

## **O estudante do curso de Enfermagem e o paciente terminal: uma relação desafiadora**

### **Nursing course students and terminal patient: challenging relation**

Silvério Costella<sup>1</sup>  
Alberto Manuel Quintana<sup>2</sup>

#### **Resumo**

O objetivo desse estudo foi verificar como os estudantes de enfermagem lidam com a angústia no cuidado aos pacientes terminais. Estudantes do Curso de Enfermagem do terceiro, sexto e oitavo semestre participaram desta pesquisa, realizada em duas universidades em Santa Maria/RS. Entrevistas semi-estruturadas foram designadas para explorar como os estudantes lidam com sua própria angústia, particularmente, durante o estágio. Os dados foram analisados emergindo conceitualmente cinco categorias: (1) Não há desejo de cuidar do paciente terminal; (2) A busca de preparo para cuidar; (3) Cuidado a pacientes terminais; (4) O cuidar em si é a enfermagem; (5) Preparo requer saber prático, emerge de um “saber que não se sabe”. Embora se reconheça o espaço dentro do Curso de Enfermagem para lidar com questões práticas, é no confronto pessoal com as situações de angústia que o estudante aprende a lidar com ela. A referência feita ao problema da angústia denota no estudante ainda uma precária elaboração da idéia de morte como experiência de finitude, expressa no contato com pacientes terminais. A partir desses conceitos foi possível encontrar um caminho para compreender como os estudantes lidam com conteúdos angustiantes durante o contato com os pacientes terminais.

**Palavras-chave:** pacientes terminais, estudante, Enfermagem.

#### **Abstract**

The aim of that study was to verify as the nursing students work with the anguish in the care to the terminal patients. Students of the Nursing Course of third, sixth and eighth semester had participated in this research, accomplished in two universities in Santa Maria/RS. Semi-structured interviews were designed to explore as the students deal with its own anguish, particularly, during the training. The data were analyzed emerging conceptually five categories: (1) There is not desire to take care of the terminal patient; (2) The search of preparing to take care; (3) Care the terminal patients terminals; (4) Taking care in itself is the Nursing; (5) Preparing requests to practical knowing, it emerges of a “knowledge that is not known”. Although the space is recognized inside of the Nursing Course to address practical subjects, it is in the personal with the anguish situations that the student learns how handle with it. The reference done to the problem of the anguish still denotes in the student a precarious elaboration of the idea of death, expressed in the contact with terminal patients. From those concepts it was possible to find a road to understand as the students work with distressing contents during the contact with the terminal patients.

**Key words:** Terminal patients, student, nursing.

<sup>1</sup>.Mestrando do Curso de Educação/UFSM/Bolsista CAPES.

<sup>2</sup>.Professor Doutor do Curso de Psicologia/UFSM.

## **Introdução**

O tema morte sempre foi motivo de angústia e temor, porque expõe o ser humano ao desconhecido. Pode-se salientar a perturbação emocional que geralmente ocorre em pessoas que trabalham ou possuem contato com pacientes terminais, especialmente, profissionais e estudantes da área da saúde. Geralmente, para os estudantes isso se constitui como um desafio, ao terem que lidar com situações de cuidado que envolvem o confronto com a morte do paciente terminal, sentindo-se despreparado para tal. Isto pode ser consequência também do processo de formação para a enfermagem, que está mais direcionado para a preservação da vida do que para o acompanhamento à morte.

A angústia de não saber lidar com a morte é um fato comum e recente constatado através do procedimento de estudantes de enfermagem no cuidado aos pacientes terminais. Esse desconforto dos estudantes em lidar com a morte pode estar associado à maneira como vem sendo preparados para cuidar, predominando o cuidado para a vida, sem saber como cuidar do ser morrendo. Além das condições objetivas para cuidar, emergem condições subjetivas, permitindo maior integração dessa atividade. Conforme Pelletier *et al.* (2000), isto permite repensar o cuidado a partir de situações concretas, com habilidades pessoais dos cuidadores, que podem estar além de “receitas” e planos de cuidado que aprenderam na faculdade para resolver problemas com os quais se defrontavam. São reinventadas novas possibilidades educativas, melhorando as condições existenciais e profissionais. Também sustentam essa posição O'Neill & Duffey (2000) propondo ir além do que a ciência da enfermagem oferece, valorizando um saber oriundo do conhecimento pessoal dos enfermeiros. Dentro dessa perspectiva educacional, educadores referem que na enfermagem está sendo valorizado um saber empírico como parte da formação geral do enfermeiro.

A função do cuidado está sendo repensada a partir de uma nova perspectiva educacional, considerando a pessoa do cuidador. Isso vai se concretizando à medida que o estudante de enfermagem não for mais resultado de uma educação fragmentada, mas de uma visão mais global, capaz de interagir com fenômenos sociais e fatuais, como a morte e o drama decorrente desta. Conforme Ormann, Truesdell & Ziolkowski, (2000) faz-se necessário aprimorar a consciência da realidade do estudante, que vai desde o horizonte de seu mundo interno, preocupações, desejos, dúvidas, certezas até a concretização externa de seu projeto de se tornar enfermeiro. A partir disso, a denominação estudante de enfermagem passa a indicar um vir-a-ser enfermeiro, porém, melhor preparado, sendo capaz de assimilar e administrar técnicas de tratamento sem ferir a individualidade do paciente, em particular o de situação crítica, e ao mesmo tempo sem se prejudicar pelo drama presenciado, dispondo de paciência, simplicidade, solidariedade e humildade. Segundo Ricoeur (1990), o outro aparece como passividade, reduzindo-se somente à condição de recebedor. Nesta situação, o cuidador precisa “cuidar” para não ultrapassar os próprios limites da sua condição sadia. Na pura passividade, o paciente não responde mais por ele mesmo. Nesse confronto com a morte do outro, o cuidador está diante da condição humana, que se torna angustiante diante da facticidade da própria finitude, pois a morte é percebida como um fato do existir, uma consequência da existência. O ponto de partida para lidar com essa situação existencial é o exercício da superação da própria finitude.

O objetivo deste trabalho foi apresentar como o estudante do Curso de Enfermagem percebe o seu preparo no trato com pacientes terminais, bem como que

recursos utiliza para lidar com a angústia decorrente do cuidado.

