

A pessoa com insuficiência cardíaca em perspectiva de finitude: compreensão à luz de Martin Heidegger

The person with heart failure in the perspective of finitude: an understanding in the light of Martin Heidegger

La persona con insuficiencia cardíaca en la perspectiva de la finitud: una comprensión a la luz de Martin Heidegger

Lorena Campos de Souza^a 

Amanda Caboclo Flor^b 

Thiago Martins de Sousa^b 

Luigina Mortari^c 

Virna Ribeiro Feitosa Cestari^b 

Marina de Góes Salvetti^d 

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa^b 

Como citar este artigo:

Souza LC, Flor AC, Sousa TM, Mortari L, Cestari VRF, Salvetti MG, et al. A pessoa com insuficiência cardíaca em perspectiva de finitude: compreensão à luz de Martin Heidegger. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240322. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240322.pt>

RESUMO

Objetivo: Compreender a experiência de finitude de pessoas com insuficiência cardíaca avançada.

Método: Estudo fenomenológico realizado em hospital terciário de referência em cardiologia, em Fortaleza - CE, de agosto a outubro de 2022. Os participantes foram 11 pacientes com insuficiência cardíaca em fase avançada. A coleta de dados deu-se mediante entrevista semiestruturada e os discursos foram gravados e transcritos para análise por meio do círculo hermenêutico heideggeriano.

Resultados: Dos 11 participantes, oito eram homens; a idade variou entre 43 e 82 anos. Os resultados foram trabalhados por meio do processo de redução hermenêutica, que permitiu a construção de duas categorias: (1) Ser-com o outro no adoecimento cardíaco e finitude, constituída pelos significados relacionados às condições físicas dos pacientes, suas limitações, possibilidades e relações interpessoais, (2) A construção do ser-para-a-morte, na qual os pacientes falam sobre seus medos, angústias, percepções e preocupações diante da finitude.

Considerações finais: A pessoa com insuficiência cardíaca em perspectiva da finitude vive um fenômeno marcado pela ausência de informação sobre a gravidade da doença e proximidade do fim, o que dificulta a comunicação de suas necessidades e escolhas conscientes, resultando em uma existência inautêntica.

Descritores: Cuidados de Fim de Vida; Insuficiência Cardíaca; Enfermagem; Fenomenologia.

ABSTRACT

Objective: To understand the experience of finitude from people with advanced-stage heart failure.

Method: Phenomenological study conducted in a tertiary referral hospital in cardiology, in Fortaleza - CE, from August to October 2022. The participants were 11 patients with advanced-stage heart failure. Data collection was conducted through semi-structured interviews, and the speeches were recorded and transcribed for analysis using Heideggerian hermeneutic circle.

Results: Of the 11 participants, eight were men; ages ranged from 43 to 82 years. The results were processed through the hermeneutic reduction process, which allowed the construction of two categories: (1) Being-with the other in heart illness and finitude, consisting of meanings related to the patients' physical conditions, their limitations and possibilities, and their interpersonal relationships, (2) The construction of being-toward-death, in which patients spoke about their fears, anxieties, perceptions, and concerns in the face of finitude.

Final considerations: The person with heart failure in the perspective of finitude experiences a phenomenon marked by the lack of information about the severity of the disease and the proximity of the end, which hinders the communication of their needs and conscious choices, resulting in an inauthentic existence.

Descriptors: End-of-Life Care; Heart Failure; Nursing; Phenomenology.

^a Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil.

^b Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem, Fortaleza, Ceará, Brasil.

^c University of Verona, Department of Philosophy, Education and Psychology, Verona, Itália.

^d Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, São Paulo, Brasil.



RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia de finitud de las personas con insuficiencia cardíaca avanzada.

Método: Estudio fenomenológico realizado en un hospital terciario de referencia en cardiología, en Fortaleza - CE, de agosto a octubre de 2022. Los participantes fueron 11 pacientes con insuficiencia cardíaca en fase avanzada. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, y los discursos fueron grabados y transcritos para su análisis mediante el círculo hermenéutico heideggeriano.

Resultados: De los 11 participantes, ocho eran hombres; las edades oscilaron entre 43 y 82 años. Los resultados se procesaron a través del proceso de reducción hermenéutica, lo que permitió la construcción de dos categorías: (1) Ser-con el otro en la enfermedad cardíaca y la finitud, constituida por los significados relacionados con las condiciones físicas de los pacientes, sus limitaciones y posibilidades, y sus relaciones interpersonales, (2) La construcción del ser-para-la-muerte, en la cual los pacientes hablaron sobre sus miedos, ansiedades, percepciones y preocupaciones frente a la finitud.

Consideraciones finales: La persona con insuficiencia cardíaca en la perspectiva de la finitud vive un fenómeno marcado por la falta de información sobre la gravedad de la enfermedad y la proximidad del final, lo que dificulta la comunicación de sus necesidades y elecciones conscientes, resultando en una existencia inauténtica.

Descriptores: Cuidados al Final de la Vida; Insuficiencia Cardíaca; Enfermería; Fenomenología.

■ INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito em níveis mundial e nacional. Estima-se que, até 2040, haverá aumento de 250% desses eventos no Brasil⁽¹⁾. A insuficiência cardíaca (IC) demanda gastos públicos de grandes proporções e traz múltiplos prejuízos aos pacientes e suas famílias⁽²⁾. O paciente que evolui para IC avançada, muitas vezes, enfrenta o esgotamento das terapias modificadoras da doença, limitações físicas, perda de autonomia, exacerbação de sintomas e aproximação da finitude⁽³⁾.

