

Percepções sobre a atuação do enfermeiro às pessoas no fim de vida

Perceptions about the role of nurses in people at the end of life

Percepciones sobre el papel de las enfermeras en las personas al final de la vida

Ana Paula Hey^I, Rita de Cássia Tonocchi^{II}, Amanda Taborda Agudo^{III}, Thainá dos Santos Garraza^{IV}, Denise Martins Szczypior^V, Giselle Aparecida de Athayde Massi^{VI}

Resumo: Objetivo: descrever a percepção de acadêmicos de Enfermagem acerca da atuação do enfermeiro às pessoas no fim de vida. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, com dados coletados em universidade privada de Curitiba. Participaram doze acadêmicos de Enfermagem, por meio de entrevista semiestruturada gravada. Após transcrição, as narrativas foram analisadas pela Teoria do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** as narrativas evidenciaram: falta de preparo profissional; ausência de suporte e; ausência de gerenciamento do cuidado. Como ideal, evidenciou-se a morte sem sofrimento, em casa e perto de quem se ama; com melhor comunicação, postura e empatia; a personalização do atendimento e; o respeito ao momento da morte. **Conclusão:** aponta-se a importância de mais estudos e investimentos na melhor capacitação aos profissionais da enfermagem sobre o tema, potencializando suas competências e as habilidades de enfrentamento específico.

Descritores: Morte; Cuidados paliativos; Direito a morrer; Enfermeiras e enfermeiros; Estudantes de enfermagem

Abstract: Objective: describe the perception of nursing students about the role of nurses in people at the end of life. **Method:** qualitative, descriptive study, with data collected at a private university in Curitiba. Twelve nursing students participated, through recorded semi-structured interviews. After transcription, the narratives analyzed using the Collective Subject Discourse Theory. **Results:** the narratives showed: lack of professional preparation, absence of support and absence of care management. As an ideal, death was shown without suffering, at home and

I Enfermeira Estomaterapeuta, Mestre em Cirurgia, Docente/ Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: anapaulahey@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2495-3474>

II Fonoaudióloga, Doutora em Letras, Docente do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação/ Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil, E-mail: rita.tonocchi@utp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7006-0541>

III Acadêmica de Enfermagem, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: amandaabueno01@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6511-7512>

IV Acadêmica de Enfermagem, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: thainasantosgarraza@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5886-4966>

V Enfermeira Estomaterapeuta, Mestre em Tecnologia em Saúde, Hands Home care, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: deniseszczypior@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8175-3965>

VI Fonoaudióloga, Doutora em Letras, Docente do Programa de Pós-Graduação Scritu Sensu em Distúrbios da Comunicação/ Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: giselle.massi@utp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3017-3688>



close to those you love; with better communication, posture and empathy; personalization of service and; respect for the moment of death. **Conclusion:** it points out the importance of more studies and investments in better training for nursing professionals on the subject.

Descriptors: Death; Palliative care; Right to die; Nurses; Students nursing

Resumen: Objetivo: describir la percepción de los estudiantes de enfermería sobre el papel de las enfermeras en las personas al final de la vida. **Método:** estudio cualitativo y descriptivo, con datos recogidos en una universidad privada de Curitiba. Doce estudiantes de enfermería participaron, a través de entrevistas semiestructuradas grabadas. Después de la transcripción, las narrativas analizadas utilizando la Teoría del Discurso del Sujeto Colectivo. Resultados: las narraciones mostraron: falta de preparación profesional, ausencia de apoyo y ausencia de gestión de la atención. Como ideal, la muerte se mostró sin sufrimiento, en casa y cerca de los que amas; con mejor comunicación, postura y empatía; personalización del servicio y; respeto por el momento de la muerte. **Conclusión:** señala la importancia de más estudios e inversiones en una mejor formación para profesionales de enfermería en la materia.

Descriptoros: Muerte; Cuidados paliativos; Derecho a morir; Enfermeras y enfermeros; Estudiantes de enfermería

Introdução

A palavra morte é originária do latim *mortis*, e significa fim da vida; acabamento; destruição e perda. A morte clínica ocorre com a paralisação da função cardíaca e respiratória; já a morte biológica, é caracterizada pela destruição celular; se a morte for considerada em função de uma visão apenas biologicista. Já a morte encefálica é caracterizada pela perda irreversível e completa das funções do encéfalo, em que há cessação das atividades corticais e do tronco encefálico.¹⁻³

