

Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem

TAKING CARE OF TERMINAL PATIENTS: NURSING STUDENTS' PERSPECTIVE

EL CUIDANDO DE PACIENTES EN FASE TERMINAL: LA PERSPECTIVA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA

Maria Lúcia Araújo Sadala¹, Fernanda Machado da Silva²

RESUMO

Este estudo busca 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. Foram entrevistados 14 alunos, respondendo à questão: *Como se mostra a você o cuidar do paciente na fase terminal?* Para os alunos, é sempre uma experiência dolorosa, que os coloca face a face com suas fragilidades e inseguranças. Eles atribuem suas dificuldades à própria incapacidade de aceitar a morte e ao despreparo e inexperiência. Relatam que falta apoio dos profissionais com quem compartilham esse cuidado. No que se refere à formação profissional, para alguns a experiência foi positiva, apesar das dificuldades; outros a avaliam negativamente, resultando em rejeição a situações semelhantes. Novas investigações sobre o tema são necessárias para aprofundar e ampliar a reflexão para o âmbito da formação dos enfermeiros em nível nacional.

DESCRITORES

Cuidados de enfermagem.
Doente terminal.
Atitude frente à morte.
Estudantes de enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study is to understand how nursing undergraduates perceive themselves while care delivery to terminal patients and expose the meaning of the experience they have. Fourteen students were interviewed, and answered the following question: *What is the image you have about caring for a terminal patient?* Students always consider this to be a painful experience, one that puts them face to face with their weaknesses and insecurities. They attribute their difficulties to their personal incapacity to accept death and to their lack of preparation and their inexperience. They report a lack of support from professionals with whom they share this care. In terms of professional development, for some, the experience was positive, despite the difficulties; others evaluate it as negative, resulting in a rejection of similar situations. Further studies on this subject are needed with a view to a deeper and broader reflection on nursing education in Brazil.

KEY WORDS

Nursing care.
Terminally ill.
Attitude to death.
Students, nursing.

RESUMEN

Este estudio busca comprender como los alumnos del curso de Enfermería perciben el cuidar de pacientes en fase terminal y exponer los significados de la experiencia vivida. Fueron entrevistados 14 alumnos, respondiendo a la pregunta: *¿Qué le parece a usted cuidar de un paciente en fase terminal?* Para los alumnos, siempre es una experiencia dolorosa, que los coloca frente a frente con sus fragilidades e inseguridades. Atribuyen sus dificultades a la propia incapacidad de aceptar la muerte y a la falta de preparación e inexperiencia. Relatan que les falta apoyo de los profesionales con quien comparten ese cuidado. En lo que se refiere a la formación profesional, para algunos la experiencia fue positiva, a pesar de las dificultades; otros la evalúan negativamente, resultando en rechazo a situaciones semejantes. Nuevas investigaciones sobre el tema son necesarias, en el sentido de profundizar y ampliar la reflexión dentro del ámbito de formación de los enfermeros a nivel nacional.

DESCRIPTORES

Atención de enfermería.
Enfermo terminal.
Actitud frente a la muerte.
Estudiantes de enfermería.

¹ Enfermeira. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" Botucatu, SP, Brasil. sadal@uol.com.br ² Graduanda em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Bolsista FAPESP. Botucatu, SP, Brasil. fmachasilv@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem vai muito além do cuidado técnico. Cuidar é cuidar de alguém, que implica importar-se com a pessoa, envolver-se com ela. Peplau definiu a enfermagem como relacionamento humano de ajuda, propondo uma teoria baseada no desenvolvimento das habilidades de comunicação interpessoal do enfermeiro. Nesta concepção, a percepção de si mesmo, ao cuidar das suas dificuldades e possibilidades para ajudar o paciente, é a base para desenvolver um relacionamento terapêutico com ele⁽¹⁾.

O cuidado paliativo tem por objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes que se encontram na fase terminal da doença. É um cuidado voltado para prevenir e aliviar o sofrimento, através do tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais, na concepção da reafirmação da vida e da visão da morte como um processo natural⁽²⁻³⁾. Sofrimento físico, medo e angústia são comuns aos pacientes que defrontam com a morte iminente. A comunicação com a equipe de saúde adquire importância maior: o paciente é vulnerável e seu tempo é limitado. Estabelece-se um vínculo mais forte entre o profissional e o paciente, há que haver maior disponibilidade e intimidade entre ambos⁽³⁾. O cuidado paliativo, como está descrito, encontra respaldo no paradigma *humanitário e solidário de cuidar*, que utiliza os benefícios da evolução técnico-científica, porém, privilegia os princípios éticos, promovendo a morte humana e digna, no momento em que ocorrer⁽⁴⁾. Em contraposição, o *modelo técnico-científico* vigente na assistência à saúde privilegia a utilização dos recursos tecnológicos mais avançados para prolongar a vida a qualquer custo, mesmo provocando maior sofrimento para o paciente e sem perspectivas de qualidade de vida e sobrevida⁽⁴⁾.