Pacientes com insuficiência cardíaca, frequentemente, necessitam de cuidados paliativos (CP), abordagem que promove qualidade de vida dos usuários e suas famílias diante de problemas associados a doenças que ameaçam a vida; que previne e alivia o sofrimento pela identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais⁽⁴⁾. Contudo, o acesso de pacientes com IC, à abordagem paliativa, ainda é um desafio⁽⁵⁾.

Há uma lacuna significativa no conhecimento sobre os cuidados de fim de vida para pacientes com insuficiência cardíaca, com barreiras relacionadas ao reconhecimento da terminalidade e à integração tardia dos cuidados paliativos, especialmente em comparação com outras condições crônicas, como o câncer⁽⁶⁾.

Muitos profissionais de saúde relutam em discutir prognósticos e cuidados de fim de vida com pacientes de insuficiência cardíaca, e não se sentem confortáveis ao abordar esses temas, o que pode atrasar a implementação dos cuidados paliativos⁽⁷⁾. A transição

de pacientes com IC para cuidados paliativos ainda é complicada, e nota-se a dificuldade em abordar este tema nos estágios iniciais da doença, além de falta de integração entre os cuidados curativos e paliativos⁽⁸⁾.

A vivência de pessoas com insuficiência cardíaca avançada envolve um prognóstico difícil e os enfermeiros precisam identificar as necessidades específicas desta população. A compreensão da experiência da pessoa com IC em perspectiva de finitude pode viabilizar o desenvolvimento de intervenções que promovam o cuidado centrado na pessoa, a assistência humanizada, o respeito à autonomia do paciente, valorizando a tomada de decisões compartilhada e contribuindo para a consolidação dos cuidados paliativos aos pacientes em adoecimento cardíaco. Assim, a questão norteadora deste estudo foi: "Como a pessoa com insuficiência cardíaca em perspectiva de finitude vivencia essa experiência?".

Dessa forma, o estudo objetivou compreender a experiência de finitude de pessoas com insuficiência cardíaca avançada.

■ MÉTODO

Desenho do estudo

Estudo fenomenológico, qualitativo, fundamentado nos pressupostos teórico-filosóficos de Martin Heidegger, segundo sua Obra *Ser e Tempo*⁽⁹⁾. A pesquisa fenomenológica busca a essência do fenômeno por meio do relato da experiência do ser estudado. O pesquisador dirige-se para o ser e procura olhar o

fenômeno como ele se mostra na própria experiência, buscando compreender o fenômeno que se apresenta à consciência⁽¹⁰⁾. Desse modo, o referencial heideggeriano permite ao pesquisador imergir na experiência da pessoa com IC em perspectiva de finitude, de modo a aproximá-lo de sua essência e de seu sentido por meio do discurso do Ser-aí.

Para garantir a qualidade do estudo, utilizou-se do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Review* (COREQ), um *checklist* de 32 itens distribuídos em três domínios (Equipe de pesquisa e reflexividade; Conceito do estudo; Análise e resultados) para entrevistas e grupos focais, adaptado para o português falado no Brasil⁽¹¹⁾.

Local e cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital terciário, da rede pública, de referência em atendimento cardiopulmonar, no período de agosto a outubro de 2022. Os cenários foram as enfermarias com pacientes com insuficiência cardíaca avançada. A escolha pela instituição deu-se por dispor de todos os procedimentos de alta complexidade e atender pacientes dos 184 municípios do Ceará e das regiões Norte e Nordeste do País.

Crítérios de seleção dos participantes

Foram incluídos os pacientes, maiores de 18 anos, internados que apresentavam critérios de doença cardíaca avançada conforme o guia *Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Brazilian version)* SPICT - BR, classe funcional III/IV da *New York Heart Association* (NYHA), insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável, além de sintomas refratários a despeito da terapia otimizada⁽¹²⁾. Ressalta-se que, apesar de atenderem aos critérios do SPICT - BR os pacientes não estavam sendo acompanhados por uma equipe de cuidados paliativos, ainda que a instituição possua este serviço.

Foram excluídos os pacientes que se encontravam inconscientes ou desorientados pela impossibilidade de responderem aos questionamentos. O foco da pesquisa fenomenológica se concentra no fenômeno

descrito e na compreensão da experiência, assim sendo, utilizou-se a saturação dos dados como critério para encerramento das entrevistas. A saturação dos dados é um fenômeno dinâmico que emerge da recorrência e da densidade das informações coletadas, assegurando a robustez e a consistência dos achados qualitativos, sendo um processo contínuo que envolve o julgamento reflexivo do pesquisador durante a análise dos dados⁽¹³⁾. A suficiência do material foi demonstrada por meio da repetição dos temas nas falas dos participantes.

Dessa forma, a partir dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, participaram da pesquisa 11 pacientes com insuficiência cardíaca em perspectiva de finitude.

Coleta de dados – O encontro fenomenológico

Adentrar no mundo do Ser em adoecimento cardíaco em fim de vida exige do pesquisador fenomenológico preparação pessoal a fim de estabelecer uma abordagem favorável à abertura do Ser-aí. Salienta-se que a aproximação do pesquisador com o participante se deu de maneira empática, de modo a expressar acolhimento e aceitação; o entrevistado foi esclarecido quanto ao objetivo do estudo e sobre o caráter voluntário da participação, de modo que o relato de suas experiências e percepções fosse o mais autêntico possível. As entrevistas foram realizadas por uma doutoranda do sexo feminino com ampla experiência em pesquisa qualitativa.