A fase final da vida pode ser caracterizada pela maior proximidade da morte, em torno das últimas horas ou dias de vida. Tal processo é dinâmico e complexo, refletindo a resposta particular do corpo humano, quanto aos diversos eventos clínicos enfrentados ao longo do tempo.⁴

A morte clínica pode, em face dos avanços tecnológicos, ser postergada por um tempo finito, por meio dos processos de reanimação e drogas vasoativas, permitindo a manutenção da vida, mesmo após a superveniência da morte cerebral. Porém, cabe ressaltar que, além dos aspectos biológicos e clínicos, o processo de morte e morrer contempla diversas dimensões,

dentre elas as sociais, psicológicas, físicas e culturais, compondo um caleidoscópio de significações.¹⁻²

Essas dimensões são munidas de diversos sentidos, ritos, crenças e o estudo do tema é essencial na formação dos profissionais da saúde envolvidos nesse processo. A falta de preparo, de reflexões e de diálogos sobre a morte, pode contribuir para que os mesmos encontrem dificuldades na tomada de decisões, diante dessas situações.⁵⁻⁶

Além disso, a falta de preparo profissional, desde sua formação, pode resultar na falta de cuidados integrais, para pessoas e famílias, que vivenciam os processos de morte e de morrer, os quais ficam limitados à esfera biológica. Dessa forma, podem ser evidenciadas sensações e sentimentos negativos, caracterizados por tristeza, medo, impotência, bem como uma postura defensiva, de negação e distanciamento do processo do cuidado.⁷⁻⁸

Com a predominância do tecnocentrismo, na contemporaneidade, observa-se uma postura que evidencia a interdição e a negação da morte. O avanço da tecnologia em saúde, ao mesmo tempo que desperta maior interesse de pacientes, familiares e profissionais de saúde, contribui para tornar a morte asséptica, distante, silenciosa e solitária. Pois, ela foi deslocada das casas para os hospitais e, além disso, o processo de morrer foi prolongado, ocorrendo com maior sofrimento. A morte, que passou a ocorrer em hospitais, acaba por distanciar as pessoas do processo de morrer, o qual, por vezes, é acompanhado pelo despreparo dos profissionais de saúde em relação ao tema, desde a sua formação.⁷⁻⁸

Frente a esse cenário, tem aumentado o interesse acadêmico e a produção científica sobre o assunto, trazendo à tona reflexões acerca do que seria considerado uma morte digna, fomentando reflexões individuais e coletivas sobre o tema. Questões como o que se deseja no final da vida e como será a participação da família nesse momento, devem ser compartilhadas com os profissionais da área da saúde, desde que os mesmos, não estejam dessensibilizados para a complexidade desse processo.^{1-2,5-6,8-10}

A morte digna, tem sido associada ao conceito de ortotanásia, o qual preconiza apoio emocional e espiritual, conforto para sintomas refratários e minimização de intervenções invasivas, que prolongam desmedidamente a vida. A ortotanásia contempla a aceitação da morte, o respeito da dignidade humana, a participação e autonomia do sujeito e de sua família, com destaque para a importância de haver espaços em que seja possível falar sobre o processo de morrer no cenário familiar e coletivo, sem interdição ou negação do assunto. Nessa direção, entende-se que a essência da morte digna pode ser alcançada quando o indivíduo está em paz consigo mesmo, tendo, na medida do possível, seus desejos atendidos e sendo amparado pela família ou por um fluxo de afetos. E, para tanto, é preciso investir na formação de profissionais de saúde, bem como na implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, em todos os níveis de atenção à saúde.^{9,11-12}

Assim, a ortotanásia deve ser enfocada desde a formação, permeando a atuação de todos os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro. Pois, cuidar de pessoas em processos de morrer envolve a dignidade do ser humano e depende da atitude de profissionais capazes de respeitar a dor e o sofrimento do próximo, compreendendo a significação desse momento para os envolvidos.¹³⁻¹⁴ Para tanto, esses profissionais necessitam de conhecimento e do desenvolvimento de competências para atuar nesse cenário.^{6,8}

Especificamente o enfermeiro deve, de um ponto de vista legal, respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante, na tomada de decisões, a qual tem de ocorrer de forma livre e esclarecida. Essas decisões permeiam seu estado de saúde e tratamento, além do seu conforto e bem-estar. Enfatiza-se, ainda, que, em casos de impossibilidade de comunicação com o paciente, o enfermeiro deve respeitar as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) acerca dos cuidados e tratamentos, incluindo a situação de morte e pós-morte.¹⁵

Relacionando tais pensamentos com a formação do enfermeiro, destaca-se que durante a vida acadêmica, ocorre a construção da identidade profissional dos discentes, influenciada pelas

interações sociais. Além da influência dos docentes, há também a influência dos enfermeiros atuantes na prática. Assim, as percepções dos acadêmicos acerca da atuação profissional dos enfermeiros são influenciadas pela forma como a profissão é exercida, impactando em sua maneira de pensar e agir.¹⁶

Desta forma, o objetivo que norteia esse estudo é descrever a percepção de acadêmicos de Enfermagem acerca da atuação do enfermeiro às pessoas no fim de vida.

