva, que analisa discursos de estudantes do Curso de Enfermagem que vivenciaram a primeira prática hospitalar no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Este estudo foi realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com 3 alunas e 1 aluno de graduação da Escola de Enfermagem que cursaram a disciplina Cuidado de Enfermagem ao Adulto I da 4ª etapa da Grade Curricular do Curso de Enfermagem no II semestre de 2014 e I semestre de 2015. Para participar da pesquisa era necessário que os alunos e alunas fossem matriculados no Curso de Enfermagem e tivessem vivenciado a primeira prática hospitalar no Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP)⁴ do HCPA. Foram excluídos estudantes em atestado médico ou em período de afastamento durante a coleta de dados.

Para elucidação dos cenários de vivência dos participantes da pesquisa, exponho de maneira breve o Núcleo do HCPA, o qual está localizado no 9º andar, ala Sul, tendo sete leitos para internação de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. O Núcleo foi implantado em novembro de 2007, conta com dois técnicos de enfermagem e uma enfermeira por turno para executar os cuidados de enfermagem, além de equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogo, assistente social, farmacêutico, profissional da área de bioética, além de outros que eventualmente participam do grupo, principalmente estagiários, alunos de graduação das diferentes profissões. A equipe de enfermagem utiliza a sistematização da assistência, desenvolve atividades de educação em saúde com pacientes e familiares e participa das ações multiprofissionais.

A disciplina Cuidado de Enfermagem ao Adulto I faz parte do quarto semestre do curso de graduação em Enfermagem e tem como objetivo o ensino do processo de enfermagem nos diferentes contextos do cuidado ao adulto, nas diferentes etapas do desenvolvimento, com base nas teorias e pesquisas que o fundamentam. Faz uso da Semiologia e da Semiotécnica no processo de cuidado, entendendo o cuidado como processo pessoal e interpessoal que se traduz em maneiras de cuidar de si e dos outros. Ainda, propõe a compreensão da experiência da doença nas diferentes etapas da vida adulta: como se manifesta, o que ela interrompe e como é interpretada pela pessoa, sua família e cuidador, abrangendo aspectos éticos, políticos

⁴ Nesta dissertação, a sigla NCP será substituída pela palavra Núcleo, por entender que a leitura do trabalho ficará mais fluída e clara.

e culturais contextualizados no cuidado humano e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (UFRGS, 2015).

Como método de produção dos dados foi utilizado a Entrevista que segundo Miguel (2012) “é uma técnica de interação social, interpenetração informativa, capaz de quebrar isolamentos grupais, individuais e sociais”. Ainda, serve para a pluralização de vozes e à distribuição democrática de informações. Para Sade et.al.(2013), a entrevista é “ferramenta metodológica privilegiada para a investigação do ponto de vista dos sujeitos e apreender a experiência do outro”.

Neste sentido, a entrevista possui importante papel no conhecimento do que as pessoas pensam, sentem e imaginam sobre momentos da saúde, além da possibilidade de falar sobre os sentidos que eles atribuem suas experiências de vida e ousar dizer morte. Existem tipos de entrevista: a não-diretiva, a coletiva, individual, aberta, semi-estruturada, grupal, “de profundidade”, as quais podem ser utilizadas em pesquisas qualitativas.

No caso desta dissertação, a entrevista foi a coletiva, por ter sido realizada com estudantes de enfermagem que experienciaram a sua primeira prática curricular cuidando de pacientes no final da vida. A entrevista possibilitou “mapear práticas, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos delimitados” (DUARTE, 2004). Permite conhecer como cada sujeito percebe e significa sua realidade a partir das suas experiências. A mesma autora coloca que entrevista é trabalho e não só conversa de cozinha, necessita de planejamento, e objetivos definidos tais como; A) definição do objetivo de pesquisa; B) conhecimento sobre o contexto da investigação; C) introjeção do pesquisador no roteiro de entrevista; D) segurança e auto-confiança; E) algum nível de informalidade, porém sem perder os objetivos da pesquisa.

Ainda, a entrevista implica extrair depoimentos que extraem o que é subjetivo e pessoal dos informantes e permite pensar na dimensão coletiva, compreendendo assim, a lógica das relações que se estabelecem (e que se estabeleceram) nos grupos sociais em um determinado tempo e lugar (DUARTE, 2004). Ou seja, nesta dissertação a primeira prática curricular cuidando de pacientes no final da vida é uma experiência coletiva que vai além da vivência pessoal, concordando com Sade et. al.(2013). Este mesmo autor traz a contribuição de F. Guattari que diz que a experiência coletiva se faz a partir da transversalidade, que se distingue da horizontalidade (que organiza corporativamente os iguais) e da verticalidade (que hierarquiza os diferentes).

Nesta perspectiva, é possível pensar que a entrevista coletiva foi capaz de

colocar lado a lado os diferentes, criando uma dinâmica de diferenciação que permitiu que experiências ganhassem caráter processual, transformando-se sem se anularem nem se fecharem em perspectivas totalizantes. (SADE et.al., 2013)

Aproveitando Sade et.al. (2013), a entrevista pode ser capaz de cultivar uma experiência compartilhada que promove a abertura e transversalização das formas pessoais que assume. Ou seja, nesta dissertação, a entrevista foi capaz de intervir e cultivar a experiência dos estudantes de enfermagem cuidando de pacientes no final da vida, a partir da produção e coletivização das questões e promovendo agenciamentos por meio das vozes daqueles que até então estavam inaudíveis.

Este mesmo autor traz a entrevista de explicitação, a qual é uma referência para o manejo de entrevista voltada para o acesso da experiência. Esta técnica possibilita a verbalização minuciosa de ações, é a descrição das experiências, é o *como*. Esta maneira de realização de entrevista é não-diretiva, pois utiliza de técnicas de relance que busca evocar a experiência concreta com questionamentos amplos. Nesta dissertação, as entrevistas foram impulsionadas por técnicas que possibilitaram a abertura das falas, das temáticas como demonstrado no apêndice I.

A escolha pelo método da entrevista se deu pela dificuldade de realização de grupo focal, o qual foi a primeira tentativa de técnica de produção dos dados. Porém, devido ao número reduzido de participantes na pesquisa e a participação de um observador optou-se por realização da entrevista coletiva. Quanto à inserção dos sujeitos na pesquisa, as/os estudantes que obedeciam aos critérios de inclusão foram convidados por *e-mail* (APENDICE II), sendo esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa. O acesso aos *e-mails* das/o participantes foi fornecido pela professora da Disciplina Enfermagem no Cuidado do Adulto I, a qual é responsável pela orientação deste trabalho, além dos dados contidos no Sistema UFRGS da Graduação, mediante anuência da Comissão de Graduação (COMGRAD) (ANEXO B) e parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS sob o CAAE nº 55858316.2.0000.5347 (ANEXO C).

Após definida a data dos encontros e a concordância dos participantes, foi informado por meio eletrônico a data, horário e local dos 4 encontros semanais (APENDICE III). No 1º encontro, três participantes aceitaram e compareceram assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (ANEXO A). Assim, foram observados os princípios bioéticos que o fundamentam em todo processo de pesquisa, a saber: o da voluntariedade, o da autonomia, o da beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013).

Já na primeira entrevista, foi visível a dificuldade dos participantes em organizar seus horários para os encontros seguintes. Diante desta problemática, foi necessário reorganizar (ANEXO III) as datas e o horário das próximas entrevistas, o que possibilitou a participação de mais uma aluna. A partir desta nova organização ficou estabelecido o acordo da organização das entrevistas coletivas(ANEXO IV).

Desse modo, foram realizados quatro entrevistas coletivas previamente agendadas, em horário oportuno para os participantes da pesquisa, realizando-se na sala 107 da Escola de Enfermagem da UFRGS, que foi disponibilizada e organizada para tornar-se um ambiente calmo, tranquilo, arejado e confortável, evitando interrupções e constrangimentos. Assim, a partir da 2ª entrevista houve a inserção de mais uma aluna, totalizando quatro participantes. As entrevistas foram gravadas em um aparelho áudio digital, visando à manutenção da integridade das falas e a privacidade dos participantes que serão identificados por letras e números sequenciais das falas (S1, S2, S3 e S4), sendo a letra S representativo de Sujeito e a letra M referente a moderador. Após a gravação o material foi transcrito para análise, permanecendo sob a responsabilidade da pesquisadora.

Para análise dos dados, foi utilizada a análise do discurso proposta por Foucault que explicita a íntima relação entre discurso e poder, além de possibilitar as várias e complexas formas de investigar as “coisas ditas”, o autor propõe que, antes de iniciar a leitura do material, é necessário ausentar-se de explicações únicas e interpretações fáceis e evitar a busca por sentidos únicos e últimos no que está sendo (re)visto (FOUCAULT, 2013).

Após a leitura da produção teórica de Michel Foucault, deu-se início a leitura analítica do material a ser estudado. Nesta arqueologia das palavras ditas, dos discursos procurei signos que designam coisas e essas coisas é que serão e precisam ser descritas. Ser arqueólogo, para Foucault é libertar-se de todo um jogo de noções que diversificam o tema da continuidade. É necessário aquietar-se diante de certos recortes ou agrupamentos familiares do discurso, pois eles próprios são categorias reflexivas, regras normativas e princípios de classificação. Porém, as unidades (no caso, as discursivas) que mais precisam ser deixadas em suspenso são as dos livros e das obras. (FOUCAULT, 2013). Na perspectiva de analisar os discursos que são ditos e escritos, Foucault remete à análise do enunciado, dito como uma função que “atravessa” a linguagem (FISCHER, 2001), pois é a linguagem que revela uma característica importante dos discursos, e é atividade própria do homem.

O ser humano precisa comunicar-se, trocar experiências, estabelecer vínculos sociais, é a materialidade objetiva a qual está submetido, que dá sentido à sua produção intelectual, sendo esta transmitida pela linguagem (AZEVEDO, 2013). O que se fala ou o que se

manifesta por expressões verbais e que são escritas em cartas, papéis, manuscritos ou transcrições constitui o imenso formigamento de vestígios verbais que um indivíduo deixa em torno de si (FOUCAULT, 2013).

Outro aspecto a ser considerado na análise dos dados é o que Foucault chama de precaução: renunciar a dois temas que estão ligados um ao outro e que se opõem. Ou seja, é preciso renunciar aos temas que garantem a infinita continuidade do discurso e sua secreta presença no jogo de uma ausência sempre reconduzida. Nesta perspectiva, é importante acolher cada momento do discurso, é preciso tratá-lo no jogo de sua instância (FOUCAULT, 2013).

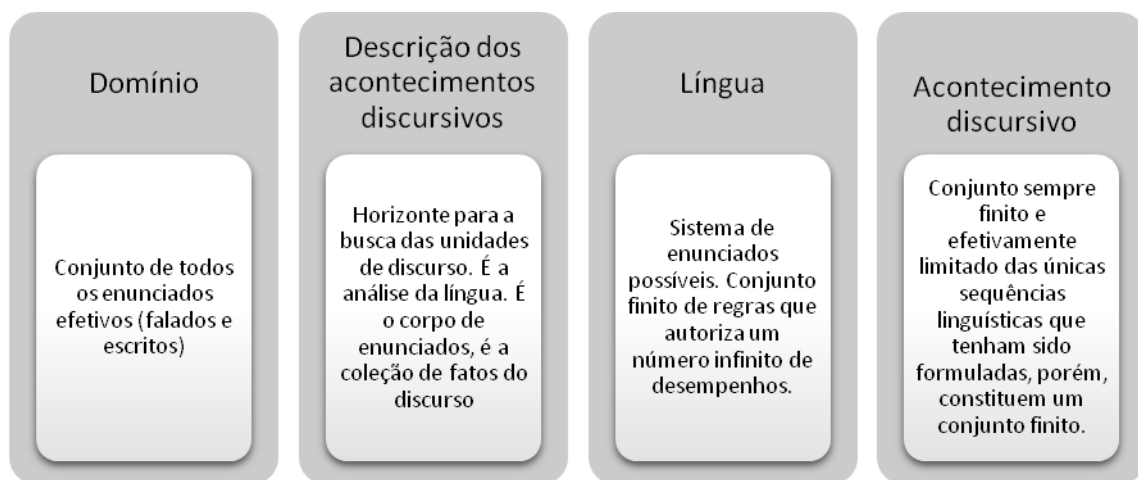


Figura 1 Ilustração dos principais elementos do arqueólogo em Arqueologia do Saber (FOUCAULT, 2013).

Abstraídas ou suspensas todas essas condições para análise dos dados, é importante conhecer alguns conceitos de Foucault que elucidam as “maneiras de olhar” para o *corpus* desta dissertação. A primeira é **domínio** que se refere ao conjunto de todos os enunciados efetivos (falados e escritos) que estão dispersos em acontecimentos e instâncias particulares. Para alcançar este domínio é necessária uma *descrição dos acontecimentos discursivos*, na qual tem-se as unidades de discurso. Abaixo, a Figura 1, ilustra os principais elementos que configuram as ações do arqueólogo pesquisador, proposta por Foucault, na sua obra *Arqueologia do Saber* (2013): O enunciado, nesta perspectiva, cruza domínios de estrutura e de unidades possíveis e faz com que estas apareçam no tempo e no espaço e permitem entender por que alguns enunciados foram construídos em determinado lugar e história, enquanto outros não o foram. O conhecimento destas estruturas que compõem a descrição do discurso justifica a oposição desta com a história do pensamento, porque um sistema de pensamento não é um conjunto definido de discursos. Esse possui enunciados próprios, a intenção do sujeito falante, a atividade consciente, o que se “quis dizer”, o jogo inconsciente

que emerge involuntariamente. Nesta perspectiva, trata-se de reconstituir outro discurso, de descobrir a palavra muda, murmurante, inesgotável (FOUCAULT, 2013).

Estes discursos irão constituir unidades que se distribuem em conjuntos e esses caracterizarão o sujeito do diálogo em seu tempo e espaço. Essa temporalidade mostra a “possibilidade de discursos”, os quais são sobretudo históricos e finitos e, necessariamente da relação discursivo e não-discursivo. Desta maneira, não se deve distanciar o discurso da história, o que caracteriza sua condição de emergência (FOUCAULT, 2013).

Na análise de discurso

“trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui” (FOUCAULT, 2013, p. 31).

Diante da Resolução 466/2012 e considerando que toda pesquisa possui risco, cabe ressaltar a possibilidade de, em algum momento, determinado assunto poderia gerar desconforto (choro, angústias, emoções) por mobilizar sentimentos e lembranças desagradáveis aos participantes durante as entrevistas coletivas. Os benefícios da pesquisa serão indiretos para os futuros alunos que participarem da disciplina e leitores dos artigos da revista a serem publicados, além de contribuir com modificações/transformações e reflexões sobre o processo de formação na Enfermagem. Acredita-se que os participantes da pesquisa foram privilegiados pelo crescimento pessoal e profissional por compartilharem experiências que envolveram seu processo de ensino e de aprendizagem.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi cadastrado na Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ) da UFRGS, sendo preenchido o formulário para serem registradas as informações do projeto. Após a conclusão do registro, o projeto foi enviado à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem que o avaliou e o encaminhou para Comissão de Ética (CEP). Foi solicitado pelo CEP, a anuência do Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD) (ANEXO B). O registro do projeto com o Protocolo do Projeto de Pesquisa foi encaminhado para a análise do CEP/UFRGS, através da plataforma Brasil, com a documentação solicitada e assinada pelas pesquisadoras.

Após a aprovação do CEP/ UFRGS (ANEXO C), foi iniciada a coleta de dados da pesquisa. Além disso, é fundamental destacar que o conteúdo das informações coletadas, assim como a identidade das participantes, será mantido em absoluto sigilo, utilizando-se sucessivamente (S1, S2, S3, S4.) correspondente a inicial da palavra Sujeito, seguida de um

número, durante todas as etapas da pesquisa, objetivando preservar a confidencialidade dos sujeitos da pesquisa, conforme disposto no TCLE (ANEXO A).

Os excertos das falas dos participantes da pesquisa foram modificados e adequados para a linguagem escrita, considerando as diferenças entre a linguagem falada e a linguagem escrita. Diante disso, Garcez (2014), conceitua a grafia modificada como a permissão da leitura acessível (o que estabelece uma organização ortográfica) e registro próximo da elocução vocalmente proferida. Na perspectiva da grafia modificada, o leitor das transcrições não infere conceitos injustificados ou a impressão negativa diante das falas dos participantes. Ou seja, ainda, os fragmentos das falas estão apresentados de maneira que o leitor contextualize e valorize a temática em questão possibilitando o entendimento das vivências e não um julgamento do modo de falar dos integrantes do Grupo Focal.

No que se refere às entrevistas coletivas participaram quatro estudantes (três alunas e 1 aluno) do 8º semestre do Curso de Enfermagem da UFRGS. A faixa etária dos participantes variou entre 21 a 33 anos, sendo que nenhum deles trabalha, são apenas estudantes. Como atividade paralela à trajetória acadêmica, está o desenvolvimento de ações como bolsistas de iniciação científica e atividades de voluntariado em Atendimento de Urgência e Emergência. Relembro que foram realizadas quatro entrevistas coletivas, as quais foram organizadas da seguinte maneira:

Na primeira^a entrevista, três participantes (duas alunas e um aluno) aceitaram e compareceram, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (ANEXO A), no qual foram orientados quanto aos riscos e benefícios da pesquisa e quanto à possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo, conforme as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos Resolução - CNS 466/2012. Nesta entrevista foi estabelecido o acordo (APENDICE IV), no qual foi acordado a mudança de horário dos próximos encontros, possibilitando a participação de mais uma aluna no grupo. posteriormente, deu-se início à atividade do encontro que teve por questão norteadora: **Como foi a vivência de cuidar de pessoas no final da vida?**

A segunda entrevista 2º encontro teve a participação de quatro alunos (três alunas e um aluno), os quais permaneceram até o último encontro. As perguntas norteadoras do 2º encontro foram: **Como vocês lembram dos profissionais da Enfermagem diante das situações de morte? Como foi a vivência com estes profissionais? E com os pacientes?**

Na terceira entrevista 3º encontro, foram utilizadas imagens como técnica de disparo das discussões para que despertassem opiniões ou manifestações acerca do que estava sendo visto, inspirado na obra de Foucault (2014) intitulada Isto não é um cachimbo. As imagens

representavam processos de ensino e aprendizagem sobre a morte, além de pacientes em final de vida, em processo de morte. Esta estratégia disparadora de reflexão e discussão da entrevista possibilitou a lembrança visual de ações que envolveram as práticas nas aulas de anatomia e no laboratório de Enfermagem, vivenciados durante suas trajetórias acadêmicas. As imagens apresentadas foram as seguintes:

Imagem 1 – “Pés no necrotério”



Fonte: Google, 2016.

Imagem 2 – “Atendimento de urgência”



Fonte: Google, 2016.

Imagem 3 – “Aula de anatomia”



Fonte: Google, 2016.



Imagem 4 – “Aula com simuladores”

Fonte: Google, 2016.

Imagem 5 – “Apoio ao familiar”



Fonte: Google, 2016

Imagem 6 – “Criança frágil”



Imagem 7 – “Idoso frágil”



Fonte: Google, 2016.

Imagem 8 – “Doutores da alegria diante da doença”



Fonte: Google, 2016.

Por fim, na 4ª entrevista, a atividade disparadora foi motivada pela obra *As palavras e as coisas*, de Foucault (2007). No grupo, esta atividade foi organizada a partir da solicitação de um número aleatório de 1 a 10, sendo que cada número possuía uma palavra na qual era visualizada em *Power Point* para o grupo. A escolha das palavras estava relacionada com o que foi dito nos encontros anteriores, gerando as falas, as reflexões e as discussões. O item 10 foi a escolha de uma palavra que possuía sentido para o participante e/ou grupo. As palavras

escolhidas para este encontro foram:1. Cuidado; 2. Enfermagem; 3. Morte; 4. Educação; 5. Anatomia; 6. Família; 7. Vida; 8. Corpo(s); 9. Cuidado paliativo; 10. Uma palavra escolhida.

5. APRENDENDO A SER TRABALHADOR

Este tópico é a apresentação, análise e discussão dos resultados dos encontros do Grupo Focal. Para uma melhor explanação da análise dos discursos, elaborei a Figura 2, a seguir, a qual ilustra como foram construídos os marcadores discursivos, utilizando os conceitos de Foucault, a partir das falas dos participantes:

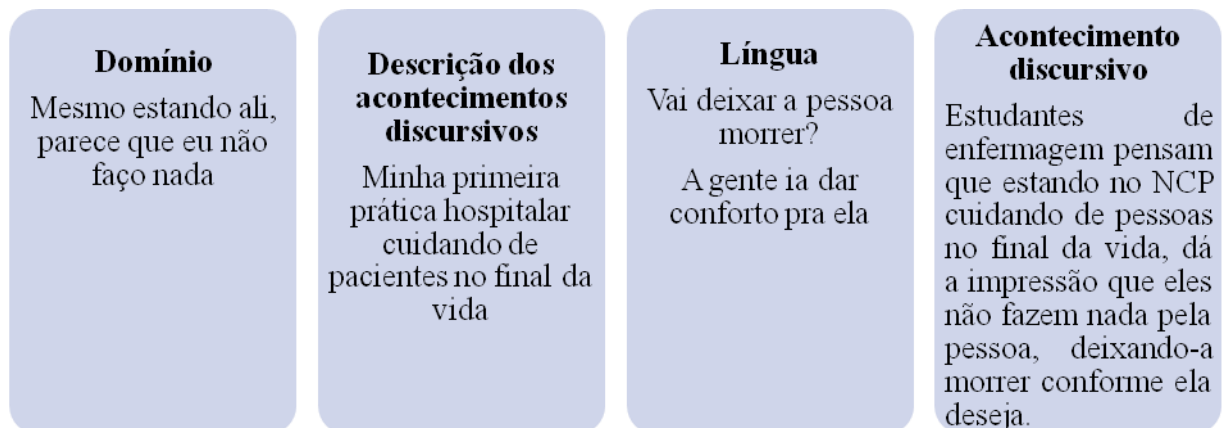


Figura 2 Ilustração da analogia dos conceitos de Foucault com os discursos dos participantes da pesquisa e o Marcador 1.