Neste contexto, as entrevistas foram fundamentadas na seguinte questão norteadora: “Qual é a sua compreensão sobre seu adoecimento cardíaco?”, que objetivou desvelar a condição de estar lançado em uma doença cardíaca grave e sem perspectiva de mudança clínica. Os discursos foram gravados para posterior transcrição e análise. Alguns participantes tiveram acesso ao material transcrito (estes forneceram *feedback* sobre os resultados), outros não receberam devido à impossibilidade de contato após o período de coleta. Familiares e acompanhantes foram mantidos distantes no momento da entrevista, a fim de preservar a privacidade do participante. Cada participante foi entrevistado uma vez e cada encontro teve duração média de 40 minutos.

Análise e tratamento dos dados

As narrativas foram compreendidas e interpretadas por meio do círculo hermenêutico heideggeriano, o qual é constituído pela posição prévia, visão prévia e concepção prévia. A posição prévia compreende o momento inicial, pois indica que a interpretação já tem uma posição que possibilita o horizonte das articulações; o segundo momento, designado de visão prévia, é a perspectiva pela qual se encara e se vê o conjunto das articulações; e a concepção prévia, terceiro momento, consiste na apreensão do conjunto de posições e visões prévias⁽⁷⁾.

O cuidar do fenômeno seguiu esse círculo, em busca do sentido por trás do fenômeno encoberto, ou da verdade enquanto *aletheia*, termo grego que significa desvelado e foi retomado por Heidegger em sua obra *Ser e Tempo*⁽⁹⁾. O círculo hermenêutico é composto por etapas interligadas que permitem um movimento contínuo que permite a compreensão do todo a partir das partes de modo que o pesquisador possa apreender o sentido por trás das falas, isto é, aproximar-se da apresentação verdadeira das experiências⁽¹⁰⁾.

Heidegger⁽⁹⁾ evidencia que o conceito racional de verdade consiste na concordância ou adequação de um conhecimento ao seu objeto; no seu pensamento, a verdade é o Ser e o Estar descoberto do próprio ente, é o que se deixa ver a partir de si mesmo, ou seja, aquilo que se desvela; a verdade é uma apresentação das coisas, e não uma representação.

Para proceder a esse desvelamento, é preciso considerar que o Ser somente pode ser compreendido se revelado em seu horizonte existencial, que aqui se deu pela trama existencial que envolve cada participante do estudo, compreendendo suas experiências no tempo e no espaço do adoecimento cardíaco.

Dessa maneira, os discursos dos participantes foram transcritos e lidos repetidas vezes de forma integral, buscando imergir na experiência dos participantes, apreender o conteúdo e reconhecer os temas abordados. Posteriormente, as falas foram divididas em segmentos significativos, respeitando as pausas do discurso e as mudanças temáticas nas falas.

Os segmentos extraídos das entrevistas foram analisados em busca do sentido latente e, posteriormente,

essas unidades de sentido foram agrupadas por semelhanças e proximidade de temas e experiências, originando as categorias temáticas.

A análise interpretativa das categorias ocorreu em um movimento circular entre os dados empíricos e a fundamentação teórica heideggeriana, o que permitiu a apreensão do fenômeno em sua profundidade existencial, revelando as significações subjacentes à experiência do Ser no contexto do adoecimento cardíaco em perspectiva de finitude.

Evidencia-se que as falas dos participantes foram codificadas com números e que apenas a pesquisadora tem acesso aos nomes dos entrevistados de modo a garantir o anonimato, este gerenciamento foi feito utilizando-se o Excel. Porém, para análise e categorização dos dados, não se utilizou nenhum *software*.

Aspectos éticos

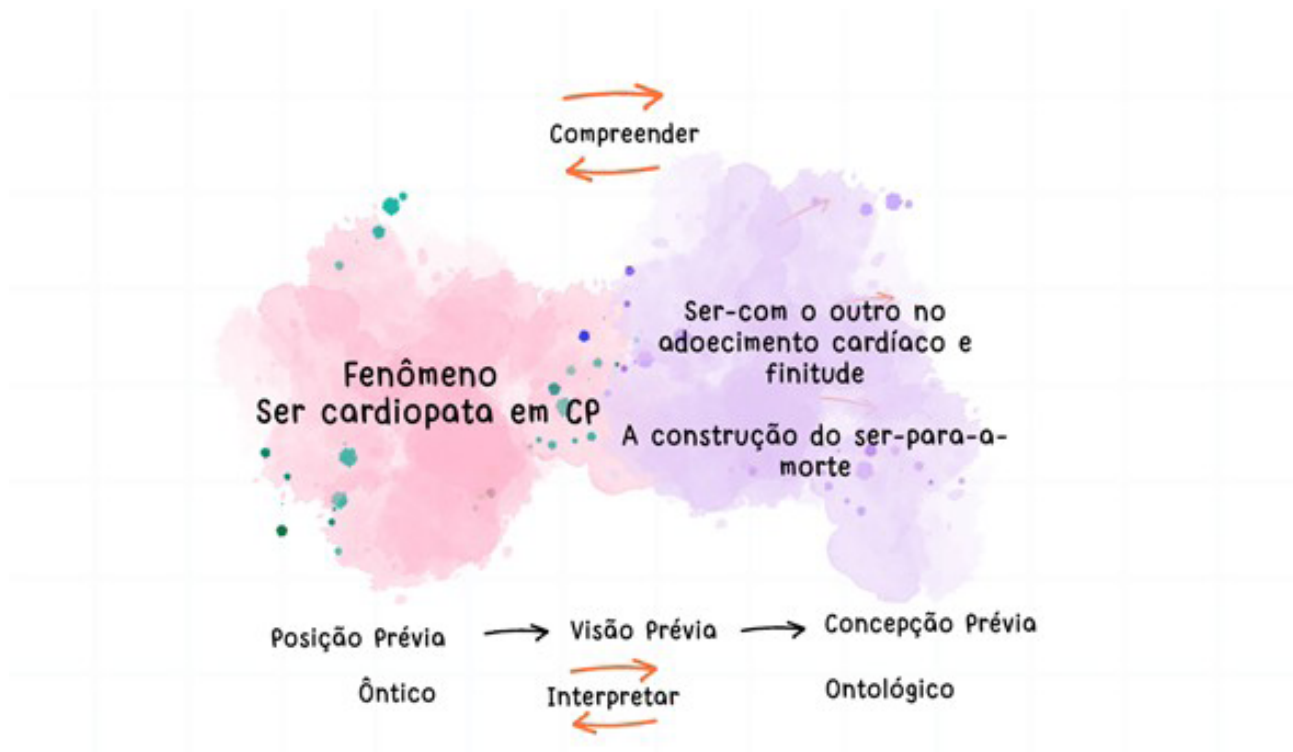
Todos os preceitos éticos e legais de pesquisa com seres humanos foram respeitados e o projeto foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da instituição, Parecer Nº 4.975.015/2021 e todos os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