Dados da literatura sobre o tema descreveram as reações de enfermeiros diante do paciente no fim da vida: lidar com a morte no dia-a-dia é extremamente angustiante e desgastante, fazendo surgir sentimentos como impotência, frustração e insegurança diante do sofrimento do paciente e do insucesso das ações profissionais⁽³⁻⁵⁾. Pesquisas nacionais e internacionais envolvendo alunos de enfermagem revelaram que os participantes relatam insegurança e sofrimento ao cuidar do paciente em fase terminal, assim como da sua família. Suas dificuldades relacionam-se tanto ao despreparo individual em lidar com a morte, como com a falta de formação teórica e prática para trabalhar com o processo de morrer do paciente. Outros estudos indicam que a maioria das escolas de graduação destina uma pequena parte do currículo ao estudo dos aspectos psicossociais do cuidar, e menos ainda no que diz respeito à morte do paciente⁽⁶⁻¹¹⁾. Esses resultados sugerem que sejam incluídos nos conteúdos curriculares os temas voltados para a finitude humana; as formas mais adequadas de cuidar nessa etapa da vida; aspectos filosóficos, éticos e morais sobre

a morte; e a aceitação dos limites da ciência diante da condição terminal da doença^(5,7-11).

Modelo de cuidar de pessoas em fase terminal da doença foi proposto por autores⁽⁷⁾, como recurso para o ensino e formação de estudantes e enfermeiros. A estrutura desse modelo considera a tensão entre duas posições do cuidador: a primeira referente ao *ideal pessoal de cuidar* (como deverá ser o melhor cuidado ao paciente no fim da vida, seus direitos, *a boa morte*); a segunda referente à *realidade pessoal vivida* no momento de cuidar (o que acontece com o paciente: o que é real, o que é desconhecido e o que é singular e peculiar na percepção da situação). O conflito entre as duas posições gera tensão, trazendo sentimentos negativos, como raiva, frustração, culpa e incerteza. Consciente desses sentimentos, o profissional tenta resolver os próprios conflitos mediante apoio de colegas, troca de pensamentos com a equipe e controle do envolvimento com o paciente. Este modelo remete ao uso do relacionamento terapêutico: o enfermeiro, ao cuidar, percebe-se como pessoa, percebe os próprios sentimentos e limitações e busca apoio externo para superar as dificuldades e envolver-se terapêuticamente com o paciente, no objetivo de ajudá-lo⁽¹⁾.

Lidar com a morte no dia-a-dia é extremamente angustiante e desgastante, fazendo surgir sentimentos como impotência, frustração e insegurança diante do sofrimento do paciente e do insucesso das ações profissionais.

O ESTUDO

Ministrando a disciplina de Relacionamento Enfermeira-Paciente a alunos de graduação em Enfermagem, uma das questões que inquieta é a sua comunicação com o paciente em fase terminal. Oriente-os e analise com eles as suas experiências de relacionamento com o paciente ao cuidar e, frequentemente, os alunos manifestam suas dificuldades, ao deparar-se com a perda do seu paciente. Esta inquietação me levou a investigar o fenômeno *cuidar do paciente em fase terminal*; procurando enfatizar as experiências vividas pelos alunos, no sentido de desvelar as formas como vivenciam e lidam com a perda do paciente. Na elaboração do projeto, propus a uma aluna de graduação do 4º ano de enfermagem que participasse como colaboradora. Esta iniciativa foi pensada no sentido de alcançar maior aproximação ao fenômeno estudado, fazendo parceria com alguém mais próximo ao universo do objeto da investigação.

OBJETIVO

Compreender como alunos de graduação em Enfermagem percebem-se ao cuidar de pacientes em fase terminal e expor os significados da experiência vivida.

MÉTODO

O método fenomenológico foi escolhido como o mais adequado aos objetivos do estudo. O método fenomenológico