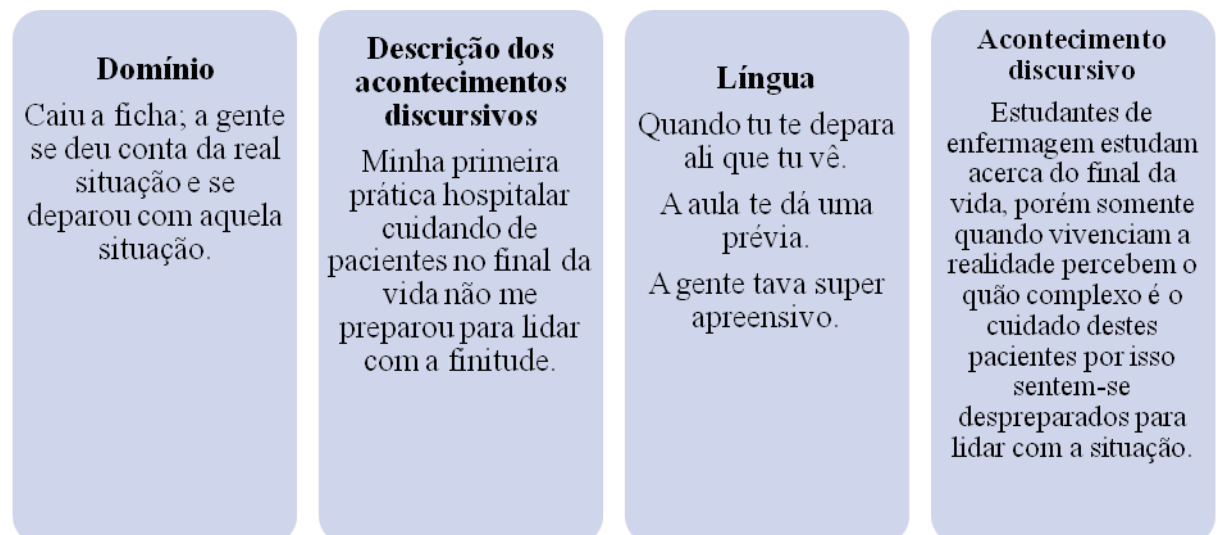


Figura 3 Ilustração da analogia dos conceitos de Foucault com os discursos dos participantes da pesquisa e o Marcador 2.

A partir deste percurso arqueológico é possível organizar a categoria – *Aprendendo a ser trabalhador* que foi construída a partir de duas ideias principais chamadas de marcadores que surgiram dos discursos dos sujeitos: *Mesmo estando ali, parece que eu não faço nada* e

Caiu a ficha, as quais representam a trajetória dos estudantes nessa experiência de aprendizagem, o cuidado de pessoas no final da vida. Essa categoria foi assim denominada a partir da obra de Paul Willis (1991) intitulada *Aprendendo a ser trabalhador: escola, resistência e reprodução*. Tal obra é fundadora do que veio a se conhecer como Estudos Culturais ingleses sendo tida como ruptura da teoria da reprodução, inaugurando a teoria da resistência. A teoria da reprodução é a aquela em que “a escola seleciona e interioriza valores que colaboram para o processo capitalista”, no qual, o aluno é passivo e a escola ativa. Enquanto na teoria da resistência, “o aluno é sujeito que possui posicionamento próprio frente ao processo educativo” (CASTRO e SILVA, 1999). Paul Willis, antropólogo, desenvolveu no *Center for Cultural Studies Contemporary (CCSC)* da Universidade de Birmingham este trabalho que consistiu em uma etnografia da escola com jovens masculinos pertencentes à classe operária inglesa (MAIA, et.al.,2000).

Nessa obra, Paul Willis ampliou seu olhar sobre a educação. Por meio da análise marxista construiu uma crítica às teorias estruturalistas da reprodução, onde evidencia as formas de acomodação dos operários burgueses como resistência ao sistema capitalista (MAIA, et.al., 2000). Willis analisa as vozes dos sujeitos apontando como as escolas, a indústria e os comportamentos sociais interferem nas condições e organização do trabalho. No caso desta dissertação considero o papel da universidade, do hospital, da equipe de enfermagem, dos estudantes de graduação em enfermagem e dos pacientes no final da vida como interventores no processo de aprendizagem do cuidado com pacientes diante da morte.

Mesmo empregando o referencial pós estruturalista e os Estudos Culturais pensei ser possível aproximar as ideias de Paul Willis com as vozes dos estudantes participantes da pesquisa, no sentido de avaliar como estudantes de graduação em enfermagem aprendem a ser trabalhadores. Penso que durante as experiências práticas, alunos e alunas dão sentido às suas vivências e desenvolvem determinadas atitudes profissionais que conformariam uma certa identidade profissional. Pensar no que faz sentido para o sujeito possibilita estabelecer uma mediação entre ele e si mesmo, o que Larrosa denomina de experiência de si, onde o sujeito “se decifra, se interpreta, se descreve, se julga, se narra, se domina, quando faz determinadas coisas consigo mesmo” (LARROSA, 1994, p.42). Exemplo é a fala quando S2 descreve a sensação de ver as doenças e não o paciente:

– “No turno da Professora daí, eu não, não é que eu não queria, não era a professora que eu tinha escolhido porque eu não conhecia ela, fez eu conhecer, mas assim, eu estava bem ansioso para iniciar o estágio, para conhecer os pacientes, as doenças e, porque eu não sou tanto da parte psicológica assim, da parte de conversar, de, não era uma das coisas que eu gostava de fazer, gostava de ver as características da doença, era ver a

doença, não o paciente. E aí, eu lembro do meu primeiro paciente, nunca eu vou esquecer, eu acho, na minha vida, o nome dele era João e ele tinha um câncer lá, não lembro qual era assim”. (S2)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 19/08/2016)⁵

Nesta fala o sujeito se descreve e se narra (não sou da parte psicológica, de conversar), se decifra e refere aquilo que não irá esquecer (nunca vou esquecer). Seguindo o raciocínio de Larrosa na obra *Experiencia y alteridade em educación* (2009), a morte de alguém é fato igual para todos, porém a experiência da morte, a maneira como se vive é em cada caso diferente, singular, o que permite pensar que cada um vive e não vive a mesma morte. Nessa mesma obra, Larrosa nos permite refletir sobre a: experiência e seus princípios o que, de maneira breve, será ilustrado abaixo:

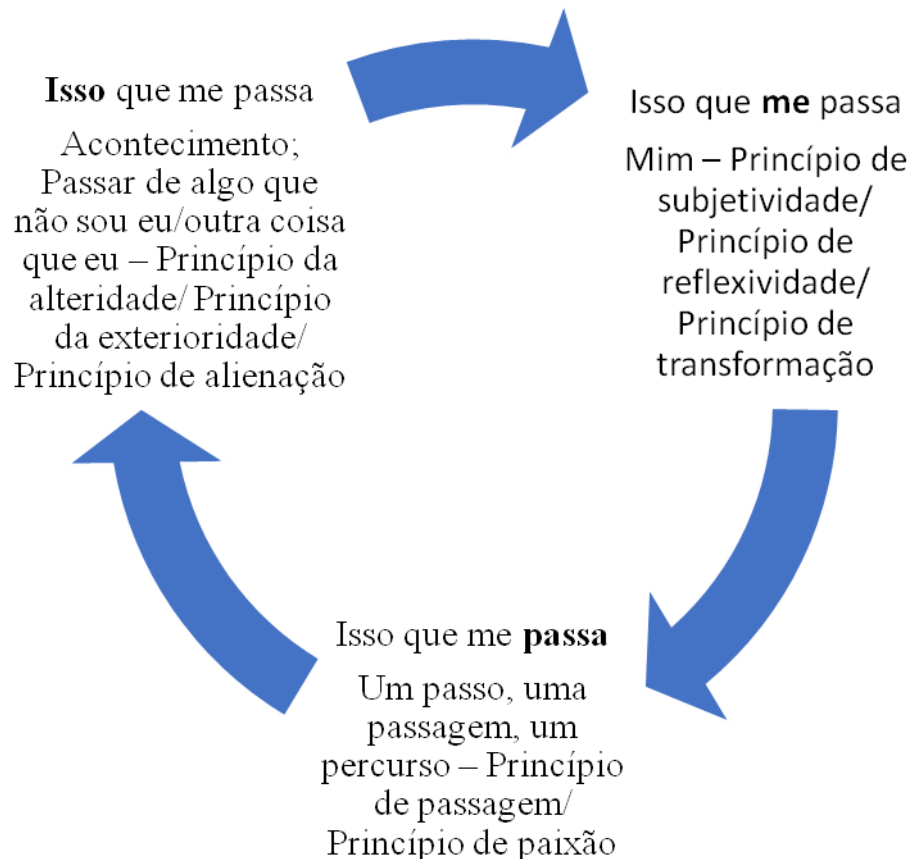


Figura 4 - Representação cíclica das dimensões da experiência explanada pela frase *Isso que me passa* inspirada em Larrosa (2011).

A Figura 3 está representada de maneira cíclica por entender que a morte é experiência singular vivida de maneira distinta por cada sujeito. No que se refere à esta dissertação e ao caminho percorrido pelos estudantes é possível realizar uma analogia a partir da frase *Isso que me passa*. A palavra *Isso* seria a prática no Núcleo, a palavra *me* refere-se aos momentos que

⁵ Os excertos das falas dos participantes serão apresentados em recuo de 4 cm conforme Norma da ABNT 10520 (2002), possuirão aspas e travessão terão fonte 11, o que diferencia das citações.

“mexeram” com os estudantes. Utilizo “mexeram” pois Larrosa (2011) fala em movimento de ida e volta, ou seja, o que afeta, *me* afeta, *me* passa. E a palavra *passa*, que corresponde à passagem do eu singular para a exterioridade, constituindo o movimento de ir e vir, o que muitas correntes na educação consideram aprendizagem, formação ou educação. Para ser fiel ao pensamento de Larrosa, o sujeito da formação não é sujeito da aprendizagem e nem da educação é sujeito da experiência. Exemplo disso, são as falas dos estudantes sobre suas experiências com a equipe de enfermagem e as situações que vivenciaram cuidando de pacientes no final da vida

- “A gente conseguia manejar situações. (S2)

– É, eles(técnicos de enfermagem) já tão acostumados com isso, então pra eles é mais fácil de nos ensinar a como lidar com isso. Tanto com a morte, com a situação em si, eles nos ensinaram como lidar melhor com isso, e técnicas assim, enfim, técnicas assistenciais, eles tinham muita paciência para nos ensinar as coisas assim. A gente estava no nosso primeiro estágio, chegando ali, tinha coisas complexas para se fazer, que a gente nunca tinha feito nada, nem da mais complexa, nem da mais simples, então eles nos ajudaram, com paciência, nos explicavam. E essa coisa assim de nos ajudar a entender todo esse momento da vida assim, foi bem importante, porque as duas técnicas que a gente passou ali, elas estão ali, sei lá, 150 anos (risos), então elas sabem muito e nos ajudaram muito mesmo. (S1)

– E o que elas ensinaram para vocês? (M)

– Eu lembro que a gente ficou maravilhado quando a gente viu elas dando banho de leito em cinco minutos (risos), em um paciente acamado, naquela situação toda. Eu lembro que a gente ficou: “Nossa!” super impressionada “Jamais faremos alguma coisa assim”. (S4)

– A Sujeito 4 falou isso porque o primeiro banho de leito que eu dei foi lá nessa Unidade que eu levei quase uma hora para fazer, estava eu, a monitora e não sei se tinha mais alguém junto. (S3)

– O colega. (S4)

– O colega, né? Parece que foi assim, tipo quase uma hora (risos), foi. A gente desesperada, porque estava preocupada com a paciente para não ficar movimentando ela, mexendo muito, porque também é uma situação desconfortável, né? (risos). Eu lembrei. Foi terrível, foi uma hora. Mas eu acho assim, elas tinham uma sincronicidade, as técnicas, sabe? Elas trabalham já, juntas há muitos anos, então elas tinham uma sincronicidade, elas se olhavam, elas já sabiam o que uma estava pensando sabe? Para o que tinha que fazer ali, assim, então elas tinham uma agilidade para poder fazer tudo, não só o banho de leito mas para os cuidados de uma forma geral ali, elas estavam ali. Estavam bem inseridas, há muito tempo lá (risos). Então isso daí, elas conseguiram passar pra gente muita coisa com aquela calma que elas tinham, com a tranquilidade de fazer tudo. Eu acho que isso naquele momento foi muito importante pra gente, da gente ter aquela ansiedade de tá começando, de tá com medo, de estar mexendo com medicação. Ali eles usam muita morfina e morfina não é uma coisa assim simples de se usar, que se tu erra alguma coisa pode dar uma complicação. Então tudo elas explicavam, tudo. E apavoraram um pouquinho: “Não gente, morfina tem que diluir assim, assim, tem que tirar”. Então, tu fica muito apavorada com aquilo né, com, tem que prestar muita atenção, por mais que tu saiba o que tu tá fazendo. Checa duas, três, quatro vezes, quinhentas vezes, mas tu fica inseguro, por ser a primeira vez que tu tá lá, que tu tá lidando com

medicamento, que não é qualquer coisa, não é uma dipirona, sei lá. Então, por várias coisas assim, aquela tranquilidade delas, elas sempre sorrindo, nunca vi de cara feia, sempre rindo, sempre com alto astral, e brincava com a gente, deixava a gente a vontade. Acho isso muito importante para dar o apoio que a gente precisava ali, naquele momento, acho que foi muito bom”. (S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

É possível perceber que quando a experiência *passa*, o sujeito se percebe, se nota, se narra, se vê, ele exterioriza o que está *passando* por ele, como demonstrado pelos fragmentos acima e, novamente, a maneira como os estudantes comentam suas angústias (jamais faremos uma coisa assim), seus medos (mas tu fica inseguro) diante das incertezas na prática hospitalar. A equipe de enfermagem representa um elemento dessa *passagem*, por atitudes, gestos, discursos, humor, o que possibilita novamente a exteriorização da experiência.

MARCADOR 1 – MESMO ESTANDO ALI PARECE QUE EU NÃO FAÇO NADA

Explorando os princípios da experiência de si, começando pelo princípio da alteridade/ exterioridade/ alienação, é o que pode ser chamada de “prática de si”, na qual o sujeito utiliza práticas discursivas e não-discursivas para conhecer ou experienciar os acontecimentos da vida. Por isso, vivenciar a primeira experiência em estágio curricular na Enfermagem cuidando de pacientes no final da vida, remete à ideia – *Mesmo estando ali parece que eu não faço nada*. É possível pensar que a primeira impressão dos estudantes cuidando de pacientes no final da vida é da impossibilidade de fazer enfermagem, de realizar cuidados. Pois ocorre uma ruptura de discursos, daqueles direcionados a “salvar vidas”, “de fazer algo para a manutenção da vida”, enquanto no final da vida, de acordo com a filosofia dos cuidados paliativos, as ações de enfermagem voltam-se para cuidar da vida que está morrendo. Exemplo disso, são as seguintes falas:

- “Então para mim, eu lembro que era muito difícil aceitar, como assim, eu estou aqui no primeiro estágio e é uma Unidade que as pessoas vem para morrer, ninguém vai fazer nada, se tiver uma parada, ninguém vai fazer nada, sabe? Então, era difícil pra mim, aceitar isso, porque a gente que meio, eu lembro da gente comentar isso enquanto grupo que parece que desconstruía tudo que a gente tinha aprendido até agora, de que a gente aprendeu a cuidar das pessoas, a dar o melhor da gente para elas, a cuidar, a intervir e daí, agora a gente não ia mais intervir, entendeu, a gente ia dar conforto para elas, se alguma intercorrência acontecesse, a gente não ia fazer nada, então era difícil pra mim aceitar isso, sabe? (S1)

- A gente entra na faculdade e a gente durante um certo período é o que a gente tem em mente e de repente tu cai ali dentro que nem a S1 falou numa situação que tu não vai poder fazer muito por aquelas pessoas, que ali não têm um tratamento, que ali não têm uma cura, que não têm... e daí tu pensa:

“Meu Deus, e agora? O quê que a gente pode fazer aqui? O quê que a gente pode ajudar?” Aí tu entende esse outro lado, do conforto, do..., desse..., de um lado que a gente não tá, a gente não é treinado, a gente não é preparado para lidar, a gente não é preparado para lidar com a morte em nenhum momento da faculdade, a gente tá preocupado ..., a gente se prepara para lidar com o nascimento, a gente se prepara para lidar com uma pessoa que se recupera, sai de uma cirurgia e a cirurgia vai bem ou por mais que dê algum problema, a gente lida com aquilo ali e sei lá, alguma forma que tu vai ajudar a resolver, mas tu não é preparado para tu lidar com a perda, tu não é preparado para lidar com a morte, em momento nenhum”.(S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 16/08/2016)

Voltemos ao princípio da alteridade da experiência de si, também chamado por Larrosa (2011), princípio da exterioridade e da alienação. A palavra exterioridade remete a *ex/terior*, *ex/trangeiro*, *ex/tranheza*, *êx/tase*, *ex/ílio*, ou seja, não existe experiência sem o surgimento de algo ou alguém exterior a si próprio, estranho, fora de mim mesmo, que não pertence ao meu lugar, que não faz parte de mim, que não está no lugar que eu estou. Este comentário quanto ao princípio da alteridade justifica o estranhamento dos estudantes ao chegarem no Núcleo, no qual não poderiam fazer nada (o quê que a gente pode ajudar?), enquanto eles gostariam de fazer algo que aprenderam na formação relacionado à recuperação e manutenção da vida das pessoas (a gente se prepara para lidar com o nascimento, a gente se prepara para lidar com uma pessoa que se recupera).

E por que os alunos pensavam que não poderiam fazer nada? Pensar sobre a educação implica construir uma determinada autoconsciência pessoal e profissional que sirva de princípio para a prática, de critério para a crítica e a transformação da prática, e de base para a auto-identificação do professor (LARROSA, 1994) ou dos estudantes, como no caso desta pesquisa. Esta identificação com o aprendizado, iniciou a partir da escolha do campo prático que representava o encontro com o processo de morte e morrer, demonstrado nos relatos:

- “E os pacientes que vocês acompanharam ficaram do início ao fim? (M)
- Ninguém morreu. Eu lembro que ninguém morreu (risos). (S4)
- Ninguém morreu. (S2)
- E a gente ficou bem chateado porque ninguém morreu. (S4)
- Eu fiquei aliviada. (S3)
- Ah..., eu fiquei chateada, eu queria ter visto (risos). (S4)
- É” (risos). (S2)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Nas vozes dos estudantes é possível identificar a experiência de si no princípio da alteridade, pois Larrosa (2011) diz que na experiência, a exterioridade do acontecimento não deve ser interiorizada, ou seja, a experiência não reduz o acontecimento, mas o sustenta como irreduzível (eu lembro que ninguém morreu). Novamente, os estudantes vivenciaram a morte e

sua circunstância técnica, prática de cuidar, de observar, de ver os acontecimentos, de passar pelos cenários para aprender como se cuida. As preocupações e anseios direcionavam-se às habilidades da técnica, da competência do fazer, do domínio de saber como fazer e como agir, o que foi relatado novamente na fala e lembrança de S4,

– “Assim, pode me contar o que vem de lembrança mais forte que tu vivenciaste lá, que tu viveste mesmo no Núcleo, por exemplo, o pessoal relatou do primeiro paciente, como que foi fazer a primeira técnica. Agora vocês já estão falando de outras técnicas que vocês fizeram. (M)

– Eu lembro que o que me marcou bastante que eu não tenho como não associar ao Núcleo foi a hipodermóclise, que foi, acho que foi o, um dos primeiros procedimentos que eu fiz, que eu fiquei super empolgada para fazer e é totalmente diferente. A gente não tem mais contato com esse tipo de procedimento nas outras Unidades. Então acho que foi muito legal, foi uma oportunidade assim, realmente única, porque acho, acredito que não vá, vai fazer de novo. Então, eu sei que eu sempre lembro deste procedimento quando eu vou me referir aos Cuidados Paliativos”. (S4)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

No excerto acima, a estudante relata o que marcou no Núcleo, o acontecimento de aprendizado técnico (hipodermóclise) que lhe causou estranhamento e a oportunidade de vivenciar e desenvolver habilidade técnica que caracteriza o trabalhador de enfermagem no cenário de cuidado. Ainda, a passagem pelo Núcleo oportunizou a experiência de realizar algo que em alguns lugares é raro de acontecer ou de ser realizado pela enfermagem (eu não tenho como não associar ao Núcleo a hipodermóclise). A partir desses conceitos encontrados é que a palavra vivência utilizada no objetivo e na pergunta de pesquisa desta dissertação foi modificada por experiência.