■ RESULTADOS

Dos 11 participantes, 8 eram homens; as idades variaram entre 43 anos e 82 anos, 8 eram católicos, 2 evangélicos e 1 umbandista. Todos estavam internados há mais de 15 dias; a internação mais longa dentre os pacientes era de 60 dias; 9 já haviam sido internados anteriormente devido ao adoecimento cardíaco e apenas 2 estavam na primeira internação. A renda dos pacientes variou de nenhuma renda até 3 salários-mínimos, predominando a renda de 1 salário-mínimo. Apenas 2 pacientes encontravam-se sem acompanhante no hospital e dentre os que estavam acompanhados, houve predomínio das esposas e filhas como acompanhantes.

O processo de redução hermenêutica deu origem a duas categorias: Ser-com o outro no adoecimento cardíaco e finitude e A construção do ser-para-a-morte (Figura 1).

Figura 1. Ilustração do movimento de redução hermenêutica. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.



Fonte: Os autores.

A categoria Ser-com o outro no adoecimento cardíaco e finitude foi constituída pelos significados relacionados às condições físicas dos pacientes, suas limitações e possibilidades e suas relações interpessoais, seja com familiares, profissionais ou demais pacientes. As seguintes falas se referem às limitações vivenciadas pelos pacientes.

Se você cai doente e não pode mais fazer suas coisas, fica dando trabalho e sofrendo, é ruim demais. (Participante 04)

Não poder trabalhar direito, não poder fazer uma caminhada porque se eu andar 50 metros eu canso. É isso aí, não ter liberdade de fazer o que eu quero, tenho que ser restrito e vou ficar mais ainda. (Participante 08)

Além das limitações descritas, os pacientes narram, também, suas relações com as outras pessoas, sejam elas profissionais, familiares ou demais pacientes. Algumas dessas falas remetem à solidão, pois, algumas

vezes, esses pacientes não têm oportunidade de diálogo, o que corrobora para o cerco do silêncio e a desinformação acerca do seu estado de saúde.

Tenho dois filhos, mas isso é o de menos, eles vivem a vida deles e eu vivo a minha. (Participante 08)

Eu acho que a senhora é uma pessoa de Deus. Que vem conversar com paciente. Tem paciente aqui que não vem uma enfermeira, só dá um comprimido e pronto. (Participante 04)

Preciso de ajuda com as bombas. Banho, eu vou sozinho. Mas, às vezes, eu quero ir pela manhã cedo e a senhora aí está dormindo [acompanhante do paciente ao lado], então não vou acordar ela. (Participante 05)

Já na segunda categoria, A construção do ser-para-a-morte, é possível perceber o processo vivido em busca da construção do ser-para-a-morte.

Os remédios são bons e eu peço a Deus que me dê tranquilidade até o meu dia de deixar a Terra, porque Ele é quem é Pai. (Participante 01)

Eu prefiro que seja assim, chegar o dia de ir (morrer) que Ele quiser me levar, que seja assim também, porque eu não quero ficar dependendo dos outros e nem de remédio [...] o povo diz: 'ah por que você vai ficar tomando remédio pro resto da sua vida? Eu não vou não' [...] Eu tenho fé no meu Pai que logo, logo ele vai dar um ponto final. (Participante 06)

Morreu de uma vez (mãe do paciente), não deu trabalho. Foi bonita demais (morte). Foi boa que não deu trabalho. (Participante 04)

Nos recortes que se seguem, os pacientes falam sobre seus medos, angústias, percepções e preocupações diante da finitude e das limitações referentes ao adoecimento cardíaco e as consequências dessa condição em suas vidas.

Eu fiquei muito triste quando soube dessa doença, porque eu achei que acabou tudo né, porque o médico disse que eu não podia fazer isso, não podia fazer aquilo, Não podia... aí foi triste. (Participante 03)

Desgosto porque eu tenho muita coisa para viver ainda, muitos anos pela frente. (Participante 05)

Eu tenho medo de ficar assim dependendo dos outros né?! (Participante 06)

Eu não tenho medo não. Se for pra Deus me levar, eu também não me importo não, não tenho medo de jeito nenhum. (Participante 09)

Os entrevistados também expressam seus arrependimentos e frustrações, bem como suas percepções diante da vida vivida.