Método

O estudo foi delineado a partir de abordagem qualitativa, organizado em função da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁷ e fundamentado na Teoria da Representação Social (TRS). A TRS considera a relação dialética entre o social e o individual, de forma que um influencia e é influenciado pelo outro de forma mútua e constante. Assim, o universo interior e os seus constituintes externos contribuem para a construção de novos conhecimentos.¹⁸

A pesquisa teve como cenário uma universidade privada, localizada na cidade de Curitiba. Os participantes do estudo foram doze acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da referida universidade. Os critérios de inclusão foram: acadêmicos, regularmente matriculados no curso de Enfermagem, na instituição onde os dados foram coletados, em dezembro de 2019, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; que já tivessem passado por práticas clínicas, nas quais era possível o contato com situações próprias do processo de morte e de morrer.

Os estudantes que se enquadraram nos critérios de inclusão e aceitaram integrar a pesquisa, não desistiram do processo, no decorrer de coleta de dados. Dessa forma, participaram do estudo acadêmicos de Enfermagem, de uma universidade privada na cidade de Curitiba, que já tinham tido experiências acadêmicas prévias no cuidado a pessoas em processo de morrer e morte. Os discentes foram convidados a participar do estudo presencialmente, na sala de aula,

em horário previamente acordado com a coordenação do curso, de forma que não compromettesse as atividades acadêmicas.

Para a seleção, foi utilizado o método bola de neve, em que o primeiro participante indica o próximo e assim por diante.¹⁹ O primeiro manifestou interesse em participar da pesquisa, após a apresentação dos objetivos do estudo, em sala de aula. Procedeu-se, então, o agendamento de sua entrevista e, após o término da mesma, ele indicou o próximo participante. Desta forma, a coleta de dados foi realizada, encerrando-se com 12 acadêmicos de Enfermagem.

Para a coleta de dados foi elaborado um roteiro para a entrevista semiestruturada composto por duas questões norteadoras relacionadas às temáticas da percepção dos acadêmicos de enfermagem acerca da atuação do enfermeiro junto a pessoas em processo de morte e de morrer. As questões eram: “como você vê a atuação do enfermeiro frente a pessoas no fim da vida atualmente” e “como você acredita que deveria ser atuação do enfermeiro frente ao processo de morte e morrer?”.

Deste modo, a fonte de dados, foi a entrevista realizada na própria universidade, em sala reservada, destinada a esse fim. Todas as entrevistas foram gravadas, tendo duração média de uma hora. Não havia mais nenhuma pessoa na sala, além do pesquisador e do participante. Após a realização das entrevistas com os 12 participantes, percebeu-se a saturação dos dados, considerada quando há reincidência de informações.¹⁷ Assim, a coleta de dados foi encerrada e iniciou-se a transcrição dos mesmos.

A transcrição dos dados foi realizada por quatro pesquisadores, após capacitação para tal atividade, sendo dois acadêmicos de Enfermagem e dois Enfermeiros. As transcrições totalizaram cerca de 50 páginas digitadas, em que foram mantidas as expressões e vícios de linguagem dos sujeitos. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica do DSC. Essa técnica busca explicitar opiniões socialmente compartilhadas, por meio de um sujeito artificial, que compõem o discurso da coletividade. Assim, de acordo com a TRS, as expressões usadas durante a entrevista podem ser sintetizadas por meio da organização de um sujeito impessoal, o qual

embasa o DSC. Esse discurso é capaz de expressar a representação social sobre um determinado tema, tendo em vista a coletividade em que os participantes de uma pesquisa estão inseridos.¹⁷

Os dados transcritos foram organizados, sendo identificadas, em conformidade com o DSC, as expressões-chave, buscando-se então a ideia central, que é um nome ou expressão linguística que descreve, da maneira sintética e precisa, o sentido ou os sentidos dos discursos analisados.¹⁷ As ideias centrais estão explicitadas no quadro 1. E o DSC, organizado a partir das ideias centrais, foi redigido sinteticamente na primeira pessoa do singular, conforme preconiza a técnica do DSC, está apresentado no quadro 2.