lógico começa com uma descrição, uma situação vivida no cotidiano⁽¹²⁾. A descrição da experiência vivida pelo aluno de enfermagem é a expressão do que ele percebe, no senso comum, que não passou pela reflexão. Quando o pesquisador lhe pergunta *Como se mostra a você cuidar do paciente em fase terminal da doença?*, ele descreve o que lhe vem à mente no momento, isto é, o que foi significativo e marcante na experiência vivida. Este dado parte de uma posição anterior à do pensamento reflexivo, chamado de pré-reflexivo, que consiste na *volta às coisas mesmas*, as coisas como percebidas na existência. O pesquisador obtém, portanto, depoimentos sobre aquilo que está diante dos seus olhos, tal como aparece. Pode-se dizer que os depoimentos mostram o fenômeno, mas ao mesmo tempo o ocultam, pois mostram a aparência do fenômeno, porém ocultam verdades essenciais, que apenas serão desveladas mediante a análise e a interpretação fenomenológicas. Neste momento, é importante a atitude fenomenológica adotada pelo pesquisador, que lhe permite abertura para viver a experiência de uma forma *gestáltica*, ou seja, na sua totalidade tentando isolar todo e qualquer julgamento que interfira na sua abertura para compreender a descrição⁽¹²⁾. A meta do pesquisador é, trabalhando com a descrição do fenômeno, buscar a sua essência, a parte mais invariável da experiência; a essência consistindo, portanto, na natureza própria daquilo que se interroga. Quando o pesquisador solicita as descrições dos vários participantes sobre o fenômeno estudado, compreende-se que cada um dos participantes o faz segundo a sua perspectiva de perceber o fenômeno. As percepções em tempo e locais diversos, por pessoas diferentes, doam-se ao pesquisador como visões perspectivais do fenômeno. Estes dados interpretados permitem atingir um campo específico de generalidades, que se podem afirmar pertencerem à estrutura geral do fenômeno – a sua essência⁽¹³⁾. Neste movimento para descobrir a essência do fenômeno, a redução fenomenológica é o recurso fundamental para garantir a descrição fiel do fenômeno, partindo dos dados obtidos - as descrições dos participantes. A redução põe em evidência a intencionalidade da consciência voltada para o mundo, ao colocar entre parênteses a realidade como a concebe o senso comum, e purificar o fenômeno de tudo o que comporta de *inessencial* e *acidental*, para fazer aparecer o que é essencial⁽¹²⁾.

Procedimentos de análise

As descrições dos estudantes foram analisadas e interpretadas, num primeiro momento, individualmente (*análise ideográfica*). Após leituras repetidas e atentas da descrição, identificaram-se as *unidades de significado*, ou seja, os trechos do discurso que respondiam à pergunta dos pesquisadores, analisando-as no enfoque do fenômeno interrogado. Ao final da análise ideográfica, os pesquisadores articularam a sua própria compreensão a respeito do depoimento. Após análise individual de todas as descrições, buscaram-se as suas convergências (*análise nomotética*), que mostraram a confluência das visões perspectivais de todos os participantes, desvelando os *invariantes* do fe-

nômeno estudado, a sua *essência*. Neste caminhar da *análise ideográfica* para a *nomotética*, ao tematizar e agrupar as convergências, alcançaram-se as *verdades gerais* sobre o fenômeno estudado, na perspectiva daqueles que o vivenciaram⁽¹⁴⁾.

Participantes do estudo

Foram entrevistados 14 alunos de Graduação em Enfermagem: idades entre 21 e 25 anos; 13 do sexo feminino, 1 do sexo masculino; cursando 2º, 3º e 4º anos da graduação. Todos vivenciaram situações de cuidar do paciente na fase terminal da doença. As entrevistas tiveram duração média de 23 minutos, foram gravadas e, após a transcrição, as fitas-cassete foram inutilizadas. Como fio condutor da entrevista, interrogou-se aos participantes: *Como se mostra a você o cuidar do paciente na fase terminal da doença?*

Procedimentos éticos na pesquisa

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP (Protocolo 1159/03); tendo sido também autorizado pela Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem. Os alunos foram orientados sobre a natureza do estudo, sua liberdade em participar e de desistir a qualquer momento, sobre a gravação das entrevistas e posterior destruição das fitas. Concordando com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

As convergências das unidades de significado dos discursos desvelaram a estrutura do fenômeno interrogado, sendo agrupadas em 3 temas essenciais: *defrontando-se com a situação de cuidar do paciente em fase terminal; relação com o paciente e sua família; a reflexão sobre a experiência*.

A seguir, na análise dos resultados, são reproduzidos trechos dos discursos dos participantes, identificados por nomes fictícios e os números dos depoimentos, ao final da citação.

Defrontando-se com a situação de cuidar do paciente em fase terminal

Os participantes do estudo relatam suas dificuldades ao deparar-se com a condição de terminalidade do paciente, expressando os seus sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e dor. Paula descreve:

É muito doloroso, porque é o primeiro contato que você vê com um sofrimento muito grande. A pessoa que ta sofrendo, que sabe que vai morrer... então é muito difícil lidar com isso (P3).

Elisa, com experiências anteriores como técnica de enfermagem, mostra-se ambígua, confessando as mesmas dificuldades:

Acho que enfrentei com mais segurança por já ter trabalhado em UTI, por já ter uma história de técnico por trás, então eu ainda levei, assim, mais tranquilo. Mas, mesmo assim, acho que eu sentia a mesma ansiedade que as outras menina (P7).

Os sentimentos vividos, ao cuidar desse paciente, repercutem na vida pessoal do aluno. Cristiane diz:

Foi uma experiência muito difícil. Todo dia, era como se fosse levantar para ir lidar com a morte. Toda aquela situação, aqueles aparelhos, a situação mesmo da paciente que para mim era sempre nova: será que hoje ela vai estar viva? (P8).