Eu trabalhava muito e agora eu estou vendo que não precisava. Sempre que aparecia serviço, eu

emendava o dia todo. Me arrependo de alguns esforços que não devia ter feito. Eu vou trabalhar menos e me libertar mais. (Participante 08)

Minha vida teve época boa não. (Participante 03)

Eu estava me matando por coisas que não valiam a pena. (Participante 10)

Os participantes discorrem ainda sobre a ausência de conhecimento a respeito da sua condição de saúde, referindo, muitas vezes, preocupações e angústia diante dos fatos que se sucedem e encobrem o fenômeno vivenciado.

Eles[equipe] são muito complicados. Um dia eu estou com uma doença, outro dia com outra, depois com outra, depois outra. E eu fico com a cabeça confusa sem saber o que é que eu tenho. (Participante 03)

Tem que ficar vindo direto no médico, eu tenho vindo direto, estou me tratando e estava só com um mês que eu tinha ido no médico, só que ele via esses problemas e não dizia. Aí eu estou cansado. (Participante 07)

A partir desses achados, à luz da fenomenologia heideggeriana, o fenômeno em questão começa a ser desvelado em busca de um todo mais elaborado, cuja compreensão e interpretação nos guiam para o sentido deste fenômeno, o qual está descrito na discussão.

■ DISCUSSÃO

A partir da redução fenomenológica, inicia-se a ação compreensiva e interpretativa do fenômeno, que permanece encoberto e, portanto, exigente de desvelamento. Adentrar no círculo hermenêutico requer o olhar atento do pesquisador, despojado de juízos prévios e inferências pessoais. O fenômeno se encobre e (des) encobre na ação provocativa de deixar-se apreender.

Categoria I: Ser-com o outro no adoecimento cardíaco e finitude

Para Heidegger⁽⁹⁾, a analítica do Ser perpassa pela compreensão de várias constituições, dentre elas o Ser-no-mundo, o qual consiste no ponto de partida adequado para a análise e interpretação dos modos de ser do Ser-aí. O filósofo ressalta que a expressão Ser-no-mundo deve ser compreendida como uma unidade, a qual não pode ser dissolvida. Todavia, apesar da não dissolução possui uma multiplicidade de momentos estruturais, uma vez que para compreendê-la é preciso que se visualize três expressões: em-um-mundo; ente e ser-em⁽⁹⁾.

Em-um-mundo refere-se à estrutura ontológica de mundo e à ideia de mundanidade, ou seja, não se trata somente do espaço geográfico, mas de um mundo experiencial marcado em uma historicidade⁽⁹⁾. O ser-no-mundo, no contexto deste estudo é o Ser-aí que vivencia o fenômeno de ser pessoa com insuficiência cardíaca em perspectiva de finitude. O mundo do Ser-aí é aqui representado por este fenômeno e seus desdobramentos, tais como interações, limitações, proximidade da morte. O Ser-aí vive e compartilha essas situações, compartilha esse mundo geográfico, histórico e experiencial.

Percebe-se que, apesar das diferenças culturais, religiosas e pessoais de cada Ser-aí, o mundo é o mesmo, pois todos vivenciam o mesmo fenômeno, de modo que as falas nos mostram o quão próximo o Ser-aí se estabelece com outros Seres-aí, isso se dá pelo compartilhamento do mundo de sintomas e limitações.

Observou-se, na categoria I, que há uma insatisfação do Ser-aí por não conseguir desenvolver suas atividades cotidianas de modo independente, por necessitar de ajuda para funções nas quais, outrora, era autossuficiente. Estudos que buscam compreender a vivência do Ser em adoecimento cardíaco e que recebe cuidados paliativos demonstram que a limitação da realização de atividades cotidianas interfere, significativamente, na qualidade de vida desses indivíduos, uma vez que esses anseiam em retomar suas tarefas diárias e laborais, garantindo a autonomia e o cuidado de si⁽¹⁴⁾.

As falas levam à reflexão sobre as limitações e os relacionamentos interpessoais do Ser-aí, agora dependente de ajuda para atividades

básicas do dia a dia. Essa ajuda provém, muitas vezes, de familiares, mas também pode vir de pessoas as quais o Ser-aí sequer conhecia, como a equipe de saúde, acompanhantes dos outros pacientes e demais pessoas que compartilham esse fenômeno.

Heidegger⁽⁹⁾ refere que o cuidado é inerente ao Ser, faz parte de sua estrutura identitária e pode alternar-se entre modos, podemos cuidar por preocupação ou por ocupação. O cuidado como preocupação se mostra quando o paciente recebe cuidados de forma participativa, autêntica, quando este se manifesta em forma de ser-com-o-outro. Entretanto, diversas vezes, o cuidado como ocupação torna-se predominante, nesse caso o paciente passa a lidar apenas com ações que o objetificam, como utensílio ou instrumento que ali encontra-se para receber remédios e procedimentos sem de fato participar daquelas ações.

Conforme as falas dos participantes, alguns profissionais não conversam com os pacientes, apenas entregam os remédios. O Ser-aí é cuidado no modo de ocupação, ou melhor, é um instrumento que o profissional lida, um receptáculo de suas ações. Percebeu-se, também, que o Ser-aí angustia-se por necessitar do cuidado de pessoas que acabara de conhecer, afinal, é difícil colocar-se na posição de ser cuidado.

A comunicação permeia o cuidado ofertado ao paciente como estratégia promotora do conforto. Quando não realizada de forma efetiva, são evidenciados sentimentos de medo e preocupação pelo escasso conhecimento acerca da atual condição crônica e do tipo de assistência prestada, resultando em certa rejeição e resistência⁽¹¹⁾. Os participantes do estudo não possuíam indicação formal para a equipe de cuidados paliativos, assim como não receberam, de modo claro, as informações acerca do seu prognóstico, mantidos nesta conspiração do silêncio, a angústia torna-se pungente e a possibilidade do cuidado e do viver autêntico são limitadas.

Embora discussões sobre a morte e a finitude remetam a sentimentos de medo, angústias e incertezas, a finitude e o processo de morrer são temas que necessitam ser dialogados entre o paciente, a família e a equipe de saúde por meio de comunicação efetiva que garanta a compreensão do fenômeno por todos os envolvidos para, assim, estabelecer estratégias que promovam o conforto⁽¹⁵⁾.

A conspiração do silêncio precisa ser dissolvida gradativamente, é preciso que haja disponibilidade por parte da equipe, comunicação honesta e empática, escuta ativa e fortalecimento do vínculo, tanto com o paciente quanto com os familiares. Ademais, o encaminhamento para uma equipe de cuidados paliativos no início do processo de adoecimento funciona como uma prevenção da conspiração do silêncio⁽¹⁶⁾.

As limitações impostas pelo adoecimento fazem com que o Ser-aí depare-se com sua fragilidade e com a necessidade de ser cuidado, isso o angustia, mas também pode ser primordial para o desenvolvimento de relações autênticas que embasem o cuidado; é na necessidade do cuidado que o Ser-aí se percebe como ser-com-o-outro.

Nessa perspectiva, o Ser-aí reconhece a própria humanidade e pode ter a oportunidade de entender sua existência enquanto vida e morte. O Ser-aí necessita entender outro modo de ser, pois além de estar-no-mundo, o Ser-aí não está sozinho, ele compartilha esse mundo.

Os outros Seres-aí são aquelas pessoas que compartilham o mundo e as experiências com o Ser-aí e podem ser representadas pelos outros pacientes, familiares, acompanhantes e profissionais da saúde. A relação entre os Seres-aí pode oportunizar a aproximação com o fenômeno, existem aqueles que vivenciam essas relações de maneira próxima e cooperativa, e outros de maneira mais distante. Assim, não se pode passar pelo fenômeno sozinho, pois é impossível se desvincular dos outros Seres-aí e da vivência da sua própria finitude.

Os outros Seres-aí relacionam-se com o termo apoio social, que se refere às trocas interpessoais que envolvem afeto, afirmação e ajuda. Esse trato volta-se para o reconhecimento do outro e a legitimação de suas ações⁽¹¹⁾. O apoio social e familiar é crucial para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, ajudando-os a enfrentar a trajetória de finitude com maior bem-estar, o que contribui para afastar a sensação de solidão, promovendo uma vivência mais digna e confortável durante os cuidados paliativos, acompanhando a trajetória de finitude dessa pessoa⁽¹⁷⁾.

O modo de se relacionar pode seguir por caminhos distintos, há quem se permita estabelecer relações

e há quem mantenha-se em modo impessoal. Para Heidegger⁽⁹⁾, o impessoal pertence aos outros; é o neutro, é o modo de ser que todos somos na cotidianidade. O Ser-aí existindo de modo impessoal e cuidado, várias vezes no modo da ocupação, é lançado no falatório ou falação. Aquilo que é falado na falação arrasta consigo círculos cada vez mais amplos, assumindo um caráter autoritário, as coisas são assim como são, porque é assim que delas (impessoalmente) se fala.

O Ser-aí, cercado pela falação, não toma conhecimento de seu estado de saúde e das implicações dessa condição em sua existência; o falatório encobre o verdadeiro sentido do fenômeno 'ser pessoa com IC' em perspectiva da finitude e, consequentemente, segue de modo impessoal passando pela existência de modo inautêntico.

Nota-se que o Ser-aí pode manter-se no impessoal, ignorando o seu prognóstico em vez de assumir lidar com o fenômeno que se apresenta. O Ser-aí, cuja vida foi mantida sempre no impessoal, cujos sonhos e desejos não foram realizados, é o que mais encontra dificuldades em acolher o fenômeno no qual foi lançado, pois não desenvolve relações autênticas; afasta-se tanto do fenômeno quanto dos outros Seres-aí, vive na superficialidade das relações. Entretanto, ao distanciar-se da impessoalidade, o Ser-aí pode encontrar possibilidades no mundo compartilhado de estabelecer relações autênticas com os outros pacientes, com os acompanhantes, com suas famílias e, principalmente, com si mesmo.

Para Heidegger⁽⁹⁾ a autenticidade e a inautenticidade são modos de ser do Ser-aí, podemos alternar entre os dois modos e não há juízo de valor em relação a isso. Autenticidade consiste em romper a barreira do ôntico e atingir o ontológico, saindo do impessoal e responsabilizando-se por sua existência; aquele que se mantém em modo inautêntico segue uma existência ôntica, pouco reflexiva, cercada por fenômenos encobertos.

O Ser da pessoa que convive com a insuficiência cardíaca em perspectiva da finitude, pode optar por um viver autêntico ou inautêntico, assim como alternar entre eles. Mas, ao vivenciar o fenômeno de modo autêntico, o Ser-aí se aproxima do reconhecimento do ser-para-a-morte, conforme descrito na categoria seguinte.

Categoria II: A construção do ser-para-a-morte

As falas dos pacientes mostram suas reações e desejos não apenas para a morte, mas para o tempo que possuem de vida. Observou-se que o Ser-aí angustia-se com a possibilidade de sofrer, por vezes referindo-se à morte de familiares como rápida, sem dor e sem sofrimento como algo desejável para si. A proximidade desse fim aflora a espiritualidade. Os discursos citam a morte, Deus, fé, reflexões sobre falhas e virtudes. Por conseguinte, a atenção volta-se à forma que essas questões espirituais podem ser trabalhadas com essas pessoas.

A narrativa do Ser-aí é permeada por recordações, por memórias de acontecimentos significativos, sejam felizes ou tristes. O Ser-aí busca, em suas lembranças, elementos que ajudam a vivenciar o fenômeno que se aproxima, por conta disso, não se pode retirar do outro a sua morte; cada Ser deve ele mesmo, e a seu tempo, assumir a sua própria morte⁽⁹⁾.

O caráter pessoal e intransferível do finar-se, enquanto morrer, desperta medo no Ser-aí, conforme constatado nas falas. Existe um nexo ontológico obscuro entre os fenômenos medo e angústia, mas ambos apresentam-se, na maior parte das vezes, inseparáveis, sendo confundidos. Ambos os fenômenos são um retirar-se, mas nem todo retirar-se é fuga; retira-se quando se identifica algo ameaçador, isto é, o medo é desencadeado e aquilo do que se tem medo é sempre um ente intramundano. Já a angústia é sempre fuga, fuga de si mesmo; aquilo que angustia não é um ente intramundano, é algo indeterminado que, neste caso, é a morte⁽⁹⁾.

O Ser-aí mostra-se assustado com o fenômeno ser pessoa com insuficiência cardíaca em perspectiva da finitude desde o início do diagnóstico, pois associa doenças cardíacas à gravidade, ao sofrimento e à morte. Discorre sobre o quão assustador é saber da doença e sobre o quanto ainda espera viver e ter realizações, porém, esse desejo se depara com a finitude iminente, a qual ainda que não referida, pode ser sentida pelo Ser-aí que vivencia todos os dias seu declínio funcional.

Os relatos referem Deus e fé como aspectos positivos, pois considera que apenas Deus sabe o momento de cessar sua existência, e movidos pela fé confiam que este momento deve ser aceito e respeitado. O Ser-aí retira de si a responsabilidade de pensar a respeito da

própria morte, entrega para Deus a decisão, e crê que Deus ou uma força superior, com toda a sua sabedoria, decidirá por ele.

Observa-se, também, o relato dos desejos para o tempo que acreditam restar e surgem afirmações sobre trabalhar menos e buscar novas experiências. Quando munido de lembranças das quais se orgulha e possui vivências que foram construídas com base em seus desejos, o Ser-aí refere-se à finitude de modo menos angustiado. Ou seja, quem teve uma vida autêntica mostra-se aberto à possibilidade do desfecho final.

Seguindo esse fio condutor, o Ser-aí decai e encontra-se lançado em uma condição a qual não escolheu, ao menos não de forma consciente. A decadência nada mais é que um modo existencial próprio da movimentação. A decadência é um movimento da própria existência, o Ser-aí, enquanto decadente, já decaiu de si mesmo como ser-no-mundo fático, o mesmo mundo ao qual pertence e já havia sido lançado⁽⁹⁾.

A decadência que se estabeleceu na experiência do Ser-aí com IC em perspectiva da finitude, traz a possibilidade de construção do ser-para-a-morte, pois essa construção se dá no viver autêntico. Quando confrontados com a iminência da morte, ou seja, da aniquilação de seu ser, não apenas físico, mas ser histórico e temporal, o Ser-aí se vê diante de suas (im)possibilidades, sendo a principal delas a impossibilidade de acessar seu Ser na totalidade. Com a morte, o Ser-aí chega ao seu fim biológico, mas também ontológico-existencial.

Nesse cenário, o enfermeiro emerge como figura central na construção de um cuidado autêntico, sendo fundamental na mediação entre o Ser com insuficiência cardíaca em perspectiva de finitude e o conhecimento necessário para vivenciar plenamente este fenômeno.

Quando um enfermeiro tenta compreender o mundo de um indivíduo de quem cuida e dos seus familiares, assim como suas subjetividades, e efetivamente o consegue, está aberto o caminho para o estabelecimento da empatia entre profissional, paciente e família. Há a potencialização de uma relação de conhecimento mútuo, conduzindo a uma mais eficaz detecção das necessidades existentes, uma correta definição de prioridades e intervenções a implementar⁽¹⁸⁾.

A atuação do enfermeiro deve transcender o cuidado físico, englobando a dimensão existencial do paciente, ao fornecer informações à possibilidade da comunicação clara e acessível, a construção de espaços

nos quais o cuidado se estabeleça de modo autêntico. Além disso, o enfermeiro enfrenta o desafio de romper o impessoal e estabelecer uma relação que respeite a singularidade do Ser-aí, fomentando um viver autêntico que possibilite ao paciente a construção do ser-para-a-morte de forma consciente e digna.

O estudo tem como contribuição a clarificação da experiência desses pacientes, que por sua vez servirá como fundamentação para intervenções que aprimorem o cuidado a esta população que, muitas vezes, tem suas necessidades negligenciadas durante o processo de finitude. Destaca-se como limitação do estudo, a não inclusão de pacientes em ambientes de terapia intensiva e de emergência, o que pode interferir consideravelmente na experiência descrita, uma vez que estes ambientes possuem dinâmicas distintas da enfermaria, sendo necessário que outras pesquisas busquem participantes nesses espaços.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após desvelar o fenômeno, percebe-se que o Ser com insuficiência cardíaca em perspectiva de finitude, passa por um processo de construção do ser-para-a-morte, o qual é dinâmico e contínuo condicionado pela própria existência: eu vivo, logo morrerei.

O Ser-aí se depara com inúmeras possibilidades para vivenciar a finitude, podendo relacionar-se autenticamente com os outros Seres-aí e com seu processo de finitude, de modo a estabelecer um fio condutor que o ajude a compreender e preparar-se para o desfecho. Todavia, relações inautênticas e o modo impessoal estabelecido conduz o Ser para um vir-a-ser que permanece encoberto pelo outro que o cerca, de modo que a desinformação consolida um afastamento do inevitável.

O fenômeno estudado é marcado por esta ausência de informação sobre a gravidade da doença e proximidade da morte, o que dificulta a comunicação dos pacientes acerca de suas necessidades essenciais e exclui a possibilidade de escolhas conscientes, consolidando uma existência inautêntica no fim de vida.

■ REFERÊNCIAS

1. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Estatística Cardiovascular: Brasil 2021. *Arq Bras Cardiol.* 2022;118(1):115-373. <https://doi.org/10.36660/abc.20211012>
2. Bezerra SMMS, Lopes BS, Bomfim PP, Belo RMO, Nascimento MO, Araújo HVS, et al. Atitudes, crenças e barreiras para a adesão à dieta hipossódica em pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190304. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190304>
3. Fidelis T, Azzam AP, Nunes A, Limpo T, Moreira E, Martins S, et al. Anxiety in heart failure patients: its association with depression, cognition, personality, and quality of life. *Trends Psychol.* 2021;29:204-21. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00064-4>
4. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidado paliativo [Internet]. Genebra: OMS; 2023 [cited 2023 Dec 22]. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>
5. Di Palo KE, Feder S, Baggenstos YT, Forman DE, Goyal P, Kwak MJ, et al. Palliative pharmacotherapy for cardiovascular disease: a scientific statement from the american heart association. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* [Internet]. 2024[cited 2023 Dec 22];17:e000131. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38946532/>
6. Bonares MJ, Mah K, MacIver J, Hurlburt L, Kaya E, Rodin G, et al. Referral Practices of Cardiologists to Specialist Palliative Care in Canada. *CJC Open.* 2020;3(4):460-9. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2020.12.002>
7. Albert NM, Barnason S, Deswal A, Hernandez A, Kociol R, Lee E, et al. Improving heart failure care for older adults: Gaps and strategies to optimize care transitions. NHLBI, NIH [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 21]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/events/2021/improving-heart-failure-care-older-adults-gaps-and-strategies-optimize-care-transitions>
8. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh TA, Mohacsi P, et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care study group of the heart failure association of the European society of cardiology. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2020;19(2):131-46. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfp041>
9. Heidegger M. Ser e tempo. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
10. Sebold LF, Locks MOH, Hammerschmidt KSA, Fernandez DLR, Tristão FR, Girondi JBR. Círculo hermenêutico heideggeriano: uma possibilidade de interpretação do cuidado de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(4):e2830017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002830017>
11. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>
12. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT). SPICT-BR: uma ferramenta para auxílio na identificação de pacientes que podem precisar de cuidados paliativos [Internet]. Edinburgh: University of Edinburgh; 2016 [cited 2024 Aug 21]. Available from: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>

13. Wutich A, Beresford M, Bernard HR. Sample sizes for 10 types of qualitative data analysis: an integrative review, empirical guidance, and next steps. *Int J Qual Methods*. 2024;23:1–14. <https://doi.org/10.1177/16094069241296206>
14. Remawi BN, Gadoud A, Preston N. The experiences of patients with advanced heart failure, family carers, and health professionals with palliative care services: a secondary reflexive thematic analysis of longitudinal interview data. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):115. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01241-1>
15. Silva NX, Gouvêa AJ, Tozati LP. Avaliação da consciência de morte e finitude: implicação com profissionais da saúde nos cuidados paliativos da oncologia. *Rev Contemp [Internet]*. 2023 [cited 2024 Aug 21];3(4):2066–80. Available from: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/629>
16. Ferreira ACS, Alvarenga MIF, Rego MFMP. Conspiracy of silence in oncological palliative care: perspectives and strategies of the healthcare team. *Rev Bras Cancerol*. 2024;70(1):e214543. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4543>
17. Marco DJ, Thomas K, Ivynian S, Wilding H, Parker D, Tieman J, et al. Family carer needs in advanced disease: systematic review of reviews. *BMJ Support Palliat Care*. 2022;12(2):132–41. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003299>
18. Feiteira BMGP, Cerqueira MMA. A interação no cuidar em fim de vida: uma revisão narrativa da literatura. *Rev Nurs*. 2024;28(315):9424–9. <https://doi.org/10.36489/nursing.2024v28i315p9424-9429>

■ Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

■ Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq).

■ Contribuição de autoria

Conceitualização: Lorena Campos de Souza, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa.

Análise formal: Luigina Mortari, Marina de Góes Salvetti.
Pesquisa: Lorena Campos de Souza, Amanda Caboclo Flor.

Metodologia: Lorena Campos de Souza, Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa.
Supervisão: Luigina Mortari, Maria de Góes Salvetti, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa.

Redação do manuscrito original: Lorena Campos de Souza, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa.

Redação - revisão e edição: Lorena Campos de Souza, Thiago Martins de Sousa, Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Marina de Góes Salvetti.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente

Thiago Martins de Sousa
E-mail: thiagomartinsousa@gmail.com

Recebido: 25.11.2024

Aprovado: 22.04.2025

Editor associado:

Dayanna Machado Lemos

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