Larrosa (2011) diz que quando a experiência *me* passa, temos o princípio da subjetividade ou princípio da reflexividade ou princípio da transformação, pois o lugar da experiência sou eu, em mim que se dá a experiência. Novamente, nas minhas palavras, nas minhas ideias, nos meus projetos, nas minhas intenções e no caso desta dissertação, nas vozes dos estudantes de enfermagem como demonstrado abaixo:

- “Foi assim, eu acho que gerou um pouco de ansiedade porque é uma situação assim, que a gente não tá acostumada a se deparar, tu lidar com pessoas que já não tem uma expectativa, que eles estão ali já e meio já tem alguma coisa assim, como, já não tem, alguns deles já não tinham muito tempo mesmo. E a gente teve uma senhora que a gente criou até um vínculo muito legal com ela, que a gente conversava com ela, e ela era muito querida com a gente, e ela ficava muito feliz quando a gente entrava no quarto, conversava. Então, assim tu crias esse vínculo, mas tu sabe que aquilo ali, claro com as outras pessoas que a gente vai encontrar e que também não estão nesta situação de terminalidade, mas ali a gente sabia que a situação dela, como eu posso dizer, que ela não ia durar muito tempo naquela condição que ela estava. E.., mas assim, naquele momento que a gente estava ali com ela, pelo menos eu, eu conseguia abstrair esta situação, de não pensar que isso logo chegaria num fim para ela e aproveitava assim, eu

consegui ficar, como eu poderia dizer..., eu posso dizer assim, não sei se é a palavra certa dizer, e aproveitava, mas eu aproveitei bem aquela oportunidade que eu tive, de estar com ela, de aprender com ela, porque é uma situação, que era como tu falou é nosso primeiro estágio, a gente está aprendendo. Infelizmente é assim que funciona, a gente aprende com o outro, mesmo naquela condição que está, e eu acho que foi um aprendizado muito rico, e, até a, a gente estava na época com uma monitora que era também muito boa, que gostava muito dessa área, a monitora que está para fora, agora está na França”. (S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 16/08/2016)

O princípio da reflexividade na experiência de si é a representação do pronome reflexivo *me* na frase “Isso que *me* passa” que para Larrosa (2011) a experiência supõe um movimento de ida e volta, ou seja, ida porque a experiência sai de mim e de volta quando me afeta, produz efeitos em mim. No caso de S3, a vivência no Núcleo causou o movimento quando ela relata que “aproveitava, aproveitei a oportunidade...”. Nesta oportunidade de vivenciar o cuidado de pacientes no final da vida, o princípio da subjetividade é circunstância única, singular, que cada um faz sua experiência, na sua possibilidade, na sua capacidade de permitir o movimento de ida e volta da experiência. Quando é permitida essa ex/posição, ocorre o “princípio da transformação”, o que Larrosa (2011) diz que é a transformação das ideias, dos sentimentos, das representações e de sua própria transformação, como pessoa.

No caso dos estudantes de enfermagem, a transformação começa quando se vivencia o cuidado de pacientes no final da vida, seja pelo vínculo, pela realização da técnica, da primeira vez, do primeiro contato, como demonstrado na fala de S1 abaixo:

- “Não, eu lembro dessa senhora que foi nosso primeiro contato mesmo assim, sabe. A gente já tinha ido, enfim, nos outros semestres em UBS, mas acho que as primeiras intervenções que a gente fez foi nas pessoas deste Estágio. Daí eu lembro de uma situação assim, que enfim com essa senhora que a gente criou um vínculo que tinha que esvaziar uma bolsa de colostomia, uma coisa assim, trocar, e daí eu pensava assim: “nossa, como eu vou fazer isso, sabe? Nunca fiz isso em ninguém, e elas já estão mandando eu fazer isso!” E a pessoa tá ali, naquela situação, tenho medo de machucar ela, tenho medo de enfim, eu tinha muito medo de assim, sabe? Não, medo da morte, ah, vai morrer na minha mão, mas eu tinha medo de fazer as pessoas sofrerem mais do que elas já estavam sofrendo. Então eu lembro que foi uma situação assim, foi estranha para nós. A gente nunca tinha feito uma intervenção, então, tá, trocar aquela bolsinha, esvaziar, o cheiro é desagradável enfim, mas a gente conseguiu fazer assim, sabe. Eu acho que a gente, assim, depois, pelo menos para mim, depois dessa primeira intervenção nessa senhora, eu pensei: “está, ok, eu consigo fazer essas coisas, eu consigo não fazer eles sofrerem entendeu, pelo contrário, eu consegui aliviar ela”, porque enfim, a bolsa estava inchada. Então, sei lá, pra mim foi tranquilo assim, conseguir fazer isso e ver que ela gostou da gente ter feito, mesmo sabendo, porque ela sabia que tinha um cheiro ruim, então ela perguntava por nós quando a gente não ia, porque tinha alguns dias da semana e nos outros não e daí, quando a gente chegava na outra semana,

diziam que ela tinha perguntado por nós e tal. Então, achei bem legal, sabe, a primeira, enfim, foi demais! As primeiras intervenções serem neste Campo, sabe, que a gente aprendeu não só a técnica, mas muito do psicológico assim, que a professora nos ensinou muito de como lidar com isso e aprender, enfim. É isso. (S1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 16/08/2016)

Larrosa (2011) diz que a experiência é que transforma o sujeito, ou seja, quando os estudantes vivenciaram os cuidados aos pacientes no final da vida foi que ocorreu a transformação em relação aos discursos acerca da enfermagem que envolvem a manutenção e recuperação da vida (eu tinha medo de fazer as pessoas sofrerem mais do que elas já estavam sofrendo). Com o auxílio de Larrosa é possível ir além, quando o autor afirma que o sujeito da experiência não é sujeito de formação, nem sujeito do saber, nem sujeito do poder, nem sujeito do querer. A experiência é resultado da transformação do sujeito da experiência (a gente aprendeu não só a técnica, mas muito do psicológico). Parece que nessa experiência ocorre o aprendizado, mudanças de comportamento, aquisições relacionadas ao cuidado de pessoas no final do vida.

Ouso colocar aqui, que o princípio da subjetividade, reflexividade, transformação seria a circunstância da experiência de si, que não se constitui como um “olhar interno”, um “olhar para o espelho” e, sim, reflete aquilo que o sujeito é, o que é externo aos olhos dele e aos olhos do outro. Essa analogia com o espelho foi possível após a leitura do artigo de Fischer (1999), que faz uma reflexão sobre as concepções de sujeito a partir de questões referentes à educação e a produção de subjetividade, na cultura contemporânea. E por que pensei no espelho e relacionei com o 2º princípio da experiência de si? Por entender que os estudantes, após vivenciarem o primeiro contato com pacientes no final da vida, olharam para si, ou seja, para o espelho e viram que o acontecimento os transformou, seja no discurso ou na maneira de pensar sobre a morte, sobre o processo de morrer. Porém, para que isso ocorresse foi necessário (re) conhecer ou (re)visitar outras vivências/conhecimentos que envolviam o final da vida para tornar a imagem do espelho compreensível, o que aparece no relato de S2,

“ – Ah, tá. Uma vez eu estava, eu nunca tinha visto alguém morrer, assim fresquinho, só o cadáver. Aí, eu estava fazendo o PICCAF⁶, estágio de férias, lá no Álvaro Alvim na internação clínica e daí no meu último dia, era noite, o meu turno, e aí eu estava na sala de lanche, lanchando com a enfermeira. Aí entrou a técnica e falou com a enfermeira: “Ah, eu acho que a paciente do leito tal faleceu”. E daí a enfermeira me olhou: “Vai lá, ver se ela faleceu”. Aí eu: “Como assim? E tu?” Daí ela: “Vai lá, vai ver o pulso, ver o pulso e volta aqui.” Aí eu fui lá, cheguei no quarto, não lembro se tinha

⁶ PICCAF – Programa Institucional de Cursos de Capacitação para Alunos em Formação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

familiar, ainda não tinha familiar, ou tinha e estava chorando no canto. Porque depois eu lembro da familiar chorando no canto. Aí cheguei lá, a mulher estava branca, nunca tinha visto alguém assim, branca, branca, amarelada, esverdeada, assim. Parada, dura, com o olho assim (arregalado). Daí eu cheguei lá, peguei no pulso e não tem nada, e eu voltei pra minha cozinha e falei pra enfermeira: “Olha, eu acho que morreu”. E daí, a enfermeira; “Tá, vou lá ver então”. Aí a enfermeira foi, daí ela chama a médica. Aí eu acompanhei o procedimento, este, da médica. A médica me explicou um pouco como era a parte administrativa, de óbito, essas coisa assim. E daí a gente voltou pra jantar. Pra terminar de jantar. (risos). Que eu estava com fome (risos). (S2)

- Risos (Todos).

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Voltemos a frase de Larrosa (2011) “é isso que me passa”, especificamente na palavra *passa*, que representa passagem, percurso, passo, ou seja, a experiência em sua escrita possui *per*, que pode ser caminho, viagem no radical indo-europeu. Aproveito esta contribuição de Larrosa acerca das palavras para também contemplar Foucault que estudou as palavras para entender os discursos nas obras *Arqueologia do Saber*, *A Ordem do Discurso* e *As palavras e as coisas*. Conhecer os sentidos das palavras é investigar a história e a cultura, lembrando que elas são fundamentais para entender o discurso. Nesse entendimento da experiência que me passa diante da morte, estudantes são levados a naturalizá-la no ambiente hospitalar, pois voltam “para terminar de jantar”, após identificar o óbito. Tal conhecimento constitui a experiência e o aprendizado de ser trabalhador.

Se o que me *passa*, é algo que eu vivo, experimento, aventureiro, perigo é o que Larrosa (2011) chama de “princípio de passagem”, pois vai além de ser só passagem. Caracteriza algo que deixa marca, ferida, pois passa por mim e deixa em mim vestígios e, por isso, o sujeito da experiência não é um sujeito ativo, é agente de sua experiência, paciente, passional. Ainda, “a experiência não se faz, mas se padece” (Larrosa, 2011, p. 8), chamado de “princípio da paixão. No caso dos participantes desta pesquisa, essa paixão foi demonstrada na fala:

“- Então, achei bem legal, sabe, a primeira, enfim, foi demais! As primeiras intervenções serem neste Campo, sabe, que a gente aprendeu não só a técnica, mas muito do psicológico assim, que a professora nos ensinou muito de como lidar com isso e aprender, enfim. É isso”. (S1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 16/08/2016)

Pensar a possibilidade de aprendizagem na enfermagem, a partir da experiência de si, é desconstruir o que chamamos de formação ou educação em enfermagem. A experiência de si seria a conexão entre domínios de saber, tipos de normatividade e formas de subjetivação (SILVA, 1994). Com o intuito de explicar essas conexões na perspectiva de aprendendo a ser trabalhador, apresento a figura 5 abaixo na tentativa de elucidar tais conceitos:



Figura 5 - Representação das correlações da experiência de si com o processo de aprender a ser trabalhador inspirado em Larrosa (1994), Foucault (2012) e Willis (1991).

A Figura 5 propõe elucidar os processos que envolvem a experiência de si, e sua relação com o ensino e aprendizagem. Porém é importante esclarecer que não são sinônimos, ouso dizer que a experiência de si dá sentido ao aprendizado, ao aprender. E no que se refere ao cuidado de enfermagem, é este que subjetiva, produz, constitui e fabrica sujeitos. Tal modo de ensinar, por meio da execução de técnicas de enfermagem é um dispositivo pedagógico que estabelece relações de poder e saber entre estudantes, professores e profissionais, que também demonstro na Figura 6.

Domínios de saber	Tipos de normatividade	Formas de subjetivação
<ul style="list-style-type: none"> • Discursos que atravessam a enfermagem – Científico; • Religioso; • Científico; • Filosófico; • Psicológico; 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de cuidados com o corpo morto; • Atitudes da equipe de enfermagem; • Não se deve abater com a morte do outro; • Não chorar; • Manter-se neutro; 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-narrativa; • Auto descrição; • Conhecimento de si mesmo; • Identificação de sentimentos e pensamentos.

Figura 6 – Representação ilustrativa da experiência de si e os sentidos do aprendizado e aprender.

Ainda, Larrosa (1994, p.42) afirma que experiência de si

“é o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade”.

Foucault também analisa a experiência de si dizendo que é

“... analisar, não os comportamentos, nem as ideias, não as sociedades, nem suas “ideologias”, mas as problematizações através das quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado, e as práticas a partir das quais essas problematizações se formam”. (FOUCAULT, 2012)

Veiga Neto (2011, p. 44), contextualiza ideias de Foucault relacionadas a constituição do sujeito moderno, explicitando “como nos tornamos, na Modernidade, o que somos como sujeitos de conhecimento e como assujeitados ao conhecimento”. Assim, penso que estudantes de enfermagem, na qualidade de sujeitos de conhecimento, possuem saberes intrínsecos às práticas e à ciência da enfermagem, sendo assujeitados ao conhecimento, tal como organizado em disciplinas para ser ensinado, de tal modo que aprendem a fazer determinados procedimentos que vão lhes constituindo como sujeitos de determinado tipo, capazes de cuidar de pessoas que estão morrendo, ou melhor, que se consideram capazes de executar tais cuidados por terem passado por determinadas experiências.

Novamente retomo Larrosa (1994, p. 47) que aponta que a experiência de si está constituída a partir dos modos como narramos o que somos, de modo que o sentido de quem somos depende das histórias que contamos aos outros e a nós mesmos. Somos autores, narradores e personagens principais das “histórias que escutamos, das que lemos e que nos dizem respeito na medida em que estamos compelidos a produzir **nossa**⁷ história em relação a elas”.

Para apoiar a análise destaco que toda cultura deve transmitir um certo repertório de experiências de si, de tal modo que membros de uma cultura aprendem a ser pessoa, no caso da enfermagem, aprendem a ser trabalhador. Assim, uma cultura inclui os dispositivos para formação de seus membros como sujeitos, como pessoas dotadas de certas modalidades de experiência de si, o que inclui sua história individual, familiar e pessoal (LARROSA, 1994).

Exemplo disso é a fala de S1

⁷ Grifo da autora, por entender que quando a experiência **passa**, ela pertence ao sujeito, tornando-o sujeito da experiência, e a palavra **nossa**, estabelece a relação de passagem da experiência pelo sujeito, que o afetou, que faz **parte** do sujeito, da sua história pessoal.

- “Eu acho que a forma de lidar com isso, um pouco vem do que tu traz de casa também, assim, né? De, enfim, de quando alguém morre na tua família, de como é dito pra ti quando tu é mais novinho, enfim, então, eu sempre participei das mortes da minha família, assim, não, ele morreu, não teve essa coisa, ah, foi, foi, como é? Virou uma estrelinha, foi morar com o papai do céu, foi fazer uma viagem longa. Não, então, assim, morreu, pronto, a vida acaba, as pessoas nascem, as pessoas morrem”(S1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 16/08/2016)

A morte é mais uma daquelas situações que se aprende na cultura, mesmo assim existe a história de cada família, das relações no núcleo familiar. A medida que o sujeito se insere em diferentes grupos sociais e, no caso dos sujeitos dessa pesquisa, na universidade, além de “construir e transmitir uma experiência "objetiva" do mundo exterior, constrói e transmite a experiência de que as pessoas têm de si mesmas e dos outros como "sujeitos". Ou, em outras palavras, “tanto o que é ser pessoa em geral como o que para cada uma é ser ela mesma em particular” (LARROSA, 1994, p. 45). Essa possibilidade de ser particular e ser geral permeia sentimentos e valores dos estudantes de enfermagem, e também do profissional, do professor, do paciente e de seus familiares/cuidadores. Nesta perspectiva, as experiências da primeira infância em associação à sentimentos de culpa e medo, podem produzir dificuldades para conviver com os moribundos (ELIAS, 2001) e a morte. É a sensação da fantasia interrompida em que todos “iriam viver felizes para sempre”, sem dor, sem morte.

Porém a vida nos apresenta situações que externam o que aprendemos, o que experienciamos, o que acreditamos. E, na modernidade existe um conjunto de práticas e um sistema de apoio que possibilitam “a aparição de novas formas na vontade de verdade” (FOUCAULT, 1996, p.16). Tal vontade de verdade possui relação “com o modo como se distribui, se valoriza, se reparte e se atribui o saber na sociedade” (BUJES, 2002). Esta autora diz que somos produtos de processo complexo de definição, de interesses e saberes provenientes de lugares variados do campo do saber. Nesta perspectiva, Bujes (2002, p. 159) traz a palavra “eu inventado” que significa “formas de autoconsciência e de autocompreensão que os seres humanos adquiriram ao longo de suas vidas e das quais lançam mão para poder viver”.

Penso ser possível trazer esse conceito, neste momento da análise, como sustentação teórica para discutir os excertos e refletir sobre o processo de ser trabalhador. Para tanto, considero pertinente, mesmo sendo repetitivo, retomar o conceito de experiência de si para Larrosa (1994, p.42)

“é o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito,

as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade”.

A experiência de si possui cinco dimensões: a ótica, discursiva, jurídica, narrativa e prática (LARROSA, 1994). Nesta perspectiva, entende-se que os estudantes de enfermagem desta pesquisa se percebem, se conhecem, se decifram e que ao mesmo tempo operam transformações no seu modo de ser a partir de um auto julgamento (BUJES, 2002). Neste percurso da análise foi possível discutir os excertos das falas a partir dessas dimensões, utilizando os verbos decifrar, ver, expressar, narrar, transformar, julgar e praticar seguidas do pronome *se*, o que dá sentido ao autoconhecimento ou autodecifração (*decifrar-se*, *ver-se*). Concordando com Bujes (2002) e seguindo a figura 3 desta dissertação que é a representação cíclica da experiência em Larrosa (1994) penso que essas operações/dimensões/ações não são distintas, são conjuntas, potencializadas e concomitantes.

Diante destes conceitos de Larrosa (1994) e Bujes (2002), penso que seja possível pensar que as vivências dos estudantes permitiriam o autoconhecimento ou a autodecifração. Estes acontecem a partir da preocupação do sujeito em conhecer-se, de saber quem é. Na modernidade as técnicas de si constituem práticas que incitam os sujeitos a decifrar-se, a transformar-se, constituindo conhecimento sobre si mesmos como sujeitos morais com o intuito de refletir as transformações necessárias para viver melhor (BUJES, 2002). E por que trazer tal reflexão teórica no marcador *Mesmo estando aqui parece que não faço nada?* Porque as falas possibilitam a análise de um estudante aprendendo a ser trabalhador “inventado” por saberes da sociologia, da filosofia, do cuidado paliativo, da enfermagem, entre outros. Ainda, por evidenciar a dimensão de discursos que constituem os acadêmicos, suas angústias, seus medos e frustrações, os quais são comuns e presentes na formação em enfermagem.

Diante dos diferentes discursos que atravessam sujeitos em formação apresento o das crenças religiosas relacionadas à morte, demonstradas nas falas dos estudantes, como abaixo

- “Isso daí até é bem complicado do que tu estavas falando de que tu trazes as coisas de casa, eu estava pensando até na questão da religião, porque se a gente for pensar, a gente tem, alunos ali, de várias religiões, dentro da nossa turma, né? Eu mesma vim de uma família que a família do meu pai é evangélica, a família da minha mãe é católica, mas a minha mãe é espírita (S3).

- Eu acho que a gente tem que ter esse cuidado quando a gente fala, não falar da religião, quando a gente mistura, enfim, eu não sei qual a palavra certa, mas porque assim, daqui a pouco que a gente, enfim, o espírito, ele acredita ok, a vida continua e tu é lá uma enfermeira espírita, a vida continua, tu não vai te desestruturar, por mais que tu tenha vínculo com aquele paciente, ok, tu é a profissional, tu sabe que ele estava ali naquela Unidade, que ele ia morrer, que ele estava se encaminhando para isso, tu é espírita, tu acredita

que a vida vai continuar, que aquilo foi melhor pra ele, só que daqui a pouco tu está tranquila assim e vem a família sabe?” (S1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 16/08/2016)

Nesta perspectiva, as crenças religiosas tem grande importância no processo de aprender a ser trabalhador. A Enfermagem foi organizada como profissão historicamente relacionada às religiões cristãs, como aponta Silva (2012), ao analisar as produções científicas da enfermagem e o discurso religioso. Nos achados da autora, pesquisados a partir de 1932, foram encontrados artigos publicados em revistas científicas dirigidas à enfermeiras, nas quais os discursos religioso e científico estavam combinados de forma que produziam uma rede discursiva da qual é difícil escapar. Na história da profissão, ser enfermeira se caracterizava mais como atividade cristã, uma vocação e não profissão organizada e remunerada.