Salienta-se que o estudo foi conduzido em concordância com o disposto na Resolução 466/2012, 510/2016 do Ministério da Saúde.²⁰⁻²¹ Ele foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com protocolo número 3.684.508 (CAAE: 21392619.2.0000.8040).

Resultados

Participaram do estudo doze acadêmicos de Enfermagem. De acordo com a caracterização sociodemográfica dos participantes, destaca-se que predominou o sexo feminino; com idade variável entre 19 a 48 anos, com maior proporção de participantes entre 18 a 25 anos.

Em relação à experiência na área da Enfermagem, seis participantes relataram ter experiência prévia como técnicos em Enfermagem, experiência que variou entre um e oito anos; e outros seis referiram não ter experiência laboral na Enfermagem, a não ser por meio dos estágios obrigatórios propostos pela universidade.

Conforme o objetivo proposto, neste estudo, os depoimentos individuais constituíram os discursos, de onde emergiram as ideias centrais, demonstradas no quadro 1:

Quadro 1 – Resumo das ideias centrais

Pergunta Norteadora	Ideia Central
---------------------	---------------

1. Como você vê a atuação do enfermeiro frente a pessoa no fim de vida atualmente?	Falta de preparo profissional, com desajustes na postura profissional e empatia.
	Ausência de suporte técnico e emocional para o cuidado.
	Ausência de priorização e gerenciamento do cuidado paliativo.
2. Como você acredita que deveria ser a atuação do enfermeiro frente ao processo de morte e morrer?	Estruturação de protocolos individualizados para o cuidado.
	Melhor comunicação, postura e empatia com equipe, paciente e família.
	Personalização do atendimento e respeito ao momento da morte.

No quadro 2, seguem evidenciadas as ideias centrais e seus respectivos DSC.

Quadro 2 – Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo

Ideia Central – 01	Discurso do Sujeito Coletivo – 01
Falta de preparo profissional, com desajustes na postura profissional e empatia	<i>Atualmente os profissionais de enfermagem não se colocam no lugar do outro. Deveriam ter mais respeito no fim da vida. As vezes vemos falta de respeito; exposição da pessoa; burburinhos em excesso no posto e em corredores; aquele olhar de pena. Esse tipo de coisa não pode existir, pois cada pessoa tem a sua história de vida e ela deve ser respeitada. A formação do enfermeiro deveria contemplar o cuidado a pessoas no fim da vida, mas até o ensino se tornou meio mecânico, assim como as rotinas dos hospitais.</i>
Ideia Central – 02	Discurso do Sujeito Coletivo – 02
Ausência de suporte técnico e emocional para o cuidado	<i>[...] as pessoas sabem mais ou menos como conduzir a situação. As vezes ficam paradas, sem reação, sem saber o que fazer. Não sabem como tratar a pessoa e a família. Depois também ficam perdidos, sem saber como lidar com aqueles sentimentos.</i>
Ideia Central – 03	Discurso do Sujeito Coletivo – 03
Ausência de priorização e gerenciamento do cuidado paliativo	<i>A assistência de enfermagem é muito metódica e atarefada. Com essa rotina de hospital e cobrança, não sobra tempo para o enfermeiro se dedicar a um cuidado diferenciado. A rotina nunca prioriza alguém que está morrendo, nunca prioriza alguém que vai morrer. A vida é o que importa, então para eles tanto faz. Na prática tem muita correria, sobrecarga. Tem muita fantasia sobre a realidade. Quando mudarem essa estrutura de trabalho do enfermeiro, talvez possa ser dada a devida atenção a isso.</i>
Ideia Central – 04	Discurso do Sujeito Coletivo – 04