Vânia fala de tentativas de lidar com a situação:

Eu tive várias experiências com a morte, não muito agradáveis. Eu fico mal, assim, na presença de familiar, principalmente. Eu tento me manter calma, passar tranquilidade... mas, no fundo, eu fico acabada. Chego em casa, eu fico mal (P9).

Sem perspectivas de melhora para o paciente, cuidar dele torna-se extremamente exaustivo: é um cuidado exigente, complexo e não trazer recompensa para os esforços despendidos. Esta percepção é predominante entre os participantes. Cristiane detalha:

Eu tinha que fazer tudo, o paciente não colaborava. Era bem complicado. Fora a aspiração, estava intubado, tinha que ficar aspirando e marcando o tempo. Tudo aquilo era muito complicado, muito difícil lidar com tudo isso (P8).

Beth descreve sua frustração:

Cuidar desse paciente passa, para a gente, uma verdadeira sensação de impotência. A gente não consegue ver o paciente como um todo, como sempre as pessoas falam. Aí que percebe mais a doença, as técnicas... A gente fica muito fixada em técnica, mesmo para fugir da situação... (P10).

Meire fala do seu despreparo para atender às exigências técnicas, resultando em angústia e culpa:

Ele tinha insuficiência renal crônica, estava sedado, tava em fase terminal mesmo... Foi uma experiência um pouco assustadora, porque ainda houve problema com infusão de soro... Eu fiquei preocupada, achei que tinha matado o paciente, sabe? (P13).

Devido à condição de irreversibilidade do paciente, os procedimentos adquirem características específicas e seguem normas não usuais: não valem os recursos de reanimação cardiorrespiratória e os recursos de manutenção das funções fisiológicas, quando ocorre a parada cardíaca. Adriana descreve:

Ele tinha muitas outras doenças associadas, estava com restrição de contato também por conta da sepse. Cuidar de dele, no começo, foi difícil. Ele tava sedado, tiraram a sedação pra ver se tinha resposta... Faziam aqueles testes de dor, sabe? Ele não respondia, os médicos decidi-

ram deixar só alguns parâmetros necessários, o oxigênio... Tudo no básico, sem medicamento, pra aguardar. Se tivesse uma parada, não iriam intervir (P12).

Os alunos relatam que raras são as oportunidades de cuidar do paciente em fase terminal. Paula explica:

Como a gente, na graduação, vai primeiro em Fundamentos, ver técnica, nenhum professor te dá um paciente em fase terminal. Depois, em *Médico-Cirúrgica*, você até pega umas coisas assim, mais graves. Mas também acaba você mesmo escolhendo que não seja assim, ou na UTI ou um caso muito grave. Você pode escolher seus pacientes... (P3).

Nessas poucas oportunidades para aprender a lidar com a morte do paciente, os alunos afirmam não se sentir orientados e apoiados. Consideram que esse aprendizado deveria acontecer, basicamente, na prática, que é pouco explorada nas atividades de estágio curricular. Paula descreve:

Durante a graduação, não tinha nenhuma informação, nenhum tipo de conhecimento para atuar com esses pacientes. Mesmo na enfermagem, quando acontece uma coisa assim, a vontade que dá é de fugir: Ah não, desse paciente, eu não vou cuidar... (P3).

Elisa diz:

Você sabe fazer o procedimento técnico, mas não tem uma abordagem psicológica, como trabalhar com aquilo. Não tem preparo para trabalhar com lance de religião... religiões, saber como ajudar o paciente a enfrentar aquilo junto com a religião dele (P7).

Contraditoriamente, embora os alunos relatem poucas oportunidades para cuidar desse paciente, Beth descreve uma primeira experiência logo no seu primeiro contato com o paciente:

No primeiro dia do meu primeiro estágio, a professora já me colocou com paciente em fase terminal. Ele tava com câncer, que já tava *metastizado* e tava caquético, ele não conseguia fazer nada sozinho. Só que ele ainda não tava inconsciente, ele falava... Como isso, até criei certo vínculo. Eu cuidei dele dois dias, no terceiro ele faleceu e foi muito triste... Eu achei que não tava preparada para aquilo, para aquela situação...E eu tive que encarar como natural, porque a professora falou: Morreu? Morreu! Então vamos em frente (P10).