Com a modernidade e a figura de Florence Nightingale, a enfermagem começa a se aproximar da ciência iniciando uma lenta ruptura dessa figura cristã, abnegada que envolvia as mulheres que cuidavam dos doentes. As ciências (matemática, estatística, microbiologia, anatomia, física, entre outras) utilizadas por Florence sustentavam ações realizadas por grupo de mulheres previamente “educadas” para desempenharem a enfermagem. A organização do ambiente, o controle e a vigilância propostos por Nightingale já delineavam habilidades e competências para as futuras enfermeiras, além de conhecimento científico e teórico que envolviam as técnicas de enfermagem.

Nesse movimento de aprender a ser trabalhador, os sujeitos desse processo não se ocupam apenas com o cuidado do corpo do paciente. O ser humano possui múltiplas facetas, no entanto observa-se que o aprendizado da assistência é realizado de maneira fragmentada, cartesiana, mecanicista, o que pode justificar a frustração referente à finitude que desperta no acadêmico um vazio existencial, quando seu olhar se encontra com a morte e a transitoriedade da vida (BENEDETTI et.al., 2013). Por mais comum que o evento morte seja para a profissão, os discentes na sua trajetória de formação precisam refletir acerca da morte com uma apropriação maior de sociologia, antropologia, filosofia e psicologia, inclusive sugerindo autoconhecimento e trabalho na esfera emocional (OLIVEIRA e AMORIM, 2008). Com o intuito de instigar leitores e leitoras à reflexão sobre o quanto a enfermagem se vê como uma “máquina” de cuidados do corpo do outro, retorno à Larrosa (1994) lembrando que, para cuidar desse corpo, o sujeito da experiência se autoconhece, se auto-narra, se expressa e se decifra com as suas frustrações, seus “vazios”.

No movimento do processo de ser trabalhador cuidando de pessoas no final da vida, a condição da morte no domicílio é reflexo da “invenção” de lugares para morrer, os quais

podem ser no hospital ou em casa, por meio de Políticas Públicas de Saúde como o Programa Melhor em Casa. Este Programa tem por objetivo proporcionar aos pacientes e seus familiares “a segurança do hospital no conforto da sua casa”. Inclusive para aqueles que estão no final da vida, condição que em determinadas circunstâncias gerou desconforto para os estudantes, pois, novamente eles tinham a impressão que não estavam fazendo nada pelo paciente, somente entregando-o para a família, além de questionar sobre o papel da formação em Enfermagem e o preparo para lidar com a morte, como aparece nas falas abaixo:

- “E daí eu lembro que depois eu questionei a enfermeira, aí ela estava explicando que tem uma lista de espera, que ali tem uma rotatividade grande, que as pessoas estabilizam um pouco, vão para casa, ficam com os familiares, quando necessário, volta. Então tem, e aquilo ali é outra coisa que te dá um susto assim, tu pensa: “Nossa!”, sabe tipo, é muito (2x), como é que se diz assim, ah, bom, é uma coisa algo diferente assim, é claro que tu vai pensar que as pessoas ficam ali, é melhor que elas vão pra casa, tenham a oportunidade de ficar mais tempo com a família, de tá em mais um ambiente que é mais, é acolhedor, melhor ficar em casa muitas vezes, quer dizer depende da família também, que a gente viu, teve uma situação lá, que eu acho, não sei se vocês lembram que foi o paciente preferia mil vezes ficar ali. Eles não conseguiam mandar aquele paciente para casa, do que ele voltar pra lá pra casa dele, porque ele ficava sozinho, porque não tinha ninguém pra ficar cuidar dele e ficou uma situação complicada. Mas se a gente pensar que tem uma família que tem como dar apoio, é mil vezes melhor voltar pra tua casa do que tu ficar ali no hospital. Mas assim, tipo, tu começa a pensar nisso depois, mas na hora que tu tá ali, que tu tá ouvindo eles falarem, aí tu fala assim: “Meu Deus, mas como é que ele vai voltar pra casa, tipo se ele passar mal em casa, se acontecer, na hora tu vai vendo aquilo ali e pensando muita coisa, mas tu não tem experiência, não tem muita ideia daquela situação toda. E depois que eu conversei com a enfermeira, ela começou a explicar, mas, bom, não tem muito o que fazer. O que tem que fazer é o que estavam fazendo, tem que...” Ah, melhorou um pouquinho, vai pra casa e vem um outro que tá piorzinho e... Não tem muito o que fazer. Não sei.(S3)

– Eu lembro que antes de ir para lá, eu ficava meio assustada com essa ideia, do paciente ir pra casa, assim, era uma coisa que eu ficava meio chocada. Tá, mas como assim? Ele vai para casa, pra morrer em casa. Mas aí, acho depois que eu comecei a ter a visão de como que é, em casa que é totalmente diferente que tu estás no teu ambiente, na tua rotina, sabe, é completamente diferente de tu tá dentro de um hospital, num ambiente que não é teu, que não é a tua casa, não tem as tuas coisas, sabe? E, daí eu comecei a entender um pouco mais assim esta questão do morrer em casa, com a família. E até eu ir pra lá, eu era meio contra assim a deixar o hospital nessa situação de saúde, assim. (S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Pensar que as práticas pedagógicas constroem e mediam as relações do sujeito consigo mesmo é a possibilidade de olhar de outra forma para a experiência de si, neste caso, diante da morte. Indo além, a enfermagem é ciência do conhecimento que experimenta as singularidades da vida e da morte, sendo que cabe ao “aprendiz” desta ciência conhecer a si mesmo, nessa experiência de si. O conhecimento de si mesmo é a auto-narrativa, a

identificação de sentimentos e pensamentos, auto-observação, o que Foucault chama de formas de subjetivação, ou modos de subjetivação. E, são tais formas ou modos que produzirão verdades dos sujeitos sobre si conforme as instituições pelas quais passou, sua história e cultura. Nesse caso, os estudantes contam como foi vivenciar sua primeira experiência cuidando de pessoas no final da vida e a impressão que tinham é de que não podiam fazer nada pelos pacientes, sendo que ir para casa morrer junto da família seria mais uma faceta deste sentimento.

O retorno, ao domicílio é um desafio tanto para os profissionais quanto para aqueles que estão aprendendo a trabalhar (CORDEIRO, 2017). Para esses, os doentes estão em condições favoráveis dentro do hospital, pois consideram a assepsia, a rotina, a organização e a disciplina como sendo ideais para a manutenção da sua saúde. Ainda, estabelecem controle e poder sobre os corpos, mantendo visibilidade sobre eles, o que no domicílio não seria possível. Utilizo a palavra visibilidade com o intuito de provocar a reflexão sobre a ação (comecei a ter visão de como que é), sobre a experiência. Ou seja, no processo de ser trabalhador, cuidado do corpo do outro que está morrendo sem utilizar tecnologias sofisticadas, sem a organização do leito hospitalar (por mais que o quarto da casa esteja organizado para o paciente) e penso que minhas ações não serão para mantê-lo vivo, serão somente para garantir o conforto, a analgesia e dignidade diante da morte.

O sujeito, sua história e sua constituição como objeto para si mesmo são inseparáveis das tecnologias do eu. Foucault define as tecnologias do eu como aquelas nas quais um indivíduo estabelece uma relação consigo mesmo. Em suas próprias palavras, como

“aquelas práticas que permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmos com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade” (Foucault, 1990, p. 48).

Exemplo disso, é a fala de S3 ao relatar sobre sua perspectiva com relação a lidar com a morte,

– Eu acho que eu não sei, eu acho que, pra nenhuma situação assim tu tá pronto. Porque eu acho que cada, que nunca vai ser igual. Vai depender, eu acho do vínculo que tu tem, da situação que tu tá passando naquele momento. Acho que cada situação vai ser única, né? É que de repente eu posso estar num momento que eu estou mais, bem e posso estar num momento que eu estou mais fragilizada, eu posso estar que nem aquela senhora que a gente cuidou um pouco mais nesse estágio nos cuidados paliativos, que a gente criou um vínculo com ela. Porque a gente ficou muito tempo e ela conversava muito com a gente e até depois a gente ficou cuidando mais dela porque ela gostou da gente, ela gostava, a filha

dela falou: “Ela gosta que vocês venham aqui, visitem, conversem com ela, sabe?”. Então, assim, eu fiquei sabendo que depois, quase um mês depois ela faleceu. Então assim, eu acho que depende muito desses fatores, assim (S3).

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Pensar nesta perspectiva é problematizar a realidade, é olhar de fora e talvez de baixo para cima, o que é visível do *iceberg*, das condições de possibilidade. A analogia de Díaz (2012), ao referir-se ao visível, é representada pelo processo de ensinar e aprender sobre a morte, as relações entre estudantes, professores, pacientes, familiares e equipe de enfermagem e está atrelado ao “fazer”, à execução de técnicas sobre o corpo. Nesta perspectiva, a ponta do iceberg pode ser a representação do que seria naturalizar a morte e o morrer de tal maneira que não houvesse emoção ou sofrimento ao presenciar a morte de pacientes.

Essas técnicas que tem por objeto o corpo do outro são intrínsecas à prática de enfermagem. Foucault entende que prática seria “a existência objetiva e material de certas regras a que o sujeito está submetido desde o momento que pratica o “discurso” (VEIGANETO, 2011, p.45). Exemplo disso, é a experiência de uma das estudantes que vivenciou a técnica de tamponamento:

-Eu já acompanhei vários em casa, no hospital e uma coisa diferente que eu fiz, foi quando eu fiz PICCAF no Núcleo, daí teve uma não sei se era um homem ou uma mulher que faleceu e daí eu queria fazer muito o tamponamento, daí a enfermeira disse: “Tu não precisa fazer, isso é uma função dos técnicos”. Mas eu quero fazer! E daí, essas mesmas técnicas queridas e maravilhosas do estágio eram as que estavam lá (S1).

- Só um pouquinho (M).

- Daí, beirando isso, ok, mas no hospital, como eu estava fazendo o PICCAF lá, eu estava acompanhando aquele paciente ou aquela paciente a semana inteira e eu via viva a pessoa a semana inteira e daí morreu. A pessoa não está assim ensanguentada, não tá, parece que tá dormindo sabe? Tu não, parece que ela não morreu. Daí eu comecei a fazer o tamponamento, daí comecei a colocar no nariz, e tal, na boca, no, não me lembro se coloquei na boca, acho, que no nariz. E daí isso é agonizante porque tu viu a pessoa viva a semana inteira e parece que ela tá dormindo sabe? E daí tu começa a encher ela de algodão assim e começou a me dar uma agonia. Então eu fiz, mas assim, não gostei de fazer, me senti meio mal com isso, com esse momento. Mas, enfim, por ter acompanhado a pessoa e não ter assim, digamos caído a ficha de que ela estava morta já. Mas daí a enfermeira pegou, trouxe um estetoscópio e fez eu tentar auscultar o coração, ver o pulso. Então toda essa fisiologia da morte, digamos assim, ela me ajudou a acompanhar que eu nunca tinha visto, nem no estágio, nem, enfim, a morte nos meus familiares (S1).

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

No processo de ser trabalhador, a ponta do iceberg representa as técnicas, as ações de cuidado com o corpo vivo e o corpo morto, e quando estas ações são ditas, narradas, vêm à tona o que está no interior da pessoa (BUJES, 2002). Relatar a vivência do tamponamento (tu começa a encher ela de algodão), da técnica propriamente dita, do interesse, da curiosidade que moveu a ação, é a ideia ilustrada anteriormente, referente à frase *Isso que me passa*. Cabe, nesta oportunidade, pensar que quando o participante relata como realizou a técnica, é ressaltada a importância da presença da enfermeira no momento do procedimento, no momento da experiência, apontando para o que Foucault (1990) referia como prática realizada com a ajuda de outros, que efetua uma operação sobre si que transforma o sujeito. A vivência despertou agonia, provocou estranhamento, despertou a transformação “de si”, possibilitou a paixão, “mexeu” com o eu. Ao falar de si e de suas vivências expressar a aluna exterioriza, evidencia algo que se encontra no interior do sujeito.

Nesta perspectiva, é possível questionar: como os estudantes de enfermagem expressam suas experiências diante dos cuidados com o corpo morto? Formas legítimas de olhar correspondem a formas legítimas de dizer, porém não se pode dizer qualquer coisa em qualquer época (BUJES, 2002). Falar sobre a agonia diante do tamponamento de uma pessoa que estava viva há poucas instantes faz emergir sentimentos que os estudantes vivenciam em suas práticas curriculares, como demonstrado em Valsecchi e Nogueira (2002), Silva e Silva (2007), entre outros.

Diante dos conceitos de Larrosa (1994) inspirados em Foucault pensei em organizar as palavras que envolvem sujeito da experiência e experiência de si, na **Figura 6** :

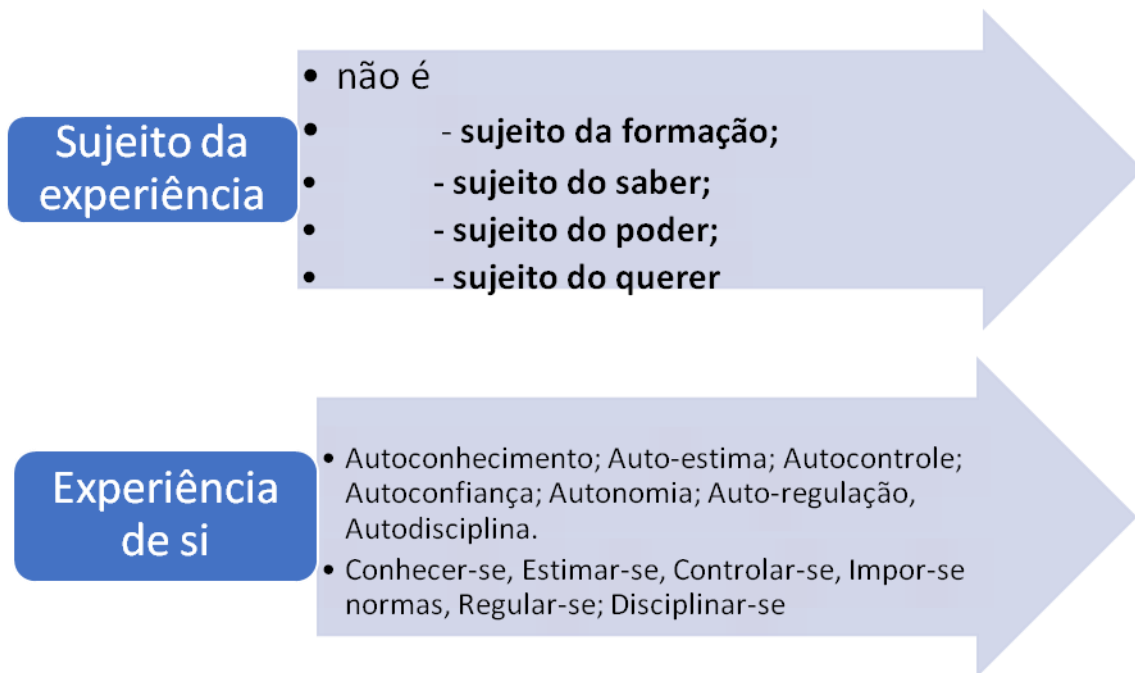


Figura 5 - Inspirada nos conceitos de Larrosa apoiado em Foucault. As setas em sentido único representam o percurso da vida, da história das pessoas.

No caso dos estudantes de enfermagem, o processo de aprendizado sobre o final da vida é visto na sua superficialidade, na ponta do iceberg, falta problematizar o que está imerso, pois a experiência do processo morte/morrer envolve aspectos que denotam debilidade, incerteza, até culpa. Uma das estratégias que os participantes utilizaram para lidar com sentimentos relacionados à morte foi a relação entre eles e equipe de enfermagem:

– “Eu acho que a equipe ajudou sim, bastante, mas acho que não 100%, porque tem coisas teóricas que se a gente souber, a gente consegue aplicar na prática e tem coisas que a equipe não sabe, não digo tanto a, tanto a, não digo tanto a enfermeira, mas assim, a gente lida mais com os técnicos, a gente acompanhava, a gente acompanhava muito o trabalho delas, então, tem coisas que se a gente soubesse na teoria, a gente poderia aplicar na prática, só que a gente não aprendeu, então, ficou faltando essa parte. (S2)

– Sim. (M)

– Uma das coisas que eu notei assim, que a equipe nos ajudou claro, mas tem algumas coisas mais profundas assim que a gente ficou sentindo falta, como o Sujeito 2 comentou antes, de saber das fases do luto, assim, então, eu via lá pessoas que estavam tranquilas já, agora eu sei o que é, o que significa cada fase, mas já aceitando, super tranquilas e outras brabas e negando aquela situação, daí a gente ficava meio assim, mas como? Uma tá super aceitando que vai morrer e a outra tá assim. Então a gente não conseguia entender muito isso, mais a parte da pessoa que tava aceitando, sabe? Porque a gente não teve esse foco nas fases do luto, então isso faz falta. A equipe nos ajudou sim, coisas mais, não sei a palavra, mais profundas eu acho, mais, não sei. (S1)

– É, eu acho que cada um tem a sua forma de lidar também, seus mecanismos de defesa, em determinadas situações. Mas, eu também acho que nosso conhecimento ficou um pouco deficiente assim, no sentido de que, se talvez a gente tivesse aprofundado mais na teoria, algumas coisas

poderiam ter sido diferentes. Não sei se a gente conseguiria aplicar na prática, porque assim, era nosso primeiro contato, a gente não sabia muito bem como ia ser nossa inserção no serviço e aí a gente já saía aplicando coisas teóricas assim na prática, coisas que são mais complexas, porque envolvem morte e morrer enfim, e, eu não sei se a gente conseguiria aplicar assim. (S4)

– Eu acho assim, até que a Sujeito 4 falou, da morte e morrer, lembrei que na disciplina de Pesquisa I, que a gente fez antes dessa cadeira, né? De Adulto I, né? O trabalho que eu fiz sobre amor, foi sobre a morte e o morrer e eu acho assim, que apesar de ter feito toda uma pesquisa, ter estudado algumas coisas, ter visto alguma coisa, ter lido livro, ter lido algumas coisas sobre o assunto, quando chegou naquela prática ali, não acho que..., ajuda alguma coisa, com certeza a teoria sempre ajuda, mas a prática é outra coisa, quando tu te depara com a situação, pelo menos na minha opinião, é outra coisa. Porque assim, às vezes a teoria é de um jeito, e a prática, às vezes, a coisa não batem, não se fecham. Tu pode ali pegar alguma coisa e alguma coisa pode te ajudar, mas às vezes, as coisas não se fecham. Fica faltando alguma coisa, tu não vai ver tudo na teoria, né? (S1)

– Sim. (M)

– Então, eu acho que, por mais que, tudo bem, se a gente tivesse visto mais coisa, sempre ajuda, mas nunca ia ser o suficiente quando chegasse ali, a gente ia ver mais coisa” (S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Foucault (2012, p. 132) diz que a teoria “não expressará, não traduzirá, não aplicará uma prática; ela é uma prática”. Com ele podemos pensar que a teoria é outra prática, uma invenção sustentada por discursos que teriam o poder de explicar a prática, de simular a prática. Quando S1 diz que “a teoria é de um jeito, e a prática, às vezes, ... não batem”, indica essa possibilidade. Essa divisão entre teoria e prática leva a pensar que conhecimentos teóricos solucionariam situações da prática por si só. Longe de desconsiderar a importância do conhecimento para o exercício de qualquer profissão, sabe-se que apenas conhecimentos tidos como teóricos não são suficientes quando se trata de cuidar de pessoas.