Estruturação de protocolos para o cuidado	<i>Eu acho que deveria ter um protocolo a ser seguido, para dar uma direção ao enfermeiro, porque muitas vezes ele não sabe lidar com esse tipo de situação. Deveria ter uma rotina a ser seguida, mas com valores de humanização. O enfermeiro deveria saber ensinar e desenvolver técnicas para esse cuidado específico.</i>
Ideia Central – 05	Discurso do Sujeito Coletivo – 05
Melhor comunicação entre a equipe, postura e empatia com o paciente e família	<i>O enfermeiro deveria incluir o familiar na avaliação, para fazer um cuidado melhor. Deveria treinar a equipe para que ela soubesse respeitar essa pessoa, tratar essa pessoa com respeito e dignidade. Não basta o enfermeiro ter um pensamento só dele e a equipe fazer errado, fazer ao contrário. Não pode apenas cada um fazer o seu horário e ir embora. Mesmo no fim da vida, uma pessoa merece atenção. Tinha que ser um cuidado com toda atenção, amor e carinho que pudesse ter.</i>
Ideia Central – 06	Discurso do Sujeito Coletivo – 06
Personalização do atendimento e respeito ao momento da morte	<i>O atendimento deveria ser mais personalizado. Deveríamos saber lidar com a religião que a pessoa tem, ser tratado dentro da realidade dela. Não olhar com pena por essa pessoa estar morrendo. Fazer de cada dia dela um dia especial, um dia bom; mesmo nas coisas mais simples. Afinal, para aquela pessoa é o fim de vida dela, ela quer ser bem tratada; quer se sentir bem. Nesses casos, o amor é essencial. Amar o que você faz, amar uma pessoa que já vai partir. Além disso, ter conhecimento. O conhecimento desse estágio, respeitando muito a vida, a história. Entender que ninguém quer estar em um hospital, tendo um olhar de compaixão.</i>

Discussão

Frente à primeira pergunta norteadora, que foi “como você vê a atuação do enfermeiro frente a pessoa no fim de vida atualmente?”, foram descritas três ideias centrais: a falta de preparo profissional, com desajustes na postura profissional e empatia; a ausência de suporte técnico e emocional para o cuidado; e a ausência de priorização e gerenciamento do cuidado para esse público.

Em relação à falta de preparo profissional, com desajustes na postura profissional e empatia frente a pessoas em processo de morte e de morrer, ressalta-se que é fundamental que o enfermeiro,

desde a sua formação, possa compreender esse processo. Para que esse conhecimento seja aprendido, a educação deve contemplar esferas mais amplas, que não sejam apenas as biológicas, se apropriando de conteúdos que fazem interface com a sociologia, a antropologia, a psicologia, a filosofia, as religiões e até mesmo a inclusão do autoconhecimento e de um trabalho íntimo, que envolva a esfera emocional. A educação formal para assuntos sobre a morte e o morrer pode contribuir para a construção de novos sentidos e novas maneiras de se organizar e realizar as intervenções de enfermagem, visando um desenvolvimento humano mais pleno.⁵

Portanto, em sua formação, é importante que o enfermeiro faça o resgate da empatia, de forma que possa dar suporte para as pessoas sob seus cuidados e seus familiares, de maneira sensível, sem a geração de culpas e temores; acrescentando, ainda, a importância do desenvolvimento das habilidades específicas de comunicação, que viabilize o vínculo entre os envolvidos.²²⁻²³

O respeito à pessoa em processo de morrer permeia, também, a avaliação e o atendimento de suas necessidades e de seus desejos, físicos, sociais, espirituais e emocionais; auxiliando na resolução de tarefas inacabadas; controlando sintomas refratários; superando o tabu relacionado à morte, vinculado ao modelo biomédico e tecnicista hegemônico, que pode priorizar tratamentos curativos e o prolongamento da vida de qualquer maneira. É preciso readequar posturas paternalistas e autoritárias na relação de cuidado, fornecendo informações claras e trabalhando para ampliação do acesso aos cuidados paliativos.¹¹

No que se refere à ausência de suporte técnico e emocional para o cuidado, é vital o acompanhamento dos profissionais de enfermagem que prestam assistência e gerenciam o cuidado às pessoas no final da vida. Observa-se que alguns profissionais da enfermagem adquirem algumas estratégias para a ocultação de sentimentos derivados do cuidado a esse público, incluindo uma relação interpessoal fria, de forma a evitar apegos, permitindo uma forma de se evitar sofrimento posterior.²²

Apesar da intenção de permanecer em um ambiente profissional, que teoricamente seria isento de envolvimento com as dores do outro e, apesar da adoção de posturas que intentam não emitir sentimentos conflituosos a nível pessoal, tais emoções flutuam a nível profissional e pessoal, podendo afetar ambos os cenários. Dessa forma, cabe ressaltar a necessidade da criação de espaços nas instituições de assistência à saúde, para que profissionais da Enfermagem possam, periodicamente, ventilar suas emoções frente ao trabalho com pessoas em processo de morte e morrer.²²