Nos depoimentos, os alunos reavivaram sua ansiedade, expectativas e dificuldades. Enfrentar a morte, para eles, é difícil; eles o percebem no momento em que deparam com a situação. Essas dificuldades dever-se-iam tanto à incapacidade de aceitar a morte de outro, por aludir à própria morte; como também ao contato raro, ou inexistente, que os alunos têm com pessoas nesta condição, mesmo fora do ambiente hospitalar⁽¹⁰⁾. Há também os sentimentos de desvalia e impotência, particularmente nas primeiras experiências que vivenciam: não ocorrendo melhora do paciente, os procedimentos utilizados parecem-lhes inúteis e resultam em frustração. Cuidar, neste universo, além de estranho e assustador, mostra-lhes, sobretudo, o despre-

paro para os procedimentos técnico-científicos adequados à situação. Isso ocorre até para simplesmente conversar com o paciente. Aqueles que se envolveram mais com o paciente, após maior convivência, revelam um profundo sentimento de tristeza e angústia ligado a esse cuidado. Os dados encontrados são similares aos dados da literatura. Sentimentos de desesperança e frustração nesse cuidado *ineficaz*, que acaba no momento da morte do paciente; assim como a própria percepção do despreparo técnico e incapacidade de lidar com os próprios sentimentos são relatados por estudantes, em estudos sobre o tema⁽⁹⁻¹¹⁾. Dois estudos⁽⁹⁻¹⁰⁾ destacam a preocupação dos estudantes em incluir os familiares do paciente, como parte desse cuidado.

O relacionamento com o paciente e sua família

A relação com o paciente, na fase terminal da doença, torna-se mais complexa, devido à interferência de variáveis e barreiras existentes no contexto. Em algumas situações, os alunos sentem-se bloqueados ao tentar comunicar-se com o paciente. É o que relata Cláudia:

Ela era HIV positivo, tinha Tuberculose, Candidíase, várias outras doenças...É...é difícil porque você não tem muito relacionamento com ele, porque ou ele tá intubado ou você não consegue se comunicar (P5).

Ana relembra suas dificuldades por não controlar os próprios sentimentos:

Quando a gente ia fazer os procedimentos invasivos no paciente, que estava inconsciente, acabava escorrendo lágrimas dos olhos dele. Por exemplo, aspirar a traqueostomia, ou quando iam puncionar a artéria dele... Dava pra eu perceber que, só naqueles momentos, que realmente o olho dele lacrimejava tal, ele fazia também expressão... tinha expressão no rosto dele... Então isso me causava... [pausa], dava dó de ver aquilo (P2).

Paula vê um paciente frágil e solitário:

Este paciente precisa mais de mim... todo mundo acaba meio que fugindo, só vai lá para fazer o que é o básico, o que é obrigatório, como função. E ele precisa naquele momento de alguém para estar do lado, de um apoio maior, e não tem (P3).

Elisa fala dos temores do paciente:

Ele já tinha tirado um pedaço do estômago, intestino e tinha medo de que *estourassem os pontos* e ele tivesse que voltar para a cirurgia... Para a 16ª, 17ª... e por trás de tudo isso tinha o medo da morte, que é uma coisa inevitável aí, né?! (P7).

Francisco fala do medo de sofrer ao envolver-se com o paciente:

Se você cria vínculo com ele, daí fica complicado... Se você fica pouco tempo com ele, se você não criou esse vínculo com ele, então é mais tranquilo. Se você cria vínculo e ele morre... daí fica difícil... (P11).

Ana descreve:

O sentimento que eu tinha assim... era meio que de dó... isso acabava complicando um pouquinho na hora do cuidado. Quando você ia fazer algum procedimento, por mais que ele estivesse sedado, dopado... enfim, percebia-se que ele tava sofrendo com tudo aquilo, sabe? (P2).

A mesma aluna relata sua identificação com os familiares:

Eu fui forte até o momento em que a gente tava preparando o corpo da paciente. Mas aí depois a hora que a família entrou... Aquilo para mim... como se eu visse a minha mãe ali. Me coloquei no lugar deles, tinha certeza de que não sabia como lidar com uma situação igual àquela (P20).

Luíza, cuidando de um jovem em situação crítica, viveu o conflito entre o impulso de fugir e o dever de ficar para ajudar:

Eu fiquei muito triste por ele. Acho que foi por ele ser tão jovem... Eu queria sair do quarto de qualquer jeito e não dava... Eu tinha que ajudar. Foi a primeira vez que eu me deparei com uma situação tão grave (P4).

Paula fala sobre a própria ansiedade e frustração:

Você não sabe o que fazer. Dá medo da impotência que você tem frente àquilo... Você não sabe a que horas ela vai morrer. Eu ficava pensando, como aluna, o que eu poderia fazer para melhorar aquele momento, né? (P3).

Beth descreve suas dificuldades em lidar com a iminência da morte:

É difícil a gente cuidar de uma pessoa que se sabe que vai morrer. Você tem que aplicar os procedimentos. Fazer tudo como faz com o paciente consciente. Eu tive que fazer com ele que já tava praticamente morto (pausa longa)... Porque é difícil considerar ele de forma diferente, né? Então isso mexe muito com o psicológico da pessoa... (P10).

Para muitos, a lembrança predominante da sua experiência são os sentimentos de frustração: além de nada poder ser feito pelo paciente, tinham a consciência de que não conseguiriam ajuda-lo e à sua família. Vânia expressa esse sentimento de desvalia:

Você tenta tudo e não tem mais possibilidade nenhuma de você ajudar... É muito complicado, você se sente completamente impotente. Você tá lá, todo dia, fazendo as coisas para ele e não vai adiantar nada... Você só tá amenizando, tornando a morte dele o mais digna possível. Então, é complicado você sentir assim dessa forma, porque você não vai ajudar, não tem como... (P9).