Para Larrosa (2011), a “vida”, entre aspas, se reduz à sua dimensão biológica, à satisfação das necessidades, à sobrevivência dos indivíduos e da sociedade. Na relação entre conhecimento e vida, esse funciona como uma apropriação utilitária para as necessidades de “vida”. Este mesmo autor instiga a possibilidade de pensar na perspectiva do par experiência/sentido, entendendo que “as palavras possuem sentido, criam realidade e, às vezes funcionam como mecanismos de subjetivação”. Os estudantes de enfermagem referem que o conhecimento teórico não preparou para a experiência no Núcleo, porém, é possível pensar que a aprendizagem é vivida, é experienciada a partir do que faz sentido, incluindo as relações com a equipe de enfermagem, pacientes e seus familiares. A morte nesses casos, possibilita a problematização da experiência, do aprendizado, por mais que os participantes relatassem que não tiveram preparo para lidar com o final da vida, como mostra no Encontro 2,

“– Eu tive uma situação dessas, porque eu fiz o projeto que o Clínicas tinha, agora não sei se voltou aquele “Crescendo com a gente” que era no 10º sul, e eu ficava muito naquela enfermaria que fica os menorzinhos ali, que é uma, um espaço fechado que é uma enfermaria que ficam os bercinhos, as crianças menores ali, que tinha duas crianças, que eu acompanhava mais de perto, que eu tava sempre indo, e eu às vezes ia visitar ela, mesmo em horário que não tinha o projeto lá. E num dos dias que eu estava lá, que eu fui pro Projeto, tinha, eles liberaram os familiares, porque geralmente é 1 ou dois familiares que podem ficar por ali, eu acho que é só um se não me engano. Mas liberaram pra mais familiares entrar porque tinha uma criança que ela, eu não lembro agora o que ela tinha, mas ela estava já em processo de morte, né? E eu lembro aquilo porque o Sujeito 2 falou de criança, da situação, e eu lembro que eu fiquei muito triste naquela situação de ver a família e a mãe porque a imagem ficou muito forte da mãe, criança de uns três anos e a mãe carregando, ela estava com a criança no colo e ela chorava muito. Sabe? E numa situação como essa, não sei como tu pode confortar, porque não tem palavras pra poder dizer pra aquela mãe que tá perdendo aquela criança ali, que vai consolar, acho que não tem nada no mundo que te console numa situação como essa. E aquilo ali me marcou muito, e eu gosto muito de criança, gosto muito de trabalhar com criança, e aquilo ali mexeu muito comigo, porque aquela imagem, estava a família e tudo, e a mãe ficou o tempo inteiro com a criança no colo, sabe? E a criança não tinha mais reação nenhuma, já estava ali bem paradinha assim, sabe? Ele não estava mais respondendo a nada e, assim, a dor que aquela mãe estava sentindo, a dor das pessoas ali, foi horrível, foi horrível. Aquele dia saí dali, tipo, claro, não tem, não tem palavra, foi sofrido, ver aquilo ali. E a sensação assim de, sensação de, assim, que tu não pode fazer nada, que não tem nada assim, que tu vá fazer para consolar ou pra ajudar, é muito... (S3)

– E de novo a gente volta daí nessa parte que a gente não tá preparado. (S1)

– Ahã. É. (S3)

– Risos. Ah, desculpe, a gente não tá preparado pra lidar com a morte, tanto de adulto, muito menos de criança. Porque criança assim, sai do, “como assim? Meu filho vai morrer antes do pai, entendeu, do vô, antes do biso?” E a gente sentiu falta também na cadeira de criança, de pediatria de nos dizerem assim, de ter, eu não lembro de ter nenhuma aula assim de “morte em criança, como lidar com a família”. E eu fiz estágio no 3º Leste, então eu também fui pra lá, “Nossa! As pessoas vão morrer, sabe? Vai ter criança que vai morrer!, Vai ter gente que vai morrer!” E ninguém morreu enquanto eu estava lá, ninguém parou enquanto eu estava lá, mas igual, ninguém tinha preparo, ninguém sabia. Já é difícil alguém dizer pra uma família, o quê que tu vai dizer pra uma família de uma criança que morreu, tu não tem o que dizer, daí de novo, falta esse preparo do assunto morte, como lidar com a morte, tudo isso (S1).

– E eu percebo que, não sei vocês, mas a nossa turma como um todo tenta fugir dessas situações. Eu lembro que quando eu fui fazer pediatria, quando eu vi 3º Leste eu já pensei: “Esse aqui eu não vou querer, não quero me envolver com isso”. E conversando com outras colegas, eu percebi que não era só comigo, muita gente, ou por não sentir preparada ou por se tratar de criança, mas as pessoas tentam fugir dessa área assim. Talvez por medo, insegurança, já que não vai conseguir lidar, não sei. Mas eu percebo assim, isso, que os nossos colegas, nossa turma mesmo, não queriam fazer estágio lá. Procuravam outras unidades porque descartavam já de primeira” (S4).

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Nestas situações, a experiência de si no princípio da reflexividade, da transformação é a possibilidade de análise da constituição histórica e singular do sujeito que está sendo afetado pela vivência cuidando de pessoas no final da vida. E é exatamente esta singularidade que justifica que "ninguém pode ensinar ninguém, mas todos podemos aprender" (NOGUERA-RAMIREZ, 2011). Porém, esse aprender possui ênfase no sujeito da aprendizagem, no processo cognitivo e comportamental, e não no eu sujeito, no sujeito da experiência. Nenhuma teoria ensina a como lidar/enfrentar a morte, pode-se aprender a lidar com a morte, porém não existe manual para preparar profissionais e estudantes para a morte, tanto a de si, como a do outro. Cada pessoa será diferente da outra, cada experiência possibilitará um novo aprendizado.

E remetendo à analogia do espelho, como o sujeito se vê refletido após a experiência? Como reflexo da produção de conhecimento ou assujeitado ao conhecimento referente aos cuidados de enfermagem diante da morte?

Assim, retomo o processo de ser profissional/trabalhador lembrando os princípios da experiência de si a partir de Larrosa (1994), no caso trago o 3º princípio que é o princípio de passagem, de paixão, que está relacionado com a palavra/verbo *passa*, que representa um passo, uma passagem, ou seja, o que tocou, fez sentido para si, para o sujeito, que foi importante. Ou, voltemos para o espelho, o que eu vejo em mim que considero importante, uma paixão, e que passa por mim e é transmitido pelas minhas atitudes, pelos gestos e pelo discurso. Exemplo disso é quando os estudantes relatam sobre como gostam de cuidar das pessoas

“- E de criança. São coisas assim que mexem mais comigo assim. Acho que, não sei, mas a impressão que eu tenho é que geralmente eles tem mais situação de vulnerabilidade, sabe? (S3)

Humhum.(M)

E talvez isso me deixe, como eu posso dizer? (S3)

– Te mobiliza?(S4)

– É, me mobiliza mais. Até ontem, na palestra, na apresentação, uma das professoras estava falando da questão do idoso, aí eles chegavam, contam uma história e vão, a gente ri com eles, a gente acaba muitas vezes interagindo muito, porque eles chegam, querem muita atenção e eles conversam muito, a maioria deles fazem muito isso, sabe e não tem como não ficar distante daquela situação toda sabe? (S3)

– Claro. (M)

– Tu acaba de alguma forma ou de outra, te envolvendo um pouquinho mais, e eu acho que a criança e o idoso faz isso contigo, pelo menos eu vejo isso comigo, sabe? (S3)

- {...}

– Não, mas também me passou a ideia assim de uma ideia de que ela tá confortando, sabe? Então foi, e é isso que acho que muitas vezes a gente acaba fazendo, né? A enfermeira ontem falando que, principalmente ah! Que

nós, os brasileiros temos muito isso de, ela fez uma comparação dos Estados Unidos, americanos, essa coisa mais calorosa, de chegar, às vezes abraçar e pôr no colo, tal. E aí isso me passou essa situação de conforto. Quando eu tô com uma criança, gosto de pegar no colo, chego, abraço. Isso aí me trouxe um pouco essa situação de tentar confortar um pouco, sabe, daí? A imagem me trouxe um pouquinho isso”. (S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 3: 02/09/2016)

Por que trazer neste momento da análise, o 3º princípio? Como pensar que a enfermagem é profissão designada para cuidar de pessoas, inclusive das que morrem? Esse cuidado está relacionado com a vida, e a morte faz parte dela. Minha profissão preocupa-se com pessoas, em mantê-las vivas e prepará-las para a morte? O intuito a partir desses questionamentos é introduzir a tecnologia do eu, a qual possibilita as ações do corpo, suas condutas, seus pensamentos que indicam as atitudes dos alunos ao cuidar do outro que está morrendo. No entanto, nesta condição da finitude, “parece que eu não faço nada”, que as capacidades desenvolvidas e apreendidas na trajetória da formação não possuem significância no cuidado, como pode ser observado neste excerto:

- “

- “Assim, eu sei que às vezes o processo da morte é rápida, mas outras vezes é uma coisa muito lenta, é sofrida, eu vi, ele começava a gaspear, ele começava..., então tu fica imaginando isso numa pessoa, então, como eu falei, eu nunca vi uma pessoa morrer, mas tu fica imaginando uma situação como essa, como deve ser sofrido. Tu acompanhar aquele processo que a pessoa tá passando, até ela dar o último suspiro, sei lá. Então, eu confesso que é uma situação que eu tenho receio por não ter vivido neste estágio. Próximo de mim, já perdi duas pessoas, faleceu meu avô e um tio meu, meu tio tava no hospital, eu não tava perto, e o meu avô faleceu em casa, mas quando eu fui saber a notícia, já foi de manhã, então eu não acompanhei. Dizem que ele faleceu dormindo e tal. Então, assim, eu não acompanhei nada assim, que, esse processo que a pessoa passa tudo, mas eu imagino assim, deve ser angustiante, deve ter alguma coisa assim, e eu não sei até que ponto eu estaria preparada numa situação como essa, eu não sei se eu tenho preparo para isso, não sei se alguém fica preparado para lidar com uma situação dessa, sabe? É uma situação que pra mim, que ainda gera um pouco de desconforto. Sei que a profissão que eu escolhi, em algum momento eu vou me deparar com isso, mas eu não sei como eu lidaria com essa situação, com os familiares, com o resto, com o que fica depois, eu acho que eu conseguiria lidar, de acolher, de tentar ajudar de alguma forma. Mas ver a pessoa, naquela angústia, se tiver alguma coisa assim, eu não sei como lidaria, nesse processo”.

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 16/08/2016)

Voltemos a dois pontos citados nesta análise anteriormente: 1) Princípio da passagem, ou seja, a dimensão da experiência de si, o que me passa me toca, me afeta e possibilita a

vivência da experiência, do sentido dado aquele momento, que no caso dos estudantes reflete o envolvimento demonstrado com os pacientes, o vínculo que desenvolvem, o esforço em se afirmar profissional, de assumir tal identidade. Entendo que a experiência de si envolve relações de autodomínio e de autoconhecimento, porém, diante da morte esta relação é singular, inesperada e subjetiva como relatada por S3

- “Eu acho que eu não sei, eu acho que, pra nenhuma situação assim tu tá pronto. Porque eu acho que cada, nunca vai ser igual. Vai depender, eu acho do vínculo que tu tem, da situação que tu tá passando naquele momento. Acho que cada situação vai ser única, né? É que de repente eu posso tá num momento que eu estou mais, bem e posso tá num momento que eu estou mais fragilizada, eu posso estar que nem aquela senhora que a gente cuidou um pouco mais nesse estágio nos cuidados paliativos, que a gente criou um vínculo com ela. Porque a gente ficou muito tempo e ela conversava muito com a gente e até depois a gente ficou cuidando mais dela porque ela gostou da gente, ela gostava, a filha dela falou: “Ela gosta que vocês venham aqui, visitem, conversem com ela, sabe?”. Então, assim, eu fiquei sabendo que depois, quase um mês depois ela faleceu. Então assim, eu acho que depende muito desses fatores, assim” (S3).

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Esta “impressão” de não fazer nada, possui uma relação com o Curso de 1980/1981 ministrado por Foucault (1997), ao dizer que os procedimentos existem em qualquer civilização e, são propostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-los ou transformá-los em função de um certo número de fins, e graças a relações de autodomínio (*maitrise de soi sur soi*) ou de autoconhecimento (*connaissance de soi par soi*). Ou seja, na condição de aprendizes, os alunos querem fazer procedimentos, técnicas que identificam a profissão e, no caso do final da vida, parece que não há nada a fazer diante da eminência da morte, como demonstra no diálogo a seguir.

- “Se no meio do estágio tiver uma parada, a gente aqui enquanto aluno não vai fazer nada também, vai deixar a pessoa morrer, sabe? Foi difícil um pouco dividir essas coisas assim, desconstruir mesmo a ideia do cuidado e o não cuidado, enfim. (S1)

- Ahhh..., mas eu ia comentar, ah, sim, que eu cheguei lá e daí uma das coisas que eu queria ver era alguém morrer pra... pra saber como que eu ia reagir, pra saber como é que a equipe reage, pra saber, sabe? E também para ver os procedimentos que são realizados, tamponamento, e eu esperava que isso fosse acontecer e não aconteceu, eu vi as pessoas saírem de lá, bem assim, bem dentro do contexto que elas se encontram”. (S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 16/08/2016)

Voltemos a dois pontos citados nesta análise anteriormente: 1) Princípio da passagem, ou seja, a dimensão da experiência de si, o que me passa me toca, me afeta e possibilita a vivência da experiência, do sentido dado aquele momento, que no caso dos estudantes reflete o envolvimento demonstrado com os pacientes, o vínculo que desenvolvem, o esforço em se afirmar como profissional, de assumir tal identidade. Entendo que a experiência de si envolve

relações de autodomínio e de autoconhecimento, porém, diante da morte esta relação é singular, inesperada e subjetiva como relatada por S3

- “Eu acho que eu não sei, eu acho que, pra nenhuma situação assim tu tá pronto. Porque eu acho que cada, nunca vai ser igual. Vai depender, eu acho do vínculo que tu tem, da situação que tu tá passando naquele momento. Acho que cada situação vai ser única, né? É que de repente eu posso tá num momento que eu estou mais, bem e posso tá num momento que eu estou mais fragilizada, eu posso estar que nem aquela senhora que a gente cuidou um pouco mais nesse estágio nos cuidados paliativos, que a gente criou um vínculo com ela. Porque a gente ficou muito tempo e ela conversava muito com a gente e até depois a gente ficou cuidando mais dela porque ela gostou da gente, ela gostava, a filha dela falou: “Ela gosta que vocês venham aqui, visitem, conversem com ela, sabe?”. Então, assim, eu fiquei sabendo que depois, quase um mês depois ela faleceu. Então assim, eu acho que depende muito desses fatores, assim” (S3).

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Outro ponto 2) tecnologias do eu para Foucault, são “aquelas nas quais um indivíduo estabelece uma relação consigo mesmo”. Ou seja, a “história do eu como sujeito, como autoconsciência, como ser-para-si, é a história das tecnologias que produzem a experiência de si. E essas tecnologias “não podem ser analisadas sem relação com um domínio de saberes e com um conjunto de práticas normativas” (LARROSA, 1994, p. 55).

Desta forma, a análise desta dissertação não poderá deixar de (re)contar de maneira breve sobre a invenção da disciplina de Cuidados Paliativos, o qual segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002; 2014)

“é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

O primeiro conceito de Cuidados Paliativo foi elaborado pela OMS em 1990, porém anterior ao conceito existia desde a era cristã, o termo *hospice*, o qual designava-se a hospedarias para viajantes e peregrinos. Na Europa do século XVII surgiram instituições de caridade que abrigavam pobres, órfãos e doentes. No século XIX estas instituições caracterizaram hospitais e se propagaram como instituições religiosas católicas e protestantes (ANCP, 2012).

O *Hospice* Moderno foi proposto por Cicely Saunders em 1940 a partir do cuidado “inovador” a um paciente de 40 anos que possuía uma colostomia paliativa. Nos anos de 1958 a 1965 foram pesquisados 1100 pacientes com câncer avançado internados no *St. Joseph’s Hospice*. As evidências científicas acerca das terapêuticas analgésicas colocaram em questão o uso de analgesias convencionais. Em 1970, o *St. Christopher’s Hospice* serviu de modelo

para a prática de cuidados paliativos nos Estados Unidos e Canadá, reunindo Cicely Saunders e Elizabeth Klüber-Ross o que fortaleceu o movimento *Hospice* em todo o mundo (ANCP, 2012).

No paradigma de “manter, reabilitar e manter a vida”,

“O cuidado paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida” (ANCP, 2012).

Retomo neste momento, as angústias dos participantes da pesquisa, quando diziam num dos encontros do Grupo Focal:

- Quando vocês falam nessas desconstruções, sofrimentos, medos e angústias, qual é o maior medo, por exemplo, que vocês tinham antes de estar lá? Pode começar contigo Sujeito 1? (M)
- Eu acho que o medo, pensando no campo? (S1)
- Isto. (M)
- Eu tinha medo de que alguém, eu tinha medo de ver alguém morrer assim, eu não sabia ainda dessa coisa de que a gente não ia fazer nada, mas eu tinha medo de ver alguém morrer, mas não pelo momento da morte, mas assim, como é alguém morrer no hospital, sabe? Como assim, a família vai estar todo mundo lá, vai ser aquela choradeira e eu vou ser enxergada como profissional, então eu vou ter que ter postura, tinha medo de não poder ter sentimento, de não poder chorar ou de chorar demais. Então eu tinha medo desse momento, de como agir, de como vai ser isso, acho que era isso, que eu me lembro, era esse o meu medo, de como vai ser isso.(S1)
- Tu tinha algum medo? (M)
- Eu tinha medo, eu acho de criar algum vínculo com o paciente, assim, uma coisa mais forte, que ele morresse, que eu ficasse triste ou alguma coisa assim, nesta linha.(S2)
- Eu acho assim que eu pensava um pouco, que nem a S1 falou da questão da família, das pessoas, mas a questão da morte em si, o processo, sabe, que, eu acho assim, eu acho que tem algumas vezes que acontece muito rápido, mas tem algumas que o processo é muito lento e isso me assustava um pouquinho, a questão assim, do que a pessoa poderia passar, do que ela poderia sofrer, e a gente não poderia interferir, não ia poder fazer, fazer nada. Não comparando assim se..., eu acho que não tem como comparar uma coisa da outra, mas assim eu nunca vi uma pessoa morrer.(S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Esta possibilidade de “viver a vida que pode ser vivida” é o que Menezes (2004), chama de nova organização no panorama da saúde, no qual os profissionais de saúde assumem-se como profissionais da morte. Neste panorama, não é “salvar” vidas, é propiciar “boas mortes” (CARRARA, 2004). Este mesmo autor coloca que está ocorrendo uma ruptura em relação aos discursos e representações de morte na contemporaneidade, especialmente da morte que passa de um evento público para se transformar em algo solitário, distante da família, isolados nas unidades de terapia intensiva dos hospitais.

Sudnow (1967) foi o autor de um dos primeiros livros que abordava o processo de morte e morrer, intitulado *Passing On*. Nesta obra, uma das primeiras a se ocupar de pessoas cujo trabalho era o cuidado no final da vida, o autor analisou trabalhadores de saúde em dois hospitais americanos observando as posturas e comportamentos, a comunicação de más notícias entre outros e considerou a morte como fenômeno social, envolvendo aspectos econômicos, comportamentais, culturais e das relações humanas. Chegou à conclusão que cada hospital possui rotinas e organizações que interferem diretamente nas ações dos profissionais o que implica na maneira como eles lidam com a morte. Diante do surgimento de uma nova forma de relação profissional e social dos profissionais de saúde com o processo de morrer, surge o cuidado paliativo (MENEZES, 2002).

Essa “nova perspectiva” de aprendendo a ser trabalhador, permite refletir sobre as transformações históricas e sociais que envolvem o cuidado do outro, e como essas invenções interferem no eu como sujeito, como autoconsciência, como ser-para-si, é a história das tecnologias que produzem a experiência de si. E essas, por sua vez, não podem ser analisadas sem relação com um domínio de saberes e com um conjunto de práticas normativas. Isto foi explicitado pelos sujeitos ao relatarem sua experiência nos *rounds* e, quando novamente confirmam que não há nada a fazer pelos pacientes e que, na maioria das situações, quem define o que pode ser realizado, ou não, é a equipe multiprofissional, como demonstrado nas falas abaixo,

– “Que a gente ia assim, não ia todo mundo, era assim, duplas, daí a gente via eles decidindo quem ia aumentar morfina, quem ia diminuir morfina, quem eles iam mandar embora. E daí eu lembro de ficar meio apavorada assim com algumas decisões que eles tomavam, tipo assim: Como vai tirar a medicação se a pessoa está sentindo dor? Vai mandar embora como? Eu lembro disso, eu participava dos rounds e me assustava com as decisões deles. (S1)

– Eu participei. E acho que foi assim como a Sujeito 1 falou, fica um pouquinho assustada, eles estão decidindo a vida das pessoas ali: “Ah, vamos fazer assim, vamos manejar assim, vamos mandar tal pessoa pra casa”. E daí tu fica apavorada mesmo, tu fala assim: “Meu Deus”! Mas, não tem muito o que fazer, são poucos leitos que tem ali naquela unidade, não me lembro agora quantos, não sei se alguém lembra? (S3)

- E daí eu lembro que depois eu questionei a enfermeira, aí ela estava explicando que tem uma lista de espera, que ali tem uma rotatividade grande, que as pessoas estabilizam um pouco, vão para casa, ficam com os familiares, quando necessário, volta. Então tem, e aquilo ali é outra coisa que te dá um susto assim, tu pensa: “Nossa!”, sabe tipo, é muito (2x), como é que se diz assim, ah, bom, é uma coisa algo diferente assim, é claro que tu vai pensar que as pessoas ficam ali, é melhor que elas vão pra casa, tenham a oportunidade de ficar mais tempo com a família, de tá em mais um ambiente que é mais, é acolhedor, melhor ficar em casa muitas vezes, quer dizer depende da família também, que a gente viu, teve uma situação lá, que eu acho, não sei se vocês lembram que foi o paciente preferia mil vezes ficar

ali. Eles não conseguiam mandar aquele paciente pra casa, do que ele voltar pra lá pra casa dele, porque ele ficava sozinho, porque não tinha ninguém pra cuidar dele e ficou uma situação complicada. Mas se a gente pensar que tem uma família que tem como dar apoio, é mil vezes melhor voltar pra tua casa do que tu ficar ali no hospital. Mas assim, tipo, tu começa a pensar nisso depois, mas na hora que tu tá ali, que tu tá ouvindo eles falarem, aí tu fala assim: “Meu Deus, como é que ele vai voltar pra casa, tipo se ele passar mal em casa, se acontecer, na hora tu vai vendo aquilo ali e pensando muita coisa, mas tu não tem experiência, não tem muita ideia daquela situação toda. E depois que eu conversei com a enfermeira, ela começou a explicar, mas, bom, não tem muito o que fazer. O que tem que fazer é o que estavam fazendo, tem que...” Ah, melhorou um pouquinho, vai pra casa e tem um outro que tá piorzinho e... Não tem muito o que fazer. Não sei. (S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2:26/08/2016)

Segundo Larrosa, cada pessoa se encontra imersa em estruturas narrativas que lhe pré-existem e em função das quais constrói e organiza de um modo particular sua experiência, impõe-lhe um significado (LARROSA, 1994). Este significado pode estar nas circunstâncias e experiências que a formação transmite, como afirma Cruz et.al. (2000) quando diz que normalmente, as discussões acadêmicas restringem-se ao conteúdo técnico que a morte determina. Nesta mesma obra, os autores descrevem como os estudantes devem agir diante da finitude de seus pacientes incluindo a demonstração de pesar e angústia, justificado a partir da condição humana com sentimentos e emoções relacionados à perda de um ser humano, concluindo que a técnica de enfermagem no cuidado pós morte exige cautela, postura, ética e acima de tudo, respeito, princípios fundamentais para todo o cuidado de enfermagem.