Para a ideia central referente à ausência de priorização e gerenciamento do cuidado para esse público, infere-se que existem inúmeros fatores que podem dificultar a gestão do cuidado às pessoas em processo de morte e morrer. Dentre eles, cita-se as falhas na comunicação entre os médicos, pacientes e familiares; a falta de integração da equipe multidisciplinar; a presença de pacientes que não estão morrendo, na mesma unidade de internação e até mesmo, na mesma enfermaria, em leitos próximos; o excesso de atividades burocráticas para os enfermeiros; a sobrecarga de trabalho e a rotatividade da equipe de enfermagem. Além disso, descreve-se a ausência de educação permanente e debates sobre o tema; falta de recursos materiais para assistência; estrutura física inadequada; utilização inadequada do espaço físico; lacunas na comunicação de notícias difíceis; e ausência de protocolos assistenciais multidisciplinares.²⁴

Para a segunda pergunta norteadora, “como você acredita que deveria ser a atuação do enfermeiro frente ao processo de morte e morrer?” O DSC evidenciou as seguintes ideias centrais: a necessidade de estruturação de protocolos para o cuidado vinculado a tal processo; a necessidade de melhor comunicação, postura e empatia com a equipe, o paciente e a família e; a personalização do atendimento e respeito no momento da morte.

Em relação a necessidade de estruturação de protocolos para o cuidado a pessoas em final de vida, o DSC revela um desalinhamento em relação à outra ideia central, que denota a necessidade de personalização do cuidado e o respeito ao momento da morte.

A busca pela personalização e individualização do cuidado não devem estar pautadas em protocolos, que despersonalizam o morrer. Um plano de cuidados individualizado, estará pautado, entre outras questões, à livre manifestação de preferências para tratamento médico, por meio das DAV. Essa vontade é singular e necessita de esforço coletivo para assegurar seu cumprimento.¹²

A necessidade de personalização do atendimento e respeito no momento da morte é fundamental para a qualidade de vida remanescente das pessoas em final de vida, caracterizando a individualização do atendimento. A participação ativa dos sujeitos no processo assistencial pode contribuir para manutenção dessa qualidade de vida, independentemente do tempo que lhes resta, antes da morte.²⁴ A valorização do que está sendo vivido pelas pessoas pode e deve ajudar os profissionais de saúde a escutar, acolher e enfatizar-se com o que as pessoas sentem e vivem em momentos críticos da vida. Isso não é tarefa fácil, porém, fundamental para que a decisão tomada respeite a dignidade do paciente.²⁵

A ideia central que explicita a necessidade de melhor comunicação, postura e empatia, configura a representação do anseio por essa prática. Ressalta-se que o processo de comunicação, na gestão do cuidado a pessoas em processo de morte envolve diversos atores sociais, incluindo toda a equipe multiprofissional, a família e a própria pessoa. Frente a esse cenário, deve-se buscar o desenvolvimento de competências para que a comunicação seja a melhor possível.²³ E a inclusão de disciplinas, em cursos de profissionais da saúde, que abordem, com maior ênfase, as temáticas morte e morrer, pode ser uma estratégia relevante para corresponder com o anseio explicitado no DSC.

Esses temas, inclusive, são abordados na Política Nacional de Cuidados Paliativos, que fomenta a instituição de disciplinas que abordem o cuidado diante da morte, tanto na graduação como na pós-graduação. Tal política, também, ressalta a necessidade da oferta de cursos de educação permanente para profissionais de saúde, incentivando o trabalho multidisciplinar e a promoção da disseminação social dos temas que fazem interface aos Cuidados Paliativos.¹²

Ressalta, ainda, a importância da comunicação, com a transmissão de informações claras e objetivas, com espaço para o esclarecimento de dúvidas e a readaptação do processo de comunicação, quando da necessidade de informar más notícias e, ainda, destaca sua função essencial na manutenção do vínculo terapêutico.²⁶

O despreparo profissional, sendo um ponto evidenciado no DSC, pode ser potencializado com a falta de educação permanente e atualizações sobre o tema, falta de conhecimento e capacitação, podendo contribuir para que a imagem do trabalho do enfermeiro frente ao processo de morte não seja exemplar. Como consequência, pode refletir na banalização, negligência e até mesmo na indiferença frente a situações como a finitude de vida, por não saber como lidar com a questão.²⁷⁻²⁸

Diante dos resultados apresentados, destaca-se que o que seria considerado ideal frente ao papel do enfermeiro, diante do cuidado a pessoas em final de vida, está muito distante do real, para a coletividade analisada. Há que se rever o processo de formação dos profissionais de enfermagem, permeando as discussões que envolvem o tecnicismo, o modelo biomédico de cuidado e ainda à medicalização da morte. Debater o tema e buscar sua inserção nos projetos pedagógicos dos cursos de Enfermagem, são ações que podem contribuir para a constituição de uma nova representação social sobre o cuidado voltado a pessoas que estão em processo de morte e de morrer.

Conforme apontado pela TRS, debater o tema pode contribuir, ainda, para que esses sujeitos não reproduzam passivamente os comportamentos percebidos em sua prática profissional, podendo representar o processo de morte de maneira positiva e menos aflitiva.¹⁷ Entende-se que essa representação pode contribuir sobremaneira para a melhoria do cuidado a pessoas que estão se deparando com o processo de morrer.^{24,29} Destaca-se que há uma limitação, no estudo, referente ao fato de os seus participantes, acadêmicos de Enfermagem, estarem vinculados a uma única instituição privada de ensino.

Conclusão

O presente estudo, desenvolvido com base teórica na TRS e metodológica no DSC, enfatizou a percepção de seus participantes, discentes de Enfermagem, acerca da atuação do enfermeiro em situações de fim de vida.

Após a análise do DSC, é possível afirmar que se destacaram as seguintes representações, que corroboram com estudos que abordam essa temática: a dificuldade em lidar com a perda e a negação da morte; a morte como geradora de medo, sofrimento e tristeza; a banalização do morrer; os princípios de vida e as crenças como influenciadores da opinião coletiva; a morte digna como aquela em que não haja sofrimento e junto com quem se ama; a falta de humanização no atendimento; o despreparo profissional; a ausência de suporte técnico e emocional aos enfermeiros e as lacunas na formação acadêmica frente ao tema.

Como ideal, o DSC enfatizou uma assistência que respeita a biografia da pessoa, direcionada às suas necessidades individuais e multidimensionais, refletidas em um cuidado integral; assistência capaz de evitar a dor e outros sintomas; a humanização no trabalho; o respeito às vontades e necessidades da pessoa. Destaca, ainda, a relevância da comunicação efetiva entre enfermeiro/paciente/família, proporcionando empatia e compaixão, o que pode trazer mais afinidade nas relações, bem-estar e harmonia entre todos.

No entanto, aponta-se a importância de mais estudos e investimentos na capacitação aos profissionais da enfermagem, potencializando as habilidades de enfrentamento específico quanto às suas dificuldades técnicas e emocionais para o ambiente em que estão inseridos. Pois, assim, será possível minorar a carga de estresse e insegurança, que podem causar mecanismos defensivos nesses profissionais, como a negação e a apatia frente ao processo de morrer e à morte.

Como contribuição para as reflexões acerca do cuidado e, ainda, para a formação na área da Enfermagem, avulta-se a necessidade de que disciplinas voltadas à Tanatologia e Cuidados

Paliativos sejam contempladas no meio acadêmico. Também, ressalta-se a relevância de se efetivar o compartilhamento das experiências, das dificuldades, dos sucessos e dos desafios que permeiam o cuidar do público em questão, citando, como exemplo, a organização de grupos de estudo, oficinas de linguagem e espaços para discussão de casos e relatos de experiência.

Acredita-se que o discente é influenciado e também influencia seu meio. Ele precisa integrar uma cultura colaborativa, que se reflita no trabalho em saúde, tendo em vista o entendimento das necessidades multidimensionais de atenção à saúde da pessoa no final da vida, bem como de seus familiares, cuidadores e demais profissionais de saúde.

Referências

1. Álvarez Sandoval S, Vargas MAO, Schneider DG, Magalhães ALP, Brehmer LCF, Zilli F. Muerte y morir en el hospital: una mirada social, espiritual y ética de los estudiantes. *Esc Anna Nery*. 2020; 24(3):e20190287. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0287
2. Zenevich LT, Bitencourt JVOV, Léo MMF, Madureira VSF, Thofehrn MB, Conceição VM. Permission for departing: spiritual nursing care in human finitude. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3): e20180622. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0622
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2017. Disponível em: <http://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2020.
4. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicol USP*. 2003;14(2):115-67. doi: 10.1590/S0103-65642003000200008
5. Nunes ECDA, Santos AA. Desafios do ensino-aprendizagem de enfermagem para cuidar do morrer humano - percepções de professores. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170091. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0091
6. Lima R, Bergold LB, Souza JDF, Barbosa GS, Ferreira MA. Educação para a morte: sensibilização para o cuidar. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 4):1779-84. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0018
7. Perboni JS, Zilli F, Oliveira SG. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Pers Bioét*. 2018 dec;22(2):288-302. doi: 10.5294/pebi.2018.22.2.7

8. Praxedes AM, Araújo JL, Nascimento EGC. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Psicol Saúde Doenças*. 2018 ago;19(2):369-76. doi: 10.15309/18psd190216
9. Vasques TCS, Lunardi VL, Silva PA, Ávila LI, Silveira RS, Carvalho KK. Equipe de enfermagem e complexidades do cuidado no processo de morte-morrer. *Trab Educ Saúde*. 2019;17(3):e0021949. doi: 10.1590/1981-7746-sol00219
10. Oliveira ES, Agra G, Morais MF, Feitosa IP, Gouvêa BLA, Cista MML. The process of death and dying in nursing students perception. *Rev Enferm UFPE On Line [Internet]*. 2016 [cited 2020 Jul 07];10(5):1709-16. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13546>
11. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev Bioét*. 2014;22(1):94-104. doi: 10.1590/S1983-80422014000100011
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 276, 23 de nov. 2018.* Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 07 jul. 2020.
13. Santana JCB, Dutra BS, Carlos JMM, Barros JKA. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. *Rev Bioét*. 2017;25(1):158-67. doi: 10.1590/1983-80422017251177
14. Cavalcanti ÍMC, Oliveira LO, Macêdo LC, Leal MHC, Morimura MCR, Gomes ET. Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros. *Rev Cuid (Bucaramanga 2010)*. 2019;10(1):e555. doi: 10.15649/cuidarte.v10i1.555
15. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 2017. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 15 maio 2020.
16. Lima RS, Silva MAI, Andrade LS, Góes FSN, Mello MA, Gonçalves MFC. A construção da identidade profissional em estudantes de enfermagem: pesquisa qualitativa na perspectiva histórico-cultural. *Rev Latinoam Enferm*. 2020;28:e3284. doi: 10.1590/1518-8345.3820.3284
17. Lefreve F, Lefreve AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Brasília (DF): Líber Livro; 2010.
18. Moscovici S. Representações sociais: investigação em psicologia social. 11ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.
19. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-

epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana. 6ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

22. Lopera-Betancur MA. Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional. *Aquichan*. 2017;17(3):284-91. doi: 10.5294/aqui.2017.17.3.5

23. Prado RT, Leite JL, Silva IR, Silva LJ. Comunicação no gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte e morrer. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170336. doi: 10.1590/1980-265x-tce-2017-0336

24. Prado RT, Leite JL, Silva IR, Silva LJ, Castro EAB. Processo de morte/morrer: condições intervenientes para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):2121-9. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0173

25. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03312. doi: 10.1590/s1980-220x2017007403312

26. Borges MM, Santos Junior R. A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(2):275-82. doi: 10.1590/S0100-55022014000200015

27. Lima R, Borsatto AZ, Vaz DC, Pires ACF, Cypriano VP, Ferreira MA. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. *REME Rev Min Enferm*. 2017;21:e1040. doi: 10.5935/1415-2762.20170050

28. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J*. 2013;7:14-21. doi: 10.2174/1874434601307010014

29. Godinho MLM, Dias MV, Barlem ELD, Barlem JGT, Rocha LP, Ferreira AG. Diretivas antecipadas de vontade: percepção acerca da aplicabilidade no contexto neonatal e pediátrico. *Rev Enferm UFSM*. 2018;8(3):475-88. doi: 10.5902/2179769227887

Editora Científica Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editora associada: Silvana Bastos Cogo

Autor correspondente

Ana Paula Hey

E-mail: anapaulahey@hotmail.com

Endereço: Rua Alfredo Heisler, 216.

Curitiba – Paraná – Brasil.

CEP: 82600-470

Contribuições de Autoria

1 – Ana Paula Hey

Análise e/ou interpretação dos dados, revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

2 – Rita de Cássia Tonocchi

Análise e/ou interpretação dos dados, revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

3 – Amanda Taborda Agudo

Concepção ou desenho do estudo/pesquisa, análise e/ou interpretação dos dados, revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

4 – Thainá dos Santos Garraza

Concepção ou desenho do estudo/pesquisa, análise e/ou interpretação dos dados, revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

5 – Denise Martins Szczypior

Concepção ou desenho do estudo/pesquisa, análise e/ou interpretação dos dados, revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

6 – Giselle Aparecida de Athayde Massi

Análise e/ou interpretação dos dados, revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

Como citar este artigo

Hey AP, Tonocchi RC, Agudo AT, Garraza TS, Szczypior DM, Massi GAA. Percepções sobre a atuação do enfermeiro às pessoas no fim de vida. Rev. Enferm. UFSM. 2021 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.11 e21: 1-18. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769243525>