Em relação ao ambiente de trabalho, vários alunos relatam que se ressentiram da falta de apoio por parte dos profissionais da equipe. Paula sugere:

Quem tá lá na enfermaria, os professores, enfermeiras... podiam passar sua experiência, sabe? Como a gente pode lidar melhor com a situação... Eu acho que podia ter um

grupo para a gente desabafar as nossas angústias em relação a cuidar de paciente assim (P3).

Mariana é a única participante que afirma não sofrer com a morte do paciente. Ela afirma:

A minha preocupação maior é com a família, de tá ajudando ali. Mesmo nos últimos instantes de vida ali do paciente, tentar fazer o que ele quer, o que é melhor pra ele. Mas, não me abala, o fato do paciente ir a óbito, assim, pra mim virou uma rotina, não me abala (P6).

Ao colocar os próprios sentimentos em primeiro plano, os alunos desviariam o foco da assistência, que deveria ser *identificar e atender as necessidades do paciente*. Esta incapacidade de manter a objetividade os privaria de lidar profissionalmente com a morte, percebendo-a como parte inevitável da vida. Soma-se a esse envolvimento excessivo, a convicção de que o objetivo de cuidar sempre é salvar a vida: não havendo possibilidade de atingir este objetivo, o cuidar do paciente em fase terminal perderia o significado. Conseqüentemente, eles não conseguem visualizar outras perspectivas para este cuidado, tais como saber ouvir o paciente, entender suas necessidades e oferecer-lhe os cuidados paliativos para ajudá-lo nesta trajetória final. Esses dados remetem à reflexão sobre o modo predominante da assistência à saúde, que privilegia o cuidado técnico-científicos, deixando de lado as necessidades psicossociais da pessoa que é cuidada⁽¹⁶⁾.

Alguns estudos apontam para a necessidade de orientar e apoiar os estudantes de enfermagem no difícil aprendizado de lidar com a morte do paciente^(6,11,15). Além do aprendizado teórico, o aprendizado prático ao lado de profissionais experientes e seguros seria a forma mais adequada de preparar e apoiar futuros profissionais para assumirem este cuidado. Isto implicaria a reflexão sobre a formação profissional e a revisão de uma prática de cuidar que, na nossa realidade da assistência à saúde, está predominantemente associada ao paradigma bio-tecnista da assistência à saúde. Vários estudos abordam esta questão, há mais de uma década^(2,4,6). Aparentemente, sem resultados significativos, na prática, ou mudanças efetivas na formação dos profissionais. O movimento de *humanização* restringe-se, na maioria das instituições hospitalares, a uma revisão no esquema de visitas ao paciente e formação de grupos de voluntários para entretê-lo e dar-lhe atenção. Humanizar significaria rever a formação dos profissionais e investir no desenvolvimento de suas habilidades para perceber o paciente e perceber-se como pessoa, e colocar como objetivo, dentro do cuidado, o de relacionar-se e comunicar-se efetivamente com o paciente, envolvendo os seus familiares⁽¹⁻⁶⁾.

Reflexão sobre a experiência vivida

Nos depoimentos, os alunos analisam a própria experiência refletindo sobre o que aprenderam e as repercussões sobre a formação profissional. Alguns descobrem, após o primeiro impacto, que é possível vislumbrar novos objetivos para este cuidado, que, não sendo o de curar, poderá ser o

de ajudar o paciente a viver da melhor forma estes momentos finais. Esses cuidados, chamados *paliativos*^(2-5,11), têm objetivos e estratégias definidos, visando atender as necessidades peculiares desse paciente, identificando o que poderia melhorar sua condição de vida. É o que constata Celina:

É uma experiência, além de estressante, emocionante, porque um simples toque, um simples gesto você já percebe a reação do paciente, percebe que ele está te sentindo ali. Você vê o quanto você é importante pra ele naquela fase tão difícil... (P14).

Esta possibilidade de cuidar visando a alívio e conforto para o paciente vai sendo descoberta por alguns alunos, como descreve Paula:

Como aluno é muito difícil encarar essa situação e depois, com o passar do tempo, você vai pegando o jeito e descobrindo que a sua função é melhorar a qualidade... Então, a alimentação, o que ele gosta de comer, o que ele pode comer, o que ele ainda consegue comer, o que ele ainda consegue fazer, se levantar, ou não, se gosta de assistir TV, se gosta de ouvir música. E você vai procurando essas coisas (P3).

Adriana fala sobre a dificuldade de desligar-se da lógica de curar, sempre:

É ruim porque não vai ter um resultado positivo, né? Mas, tem que fazer a sua parte, né? Não interfere na minha dificuldade em cuidar... eu ficaria muito mais feliz se ele melhorasse, entendeu? Tem que fazer. Independente, se ele vai ou não melhorar, o que tem que ser feito tem que ser feito (P12).