No entanto, para Junior e Eltink (2011), “é necessário um preparo melhor na graduação trabalhando com o graduando de maneira que ele consiga assimilar sua preparação pessoal com a profissional”, o que perpassa por outros aspectos de conhecimento, empatia, humanização e formação pessoal.

Se é nos processos educacionais que se diz verdades que se espalham e perpetuam por aí afora, então a Educação é mais ativa e perigosa do que seria, caso não passasse de um processo de repetição, reprodução e, até mesmo, de desvelamento da verdade (VEIGA-NETO, 2006). Nesta perspectiva, parece que existe a preocupação de ser uma enfermeira que não chore, que mantenha uma postura adequada ao ambiente de cuidado e frente às famílias e que não crie vínculo com o paciente, como é demonstrado nas falas do Grupo Focal:

- ‘(...) que tu deveria aprender a lidar com aquilo, porque se tu te abater sempre que aquela situação acontece, tu não vai conseguir ajudar os outros que ainda tão aí.’ Então, tu tem que ter uma postura de, até, às vezes neutra, não que tu não vá sentir, que tu não vai sofrer, mas não tem como te deprimir e falar: “Agora vou me jogar numa cama porque isso aconteceu e pronto”, sabe?” (S1)

- Eu tinha medo, eu acho de criar algum vínculo com o paciente, assim, uma coisa mais forte, que ele morresse, que eu ficasse triste ou alguma coisa assim, nesta linha (S2).

“- Eu acho assim que eu pensava um pouco, que nem a S1 falou da questão da família, das pessoas, mas a questão da morte em si, o processo, sabe, que, eu acho assim, eu acho que tem algumas vezes que acontece muito rápido, mas tem algumas que o processo é muito lento e isso me assustava um pouquinho, a questão assim, do que a pessoa poderia passar, do que ela poderia sofrer, e a gente não poderia interferir, não ia poder fazer, fazer nada (S3).

“- Porque o que eles gostam de dizer pra nós é que estão formando enfermeiros generalistas, só que, sei lá, nosso currículo parece que as pessoas só nascem, ninguém morre assim, porque não tem nada disso (S1)”.

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 16/08/2016).

Essa forma de ser enfermeira, já descrita na tese de Kruse (2003), identifica como corpos frios aqueles que são cuidados pela equipe de enfermagem, manipulados pelas enfermeiras e caracterizados como corpos hospitalizados, classificados por patologias, por sexo, por idade, esquadrihados no hospital de tal modo que o acesso a seu corpo seja facilitado. Tal procedimento facilita essa despersonalização, reafirmada por Junior e Eltink (2011) quando dizem: “existe uma cultura no ambiente hospitalar de que o profissional de enfermagem não deve se envolver”.

MARCADOR 2 – CAIU A FICHA

Durante os encontros, os estudantes referiram algumas vezes a expressão *caiu a ficha*. Esta refere-se ao processo de formação de conceitos e conhecimentos acerca do cuidado no final da vida e como esta vivência repercute na sua vida de aprendiz de trabalhador, como demonstrado nas falas abaixo:

- “Caiu a ficha assim, tipo, a gente teve uma aula, né? Mas não digo assim, que a gente chegou ali preparado, acho que a gente se deu conta da real situação ali quando a gente entrou na Unidade e se deparou com aquela situação. Era isso que eu estava comentando.

– É acho até mesmo que quando a gente se deparou com a situação, a gente viu que a gente não estava nem um pouco preparado assim. Eu lembro, eu fiz dupla com o Sujeito 2 e era nosso primeiro paciente, a gente nunca tinha falado com ninguém, sabe? E a gente estava morrendo de medo, e eu lembro que na época, a nossa monitora, que era doutoranda da Professora, ela pegou e disse: “Vamos, vem”. E nos puxou assim, e a gente entrou no quarto pra falar com ele, assim. A gente estava super apreensivo em relação ao que falar, que forma falar. Lembro que era um paciente que ele estava bem psicótico assim, e daí a gente ficava: “Ai, meu Deus, o que a gente vai falar pra ele, sabe?” Mas realmente, a gente não teve nenhum preparo assim em como lidar com esse tipo de situação, o que fazer, enfim as rotinas, tudo a gente foi descobrindo aos poucos.

– Isso que a Sujeito 3 falou de preparo, porque não ia ser uma aula que ia deixar a gente preparado e tem coisas que tu só consegue aprender na

prática, e isso é uma das coisas. Só que eu acho que a gente poderia ter sido mais preparado se tivesse, se tivesse organizado melhor, e com outras aulas. Porque, por exemplo assim, coisas que eu não aprendi, que a gente não viu na graduação pra lidar com isso, era sobre luto, sobre fases do luto, que tem fases que tem, e eu não sei isso. A gente não aprendeu isso, então é uma coisa que eu acho que talvez seria necessária e que ajudaria a gente a tá lá e a enxergar melhor os pacientes.

– É, na minha cabeça, antes de ir pra lá, assim, eu pensava, me preparei assim: “Não, eu vou chegar lá, e vai ter um monte de gente muito mal, morrendo, vomitando, as pessoas numa cor estranha”. Então, eu tinha essa ideia assim, que as pessoas iam pra lá pra morrer mesmo e que elas iam tá todas muito mal assim, e que enfim, eu me preparei assim: “Tá, vou ver um monte de gente morrer todos os dias, as pessoas tão muito mal”. E daí uma dúvida, uma das dúvidas que eu tinha era: “Como que eu vou entrar no quarto e dizer assim ‘bom dia, tudo bem?’” Sabe? E daí eu, ‘como eu vou perguntar se tá tudo bem, se não tá tudo bem, a pessoa ta morrendo. Eu tive essa dificuldade, de ‘o que dizer quando entrar no quarto, sabe?’ Mas, quando tu chega lá, realmente, como a Sujeito 3 disse tu muda assim algumas coisas de tu que pensou, teus pré-conceitos que tu tinha sobre o Núcleo, porque tu chega lá, as pessoas não tão super mal, super morrendo assim. Tem pessoas que tão bem, que tu não acredita que vão morrer tipo daqui a uma semana, sabe? Então antes eu me preparei para ver um monte de gente muito mal e super morrendo, daí eu cheguei lá e as pessoas estavam assim, bem, né? Então.”

(Fonte: Grupo Focal - Encontro 2: 26/08/2016)

Retomo neste momento, as angústias dos participantes da pesquisa, quando diziam num dos encontros do Grupo Focal:

- Quando vocês falam nessas desconstruções, sofrimentos, medos e angústias, qual é o maior medo, por exemplo, que vocês tinham antes de estar lá? Pode começar contigo Sujeito 1? (M)

– Eu acho que o medo, pensando no campo? (S1)

– Isto. (M)

– Eu tinha medo de que alguém, eu tinha medo de ver alguém morrer assim, eu não sabia ainda dessa coisa de que a gente não ia fazer nada, mas eu tinha medo de ver alguém morrer, mas não pelo momento da morte, mas assim, como é alguém morrer no hospital, sabe? Como assim, a família vai estar todo mundo lá, vai ser aquela choradeira e eu vou ser enxergada como profissional, então eu vou ter que ter postura, tinha medo de não poder ter sentimento, de não poder chorar ou de chorar demais. Então eu tinha medo desse momento, de como agir, de como vai ser isso, acho que era isso, que eu me lembro, era esse o meu medo, de como vai ser isso.(S1)

– Tu tinha algum medo? (M)

– Eu tinha medo, eu acho de criar algum vínculo com o paciente, assim, uma coisa mais forte, que ele morresse, que eu ficasse triste ou alguma coisa assim, nesta linha.(S2)

– Eu acho assim que eu pensava um pouco, que nem a S1 falou da questão da família, das pessoas, mas a questão da morte em si, o processo, sabe, que, eu acho assim, eu acho que tem algumas vezes que acontece muito rápido, mas tem algumas que o processo é muito lento e isso me assustava um pouquinho, a questão assim, do que a pessoa poderia passar, do que ela poderia sofrer, e a gente não poderia interferir, não ia poder fazer, fazer nada. Não comparando assim se..., eu acho que não tem como comparar uma coisa da outra, mas assim eu nunca vi uma pessoa morrer”.(S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

A expressão “**caiu a ficha**” era usada quando uma ficha telefônica era inserida no dispositivo telefônico para realizar a ligação/chamada, quando a ficha caía iniciava a ligação/conversa. Essa sensação remete à efetividade do ato, à concretização da chamada e no caso, a vivência do cuidado com o paciente no final da vida. A partir desse marcador é que dei início à análise dos excertos que indicavam o momento em que o estudante percebia as ações possíveis no cuidado com o paciente no final da vida.

Inspirada na obra, o Processo Civilizador, Elias (1994) estuda costumes desde a Idade Média até a período moderno, e analisa a formação do Estado moderno. Reflete sobre os modos de conduta à mesa e como estas atitudes estão relacionadas com o comportamento social e econômico, implicando regras e normas que organizam as relações entre as pessoas. No caso, dos sujeitos desta pesquisa, não é diferente, como demonstra a fala abaixo, com relação à primeira vivência cuidando de pessoas no final da vida,

- “Daí eu lembro de uma situação assim, que enfim com essa senhora que a gente criou um vínculo que tinha que esvaziar uma bolsa de colostomia, uma coisa assim, trocar, e daí eu pensava assim: “nossa, como eu vou fazer isso, sabe? Nunca fiz isso em ninguém, e elas já estão mandando eu fazer isso!” E a pessoa tá ali, naquela situação, tenho medo de machucar ela, tenho medo de enfim, eu tinha muito medo de assim, sabe? Não, medo da morte, ah, vai morrer na minha mão, mas eu tinha medo de fazer as pessoas sofrerem mais do que elas já estavam sofrendo. Então eu lembro que foi uma situação assim, foi estranha pra nós. A gente nunca tinha feito uma intervenção, então, tá, trocar aquela bolsinha, esvaziar, o cheiro é desagradável enfim, mas a gente conseguiu fazer assim, sabe. Eu acho que a gente, assim, depois, pelo menos pra mim, depois dessa primeira intervenção nessa senhora, eu pensei: “tá, ok, eu consigo fazer essas coisas, eu consigo não fazer eles sofrerem entendeu, pelo contrário, eu consegui aliviar ela”, porque enfim, a bolsa tava inchada. Então, sei lá, pra mim foi tranquilo assim, conseguir fazer isso e ver que ela gostou da gente ter feito, mesmo sabendo, porque ela sabia que tinha um cheiro ruim, então ela perguntava por nós quando a gente não ia, porque tinha alguns dias da semana e nos outros não e daí, quando a gente chegava na outra semana, diziam que ela tinha perguntado por nós e tal. Então, achei bem legal, sabe, a primeira, enfim, foi demais! As primeiras intervenções serem neste Campo, sabe, que a gente aprendeu não só a técnica, mas muito do psicológico assim, que a professora nos ensinou muito de como lidar com isso e aprender, enfim. É isso”. (S1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1: 16/08/2016).

O mesmo acontece na primeira experiência com a morte, o que é demonstrado nas falas abaixo:

“– Ah, e assim...(risos), eu às vezes brinco que às vezes eu sou muito mais biológica do que humanas porque eu era criança na época que meu avô faleceu e me chamava a atenção que depois que eu vi ele, que tinha sido feito o tamponamento tudo, eu era, sempre fui muito curiosa, eu estava olhando e tentando observar o que tinha acontecido com o corpo dele, que tinha, que tinha..., eu sempre pensava muito isso aí, olhando e ...assim, eu via que escorria tudo, era então, tipo eu ficava: “O que que tá saindo? Como

funciona?” E eu perguntava, ninguém queria falar muito sobre isso (risos). (S1)

- Risos. (todos)

- Mas, claro, era criança, depois tu começa a entender que essas coisas não dá para ficar perguntando, falando muito numa situação como aquela. Mas eu lembro muito disse que foi a primeira vez que eu tive contato com uma pessoa. Já falei que eu sempre tive bicho, mas com um cadáver assim de uma pessoa foi a primeira vez e eu ficava curiosa, perguntava, mas eu acho que eu não fui feliz com aquela situação de ficar reparando aquelas coisas (risos). Mas aí aprendi que essas coisas não dá pra ficar fazendo assim (risos), numa situação como essa. (S1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2017)

Diante da primeira experiência predomina a curiosidade, o interesse em saber o que está acontecendo, porém o que advém a medida que ocorre o “processo civilizatório”, é a institucionalização de valores e a concepção de mundo (RODRIGUES, 2003). Elias (1994) analisa as atitudes e comportamentos do homem “animal” e sua transformação em “homem civilizado” por meio do controle da animalidade. Esse controle das atitudes consideradas de origem animal coloca as funções naturais dentro de contextos sociais, o que possibilita a historicidade e a evolução dos costumes.

Na enfermagem, quando o aluno experencia suas práticas curriculares ocorre uma nova configuração, interdependências e relações com os outros exigindo novas condutas e novos comportamentos que constituirão o profissional. Exemplo disso, é o relato dos participantes quando lembram das aulas de anatomia e como vivenciavam o contato com os cadáveres:

“– Eu lembro das aulas de anatomia e como a gente era meio, meio que, sei lá, sem sentimentos, sabe? Pelos cadáveres, tá, ok, é um cadáver. Então, olhar essa cena, essa imagem, tipo: “Ah, tá é só um corpo!” A gente não tinha sentimento na aula de anatomia, entendeu? (S1)

– Ah, eu não sei, eu não sentia assim, tanto que ali, muitas vezes, algumas brincadeiras que faziam eu não gostava. Eu acho que tinha um cadáver ali mas tinha que ter um respeito. Eu sempre pensei assim. (S3)

Silêncio.

{...}

– Com relação a isso que as gurias estavam falando, eu não me lembro de sentir nada assim, nossa é uns corpos, enfim. Mas eu me lembro enfim de pensar como que era aquela pessoa. O que ela fazia. Eu lembro que não sei como que chegou a informação na gente de que um dos corpos que a gente tava estudando era de um pedreiro. E ele tinha uns músculos bem salientes assim, e a gente ficava comentando sobre isso, enfim. E daí, eu ficava pensando assim: ‘Ah, o quê que aquelas pessoas faziam? Como é que elas foram parar ali? Se são indigentes, não são?’ Sabe? Eu, era esse o pensamento que eu tinha na época, mas não me vinha nenhum sentimento assim em relação aquele corpo ali.(S4)

– Acho que até o último que a gente viu que até botaram um pra gente, porque a gente sempre pega aqueles cadáveres que a medicina já usou, já dissecou e já fez muita coisa quando chega na mão da gente, já tá numa

condição assim que: “Meu Deus, o quê que é isso aqui? O quê que sobrou daqui?” Sabe? E a gente pegou um que botaram na área que a gente ficava que o professor foi dissecar, estavam dissecando ali na, começaram então, estava novinho (risos). Credo, falar assim. E a gente ficou sabendo que era uma pessoa ali que pediu para que o corpo dele fosse doado pra estudo pra tudo assim, sabe? Porque até então a gente não fica sabendo muito como é que é esse processo. A gente chega ali e já tá os cadáveres e tipo vai ter aula e pronto. Daí a gente sabe que até eles chegarem ali tem todo um processo que é feito né? Tem, ele tem muito essa história que é só indigente tudo, e na verdade não é bem assim que funciona. (S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 3: 02/09/2017)

Neste momento, cabe lembrar que mesmo que cada participante da pesquisa tenha vivenciado alguma situação de morte nas suas famílias existe uma organização cultural e moral para controle dos sentimentos e condutas diante da finitude (tinha um cadáver ali mas tinha que ter respeito). Assim, embora pudessem ter diferentes vivências em relação ao final da vida, não sabiam como iriam viver tal experiência na qualidade de acadêmicos de enfermagem.

Quando ocorre a inserção do estudante no curso, pode-se pensar que as disciplinas de conhecimento (re)fazem uma nova ordem de civilização frente ao final da vida. E, uma das primeiras experiências curriculares nas aulas práticas é com cadáveres, especificamente na disciplina de Anatomia. Após essa passagem pelas demonstrações anatômicas, ocorre a vivência com simuladores, o que é demonstrado nas falas abaixo:

“- Eu lembro que a gente sempre matava os bonecos nas nossas simulações e ninguém conseguia salvar (risos) (S4)

– O meu grupo conseguiu salvar uma vez. Na pressão, mas conseguiu (risos). Salvou mais um boneco. Essa cena pra mim é tranquila. (S3)

– Por que? (M)

– Não..., parece uma situação que tem um certo controle, claro que a gente sabe que não tem, que tudo pode sair fora a qualquer momento, mas pra mim, nesse sentido, uma situação tranquila. (S3)

– Acho que te dá uma segurança de tu saber que tu tá fazendo algum procedimento, avaliando, enfim, um boneco. E tu tá ali, com um professor, tá com a turma enfim, então, acho que te dá uma segurança, mas mesmo assim, é muito distante. E às vezes, a gente não se entregava assim, a gente ficava rindo: “Ai, tu vai chegar pra falar com um boneco, e aí, seu João, como é que tá?” E o boneco não vai te responder. Entende, então eu acho que a gente não se entregava da forma que deveria e mesmo assim, continuava muito distante de como a gente abordaria, como a gente faria realmente o procedimento, as técnicas enfim, na vida real, sabe? Acho que ajuda sim a compreender várias situações de forma mais prática, mas mesmo assim fica distante assim. (S4)

– Até porque o boneco não mostra dor, não mostra sofrimento, a gente acaba não tendo essa empatia por ele. Acho que é.” (S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 3: 02/09/2017)

Essa “nova” ordem de aprender sobre cuidado do corpo ‘não sendo corpo’ e sim um simulador, tem sido utilizada nas escolas. Considera-se necessária a inserção de estratégias de ensino e aprendizagem nos cenários formativos justificadas pelas mudanças referentes à segurança do paciente, novas exigências na própria formação, implicações éticas e legais, além da diversidade tecnológica (COSTA et.al., 2016). E como isso acontece? Seriam as escolas/universidades cenários ideais para o processo civilizatório do homem moderno, produtivo e trabalhador? Como as aulas práticas que envolvem “corpos frios” e “corpos plásticos” constituem futuros cuidadores de enfermagem? Seria a enfermagem uma “técnica de etiqueta” sobre os corpos doentes, velhos, moribundos?

As questões anteriores possibilitam pensar o que Elias (1994) conta sobre a história da origem da palavra civilização e sua relação com cultura utilizando conceitos das sociedades inglesa, alemã e francesa. Esses conceitos estão relacionados com as palavras cultura, inteligência, costumes e com os valores morais e econômicos que se constituía e se constitui na história da sociedade. E essa sociedade é a ocidental, a considerada elitizada, inteligente, economicamente educada caracterizada por mecanismos de regulação e vigilância (RODRIGUES, 2003).

E os estudantes, como vivenciam esta regulação e vigilância de condutas nas aulas práticas, frente aos pacientes, ao cuidado, com a equipe de enfermagem? Como eles conseguem vivenciar seu processo civilizatório na universidade? Voltemos à aula de anatomia lembrando que desde o século XVI é disciplina introdutória do Curso de Enfermagem e até os dias de hoje sua estrutura como campo de saber está praticamente inalterada (KRUSE, 2003). O cadáver permanece sendo material de ensino, suas partes são estudadas e aprendidas e os alunos nas primeiras aulas hesitam em entrar na sala de anatomia pois sentem nojo e medo (VALENTE, 2000). Associações e lembranças com odores, sensações de repulsa foram encontrados nos relatos dos estudantes da pesquisa e as aulas de anatomia,

“– As aulas de anatomia novamente (risos). (S4)

Silêncio.