### Metodologia

Com autorização da Coordenação dos Cursos de Enfermagem de duas universidades localizadas em Santa Maria, solicitou-se em salas de aula do terceiro, sexto e oitavo semestres, quatro estudantes voluntários para uma entrevista. Destes quatro voluntários foram selecionados dois estudantes que apresentaram maior disponibilidade de tempo. Durante as entrevistas, foi possibilitada a maior liberdade possível para o estudante expressar sua formação universitária e pessoal dentro dos objetivos do trabalho. As entrevistas foram efetuadas nas próprias instituições, em salas de aula desocupadas, e foram gravadas em áudio, com o consentimento dos participantes, seguindo-se a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, da Comissão de Ética, que regulamente a prática de pesquisa com seres humanos.

Foram entrevistadas seis estudantes do curso do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e seis estudantes da Faculdade Franciscana de Santa Maria (Tabela 1).

**TABELA 1 Principais características dos estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Universidade Franciscana de Santa Maria (UNIFRA), em 2002.**

Código do estudante	Instituição	Sexo	Semestre
E01	UFSM	F	3º
E02	UFSM	F	3º
E03	UFSM	M	6º
E04	UFSM	F	6º
E05	UFSM	F	8º
E06	UFSM	F	8º
E07	UNIFRA	F	3º
E08	UNIFRA	F	3º
E09	UNIFRA	F	6º
E10	UNIFRA	M	6º
E11	UNIFRA	F	8º
E12	UNIFRA	F	8º

As entrevistas foram semi-estruturadas, havendo um primeiro momento de descontração, em que foi possibilitado um espaço para que o estudante pudesse falar do curso em geral. O pesquisador explicou de maneira geral, a natureza da pesquisa, a importância da contribuição dos estudantes.

**TABELA 2 Roteiro das entrevistas aplicado aos estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e da Universidade Franciscana de Santa Maria (UNIFRA), 2002.**

- 
1. Situações de ansiedade e angústia vivenciadas durante o curso;
  2. Forma de preparo do estudante para lidar com desconforto emocional;
  3. Tipos de auxílios procurados para enfrentar essa temática;
  4. Estratégias para lidar com situações emocionais;
  5. Enfoque da questão medo da morte como geradora de perturbação emocional;
  6. Forma de participação do Curso no auxílio do estudante.
- 

Para o levantamento dos dados, seguiu-se roteiro conforme esquema demonstrado na Figura 1. As entrevistas transcritas foram codificadas, usando-se comparações constantes e perguntas sobre o significado e o sentido do discurso. Uma palavra ou frase que capturou o significado dentro de uma sessão de texto foi escrita na margem da transcrição. Uma unidade de análise poderia ser uma palavra, frase ou parágrafo que representou uma experiência, sentimento ou percepção apresentada pelo participante. À medida do possível, foram usadas palavras dos participantes para classificar a codificação. Houve contínua comparação entre os códigos e perguntas até se obter o significado representacional para cada expressão, frase, idéia, conceito ou categorias extraídos das falas. A codificação foi sendo revisada, permitindo um processo de recodificação, sempre no esforço de fazer coincidir o código com o dado correspondente. Uma revisão final dos códigos foi efetuada com pequenas correções. Foi feita uma análise contínua até que todas as categorias fossem saturadas (Strauss & Corbin, 1990; Moraes, 1988), até não surgirem mais novas informações a serem acrescentadas. Os códigos foram se tornando sub-temas para temas mais amplos. Temas e sub-temas foram definidos como parte da etapa de análise. Após uma constante comparação e revisão entre os sub-temas e temas, foi dado um término nessa forma de análise confirmada pela saturação das categorias. Foram feitas definições operacionais para as categorias, temas e sub-temas.

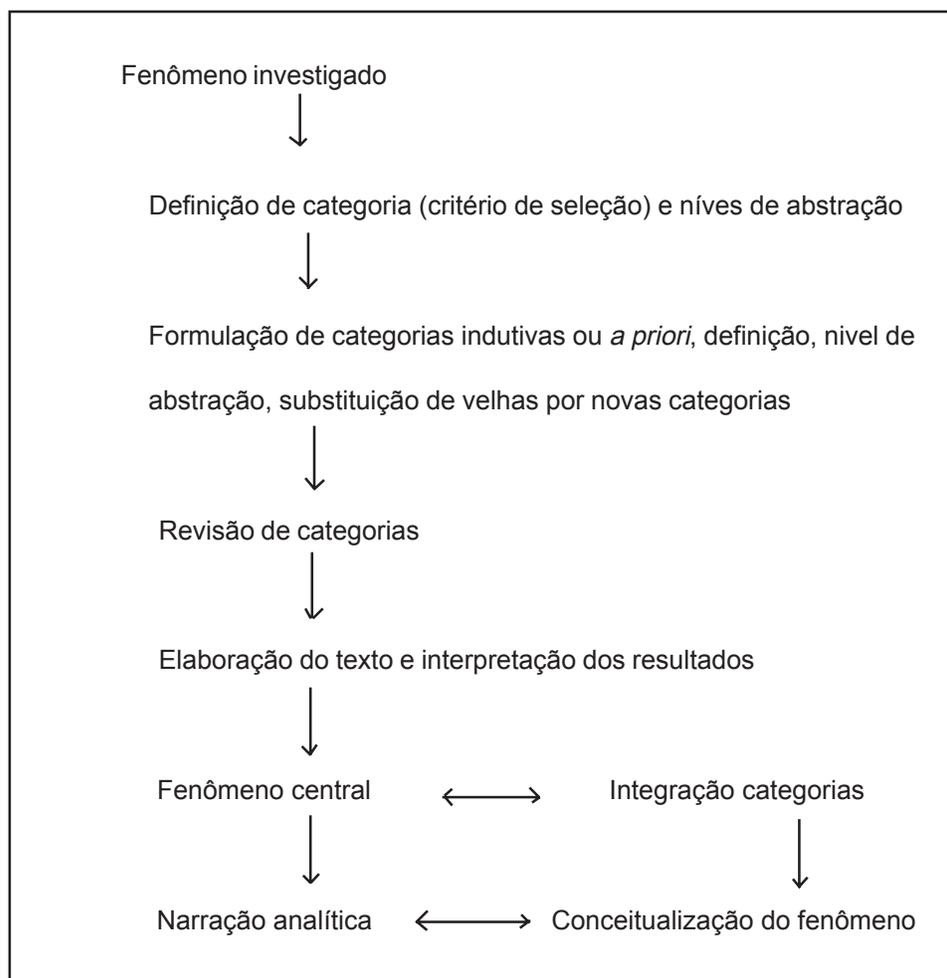


FIGURA 1 Roteiro seguido para a interpretação da análise de conteúdo das entrevistas, adaptação de Mayring (2000), Spink (1997) e Strauss & Corbin, (1990).