Vários alunos expressam a preocupação em familiarizar-se com este cuidado e aprender como fazê-lo melhor. Eles analisam como acontece na prática, quando compartilham a experiência com profissionais da área, atuando sob a supervisão direta dos professores. Analisam suas limitações e as dificuldades decorrentes da sua inexperiência e insegurança. Após o choque inicial, Vânia relata sua adaptação às peculiaridades deste cuidado:

O primeiro paciente que eu tive assim, terminal, foi um choque. Quando chegou a falecer mesmo, eu chorei muito... Depois vai indo, não sei... Acho que fui acostumando com tudo, né? Mesmo assim, sempre é um choque... (P9).

Para alguns, a experiência foi traumática, resultando em rejeição à possibilidade de cuidar de pacientes em estado grave ou com prognóstico fechado. Diz Meire:

Fiquei meio com trauma de UTI, uma coisa que eu não gostei de fazer e não gostaria de voltar a fazer. Trabalhar em UTI... Não é pra mim, eu não gostei mesmo. Não sei se eu associo não gostar da UTI, com o paciente. Eu acho que tem ligação aí... (P13).

Cláudia declara:

Eu, particularmente não gosto de cuidar de paciente terminal, porque acho que eles são muito tristes, e eu gosto de me relacionar com eles, de conversar... (P5).

A formação para cuidar de pacientes no fim da vida é enfocada por 2 estudantes, que criticam a atuação dos profissionais da área, com os quais tinham a expectativa de aprender e dos quais esperavam apoio e orientação. Paula analisa:

Para os profissionais de saúde falta muita capacitação para lidar com isso. Talvez porque a gente sempre quer que o paciente viva, que as nossas ações surtam efeito, e a gente não consegue admitir que uma hora a pessoa vai morrer, que você tem que dar apoio durante esse período (P3).

Beth fala sobre o ambiente pedagógico nas atividades das enfermarias:

O pior ainda de você cuidar desse paciente é saber que ta sendo analisada durante todo o tempo do estágio... Então, além de ser uma situação nova, você não pode encarar com naturalidade. Você não pode demonstrar seus sentimentos, o que você ta querendo... Porque você sabe que ta sendo avaliado, você tem que fazer tudo da forma perfeita, técnicas perfeitas, sendo que muitas vezes dá vontade de sentar e chorar - Nossa, eu não quero cuidar desse paciente! É isso... (P10).

Paula, Mariana, Vânia e Celina relataram ter conseguido superar seus sentimentos iniciais de ansiedade e insegurança, descobrindo ser possível oferecer ajuda aos pacientes, mesmo sem expectativa de melhora ou sobrevida. Há algo a ser feito por ele. Trata-se apenas de perceber a sua dor, revolta, tristeza, solidão, e ouvi-lo, seja o que for que ele deseja expressar. A partir daí, pode-se detectar suas necessidades e melhorar suas condições de desconforto e a satisfação das suas necessidades, incluindo sua família. Paula descobriu essas novas perspectivas em atividades extracurriculares, que considera terem suprido as falhas da graduação, referentes ao preparo para cuidar de pacientes no fim da vida. As outras, descobriram-nas durante suas atividades curriculares de estágio supervisionado.

As descrições dos alunos mostram a preocupação com as deficiências na formação profissional, voltada prioritariamente à formação técnico-científica, que corresponde ao modelo biomédico predominante na assistência à saúde^(8-11,15-16). Paula reflete criticamente sobre essa questão, constatando a falta de capacitação dos profissionais para os aspectos psicossociais do cuidado paliativo. Beth queixa-se de um ensino fiscalizador, preocupado com a avaliação pontual de comportamentos, por parte dos professores, em atividades de estágio prático. Ana e Elisa mostram preocupação com o aprendizado, sob outros aspectos: como resolver os sentimentos de medo, ansiedade e insegurança ao cuidar do paciente que está morrendo, sem dispor de orientação e exemplos a seguir? Os demais alunos ouvidos não expressam claramente avaliações sobre esta questão; mas mostram, em seus relatos, insatisfação e a recusa em assumir futuras experiências com este paciente. Todos os participantes relatam que viveram poucas experiências com esse paciente: 8 apenas uma vez. Ana, Paula e Cristiane mostram-se conscientes de que precisariam de

mais oportunidades para conviver com pacientes em estágio final da doença.