– Também, saudades da monitoria e do curso de dissecação e do cheiro. (S2)

– Do cheiro eu não gostava. (S3)

– O cheiro horrível. (S4)

– Cheiro de limão forte. (S2)

– Era um cheiro meio doce. Só pra ti que era limão. Eu não sentia cheiro de limão ali. (risos). Eu gosto de limão, pára com isso. (S3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 3: 02/09/2017)

Retomo o marcador **Caiu a ficha**, pois novamente estamos problematizando como os estudantes de enfermagem vivenciam sua prática curricular cuidando de pessoas no final da

vida. Pensar que o ambiente da sala de anatomia faz parte do processo de aprendizado de profissionais da enfermagem e repercute no cuidado das pessoas é mais uma das etapas desta categoria denominada **Aprendendo a ser trabalhador**. A disciplina de Anatomia se ocupa em produzir e organizar um saber e uma prática sobre o corpo (KRUSE, 2003), nela inicia um processo de esfriamento dos corpos que serão cuidados de tal modo que a relação fique impessoal e os pacientes classificados como objetos de ensino e pesquisa. Este entendimento do corpo objeto, exposto para compreensão, conhecimento, visualização, inclusive arte, advém da representação histórica do corpo humano. Ainda estudamos anatomia como há 500 anos atrás, porém sabe-se que estudar nos cadáveres envolve o tabu e medo da morte quase sempre presentificados na sala de anatomia (PINHO e BARBOSA, 2009).

Por que essa proximidade com o material morto causa estranheza, medo, nojo e posteriormente os estudantes “adaptam-se” às condições da sala de aula, do método de aprendizado, da sala de anatomia? Permito pensar na perspectiva foucaultiana que é sobre os corpos que age o poder (VEIGA- NETO, 2011), é sobre nossos corpos que forças agem e se manifestam e o saber é elemento condutor do poder. Ou seja, mesmo sentindo todas as adversidades da sala de anatomia, os alunos consentem e se submetem às aulas, por entenderem que por meio daquela ação será possível naturalizar as técnicas que devem ser praticados nesses corpos, agora frios. Deste modo, a partir de corpos frios é possível extrair saberes e exercer o poder. Exemplo dessa naturalização e da relação de poder-saber sobre os corpos frios aparecem nas seguintes falas:

“– Eu lembro das aulas de anatomia e como a gente era meio, meio que, sei lá, sem sentimentos, sabe? Pelos cadáveres, tá, ok, é um cadáver. Então, olhar essa cena, essa imagem, tipo: “Ah, tá é só um corpo!” A gente não tinha sentimento na aula de anatomia, entendeu? (S1)

– Ah, eu não sei, eu não sentia assim, tanto que ali, muitas vezes, algumas brincadeiras que faziam eu não gostava. Eu acho que tinha um cadáver ali mas tinha que ter um respeito. Eu sempre pensei assim. (S3)

Silêncio.

– É a gente consegue ver os que conseguem enxergar mais próximos e outros que ficam mais distantes, parece que ficam, é o que a gente vê, né? Tinham uns com mais facilidade de botar a mão ali, de ficar mais próximo.(S3)

– No início... (S2)

– Ou mais receosos. (S3)

– No início, assim distante, não queria encostar muito, mas depois gostei. (S2)

– Que deitava em cima. (S3)

– Mas eu lembrei que eu terminei a monitoria e vi que a luva tinha rasgado, estava todo cheia de gordura na minha mão e eu lavei a minha mão. (S2)

Todos – Risos.

– Não fiquei nem com nojo, não fiquei. Estava tão acostumado que... (S2)

– Vocês usam máscara? Ou não. (M)

– Não precisava. (S3)

- Não. (S1)
- Só jaleco. (S2)
- É. (S4)
- E luva. (S2)
- É, luva. (S4)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 3: 02/09/2017)

Ainda, não somente o conhecimento e saber dos corpos frios é o suficiente no processo de aprendizagem do ser trabalhador de enfermagem, é necessário simular situações que configurem as práticas nos cenários de assistência. Segundo Costa et.al. (2015), devido à necessidade de inversão do modelo de assistência à saúde, as instituições de ensino buscam uma formação mais ampla, no intuito de formar profissionais comprometidos técnica e politicamente com os problemas de saúde da população. A simulação é uma estratégia que permite a representação de um evento real, de uma circunstância para aprender, avaliar ou entender a situação. Nesta perspectiva das simulações, as escolas de enfermagem utilizam simuladores que são tecnologias que visam a segurança do paciente e o treinamento das técnicas por meio da repetição. Os simuladores tornam possível produzir circunstâncias do cuidado, porém o artefato pedagógico é frio, plástico ou borracha, fragmentado. Por outro lado, os alunos percebiam que os docentes não dominavam aqueles novos bonecos, não tinham experiência com essa tecnologia de ensino o que contribuía para que o ensino não fosse “levada à sério” , como demonstrado nas falas abaixo:

“– Eu vejo assim, como diferente, por mais eu antes tenha comentado que a gente não tinha muito sentimento assim, tipo nos corpos, mas a gente respeitava os corpos. E vendo a imagem do boneco do laboratório assim eu não tinha . Eu odiava fazer aula no laboratório, achava um saco assim essas simulações, sabe, que não eram reais. Realmente, como a Sujeito 4 falou, a gente ria, a gente brincava, ninguém levava a sério as coisas, então eu vejo que são duas situações muito diferentes, de tu respeitar um corpo, ali de verdade, aprendendo e de tu tá aprendendo no laboratório, mas pra mim, era diferente, sabe? Eu odiava.(S1)

– A gente pegou uma fase, assim, em me lembro isso, de uma fase que o laboratório adquiriu bonecos novos, super modernos, e eu vi mais um despreparo dos professores em elaborar algo que a gente consiga aprender a praticar. Porque essa parte de falar que a Sujeito 4 falou, eu nunca falei com o boneco. Nas práticas, as professoras mandavam eu falar, só um pouquinho: “É um boneco!”. E, aí, mas quando a gente teve uma prática de pediatria que fizeram mais uma simulação, que foi legal, não sei se foi série, poderiam ter aprofundado mais, as práticas assim. A gente poderia ter aprendido mais, ter abordado outros assuntos, assim, porque aqueles bonecos, tem inúmeras possibilidades de aprendizado. Eles são muito reais, assim. Então, poderia ser mais explorado, se a gente tivesse base para isso. (S2)

– Mas não vinha nenhum tipo de sentimento assim. (S4)

– Ah, sentimento não. (S2)

– Em relação ao boneco, em relação à situação, a gente ria, a gente brincava, não era algo sério. A gente não levava a sério. (S4)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 3: 02/09/2017)

Como os simuladores poderiam contribuir para minimizar as angústias e os medos percebidos e vivenciados diante da morte? Seriam os simuladores dispositivos pedagógicos para o processo de aprendizado diante da morte? Para enfrentar a morte? Penso que os simuladores contribuem no processo de aperfeiçoamento das técnicas, das práticas de enfermagem, e auxiliam na operacionalização e organização do trabalho, como ser produtivo e capaz de desempenhar funções mas sem o envolvimento humano. Por isso, cabe pensar que quando caiu a ficha, os estudantes percebem que a morte faz parte da vida, não é uma simulação, não é uma cena. A realidade é vivida, e a morte é a “vida que pode ser vivida” (MENEZES, 2004).

Não quero aqui dizer que os simuladores não deveriam ser utilizados, que as técnicas de enfermagem deveriam ser executadas em humanos, o que procuro problematizar é que tais dispositivos pedagógicos, largamente utilizados hoje, não são isentos de efeitos. Ou ainda, que talvez nem tenham efeito no sentido de enfrentar/lidar com a morte. Ou é no percurso da vida que vivenciamos e experienciamos a morte? Seriam as cenas, as simulações, capazes de auxiliar alunos e alunas a viverem determinadas experiências? Ou a experiência pode ser considerada uma simulação? Parece que quando os estudantes aprendem/treinam com os pacientes “reais”, a ficha cai, a experiência que passa por eles faz sentido para o aprendizado que ele teve na simulação.

Rocha (2005) pontua que todas as mudanças ocorridas fora e dentro da escola são buscas contínuas de novos modos de operar, de especializar, de temporalizar ações, o que Harvey (1996) diz ser resultado da chamada *compressão espaço-temporal*. Ou seja, a aceleração dos tempos de produção, de troca e de consumo, a contínua desterritorialização significa a retirada de barreiras espaciais que antes marcavam posições geográficas, nacionais, culturais, econômicas e sociais. No caso dos estudantes de enfermagem, os modos de ensinar possibilitam experimentar diferentes “mundos” de cuidados, desde o do cadáver, passando pelas simulações, porém ao experimentar o cuidado com o paciente, ele percebe que “cai a ficha”, como demonstra na fala a seguir:

“- Mas, quando tu chega lá, realmente, como a Sujeito 3 disse tu muda assim algumas coisas de tu que pensou, teus pré-conceitos que tu tinha sobre o Núcleo, porque tu chega lá, as pessoas não tão super mal, super morrendo assim. Tem pessoas que tão bem, que tu não acredita que vão morrer tipo daqui a uma semana, sabe? Então antes eu me preparei para ver um monte de gente muito mal e super morrendo, daí eu cheguei lá e as pessoas estavam assim, bem, né? Então. (S1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Os estudantes pensavam que no Núcleo houvessem imagens e discursos que envolvessem o final da vida, os cuidados paliativos, incluindo a morte, a dor, o sofrimento, a perda e o insucesso da terapêutica. Porém, ao encontrar a realidade, ao vivenciarem as circunstâncias, as pessoas que atuam no cenário, parece que um “novo” mundo surge. Será que as tecnologias de aprendizado não dão conta das multifaces da vida? Seriam as tecnologias estratégias para padronizar o cuidado, fazendo tudo da mesma forma, da mesma maneira? Ou somente uma possibilidade de vivenciar sensações, sentimentos que com o passar do tempo perdem o sentido?

Para Benedetti et.al. (2013) é necessário saber entender, aceitar e desvincular a morte da visão de fracasso que pode gerar, e no caso dos acadêmicos sentimentos latentes de impotência diante do não-solucionável. Porém, questiono: Por que a morte é considerada fracasso, se a mesma faz parte da vida? Por que sentir-se impotente diante do inevitável? A morte é comum para todos, porém cada um experimentara a morte de maneira diferente, singular.

Considero neste momento da análise, pontuar que as tecnologias utilizadas no ensino da enfermagem possibilitam a repetição e aperfeiçoamento de técnicas, porém não minimizam outras necessidades dos estudantes, principalmente aquelas que envolvem as tecnologias do eu. A contemporaneidade exige uma uniformização de condutas e atitudes de acordo com a ordem social. porém exige a individualização do tempo e do espaço. Ou seja, os estudantes aprendem a realizar as técnicas de enfermagem da mesma maneira para todos, porém ao conhecer a realidade da condição humana, precisam conhecer a individualidade do outro.

Voltemos ao título da categoria desta dissertação: **Aprendendo a ser trabalhador**, que inspirada na obra de Paul Willis denota como acontece o processo de educação, aprendizado, formação de estudantes, que nesta dissertação são os de enfermagem. Na profissão de enfermagem, segundo Oliveira e Amorim (2013), o profissional permanece maior tempo com o paciente, inclusive acompanhando o processo do final da vida. No que se refere à formação, as autoras referem que é difícil o estudante ter a oportunidade de vivenciar evento tão complexo, inclusive afirma que há falta de espaços para discussões e reflexões sobre a temática durante a formação. Exemplo desta dificuldade apareceu na fala abaixo:

“– E a situação da gente, como é tudo muito, processo de enfermagem é isso e aquilo e a gente entra num automatismo de fazer as coisas tudo assim, e até são coisas que facilitam, que evitam erros e tudo, mas a gente entra num dia a dia, numa coisa assim tão... que a gente fica nesse automatismo assim e a gente não se dá conta. Então, acho que sei lá, pra gente às vezes parar pra pensar e ver que quem tá ali na frente não é o boneco, é outra

pessoa também e a que a gente não gostaria, de tratar aquela ali, só que tá ali de uma forma de a gente não gostaria de ser tratado. (S3)
(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2: 26/08/2016)

Voltemos a minha pergunta de pesquisa é **como foi experienciar a primeira prática hospitalar cuidando de pacientes no final da vida?** Primeiro, parece que eu não faço nada. Segundo, caiu a ficha quando eu (estudante) percebi que posso fazer algo pelos pacientes, seja um banho, uma troca de bolsa de colostomia, um conforto. Esta experiência representa o processo de aprendendo a ser trabalhador, no qual o estudante possui domínios de saber, tipos de normatividade e subjetivação.

Cada estudante experencia suas práticas curriculares a partir do que faz sentido para ele, na circunstância, na experiência. Por maior que seja seu preparo, infelizmente cada experiência é diferente da outra, cada pessoa terá uma passagem singular para o estudante. A ficha cairá todas as vezes que se permitir viver a experiência dar-se-à possibilidade de transformar, refletir o que o outro passou. Essa possibilidade de permissão de sujeito de experiência é que constituirá o profissional.

CONCLUINDO

Penso que o momento de terminar é sempre difícil. No entanto, esse não é um ponto final, uma conclusão, o fim das inquietações e problematizações que desencadearam a construção, a reflexão e a análise do trabalho. Digo isso, porque iniciei esse trabalho de maneira tímida, pouco confiante, era uma dissertação em que inúmeras vezes questionei qual meu tema de pesquisa. Seria Cuidados Paliativos? Ensino de enfermagem? Preparo dos estudantes de enfermagem para o cuidado no final da vida?

Agora avalio que tais provocações, questionamentos e achados tornaram meu trabalho desafiador, provocativo, desconfortável por vezes, por mostrar o que muitas vezes é invisível e por falar o que é indizível. Tais situações me incomodaram, me desconcertaram. A tal (des)construção causou sofrimento, negação, aceitação, luto, se é que posso dizer isso diante das leituras que envolviam o final da vida, o cuidado e a formação em enfermagem. Nessas circunstâncias, pensava sobre meu papel como professora de Curso de Enfermagem, os modos como ensinei e como isto poderia repercutir na vida dos acadêmicos quando cuidavam de pessoas. Ser professora, ser enfermeira é resultado de inúmeros discursos que me constituíram como sujeito de experiência, pois *“aquilo que me passou”* e *“aquilo que me passa”*, de certa maneira, será compartilhado com alunos, colegas, pacientes, familiares, com a vida *que me passa*.

Quando organizei o projeto de pesquisa pretendia conhecer as vivências de estudantes de graduação em enfermagem que iniciaram suas práticas hospitalares cuidando de pacientes no final da vida. Agora, ao concluir, tenho mais perguntas do que respostas mas ouvi de estudantes de graduação que tiveram essa experiência o quanto ela é rica, o quanto ela provoca a transforma sujeitos. Primeiro, eles têm a impressão de que não fazem nada, considerando que, historicamente, a enfermagem empreende ações para “salvar vidas” e não para ajudar a morrer. Parece que a morte desencadeia uma ausência de autoconfiança, uma debilidade, vergonha, culpa, e até perda da identidade com a profissão. Depois, cai a ficha, quando percebem que podem fazer muito pelos pacientes, seja um banho, uma troca de bolsa de colostomia, um conforto. Tais experiências representam o processo de ser trabalhador, no qual o estudante possui domínios de saber, tipos de normatividade e subjetivação.

As idas e vindas necessárias para a análise dos achados e as leituras do referencial permitiram outros modos de ver o processo de se tornar trabalhador de enfermagem. Problematizar como os estudantes experimentam o cuidado de enfermagem de pessoas no final da vida possibilitou rever muito do que tem sido dito e escrito sobre o assunto.

Especialmente as referências ao (des)preparo dos acadêmicos. Destaco que por mais conhecimento que alunas e alunos possuam sobre o final da vida, sobre o corpo, cada morte será diferente, uma vez que pessoas têm sua singularidade, sua individualidade. Assim, tanto quem cuida como quem é cuidado vive numa relação que permite refletir como se desenvolvem determinadas práticas de normatividade e subjetivação.

Lembrando que cada pessoa é constituída por uma história, cultura, discursos, conhecimento, torna-se evidente o quão complexa é a experiência de cuidar no final da vida. O conhecimento é mais uma tecnologia para atender as necessidades inventadas na contemporaneidade. A invenção de disciplinas, de conteúdos, infelizmente não vai diminuir o (des)preparo dos estudantes diante do final da vida. A prática do cuidado do outro é uma constante experiência que nos transforma, nos modifica, nos marca e provoca constantes desconfortos, desordens, nos desacomoda, nos tira do conforto e da segurança.

A palavra segurança pode ser representada pelas estratégias de proteção que os estudantes e profissionais utilizam diante da morte, tais como a mecanização dos procedimentos, a impessoalidade diante da dor e outras. Entendo que as barreiras são utilizadas para lidar com o cotidiano, com o sofrimento, são maneiras prescritivas de ação com o corpo, tanto o de si, como do outro. Diante disso, frente ao inevitável da morte, somos aprendizes, constantes sujeitos da experiência.

REFERÊNCIAS

ANCP (AGENCIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ªed., 2012.

ÀRIES, Philippe. **O homem diante da morte**. Editora Unesp: São Paulo, 2014.

AZEVEDO, Sara Dionizia Rodrigues de. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. **Filogênese**, v. 6, nº 2, 2013.

BAUMAN, Zygmunt. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2008.

_____. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2007.

BELLATO, Rosene; ARAÚJO, Andrea Paulino de; FERREIRA, Humberto Francisco; RODRIGUES, Patrícia Ferreira, A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, nº3, p.255-263, jul-set, 2007.

BENNAHUM, David A., *The historical development of hospice and palliative care*. In: FORMAN, Walter B. et.al. **Hospice and palliative care: concepts and practice**. 2ªed. Sudbury, Jones and Bartlett Publishers: Massachusetts, 2003.

BENEDETTI, Gabriella Michel dos Santos; OLIVEIRA, Kézia de; OLIVEIRA, William Tiago de; SALES, Catarina Aparecida; FERREIRA, Patricia Chatalo. Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, nº1, p.173-179, mar-2013.

BERNIERI, Jamine; HIRDES, Alice. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.1, p. 89-96, jan-mar, 2007.

BRASIL. Portaria nº 2439/GM de 08 de dezembro de 2005. **Ministério da Saúde**. Brasília (DF), 2005.

_____. Portaria nº 3150, de 12 de dezembro de 2006. **Ministério da Saúde**. Brasília (DF), 2006.

_____. Resolução 466/12. **Conselho Nacional de Saúde** Brasília (DF); 2013.

_____. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. **Ministério da Saúde** Brasília (DF), 2014.

CARRARA, Sérgio. Prefácio. In: MENEZES, Rachel Aisengart, **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, FIOCRUZ, 2004.

CASTRO e SILVA, Denise Madeiro de. Resenha: WILLIS, Paul. Aprendendo a ser trabalhador: escola, resistência e reprodução. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. **Sociedade em Debate**: Pelotas, v.5, nº 3, p. 101 – 105, nov. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1805/2006**. Brasília (DF), 2006.

_____. Artigo 41. **Código de Ética Médica**: resolução CFM nº 1931 de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso)/ Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

_____. **Resolução 1995/2012**. Brasília (DF), 2012.

CORDEIRO, Franciele Roberta, KRUSE, Maria Henriqueta Luce.; Análisis del discurso desde la perspectiva de Michel Foucault: contribuciones y posibilidades para la investigación cualitativa en Enfermería. **Rev. Eléctronica Enfermería Actual en Costa Rica**: Costa Rica. Edição Semestral nº 27. Oct. 2014 – Mar. 2015.

CORDEIRO, Franciele Roberta. **O retorno ao domicílio em cuidados paliativos**: interface dos cenários brasileiro e francês. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 262 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

COSTA, Raphael Ranieri de Oliveira; et al. Tipos e finalidades da simulação no ensino de graduação em enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**: Salvador. v. 30, nº 3, p. 01 -11, 2016.

CRUZ, Claudia; GAROFALO, Regina da Cruz; SABINO, Tatiana; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca, O “pacote” e a enfermagem (análise crítica de uma cena de morte). **Revista Brasileira de Enfermagem**: Rio de Janeiro, v.53, nº3, p.467 – 471, jul-set, 2000.

CRUZ, Ronny Anderson de Oliveira., et.al. Reflexões acerca dos cuidados paliativos no contexto da formação em enfermagem. **Revista Enfermagem UFPE on line**: Recife. nº10, v.8, p. 3101-7, ago. 2016.

DÍAZ, Esther. **A filosofia de Michel Foucault**. Editora Unesp: São Paulo, 2012.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar Curitiba**, nº 24, p. 213-225. Editora UFPR, 2004.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**: Uma história dos costumes. Volume I. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994..

_____, Norbert. **A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: dicionário da língua portuguesa. Editora Positivo: São Paulo. 8ª ed., 2010.

FISCHER, Rosa Maria. Foucault e o desejável conhecimento do sujeito. **Educação e Realidade**: Porto Alegre, v.1, nº24, p. 39-59, jan/jn 1999.

_____. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, nº 114, p.197-223, nov., 2001.

FOUCAULT, Michel, **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____, Michel. Do governo dos vivos. In: FOUCAULT, Michel, **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____, Michel. Subjetividade e verdade. In: FOUCAULT, Michel, **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____, Michel. **História da sexualidade: uso dos prazeres**. Vol. 2. São Paulo: Editora Graal. 2012.