### **Critérios de seleção das categorias**

**a) Gerais:** Os critérios gerais foram definidos através do processo de codificação e re-codificação; com a constante comparação entre os códigos e com perguntas sobre o sentido e significado destes, e com a revisão das categorias, substituição de categorias “velhas” por “novas”, até se obter saturação das mesmas.

### **b) Específicos**

**Categoria 1:** Categoria que emergiu da análise do discurso e é confirmada pela literatura (Heidegger, 1998; Becker, 1995; Kierkegaard, 1979) sobre a angústia frente à morte, permitindo generalizar a ausência de desejo pela inevitável presença da angústia ao conduzir o outro para a morte. A angústia de finitude emerge como a principal propriedade dessa categoria, embora o desejo de cuidar seja reafirmado no processo de cuidar através do desejo do paciente.

**Categoria 2:** Reflete a necessidade de se preparar. O estudante sabe que não está preparado e procura preparar-se nomeando a angústia, “encobrendo-a” para poder lidar com ela, pois não consegue atingir o nível de preparo desejado para lidar com a “verdadeira” angústia.

**Categoria 3:** É uma forma específica de cuidado em que se conduz o outro à morte. O estudante sente grande responsabilidade, não conseguindo lidar sem se envolver com estresse. É surpreendido por essa situação e, concomitantemente, percebe que a educação formal não lhe dá preparo para lidar com a finitude.

**Categoria 4:** Categoria obtida *in vivo*, segundo Strauss & Corbin (1990), importante para validar a pesquisa, por não sofrer nenhuma intervenção conceitual pelo pesquisador, representando por si mesma os conceitos referentes ao fator cuidado. Cuidar do outro é propriedade principal dessa categoria, o que faz emergir a necessidade de humanizar o cuidado, promovendo uma inversão do antigo discurso do cuidado do outro no discurso do cuidado também de si mesmo, conseqüente melhoria da qualidade no cuidado do outro.

**Categoria 5:** O saber prático não tem a mesma representação que o saber teórico. Elucidou-se essa categoria com um tema escolhido *a priori*. O critério de seleção dessa categoria foi influenciado *a priori* pela literatura (Heidegger, 1998; Manoni, 1989). Strauss & Corbin (1990) advertem que o conceito *a priori* “tomado emprestado” da literatura para representar categorias ou temas, deve ser contextualizado. Hallet (1996) auxilia na validação do contexto, ao comparar a supervisão em Enfermagem com a supervisão em psicoterapia, sendo um processo similar. Isso permite sustentar a complexidade do saber oriundo da relação estudante e supervisor, pois este último, enquanto “ensina”, também cuida do estudante. Não se tratando somente de saber como fazer a partir do que aprendeu, mas de “iluminar” a ação do cuidado a partir de um saber novo e criativo ao sentir-se em condições de lidar com a angústia de finitude, através de um saber produzido a nível inconsciente.

## **Resultados e Discussão**

Os resultados são apresentados conforme a análise qualitativa, seguindo roteiro apresentado na Figura 1. Cinco categorias emergiram da análise qualitativa dos dados: 1) Não há desejo para cuidar do paciente terminal; 2) A busca de preparo para cuidar; 3) Cuidado a pacientes terminais; 4) O cuidar em si é a enfermagem; 5) Preparo requer saber prático, emerge de “um saber que não se sabe”. Essas categorias representam experiências, eventos e sentimentos em função dos quais o contato com o paciente terminal se torna um desafio para o estudante do Curso de Enfermagem. Cada categoria contém temas e sub-temas com as respectivas definições operacionais, exemplificação com a fala dos participantes e análise compreensiva.

### **Categoria 1: Não há desejo para cuidar do paciente terminal**

O estudante afirma seu desejo no desejo de vida do paciente terminal, e é até influenciado por ele, e negando com o paciente o estado terminal e sua trágica representação. A satisfação no cuidado ocorre enquanto o outro ainda vive e deseja, mas não quando a morte se torna de fato. O estudante age como suporte servindo como uma ponte da existência e convívio com o paciente para a solidão e a morte. Segundo Boemer *et al.* (1991), consiste em “estar junto com o paciente, sem fórmulas

ou receitas, o estar-com”(p.29). É nesta forma de cuidado que o desejo de cuidar não se afirma.

### **Tema: Angústia em lidar com a morte**

O estudante de Enfermagem tem desejo de cuidar para a vida. No cuidar para a morte, não ocorre o mesmo desejo; pois defronta o estudante com sua própria angústia de finitude, sendo naturalmente evitada. Não há disposição ou desejo para o cuidado de pacientes terminais como há para o cuidado em geral. Seymour & Buscherhof (1991), em pesquisa sobre fontes e consequências de satisfação e insatisfação em enfermeiros, assinalaram que o prazer intrínseco da natureza do trabalho apareceu como o principal valor. Para Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994), uma atividade que não oferece disposição para o desejo não revigora o trabalhador, podendo inclusive comprometer a saúde psíquica.

### **Sub-tema: Desejo do estudante e do paciente**

Mesmo não havendo desejo para cuidar, o desejo do cuidador é influenciado e reafirmado enquanto cuida do outro. Nessa relação possível, o paciente não é completamente passivo, nem o cuidador completamente ativo.

A luta pela vida do paciente é geradora de significado para o cuidador, que retoma as condições de desejo. Esse desejo pode ser observado nas falas de alguns estudantes: “a gente tem 1% de chance de viver, a gente vive....eu vou vencer esse câncer, sabe por quê, porque eu amo a vida... ele te deixava pra cima, sabe” (E3); “Aquela guria cheia de vida, ela com problema, bem mais disposta que eu, bem mais motivada que eu. Eu não tenho ânimo pra nada, é até uma injustiça assim” (E7); “Criança com câncer, carequinha, ali olhando pra ti, sorrindo, aí, aí tu diz, meu Deus, como eu sou pequena, como estou me preocupando à toa, como é bobagem” (E1); “E tu entra ali e aquilo ali é muito bom, muito prazeroso. Acho que tem que tirar daí pra te animar e voltar sabe, não só com ele, mas com todos os outros pacientes, assim, onde aquilo que você está fazendo vale apenas” (E6). O que atrai o cuidador no paciente terminal não é o momento dramático em si mesmo, mas a possibilidade de vida que este apresenta mesmo “1% de chance de viver”.

### **Sub-tema: Suporte ao paciente terminal**

Caracteriza o suporte ao paciente terminal, incluindo a possibilidade de instauração de sentido, sendo que o paciente torna-se completamente passivo e dependente do cuidador. O estudante serve de suporte da condição humana, praticamente nula, nesta situação. O outro não mais responde pela sua própria existência, não tendo projetos nem responsabilidades. Em função disso, a responsabilidade do estudante não se esgota no seu próprio projeto, se estende à responsabilidade do outro que não mais responde por si mesmo. O estudante suporta o outro, embora diga: “Tu fica impotente pela realidade que tu tá abrangendo” (E11). Representa um mediador importante para a arte de morrer. O que fazia sentido antes, agora, é colocado na mão de outro, e o mesmo sentido precisa ser sustentado para o morrer bem. Isso significa que o estudante, além de “estar-com” o paciente terminal, o ajuda para uma “boa” morte, sobretudo em situação de sofrimento que dificulta toda a arte de morrer.

O paciente poderá vivenciar essa revolta frente a finitude na presença do

## **O estudante do curso de Enfermagem e o paciente terminal: uma relação desafiadora**

Silvério Costella e Alberto Manuel Quintana

estudante, e este, possibilitar o sentido na presença do paciente, como parte do suporte. O estudante não sustenta a condição absurda da existência, pelo menos “ainda-não”, pois é movido por um sentido, pelo lugar diferente que ocupa. O estudante enquanto suporta o paciente terminal, ameniza o absurdo existencial daqueles pacientes que o vivenciam, através da possibilidade de instauração de sentido. Movido pelo sentido de seu cuidado, o cuidador pode “assumir a culpa” sem se sentir culpado, pois o paciente: “... sempre dá um jeito de culpar os outros pela situação que está vivendo”(E09). “Talvez seja a última vez que ele te xingue” (E07). Neste aspecto o cuidador assume também a responsabilidade do outro (Lèvinas, 1982), colocando-se como suporte, sujeito aos ataques do outro que se revolta contra a morte. Mas, essa relação conflitante cessa, pois a relação fundamental do ser vai além da relação com o outro, denunciando-se tudo o que não foi autêntico na relação do outro, porque se morre sozinho (Heidegger, 1998). É desse modo que a relação do estudante com o paciente terminal não se esgota apenas na relação com o outro, mas pode se tornar um auxílio para a relação do paciente consigo mesmo, através de um desligamento do outro e de sua existência. Esse fenômeno natural de desligamento do outro precisa ser reconhecido pelo estudante de modo também natural.

### **Categoria 2: Busca de preparo para cuidar**

Representa o anseio de se preparar, como tentativa de superar a angústia, ao se confrontar com o não saber como proceder frente ao paciente terminal. “Estar preparado que algo venha acontecer, talvez a recuperação, talvez a morte daquele paciente é o meu desejo, eu espero que um dia eu consiga trabalhar esse medo da morte” (E07).

#### **Tema: Desejo de preparo frente à morte**

Representa o reconhecimento das condições subjetivas para o cuidado. As condições objetivas não satisfazem o desejo para cuidar, mesmo buscando estágios extracurriculares. “Procurar extágios extras, você nunca está preparado para a questão morte” (E12).

#### **Sub-tema: Encobrimento da angústia**

Caracteriza a influência que a angústia exerce na preparação do estudante para cuidar do paciente terminal, e a consequência de sua “ausência” para o preparo. Busca para lidar com a morte do outro, sendo a integração e a vivência da angústia de finitude parte da aprendizagem de como lidar com pacientes terminais.

O estudante acredita que o sentimento é de angústia, mas pode ser de temor, pois a angústia implica o confronto do sujeito com a sua finitude. Heidegger (1998) assinala que a angústia é radicalmente diferente do temor; este último tem um objeto determinado, diante do qual, sob um determinado aspecto, o indivíduo se sente ameaçado. A angústia não tem objeto determinado. Embora seja propriedade da condição humana, a angústia “autêntica” é comumente “encoberta”.

O estudante de certa forma “não tem tempo” para se angustiar e nem para aprender em como lidar com a angústia existencial, pelos escasso tempo no Curso para refletir sobre o processo para a morte. A falta de tempo para reflexão prática é anunciada nas falas: “Eu estou sempre com pressa, é uma correria, um dia vai terminar

também esse curso... não tem mais tempo pra nada” (E07). “Fica inviável você fazer o que tem que fazer daí, por causa da falta de tempo” (E06). Em função disso, dificulta vivenciar a experiência de finitude como verdadeira experiência existencial (Gadamer, 1984). Embora reconheça a falta de tempo para trabalhar as questões existenciais, o estudante é desafiado a passar por essas vivências. Em Kierkegaard (1979) o desafio implica confronto com a finitude existencial. O termo desafio não se reduz apenas a lidar com a angústia de finitude, pois o estudante é solicitado a dar conta de seu desempenho funcional dentro do curso, o que também se torna um desafio. Nesse sentido, desejo em se tornar hábil para lidar com a questão da terminalidade parece mínimo. O estudante aparece como um sujeito com mínima disposição de tempo e mínimas condições para refletir sobre seu projeto existencial de vir-a-ser profissional como cuidador de pacientes terminais.

### **Categoria 3: Cuidado de pacientes terminais**

Representa o conteúdo afetivo na prática do cuidado e preparo via elementos subjetivos, como a maior ou menor disposição interna, não se reduzindo à aquisição de um saber aprendido no curso.

O preparo para lidar com a morte não tem o mesmo sentido que o preparo técnico do cuidado em geral, porque é uma forma de cuidado que pode iniciar onde a técnica atinge seus limites, quando só resta acompanhar o paciente até a morte. O estudante não tem acesso a essa forma de saber, não sabe como lidar com o paciente terminal. É colocado a prova por si mesmo, pois não tem a que recorrer senão à sua própria subjetividade, que, como apresenta Pitta (1999) entra no mesmo patamar das condições objetivas para o trabalho. A subjetividade do estudante participa como suporte e condição “objetiva” para o cuidado, isto é, “empresta” seu ser-sujeito para suportar o outro em estágio terminal.

### **Tema: Preparo para lidar com a morte**

O estudante com maior disposição subjetiva para cuidar do outro sente-se mais beneficiado pela contribuição do curso, do que aquele que tem menor disposição interna. Isso permite afirmar que se preparam melhor a partir do curso os estudantes que já estavam “preparados”.

Os estudantes estagiários com prática inicial de estágio apresentam-se mais ansiogênicos e preocupados com as atividades do que os estudantes em fase final de curso. Mas além desse fator, é importante salientar a disposição individual e interior de cada estudante em relação ao cuidado, pois o “maior” preparo para uns pode estar relacionado com a maior disposição para cuidar. Em contrapartida, outros estudantes não sentem o mesmo efeito de preparo, o que se observa, por exemplo nas falas: “o curso não prepara” (E03) “não fui preparada para isso...eu acho muito pobre, muito vazio”(E06). “Dentro do nosso curso isso é pouco trabalhado” (E10), coincide com o estágio na terminalidade do paciente quando aparece: “tenho essa dificuldade com pacientes terminais”; “sempre tive limitações com pacientes terminais”; “é o mais difícil”; “nessa parte eu tenho um bloqueio”, predominando nestes estudantes um investimento afetivo negativo. Contudo, aqueles estudantes que apresentam maior disposição para o cuidado aos pacientes terminais possuem outra forma de expressar a “angústia”, predominando um investimento afetivo positivo: “Apenas passamos para um estágio diferente, não significa morte, é apenas passagem para outra vida” (E11); “A gente se sente feliz, eu me sinto feliz, ela vai para um estado melhor” (E12);

## **O estudante do curso de Enfermagem e o paciente terminal: uma relação desafiadora**

Silvério Costella e Alberto Manuel Quintana

“Veio a falecer, quem sabe isso não foi melhor, pois estava sofrendo tanto, de repente ele cumpriu o que tinha que cumprir” (E03).

Há estudantes que sofrem mais que os outros para o mesmo tipo de atividade, o que pode estar relacionado com a própria condição existencial do estudante. Neste sentido Becker (1995) afirma que, quanto mais sólido for o ambiente em que o indivíduo se desenvolveu, melhores são as condições de defesa contra “a finitude do homem, o seu pavor da morte e a natureza esmagadora da vida” (p.72). Por outro lado, sustenta ainda que, quanto mais fragilizada e vulnerável for a condição humana, tanto mais próximo o indivíduo estará de sua verdadeira condição existencial, percebendo-se em confronto com a loucura, com o terror existencial e com a própria finitude. Contudo, resta saber se as falas “tenho muito medo”, “é horrível”, “é um horror” representam um momento de despreparo indicando a necessidade de mais tempo de prática e cuidado de si mesmo, para aprender a lidar com o drama vivenciado no cuidado do outro, ou se é decorrência da própria vulnerabilidade da condição humana, para esse tipo de atividade. Os estudantes em que predominou o aspecto afetivo negativo frente aos pacientes terminais parecem menos seguros ou preparados para cuidar. O que pode estar relacionado com a precária elaboração da angústia de finitude existencial. Por outro lado, alguns estudantes sofrem com “horror” ao se perceberem “derrotados” pela morte de um paciente: “No momento em que a gente perde ele, quando está diante da morte, a gente fica, fica... o meu emocional, desequilibrado, ele fica abalado...alguém que você cuidou e que vem a óbito” (E07).

### **Tema- Saber teórico e saber prático**

Caracteriza o conflito entre dois saberes. Ênfase na teoria e escasso exercício prático. Aparece duas razões para se angustiar: primeiro, porque não há um domínio sobre o saber prático, e segundo, porque tem que lidar com a disposição natural para a angústia frente à morte do outro. O saber prático, prepara melhor o estudante para cuidar.

Devido à fácil aquisição do saber teórico e à lenta elaboração do saber prático, o estudante é levado a assumir antecipadamente responsabilidades acima do suas possibilidades “reais”. Sente-se então inseguro, desconfortável e angustiado ao se confrontar com a prática e com a possibilidade de cometer erros ao cuidar de pessoas.

### **Sub-tema: Antecipação profissional**

Caracteriza o estudante deslocado de seu lugar, projetando-se adiante, antecipando sua função de cuidador ao assumir a responsabilidade profissional, ultrapassando seus limites de estudante.

Relatam: “você tem grande responsabilidade, porque tu tem a vida de uma pessoa nas tuas mãos”(E12); “Mas na hora que você começa fazer a prática se sente inseguro e tem que fazer a coisa certa ... então tem que ser assim um ótimo profissional” (E09). Essa realidade é mais comum no semestre inicial de estágio. Mas o suposto domínio da angústia não ocorre necessariamente como uma consequência lógica. Um estagiário iniciante com pacientes terminais pode ter maior disposição e “preparo” do que outro estagiário com maior tempo de estágio e vice-versa. Esta situação pode se estender na vida profissional. Silvia & Kirschbaum (1998) evidencia que enfermeiros

profissionais também têm dificuldade em lidar com o paciente terminal jovem ou adolescente. O estudante é colocado no mesmo patamar de um profissional. Assume precocemente uma postura profissional, e geralmente exigindo mais de si mesmo do que um profissional. Porque não tem ainda familiaridade com o estranho, o diferente, o novo, o desafiante e às vezes paradoxal. “Tem que fazer a coisa certa e você deve dominar perfeitamente bem os conhecimentos para não cometer falhas diante do paciente” (E12). “No começo do estágio foi muito preocupante e eu ficava desesperada quando tinha um paciente que dependia da minha ajuda...”(E06) “... não tem esse preparo ainda de cuidar quando ele está vivo, e quando morre fica difícil” (E09).

### **Sub-tema: Envolvimento com o paciente terminal**

O grande envolvimento do cuidador com o paciente terminal, pode ser consequência da cobrança, principalmente, que o estudante faz a si mesmo, de atender o outro com competência e elevado nível de responsabilidade. Devido à escassa experiência, o estudante pode se envolver mais do que deve, o que torna a relação improdutiva para ambos, cuidador e paciente. Nesse aspecto o estudante (E07) refere: “Eu via ela super ativa, super alegre, se terminou, ficou sequinha, sequinha. ... acho que me envolvia demais com os pacientes. Não sei se é bom ou mau”. Autores como Gauderer (1981), Pitta (1999), Rabin *et al* (1999) e Silvia & Kirshbaum (1998), relatam que o envolvimento com o paciente pode se tornar problemático, gerando sofrimento psíquico do cuidador.

Se o verdadeiro saber decorre da prática, é condição de possibilidade para seu aprendizado que se “aproxime” e “distancie” ao extremo dos pacientes terminais, para poder reconhecer a necessidade do meio termo, da ponderação nessa atividade profissional. Conforme Barnes (1999), esse meio termo pode ser atingido no sentido aristotélico de virtude, que implica sempre um grau correto de resposta emocional frente a uma determinada ação. O agir correto implica uma boa ação em que o agente possa sentir-se bem. Se o estudante está no caminho errado, por se envolver demais com o paciente, terá que adquirir habilidade para permanecer no meio do círculo, evitando os extremos, como pode ser observado na fala: “Então é uma questão de equilíbrio, cada pessoa, é uma pessoa, e você tem que saber manter um certo equilíbrio” (E06). O estudante poderá saber por ele mesmo, um saber prático, inerente à excelência do cuidador. O estudante é quem mede suas possibilidades de cuidador a partir da consciência de si próprio, dos seus limites e dos seus desejos.

### **Sub-tema: Separar o profissional do pessoal**

Caracteriza uma forma de o estudante nomear seu sofrimento e angústia no envolvimento com o paciente terminal, comprometendo o aspecto humanístico na função do cuidado.

Devido ao não reconhecimento do lugar adequado do estudante, em função da própria realidade educacional, este vivencia um processo de fragmentação subjetiva, o que o conduz a produzir discursos dessa natureza: “E assim, tentando agir, tentando deixar o teu lado profissional dentro do hospital, dentro do serviço e tentando deixar o teu lado pessoal em casa. E tentar não misturar as coisas”(E06); “Aí o médico dizia, não tá bem, tá muito mal. Não tem muita esperança. Eu chegava em casa e ficava muito mal” (E07). O lado pessoal é a própria subjetividade, como totalidade profissional-pessoal, não fragmentada. Assim o estudante tenta a maior parte do tempo deixar o “pessoal em casa”. Embora essa separação não se efetue

**O estudante do curso de Enfermagem e o paciente terminal: uma relação desafiadora**

Silvério Costella e Alberto Manuel Quintana

de fato, o estudante sustenta sua fragmentação subjetiva no ambiente de trabalho. Esta situação pode prejudicar o trabalhador, podendo desencadear fadiga no trabalho, (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994). Isso é como um impulso para aprimorar as condições objetivas para melhor investir na própria subjetividade, sem afetar o “lado pessoal” pelas funções e condições objetivas do trabalho. Nesse sentido, a afirmação sartreana “o homem é o que não é e não é o que é” (Bornhein, 2000) parece elucidar esse contexto de fragmentação do sujeito devido as condições de trabalho.

**Categoria 4: “Cuidar em si é a Enfermagem”**

O conceito “cuidar em si, é a enfermagem” (E06), atribui a esta condições plenas de refletir sobre a excelência do cuidado, que inclui também o cuidado ao cuidador. Silvia & Kirschbaum (1998) relatam que, na ação do cuidado, o desgaste do enfermeiro é devido à exigência a nível de relacionamento com o paciente e sua família, além da exigência à nível técnico de trabalho. Na nova geração de estudantes emerge maior conscientização da necessidade de cuidar de si mesmo: “Esse lado de também se cuidar está bem presente atualmente” (E09)

**Tema: Humanização do cuidado**

A tecnologia e humanização emergem como dois aspectos importantes na função do cuidado. A tecnologia controla o sofrimento, permitindo ao paciente encontrar sentido até nos últimos momentos de sua existência. Biock (1993) refere que sem controle do sofrimento não há sentido. O aspecto humanístico no novo discurso vem incluir também o cuidador como parte do mesmo processo: “A gente trabalha com pessoas doentes que precisam de cuidado mas a gente não se cuida da gente mesmo” (E09). O aspecto humano é mais decorrência da conscientização do estudante da sua dimensão existencial, de uma disposição interna do que consequência de um comando externo: “...de sempre estar batendo na mesma tecla, cuidem isso, cuidem isso, cuidem isso, sabe, eu acho que aqui de dentro do nosso curso, só não saem com essa visão os que não querem, porque eu acho que isso é bastante reforçado. Sabe, de tratar as pessoas como seres humanos” (E06). Da mesma maneira que não se “ensina” a cuidar, não se “ensina” ser humanístico.

O cuidador tem consciência que pode desumanizar-se ao cuidar do outro. Pode estar sujeito à despersonalização (Pitta, 1999). Ao efetuar uma atividade, o trabalhador precisa sentir-se revigorado por ela (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994). Primeiro, saber cuidar de si mesmo para poder melhor cuidar do outro a partir das condições objetivas e subjetivas para o cuidado.

**Categoria 5: Saber prático prepara, emerge de “um saber que não se sabe”**

Caracteriza a função prática como geradora de preparo pessoal e profissional. É no confronto pessoal com as situações de angústia que o estudante aprende a lidar com ela. “É... sinceramente, ela (universidade) não prepara o aluno a meu ver ela não prepara totalmente o aluno, porque é a prática mesmo, que vai preparar o aluno” (E12). Oermann *et al.* (2000) salientam a necessidade de priorizar situações concretas de trabalho, isto é, procurar ultrapassar o que é oferecido na educação formal, com planos de cuidado aprendidos na faculdade. Da mesma forma, O’Neill (2000) atenta para a necessidade da valorização de um saber oriundo do conhecimento pessoal dos enfermeiros. Esse anseio por experiência prática parece justificar a pressa dos estudantes em iniciar o estágio, como aparece na fala: “Então

não dá pra dizer, será que é isso que eu quero mesmo, então gostaria que começasse bem antes a parte prática”(E08). O cuidado é consequência do conhecimento pessoal dos enfermeiras, predominando o saber prático sobre o saber técnico. Não é só a partir dos planos de cuidado que possibilita boa prática, mas é esta última, a partir do saber do cuidador, que o torna hábil para cuidar.

Esse saber está na ordem de “um saber que não se sabe” (Manoni, 1989), o que permite caracterizar a problemática do saber prático com que o estudante tem maior dificuldade. O saber prático conflua com o saber teórico, é de difícil acesso, ocorre mais a nível inconsciente, em que é elaborada a angústia de finitude para poder cuidar do ser morrendo. É resultado da vivência e do crescimento subjetivo do estudante na sua relação com o paciente terminal, em que se denuncia e se retoma a existência do estudante de forma mais autêntica prevendo a angústia de finitude através da “culpa pelo não vivido” pelo paciente, tendo para o estudante uma função preventiva.

O estudante ao se confrontar com a prática de estágio procura obter um domínio do saber prático. Em certo sentido, a teoria para o saber técnico fica suspensa e entra uma nova forma de saber para dar conta da prática do cuidado dos pacientes terminais. Mas é preciso nomear esse saber prático da mesma forma que se nomeia o saber teórico, com o objetivo de orientar o estudante nesta forma nebulosa de aprendizagem. O estudante sabe que não sabe, mas não sabe quando sabe. Pode-se ilustrar esse fato com as palavras de Gomes (1998): “a capacidade de ter consciência é constituída, validada e confirmada pela realização de um outro fenômeno que é a consciência de ter esta capacidade” (p.25). Em função dessa dificuldade de lidar com essa forma de saber, no discurso dos estudantes não emergiu uma categoria que a representasse. Conforme Moraes (1988), para os analistas da pesquisa qualitativa, as categorias podem ser de duas formas: as que emergem do texto, denominadas categorias emergentes, como a maioria na presente pesquisa, e as que já estão elaboradas, precedendo a análise do texto, denominadas *a priori*. A expressão “um saber que não se sabe” é tomada emprestada de Mannoni (1989), que descreve o saber inconsciente que emerge da relação psicanalítica

Essa situação também ocorre na relação, supervisor-estudante-supervisor ou estudante-paciente terminal. Hallett (1997) sustenta que é um processo similar a uma supervisão em psicoterapia. O estudante não está apenas aprendendo mas também sendo cuidado enquanto “aprende” a cuidar do outro. O supervisor Enfermeiro fomenta a aprendizagem e cuida ao mesmo tempo do estudante. Essa necessidade de também se cuidar emergiu no discurso, embora com predomínio da necessidade de cuidar do outro. Segue-se daí que o que prepara o aluno para conduzir o paciente à morte não é tanto o saber teórico mas o saber prático. O saber prático está na ordem desse “saber que não se sabe” e que não poderia ser teorizado ou ensinado, pois é um saber “cego”, apesar de “real”. Elabora-se um saber inconsciente para lidar com o paciente terminal.

Autores como Boemer (1984); Biock; (1993) e Pelletier *et al.* (2000) convergem para a elaboração de um saber prático embasado na reflexão fenomenológica, o que pode ser colocado em termos de um novo corpo de conhecimento para lidar com a finitude. Desta forma, pode-se abstrair do tema “ um saber que não se sabe”, um saber que ainda não se sabe, com possibilidades futuras de sistematização, se for investido mais nessa área de conhecimento prático.

### **Tema: Um saber não ensinado**

O saber prático é inerente a cada cuidador, difícil de mensurar, conceituar, ensinar e aprender. Pelletier *et al.* (2000) sustentam que o saber prático não pode ser ensinado fora do contexto prático ou como um exercício acadêmico. Porém, a elaboração da angústia de finitude não é ensinada nem no contexto prático, pois resulta de um processo inconsciente, dificultando a elaboração teórica desse saber para ser ensinado. Surge o desejo de um saber próprio da profissão como se percebe na fala: “quando a gente vê um livro de saúde, tudo é voltado para a medicina, são livros muito voltados para a área da medicina” (E06). “Os alunos estão procurando muito mais por si só agora, do que esperando pela parte docente” (E09). “eu nunca vi isso no curso, eu não sei, então começa a te dar um pânico, sabe, parece que tu vai matar um paciente”; “eu acho que a prática deveria começar mais cedo”. Block (1993), Boemer 1984 e Boemer *et al.* 1991, chamam atenção para a necessidade de produzir um saber dentro do contexto fenomenológico que possa auxiliar o estudante em sua prática.

### **Fenômeno central: Angústia de não saber lidar com a morte do outro** **Narração analítica**

No discurso são mencionados duas formas de cuidado: o que decorre do saber teórico, mensurável; e o que decorre do saber prático, não mensurável, o que predomina no cuidado dos pacientes terminais. Há um esforço para integrar essas duas formas de cuidar, o que leva a priorizar a produção de um conhecimento prático, que auxilie no cuidado do paciente terminal. O estudante não está aí para salvar, restituir a vida, mas para conduzi-lo à morte. E isso contrasta com o cuidado presente no seu imaginário; passa-se do cuidado da vida ao cuidado da morte. Em relação ao cuidado da vida, há um domínio do saber-fazer. Do cuidado da morte pouco se sabe ainda, portanto, um saber em processo de “construção,” visando a uma “morte digna”. É esta segunda forma de cuidado que desafia o estudante, que, em função da natureza desse cuidado, tem que se afirmar subjetivamente para poder lidar com o paciente terminal. Esse fato constitui a idéia central do fenômeno em investigação: a relação angustiante do estudante de Enfermagem com o paciente terminal, devido ao fato de não saber como lidar com a morte. Ele recorre então, às condições subjetivas, como disposição interna para cuidar, tendo que ultrapassar os limites do saber teórico quando necessário. Ao fazê-lo, tende a cair em extremos, como; distanciamento ou envolvimento excessivo com o paciente, sentindo-se completamente responsável por ele. Por um lado, há o estudante que sabe lidar com a angústia e tem adequadas condições subjetivas; por outro lado, o estudante que parece não conseguir lidar com a morte do outro sem envolver-se com elevado nível de estresse. Ele pode dedicar-se com intensidade ao cuidado, através de sua “total” presença junto ao outro, se não por desejo próprio, pela necessidade e desejo do outro, humanizando-o e de certa forma desumanizando-se. Está à disposição do outro, como uma “totalidade subjetiva”, mesmo podendo constituir uma relação sintomática. Isto pode ocorrer em função de sua “antecipação profissional”, havendo dificuldade para lidar de forma equilibrada e saudável.

### **Considerações Finais**

Os estudantes de Enfermagem das duas universidades anunciam um novo “modo-de-ser” enfermeiro a partir da insatisfação com o “modo-de-ser” vigente. O senso de independência, responsabilidade, auto-valorização, disposição e capacidade

de gerar saber para cuidar é unânime para os dois grupos investigados, constituindo-se como uma representação coletiva e nuclear.

Emergiu como principal ponto de convergência a angústia de não saber como lidar com a morte do outro, decorrendo daí a falta de desejo de cuidar. Quando o outro quase não mais vive, desaparece o desejo de “estar-com”, por se instaurar uma situação angustiante. e o conhecimento para cuidar da vida pode ser aprendido, ao passo que cuidar da morte é mais um reconhecimento interno do estudante do que a aquisição de um saber objetivo. Desta forma, mais do que ensinar a cuidar do paciente terminal, resta saber quem poderá melhor fazê-lo a partir das próprias condições subjetivas para essa função. Trata-se em ter consciência em sentir-se apto para poder lidar com a própria angústia de finitude enquanto cuida, o que não significa que quem não tenha essa mesma propensão para cuidar dos paciente terminais não possa fazê-lo; no entanto, este será mais suscetível ao comprometimento de sua saúde, em função do maior estresse. Ao ter consciência dessa realidade, o cuidador poderia vivenciar um processo de crescimento subjetivo, antecipando a angústia de finitude representada através da “culpa do não vivido”. As condições existenciais “inautênticas” do estudante vão se denunciando frente à “denúncia” do paciente através de sua necessidade de se preparar, pela certeza da morte.

Na convivência com o paciente terminal o cuidador é privilegiado em vivenciar a angústia de finitude antes de “sua própria terminalidade”, podendo elaborá-la com antecedência através de um projeto de vida autêntica, emergindo como principal recompensa no trabalho com pacientes terminais.

### Referências Bibliográficas

- BARNES, J. *The Cambridge Companion to Aristotle*. Melbourne: Cambridge University Press. 1999.
- BECKER, E. *A negação da morte*. (2 ed.). Rio de Janeiro: Record. 1995.
- BLOCK, I. R. . Thoughts on a Hospice Response to Assisted Suicide and Euthanasia. *Journal of Palliative Care*, 9, 25-28. 1993.
- BOEMER, M. R., VEIGA, E. V., MENDES, M. M. R., & VALLE, E. R. M. . O tema da morte: Uma proposta de educação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1, 26-32. 1991.
- BORNHEIM, G. *Sartre*. São Paulo: Editora Perspectiva. 2000. 315.
- DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., & JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo. 1994.
- GADAMER, H. G. *Verdad y Metodo*. Salamanca: Graficas Ortega. 1984. 867.
- GAUDERER, E. C. . A criança, a Morte e o luto - Sociedade de Enfermagem Oncológica do Estado do Rio Grande do Sul. *Jornal de Pediatria*, 62, (3), . 1987.
- GOMES, W. B. *Fenomenologia e pesquisa em psicologia*. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 1998. 211.

**O estudante do curso de Enfermagem e o paciente terminal: uma relação desafiadora**

Silvério Costella e Alberto Manuel Quintana

HALLETT, C. E. . Learning through reflection in the community: the relevance of School's theories of coaching to nursing education. *Journal Nurs. Stud.*, 34, (2), 103-110. 1997.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo* (Vol. 2). Petrópolis: Editora Vozes. 1998. 262.

IVO, M. L., FUREGATO, & ANTONIA, R. . Relacionamento Interpessoal Analisando à Luz do Referencial de Travelbee. *Nursing*, 18-25. 1999.

KIERKEGAARD, S. *O desespero humano*. Porto Alegre: Tavares Martins. 1979. 224.

LÈVINAS, E. *Ética e infinito*. Portugal: Edições 70. 1982.

MANNONI, M. *Um saber que não se sabe - A experiência analítica*. Campinas: Papirus. 1989.

MAYRING, P. . Qualitative content analysis. *Qualitative social research*, 1, (2), . 2000.

MORAES, R. . Uma experiência de pesquisa coletiva: introdução à análise de Conteúdo. , *A construção do conhecimento e sua mediação metodológica*. Porto Alegre: Edipucr. 1988. (Vol. 1, pp. 111-130).

OERMANN, M., TRUESDELL, S., & ZIOLKOWSKI, L. . Strategy do Assess, Develop, and Evaluate Critical Thinking. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 31, (July-August), 155-160. 2000.

O'NEILL, A L., & DUFFEY, M.A. Communication of research and practice knowledge in nursing literature. *Nursing research*, 49, 224-231, 2000.

PELLETIER, D., DUFFIELD, C., ADAMS, A., NAGY, S., CRISP, J., & MITTEN-LEVIS, S. . Australian Nurse Educators Identity Gaps in Expert Practice. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 31, 224-229. 2000.

PERAZZO, S., & ABDO, C. H. H. . O Médico e a Morte. *Revista Psiquiatria Clínica*, 12, 96-100. 1995.

PITTA, A. *Hospital - dor e morte como ofício*. São Paulo: Editora Hucitec. 1999.

RABIN, S., FELDMAN, D & KAPLAN, Z. . Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 159-169, 1999

RICOEUR, P. *O si-mesmo como um outro*. São Paulo: Papirus. 1990. 431.

SEYMOUR, E., & BUSCHERHOF, J. R. . Sources and consequences of satisfaction and dissatisfaction in nursing: findings from a national sample. *Journal Nurs. Stud.*, 28, (2), 109-124. 1991.

SILVA, J. B. D., & KIRSHBAUM, D. I. R. . O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos. *Revista brasileira de enfermagem*, 51, (2), 273-290. 1998.

STRAUSS & CORBIN, *Basics of qualitative research*. London: Sage Publications, 1990.

**Correspondência**

**Silvério Costella** - Av. Borges de Medeiros, 1930 Apt. 409 - Passo da Areia - Santa Maria/RS.

Cep:97015-090 - E-mail:zaida@ccr.com

**Alberto Manuel Quintana** - Rua: Tiradentes, 23 apt. 701 Centro - Cep:97050-730 - Santa Maria/RS.

Recebido em outubro de 2003

Aprovado em dezembro de 2003