SÍNTESE COMPREENSIVA

A tensão entre o *ideal pessoal de cuidar* do paciente e a *realidade pessoal que se vive ao cuidar*⁽⁷⁾ aparece nos discursos dos alunos: há constante tensão entre o que eles acreditam que *deve ser feito* para ajudar o paciente e aquilo que *conseguem fazer*, devido aos sentimentos de frustração, ansiedade, e à percepção de despreparo, que aparecem ao defrontar-se com a situação real. Para todos, foi uma experiência dolorosa. Para alguns, resultou em aprendizado, pois conseguiram, superando a tensão entre o cuidar e as dificuldades enfrentadas, dar o cuidado ao paciente. Para outros, as dificuldades bloquearam as possibilidades de atuar efetivamente, resultando em recusa para enfrentar situações futuras similares.

Os alunos, ao descrever o vivido, mencionam a falta de apoio externo para lidar com suas dificuldades: esse seria um elemento essencial para resolver a tensão entre o *cuidado pessoal ideal* e a *realidade pessoal vivida*⁽⁷⁾. Outro aspecto importante para controlar a tensão, o *controle do envolvimento com o paciente*⁽⁷⁾, nos parece uma estratégia que os estudantes dificilmente alcançariam, devido à inexperiência em lidar com situações estressantes. A essa inexperiência, atribuímos a pouca utilização dos conhecimentos sobre comunicação terapêutica nas situações vividas, observando-se algumas exceções apontadas na análise (P3, P9 e P14).

A disciplina de Relacionamento Enfermeiro-Paciente oferece aos alunos recursos para interagir com o paciente, os quais são aplicados no seu dia-a-dia, nas atividades de assistência. No entanto, os sentimentos de grande ansiedade descritos pelos alunos ao primeiro contato com o paciente atuam como barreiras à comunicação, bloqueando a sua ação de cuidar efetivamente. Se apoiados e orientados efetivamente nas atividades curriculares, teóricas e práticas, provavelmente sentir-se-iam protegidos e apoiados. Poderiam, então, elaborar formas de superar os sentimentos de ansiedade e enfrentar adequadamente a tensão vivida na situação.

Ao analisar os resultados do estudo, é crucial contextualizar a formação e a atuação dos enfermeiros inseridos no sistema de saúde predominante, que privilegia um cuidado fundamentado no conhecimento técnico-científico e relega para um segundo plano os aspectos éticos e humanísticos do cuidado das pessoas^(2,4-6). Não cabe a nós, enfermeiros e docentes, promover mudanças neste modelo, que obedece às normas do sistema político e econômico vigente. Porém, é possível discutir e refletir sobre os efeitos do modelo na assistência à saúde e elaborar propostas para introduzir, na formação profissional, objetivos e conteúdos visando habilitar os enfermeiros para assumir o cuidado integral do paciente. Preparar profissionais voltados para

o cuidado humanístico, talvez seja uma possibilidade para alterar essa realidade, partindo de mudanças na prática do cuidar.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresenta as limitações de um estudo qualitativo, contextualizado no local e tempo da investigação.

REFERÊNCIAS

1. Sundeen SJ, Stuart GW, Rankin EAD, Cohen AS. Nurse-client interaction: implementing the nursing process. Saint Louis: Mosby; 1998.
2. Kovacs MJ. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Bioética*. 1998;6(1):61-9.
3. Mok E, Chiu PC. Nurse-patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):475-83.
4. Martin L.M. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 171-92.
5. Kovacs MJ. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Bioética*. 1998;6(1):61-9.
6. Boemer MR. O fenômeno morte: o pensar, o conviver e o educar [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1989.
7. Hopkinson JB, Hallet CE, Luker KA. Caring for dying people in hospital. *J Adv Nurs*. 2003; 44(5):525-33.
8. Kiger AM. Student nurses involvement with death: the image and the experience. *J Adv Nurs*. 1994;20(4):679-86.
9. Becker CT. Nursing students' experiences of caring for dying patients. *J Nurs Educ*. 1997; 36(9):408-15.
10. Loftus LA. Student nurses' lived experience of the sudden death of their patients. *J Adv Nurs*. 1998;27(3):641-8.
11. Malory JL. The impact of a palliative care educational component, in attitudes toward care of dying, in undergraduate nursing students. *J Prof Nurs*. 2003;19(5):305-10.
12. Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes; 1989.
13. Merleau Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard; 1945.
14. Sadala MLA, Adorno RC. Phenomenology as a method to investigate the experience lived: a perspective from Husserl and Merleau Ponty thought. *J Adv Nurs*. 2002;37(3):282-93.
15. Bretãs JRS, Oliveira JR, Lie Yamaguti. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):477-83.
16. Bernieri J, Hides A. O preparo de acadêmicos de enfermagem brasileiros para viverem o processo da morte e morrer. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(1):89-96.

Os resultados não propõem generalizações, no entanto, podem ser utilizados em situações similares, contribuindo para ampliar o conhecimento e a reflexão sobre o tema. Outra limitação consiste no universo dos participantes do estudo: são visões de alunos de uma escola de enfermagem. Novas pesquisas sobre o tema, em outras regiões do país, e a partir de perspectivas diversas: professores, profissionais, enriqueceriam o conhecimento sobre o cuidar de pacientes em fase terminal da doença.