_____, Michel. **Microfísica do poder**. 25ª ed. São Paulo: Editora Graal, 2012.

_____, Michel. **Arqueologia do saber**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

_____, Michel. **Isto não é um cachimbo**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2014.

GARCEZ, Pedro de Moraes; BULLA, Gabriela da Silva; LODER, Letícia Ludwig. Práticas de pesquisa microetnográfica: geração, segmentação e transcrição de dados audiovisuais como procedimentos analíticos plenos. **D.E.L.T.A.** V.30, nº 2. P.257 -288, 2014.

GOLDIM, José Roberto, FRANCESCONI, Carlos Fernando., Bioética clínica. In: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria Gonçalves dos Santos; OLIVEIRA, Marília Gerhardt. (coord.). **Bioética: uma visão panorâmica**. EDIPUCRS: Porto Alegre, 2005.

JUNIOR, Leina, ELTINK, Carolina Francisca, A visão do graduando de enfermagem frente a morte do paciente. **J. Health Sci Inst.** v, 29, n.3, p. 176-89, 2011.

KOENIG, Harold; McCULLOUGH, Michael. E.; LARSON, David. B., *A history of religion, science, and medicine*. In: KOENIG, Harold.J.; McCULLOUGH, Michael. E.; LARSON, David. B. **Handbook of religion and health**. Oxford University Press: New York, 2001

KOPKA, Joaquim.A.; ASCHENBRENNER, Ann P., REYNOLDS, M.B., *Helping students process a simulated death experience: integration of an NLN ACE. S Envolving case study and the ELNEC curriculum*. **Nursing Education Perspective**. Nº 37. V. 3. P. 180-2. May-Jun., 2016.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os poderes dos corpos frios – das coisas que se ensinam às enfermeiras**. Tese (Doutorado). Programa de Pós- Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LARROSA, Jorge, “Tecnologias do eu e educação”. In: SILVA, Tadeu Tomaz. **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994, p.35-86.

_____. Jorge, Notas sobre a experiência e o saber de experiência. In: **Tremores: escritos sobre a experiência**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2015.

LIPPE, Michael.P., BECKER, Harold. *Improving attitudes and perceived competence in caring for dying patients: an end-of-life simulation*. **Nursing Education Perspective**. Nº 36. V.3. P. 372 -8. Nov-Dec., 2015.

MAIA, Deise; FRESHSE, Eike; SANTOS, Liliam Abram dos; GOMES. WILLIS, Paul. 1991. Aprendendo a ser trabalhador: Escola, Resistência e Reprodução Social. Porto Alegre: Artes Médicas, 241pp. **Revista Mediações: Londrina**. V. 5, nº 2, p. 211 – 231. Jul-dez, 2000.

MARQUES, Camila Delavalentina Cavalini; VERONEZ, Marly; SANCHES, Marina Ribeiro; HIRAGASHI, Ieda Harumi. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica ao processo de morte e morrer. **REME**, v.17, nº4, p. 823-830, out-dez, 2013.

MARTINS, Francine. **Percepções de estudantes de enfermagem sobre a morte e o processo de morrer**. Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões: Santiago, julho de 2015.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. V.17, nº 4. P. 758- 64, out-dez, 2008.

MENEZES, Rachel Aisengart, **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, FIOCRUZ, 2004.

MOCHEL, Elba Gomide. et.al. Análise da formação tanatológica do aluno de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Brasil. **Investigação, educação e enfermagem**. V. 29, n.2, p. 230 – 237, 2011.

MOROSINI, Liseane. Proteção da vida. **Radis**, Rio de Janeiro, nº 168, p. 10 – 13, set, 2016.

NETO, Otávio Cruz, MOREIRA, Marcelo Rasga, SUCENA, Luiz Fernando Mazzei, Grupos Focais e Pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: XIII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. 2002, Ouro Preto – MG. **Anais**. ABEP: Minas Gerais, 2002.

OLIVEIRA, Dora Lúcia, *The use of focus groups to investigate sensitive topics: an example taken from research on adolescent girls' perceptions about sexual risks*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3093 – 3102, 2011.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; QUINTANA, Alberto Manuel; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; LÜDTKE, Manoela Fonseca; CASSEL, Paula Argemi; WOTTRICH, Shana Hastenflug; FERREIRA, Catia Bairro, Significados de morte e morrer no Curso de Enfermagem: um relato de experiência. **REUFMS: Santa Maria**, v. 2, nº 2, p.472 – 479, maio-ago 2012.

OLIVEIRA, Wilker Invenção Azevedo de; AMORIM, Rita da Cruz, A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.27, nº2, p. 191 - 198, jun-2008.

OROZCO-GONZALES, et.al. *Experiencias e conocimientos de los estudiantes de enfermeira, ante de la muerte del paciente hospitalizado*. **Enfermería Universitária: México**, v.10, nº 1, p.8-13, 2013.

PESSINI, Leo., BERTACHINI, Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da saúde**. São Paulo: ano 29, v.29, n. 04, out/dez., 2005.

PINHO, Lícia Maria Oliveira; BARBOSA, Maria Alves. A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer. **Rev. Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 44, nº 17, p. 107-112, 2010.

QUEIROZ, Ana. Helena Araujo Bonfim., SOUZA, Angela.Maria Alves. e PONTES, Ricardo.José.Soares., Cuidado no final da vida: reflexões sobre a morte e o morrer. **Scientia**. Ano 1, ed. 2, p 192 – 395, nov/2012 – jun/2013.

RESSEL, Lucia Beatriz, et.al., O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enfermagem: Florianópolis**, v. 17, n.4, p.779-86, out-dez 2008.

RODRIGUES, Francisco Xavier Freire. **Por uma sociologia do processo civilizatório: uma reflexão a partir de Norbert Elias e Gilberto Freyre**. XI Congresso Brasileiro de Sociologia. Campinas- UNICAMP, São Paulo, 2003

ROSSONI, Eloá. **Formação multiprofissional em serviço na Atenção Básica à Saúde: processos educativos em tempos líquidos**. Porto Alegre: UFRGS, 223 f (Tese de Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

SADE, et.al., O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. V 18, nº 10, p. 2813-2824, 2013.

SANTOS, Franklin Santana, O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia *hospice*. In: SANTOS, Franklin Santana, **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2011.

SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos., O cuidar do cliente com problemas hematológicos – uma experiência de ensino-aprendizagem. **R. Bras. Enfermagem**: Brasília. v.53, nº4, p. 508-512, out-dez, 2000.

SANTANA, J. C. B. S., et.al., *Nursing faculty and terminality with dignity*. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2:p. 295 – 303, 2013.

SANTANA, Maria Tereza B. Mariotti; JORGE, Maria Salete Bessa., Corpo próprio como experiência vivencial da enfermeira no cuidar do outro no processo de morrer. **Rev. Lat-am. Enfermagem**. Nº3, v.15. P. 466-473, mai-jun 2007.

SILVA, Alexandro das Mercês, SILVA, Maria Julia Paes da., A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos. **Rev. Enferm. UERJ**: Rio de Janeiro, nº 4, v.15, p. 549-554, out-dez, 2007.

SILVA, Karen Shein da. **Em defesa da sociedade: a invenção dos Cuidados Paliativos**. Porto Alegre: UFRGS, 106 f. (Dissertação de Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

SILVA, Nathalia Ramos da, MENEZES, Rachel Aisengart., “Se parar, parou”: categorização do morrer em uma unidade de terapia intensiva da cidade do Rio de Janeiro. **Physis, Revista da Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro. V.1, nº25. P. 265-285, 2015.

SILVA, Tomaz Tadeu. **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994.

SOARES, Cassia Baldini; Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. V. 2, nº 48. P. 335-45, 2014. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em 12/01/2017

SOARES, Viviane, et.al. Nível de evidência das tecnologias de cuidado de enfermagem na angioplastia de membros inferiores. **Revista Eletrônica Enfermagem**. [Internet]. 2016. (acesso em 12/01/2017);18:e1187. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36793>.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. N.8. V.1 .[Internet]. Acesso em 12/01/2017. Disponível em: http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf

SUDNOW, David, *Passing On: the social organization of dying*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc., 1967.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Ensino>Graduação> Enfermagem> Grade curricular.** Disponível em: http://www.ufrgs.br/ufrgs/ensino/graduacao/cursos/exibeCurso?cod_curso=315. Acessado em 01 de dezembro de 2015.

VALSECCHI, Elizabeth Amâncio de Souza. da Silva, NOGUEIRA, Maria Suely, Fundamentos de enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**: São Paulo. V. 10, nº6, p.819-824, nov-dez, 2002.

VEIGA-NETO, Alfredo. Na oficina de Foucault. In: GONDRA, José; KOHAN, Walter (org.). **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 79-91.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Global Atlas of Palliative Care at the End-of-Life**. 2014.

ANEXO A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa/Aula: Sobre o final da vida: vivências de acadêmicas de Enfermagem

Nome do(a) Pesquisador(a) Responsável/Professor(a) Responsável: Carla da Silveira Dornelles, Maria Henriqueta Luce Kruse

Nome dos demais participantes da equipe:

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade conhecer as vivências de alunas (os) de enfermagem que iniciaram suas práticas hospitalares cuidando de pacientes no final da vida. O projeto propõe um grupo de discussão, denominado Grupo Focal, e contará com a presença do pesquisador discente responsável como mediador do Encontro, além de colaboradores do Grupo de Estudos Culturais do Programa de Pós Graduação em Enfermagem que estarão como auxiliares na pesquisa somente, não possuindo caráter de observação. Sua participação envolve a frequência a quatro encontros semanais realizados nas dependências da escola de Enfermagem da UFRGS em hora a ser combinada previamente, com duração de cerca de 40 – 60 minutos. Suas falas serão gravadas em aparelho gravador de voz na íntegra, sendo guardadas por um período de 5 anos. Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do(a) pesquisador(a). Se necessário, poderá entrar em contato com a Comissão de Ética e Pesquisa da UFRGS. A participação nesta pesquisa não implica em riscos conhecido. Existe a possibilidade de gerar desconforto (choro, angústias, emoções) por mobilizar sentimentos e lembranças. Os benefícios serão indiretos para futuros alunos que participarem da disciplina e leitores dos artigos da revista a serem publicados, além de contribuir com modificações/transformações e reflexões sobre o processo de formação na Enfermagem.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos princípios éticos com seres humanos, definidas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Todas as informações

coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, sendo assim, suas falas não serão identificadas. Você está isento de qualquer custo ou remuneração na participação deste estudo, sendo sua participação voluntária. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para a participação. Preencher, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Data: ____/____/____

TELEFONES

CEP/UFRGS: (51) 3308- 3738

EEnf – (51) 3308 5369

ANEXO B**COMISSÃO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Of. nº 235/2016

Porto Alegre, 29 de junho 2016.

Prezada Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse,

A Comgrad do Curso de Bacharelado em Enfermagem concorda com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado Sobre o final da vida: vivências de alunas de Enfermagem, que se destina à Dissertação de Mestrado da discente Carla da Silveira Dornelles, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS.

Atenciosamente,



Prof. Beatriz Ferreira Waldman
Coordenadora da COMGRAD/ENF

Sra. Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse
N/Universidade

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sobre o final da vida: vivências de alunas de Enfermagem

Pesquisador: Maria Henriqueta Luce Kruse

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55858316.2.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO

PARECER

Número do Parecer:

1.626.524

Apresentação do Projeto:

Trata-se de retorno de diligência do projeto de Dissertação de Mestrado da Linha de Pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem UFRGS. Discute formação acadêmica e as questões relacionadas ao contexto do final da vida em ambiente hospitalar vivenciadas por estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem. Caracterizase como pesquisa qualitativa descritiva de análise do discurso. A pesquisa será realizado no Curso de Graduação em Enfermagem UFRGS. As participantes serão constituídas por 12 alunas de graduação da Escola de Enfermagem que cursaram a disciplina Cuidado de Enfermagem ao Adulto I da 4ª etapa da Grade Curricular do Curso de Enfermagem no II semestre de 2014 e I semestre de 2015. Os critérios de inclusão ser alunos matriculados no Curso de Enfermagem que vivenciaram a primeira prática hospitalar no Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do HCPA. E os critérios de exclusão serão alunos em atestado médico ou por um período de afastamento durante a coleta de dados. Para produção de dados será utilizado o Grupo Focal, que de acordo com Barbour (2009, p. 21) é A“qualquer discussão de grupo pode ser chamada de um grupo

focal, contanto que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando às interações do grupo". Serão realizados 4 encontros com duração média de 2h.

No plano para a realização dos encontros está previsto 4 encontros. Para análise será utilizado a análise de discurso proposta por Foucault, usando os conceitos/ferramenta de enunciado, prática

Página 01 de

discursiva, sujeito e heterogeneidade do discurso.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as vivências de alunas da graduação em enfermagem que iniciaram suas práticas hospitalares cuidando de pacientes no final da vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão contemplados.

Em relação aos riscos as pesquisadoras declaram que são "poucos conhecidos, existe a possibilidade de gerar desconforto (choro, angústias, emoções) por mobilizar sentimentos e lembranças desagradáveis". Quanto aos benefícios acrescentam que "serão indiretos para futuros alunos que participarem da disciplina e leitores dos artigos da revista a serem publicados, além de contribuir com modificações/transformações e reflexões sobre o processo de formação na Enfermagem".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta relevância científica para área do ensino e pratica do cuidado de Enfermagem em situações de final de vida. Trata de temática que travessa o fazer dos profissionais da saúde, entretanto, por vezes, discutido na formação acadêmica de forma breve, o que poderá dificultar o enfrentamento dos estudantes, ao vivenciar esta realidade existencial, no contexto da prática. O referencial teórico e metodológico é pertinente aos propositado da pesquisa, objetivos descrito de forma clara.

Pesquisadores atenderam as solicitações do CEP:

Incluído o Termo de Anuência da COMGRAD da Escola de Enfermagem;

Esclareceram sobre a observação;

Adequaram o TCLE em relação ao tempo e o número previsto para a realização do grupo focal e retiram o CPF e RG do participante;

Quanto a responsabilidade do financiamento do projeto ficou explicitado que é de pesquisador responsável (professor orientador);

Esclareceram sobre o recrutamento dos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta redação clara e objetiva.

Os pesquisadores fizeram as adequações solicitadas no TCLE em relação ao tempo e o número

previsto para a realização do grupo focal e retiram o CPF e RG do participante.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores contemplaram todas as solicitações do CEP, projeto apto à aprovação. Recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TermodeAnuencia.pdf	30/06/2016 10:08:46	MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAAOPARECER.docx	30/06/2016 10:07:41	MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto29062016.docx	30/06/2016 10:05:28	MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_711954.pdf	29/06/2016 17:02:42		Aceito
Outros	PARECER.pdf	06/05/2016 16:17:40	Maria Henriqueta Luce Kruse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	05/05/2016 18:02:42	Maria Henriqueta Luce Kruse	Aceito

Ausência				
Folha de Rosto	folhaderosto_projeto0002.pdf	05/05/2016 17:58:53	Maria Henriqueta Luce Kruse	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CARLA_05_05_16.docx	05/05/2016 17:52:44	Maria Henriqueta Luce Kruse	Aceito

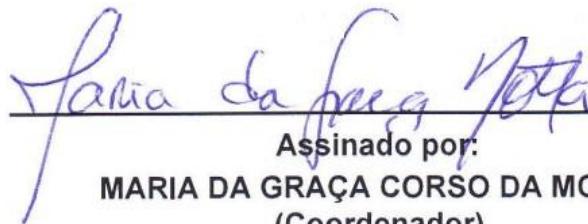
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Julho de 2016



Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

APENDICE I
ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COLETIVAS

ENTREVISTA 1

- 1 - Apresentando o projeto da Pesquisa – 20 min
 - 2 – Conhecendo os participantes da pesquisa – 10 min
- Fala dos participantes acerca de suas características – sexo, idade, profissão
- 3 – Lanche – 20 min
 - 4 – Introduzindo a temática - Como foi a vivência de cuidar de pessoas no final da vida? – 30 min

ENTREVISTA 2

- 1 – Relembrando o último encontro – 15 min
 - 2 – Atividade Integradora – Inserção da nova integrante
- Como vocês lembram dos profissionais da enfermagem diante das situações de morte?
Como foi a vivência com estes profissionais? E com os pacientes? – 40 min
- 4 - Encerramento – 10 min

ENTREVISTA 3

- 1 – Relembrando o último encontro – 10 min
- Atividade de impulso – Imagens de morte, ensino e cuidado
- 2 – Quais são as lembranças que vocês possuem diante das cenas? – 30 min
 - 3 - Quais são as principais lembranças desses momentos? - 20 min
 - 4 - Encerramento – 10 min

ENTREVISTA 4

- 1 – Relembrando o último encontro – 10 min
- Atividade de impulso – As palavras e as coisas – 30 min
- 2 - Como esta prática hospitalar repercutiu na vida de vocês? – 20min
 - 3 – Encerramento e Agradecimentos – 10 min

APENDICE II

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Olá, tudo bem?

Meu nome é Carla da Silveira Dornelles, sou aluna de Mestrado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS, orientanda da prof. Maria Henriqueta Luce Kruse. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Sobre o final da vida: vivências de acadêmicas/os de Enfermagem”, a qual objetiva conhecer as vivências de alunas/os de graduação em enfermagem que iniciaram suas práticas hospitalares cuidando de pacientes no final da vida.

Você está sendo convidada/o a participar desta pesquisa, porque cursou a disciplina Cuidado de Enfermagem ao Adulto I, da 4ª etapa da Grade Curricular do Curso de Enfermagem no II semestre de 2014 ou no I semestre de 2015.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (CEP) da UFRGS sob o CAAE 55858316.2.0000.5347, o que garante a manutenção dos preceitos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos.

Sua participação consistirá em frequentar entrevistas com a duração de 1 hora e 15 minutos. Durante este período será fornecido um lanche aos participantes, pois pretendo realizar as entrevistas no intervalo do almoço. Proponho a realização de 4 entrevistas com a presença de colegas que também participaram da disciplina.

Sugiro os seguintes dias, horários e local para nossos encontros:

Dias 16, 23, 30 de agosto e 06 de setembro das 12h às 13h e 15min na sala 107, térreo da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Aguardo a confirmação de sua disponibilidade para participar, respondendo este e-mail.

Sua participação é muito importante para o desenvolvimento da pesquisa!

APENDICE III

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Olá, tudo bem?

Meu nome é Carla da Silveira Dornelles, sou aluna de Mestrado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS, orientanda da prof. Maria Henriqueta Luce Kruse. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Sobre o final da vida: vivências de acadêmicas/os de Enfermagem”, a qual objetiva conhecer as vivências de estudantes de graduação em enfermagem que iniciaram suas práticas hospitalares cuidando de pacientes no final da vida.

Você está sendo convidada/o a participar desta pesquisa, porque cursou a disciplina Cuidado de Enfermagem ao Adulto I, da 4ª etapa da Grade Curricular do Curso de Enfermagem no II semestre de 2014 ou no I semestre de 2015.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (CEP) da UFRGS sob o CAAE 55858316.2.0000.5347, o que garante a manutenção dos preceitos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos.

Sua participação consistirá em frequentar entrevistas com a duração de 1 hora e 15 minutos. Durante este período será fornecido um lanche aos participantes. Proponho a realização de 4 entrevistas com a presença de colegas que também participaram da disciplina.

Lembro que já ocorreu a primeira entrevista, porém você não participou, por isso estou re-enviando este convite, com novas datas e novos horários.

Sugiro os seguintes dias, horários e local para nossas entrevistas:

Dias 30 de agosto, 06, 13 e 21 de setembro das 12h às 13h e 15min e dias 26 de agosto, 02 e 09 de setembro das 08h às 09h e 15 na sala 107, térreo da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Aguardo a confirmação de sua disponibilidade para participar, respondendo este e-mail.

Sua participação é muito importante para o desenvolvimento da pesquisa!

APENDICE IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ACORDO DAS ENTREVISTAS⁸

Datas dos encontros - (4 encontros): 16/08/2016, 26/08/2016, 02/09/2016, 09/09/2016.

Horário das entrevistas: Início: 12h – Término: 13h e 15min.

Início do II, III e IV: 08h – Término: 09h e 15min

Intervalo: Não.

Sala 107 (Escola de Enfermagem): Discente pesquisadora retira/entrega chave na recepção.

Comunicação entre o grupo: Todos serão comunicados previamente por *e-mail*.

Pontualidade: Importante que seja assegurada por todos (moderadora e participantes).

Assiduidade: Importante, eventuais faltas, avisar previamente (contatos por e-mail ou Facebook).

Celular: Desligado ou, quando necessário, no modo silencioso.

Sigilo/confidencialidade coletiva : Compromisso de todos. Não comentar externamente relatos de experiências / vivências confidenciais.

OBS: Estas combinações poderão ser reajustadas ao longo dos encontros.

⁸ Adaptado da Disciplina Grupo Operativo: dinâmica e fundamentos teóricos ministrada pelas Prof^{as} Dr^{as}. Clarice M. Dall'agnol e Christine Wetzel do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS.