

# Dúvidas e angústias sobre o fim da vida: o primeiro contato de acadêmicos de enfermagem com o paciente terminal

## *Doubts and anxieties about the end of life: the first contact of nursing students with a terminally ill patient*

Júlio César Batista Santana\*

Bianca Santana Dutra\*\*

Antônio Henrique da Mata Corrêa\*\*\*

Ana Cristina Viana Campos\*\*\*\*

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi compreender os sentimentos e as experiências de acadêmicos no estágio curricular de enfermagem durante o atendimento aos pacientes terminais. Trata-se de um estudo qualitativo de inspiração fenomenológica realizado com seis acadêmicos de enfermagem de uma universidade privada. Foi realizada uma entrevista não estruturada contemplando a seguinte questão norteadora: como foi sua experiência no cuidado ao paciente terminal? Foram construídas três categorias: o primeiro contato com o paciente terminal: descaso e desrespeito; limites da intervenção terapêutica: quem decide o fim da vida? O verdadeiro cuidado necessário no fim da vida. Concluiu-se que os acadêmicos vivenciam momentos de angústias perante o processo de cuidar dos pacientes terminais e questionam sobre: a forma de emprego das intervenções abusivas ao paciente, as relações do contato humano, o processo da comunicação e o respeito à finitude humana. Ressaltam a necessidade de se refletir sobre o processo da humanização do cuidar na terminalidade da vida, envolvendo o paciente, equipe de cuidadores e familiares.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doente Terminal. Cuidados Paliativos. Cuidados de Enfermagem. Estudantes de Enfermagem. Bioética.

**ABSTRACT:** The objective this study was to understand the feelings and experiences of nursing students during terminal patient care. A qualitative phenomenological study was conducted with six nursing students at a private university. We used a non-structured interview addressing the following question: what was your experience in caring for terminally ill patients? We constructed three categories: the first contact with terminal patients: disregard and disrespect; limits of therapeutic intervention: who decides the end of life? The real care needed at the end of life. We concluded that students experience moments of anxiety before the process of care for terminal patients, and they question the practice of abusive intervention, human relationship with patients, the process of communication and respect for human finitude. They underscore the need to reflect on the process of care humanization in end of life situations, involving patients, staff and family caregivers.

**KEYWORDS:** Terminally Ill. Hospice Care. Nursing Care. Students, Nursing. Bioethics.

## INTRODUÇÃO

A história e o desenvolvimento da Terapia Intensiva estão fortemente ligados ao progresso das técnicas de suporte ventilatório e aos procedimentos invasivos que sustentam a vida<sup>1</sup>. A necessidade de especialização dos serviços médicos para o atendimento de quadros agudos graves e de coma irreversível culminou na criação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), no final dos anos 60, nos Estados Unidos<sup>2</sup>.

Os acadêmicos de enfermagem enfrentam situações complexas nos estágios curriculares em UTI, que vão desde o aprendizado das rotinas técnicas de alta complexidade, a situações diversas, que envolvem sofrimento humano e conflitos éticos reveladores da nossa fragilidade. Ao se depararem com esses conflitos éticos, neles é despertada a sua própria dimensão humana, o sentido existencial, sensibilizando-os para uma reflexão do cuidar, tornando-os vulneráveis ao sofrimento e questionando os limites em que são colocados.

\* Enfermeiro. Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. Mestre em Bioética. Professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais-MG, Brasil. Professor do Centro Universitário de Sete Lagoas-MG, Brasil. E-mail: julio.santana@terra.com.br

\*\* Enfermeira. Mestranda em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-MG, Brasil. E-mail: bianca27santana@yahoo.com.br

\*\*\* Advogado pelo Centro Universitário de Sete Lagoas-MG, Brasil.

\*\*\*\* Doutoranda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Professor do Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais-MG, Brasil. E-mail: campos.acv@gmail.com

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

A dialética do avanço da tecnologia na medicina intensiva deve ser considerada na abordagem da distanásia, e sua principal reflexão se baseia no uso massivo da ciência técnica em detrimento de benefício terapêutico, de fato, para o paciente<sup>3</sup>.

O conhecimento biológico, a sofisticação do diagnóstico e as destrezas tecnológicas podem ser fontes de escolhas desencadeadoras de angústias e incertezas<sup>4</sup>. Além disso, a indicação, a aplicabilidade e a manutenção dos suportes avançados de vida como possibilidade de reverter situações consideradas irreversíveis anteriormente podem gerar inúmeros conflitos éticos relacionados à terminalidade da vida<sup>5</sup>.

A determinação da fase final da vida é sempre casuística, sendo denominado “doente terminal” um paciente em que a doença não responde a nenhuma terapêutica conhecida e que, conseqüentemente, entrou num processo que conduz irreversivelmente à morte. A prática ocidental defende a noção de que vida humana merece ser sempre respeitada na sua dignidade, sobretudo no final da existência<sup>6</sup>.

Dentro desse contexto, nota-se certa tendência dos profissionais de saúde em tentar manter o paciente vivo a qualquer custo, sem considerar, contudo, todas as possíveis implicações negativas físicas e psíquicas oriundas do prolongamento da vida de um paciente que não responde mais à terapia.

Por muito tempo, o termo eutanásia abrangia condutas comissivas e omissivas em pacientes que se encontravam em situações muito dessemelhantes<sup>7</sup>. A eutanásia era caracterizada pela abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não-ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento<sup>8</sup>. Para outros autores, a morte, nesse caso, poderia ser considerada serena, sem sofrimento quando comparada à obstinação terapêutica<sup>9</sup>.

Essa abordagem genérica e ampla passa a ser discutida pela compreensão da eutanásia como a ação médica intencional de apressar ou provocar a morte a doentes terminais em situação considerada irreversível e incurável cuja morte é inevitável em um curto prazo<sup>4</sup>.

A distanásia pode trazer certa estranheza, em um primeiro momento, aos ouvidos. Esse termo, pouco empregado no meio hospitalar, pode ser considerado sinônimo de morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento<sup>10</sup>. Pode ser entendido como a tentativa de

retardar a morte o máximo possível, por meio de qualquer tipo de tratamento médico, com possível aumento da dor e do desconforto para os doentes. Trata-se de um prolongamento exagerado do processo de morrer de um paciente terminal<sup>4</sup>. É denominada de “futilidade terapêutica” nos Estados Unidos e conhecida como “obstinação terapêutica” na Europa.

Nesse contexto, a morte não é vista como um processo natural, mas como uma “derrota” profissional, contrariando um dos princípios básicos do cuidado paliativo, que preza a morte como processo normal e digno. Faz-se necessário entender a morte com a mesma complexidade do fenômeno vida, sendo esses dois estados que se excluem mutuamente – estar vivo e estar morto – sem nenhum meio termo<sup>5</sup>.

Momentos conflitantes, nas mais diversas instituições de saúde, em especial na UTI, são vivenciados o tempo todo, suscitando o levantamento de indagações perante todo o processo do cuidar e do ensinar que melhor norteie o caminho, contribuindo para a formação dos acadêmicos de enfermagem, procurando meios que favoreçam a construção do saber de forma menos árdua, com envolvimento por parte de todos<sup>1</sup>.

Face ao exposto, o presente estudo objetivou compreender os sentimentos e as experiências de acadêmicos de enfermagem durante o atendimento de pacientes terminais no estágio curricular.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo de inspiração fenomenológica, realizado com seis acadêmicos de enfermagem de uma universidade privada. Nesse referencial, o pesquisador busca a essência do contexto vivenciado pelo sujeito da pesquisa, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, correspondendo a um espaço profundo de aspectos subjetivos<sup>11</sup>.

Os alunos aceitaram participar do estudo de forma voluntária, respeitando a Resolução n. 196/96, que determina as diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos<sup>12</sup>. As entrevistas aconteceram em locais reservados e agendadas de acordo com a disponibilidade de cada um dos alunos, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo-se também o motivo da pesquisa e as demais orientações do trabalho.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Alfenas (UNIFENAS), sob o parecer n. 76/2009.

O estudo foi desenvolvido com alunos do curso de graduação de enfermagem que vivenciaram o estágio curricular estando em contato com pacientes terminais e que tiveram anuência em participar da pesquisa. Os critérios de exclusão ocorreram pela própria manifestação de não querer participar da pesquisa.

Tendo em vista a natureza desta pesquisa, o número dos sujeitos envolvidos não foi estipulado, mas determinado no decorrer dos discursos dos depoimentos em função de seus conteúdos, ou seja, a partir do momento em que percebermos que os discursos se mostraram suficientes para desvelar os fenômenos e responder as interrogações<sup>11</sup>.

Os depoimentos não devem partir de roteiros ou perguntas diretas, mas de uma questão aberta, geral, que seja capaz de nortear sem, contudo, restringir a exposição dos sujeitos sobre o tema investigado<sup>13</sup>. Para tanto, foi utilizada uma ficha de identificação e uma entrevista gravada contemplando a seguinte questão norteadora: como foi sua experiência no cuidado ao paciente terminal?

Após a gravação das entrevistas, elas foram transcritas na íntegra e posteriormente analisadas, pontuando as categorias com o referencial teórico e trabalhadas em um universo de significados dos fenômenos. Depois de compilados os dados, as fitas foram destruídas, para manutenção do sigilo e pontuados os informantes com nomes de cores: verde, vermelho, amarelo, azul, rosa e cinza.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As transcrições foram realizadas individualmente para nos familiarizarmos com cada sujeito da pesquisa, a partir de seu mundo-vida e no contexto em que está inserido. A análise atenta dos discursos apontou direções relacionadas ao significado pessoal sobre o cuidado ao paciente terminal, a relação com a família e os sentimentos dos próprios entrevistados.

Nesse sentido, para que possamos compreender as experiências vividas por esses acadêmicos, é imperioso analisarmos essas questões, estruturadas em três temas, apresentados a seguir.

### O primeiro contato com o paciente terminal: descaso e desrespeito

A boa relação entre o profissional da saúde e as famílias que enfrentam esse momento deve estar sempre presente<sup>14</sup>. Entretanto, os sentimentos de culpa e derrota permeiam a relação família, paciente e profissional, e, muitas vezes, as palavras são evitadas:

*(...) durante estágio pude perceber o quanto o final da vida traz tanto sofrimento para a pessoa e sua família. Você fica sem saber o que falar, com medo de deixá-lo perceber com seu olhar a tristeza de não ter tanta coisa mais para investir.* (verde)

*(...) no horário de visitas seu marido evitava olhar em seus olhos, era como se seus olhos pudessem traduzir o quanto ele se sentia culpado por aquela situação (...) o quanto ele se sentia derrotado por não ter conseguido fazer nada para ajudá-la (...) era um sentimento de que tudo foi em vão.* (vermelho)

A enfermagem se depara com momentos conflitantes em todo o processo de trabalho, em especial com o processo do morrer nas instituições de saúde<sup>15</sup>.

Apesar de o enfermeiro considerar importante a presença do familiar na fase final do processo de morrer<sup>16</sup>, esse é o grande desafio com que o profissional necessita aprender a lidar e, na verdade, poucos profissionais se disponibilizam a discutir e a enfrentar essa situação<sup>17</sup>. O primeiro contato com o paciente terminal pode trazer à tona opiniões, sentimentos e experiências pessoais que poderiam estar sufocadas:

*(...) me lembrei na hora do meu avô quando descobriu que estava com câncer, a doença já havia se espalhado, estava grave.* (verde)

*(...) a finitude do outro nos aproxima muito da nossa própria finitude, e isso amedronta muitas pessoas (...) se recusando a viver isso.* (rosa)

Na convivência com paciente terminal, o cuidar é substituído pelo simples abandono e desrespeito:

*(...) não percebi nenhuma atenção e nenhum cuidado em relação ao paciente terminal (...) eles estavam sozinhos, sem ninguém que prestasse os cuidados mais básicos.* (vermelho)

*(...) todos os cuidados que pude presenciar para com paciente terminal foram de desrespeito, pois tais profissionais que cuidavam desses pareciam ter a concepção de*

*que a chegada da morte representava a hora de abandonar literalmente o paciente. (rosa)*

*(...) não vi em nenhum instante, ninguém chegar perto dele para lhe perguntar o que estava sentindo muito menos pegar na sua mão (...) senti, infelizmente, que a frieza nos sentimentos está muito mais presente do que poderíamos imaginar. (cinza)*

Os conflitos éticos vivenciados pela equipe no contato com os pacientes terminais são permeados por valores, sentimentos e emoções e, ainda, pela rotina complexa que é envolvida. Depara-se com uma equipe com capacitação técnico-científica adequada, mas quando se depara com os limites de intervenção, o lidar com a morte, com a dor e com o sofrimento, esbarra-se em um contexto de grande dimensão, refletindo nas questões da ética da vida<sup>1</sup>.

Os acadêmicos destacaram especialmente o papel do enfermeiro no cuidado ao paciente terminal, percebendo-se que existe um tratamento realizado mecanicamente:

*(...) observei durante o meu primeiro contato com paciente terminal que os profissionais de enfermagem mantêm certo isolamento, distância dele. As técnicas eram realizadas de forma precária, pois diziam que ele iria morrer mesmo. (cinza)*

*Os procedimentos perdem sua rotina dando impressão de que tudo pode ser adiado (...) e aquele ser humano parece se tornar apenas um objeto que dá trabalho e que este é em vão. (rosa)*

*(...) fiquei decepcionada em ver o tipo de tratamento (...) ele fica ali no cantinho, sozinho (...) é como se ele não precisasse mais do cuidado. (amarelo)*

Quando se entende o que significa o cuidar em enfermagem, percebemos que estar fora de possibilidades terapêuticas não significa estar fora dos cuidados de enfermagem. Todos os cuidados, por mais simples que pareçam ser, são essenciais nesse momento; não podemos nos esquecer de dar o conforto, como um banho, uma higiene oral, uma alimentação na hora certa, uma mudança de decúbito<sup>18</sup>.

O paciente terminal necessita de cuidados essenciais como qualquer paciente internado:

*(...) mesmo sendo um paciente que diziam estar fora de possibilidade terapêutica, deveria receber todos os cuidados necessários (...) desde a higiene até o contato, a atenção. (vermelho)*

Por outro lado, aliado ao desconforto do profissional em lidar com situações de terminalidade, há também o

despreparo. Os profissionais de saúde quase nunca recebem treinamento e capacitação a fim de minorar a dor e o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes terminais<sup>19</sup>. Esse despreparo da equipe foi bastante enfatizado pelos acadêmicos de enfermagem:

*(...) durante este período de estágio pude perceber o despreparo de alguns profissionais a lidar com os pacientes terminais. (amarelo)*

*(...) o que observei no convívio com esses profissionais foi o total despreparo, às vezes até querem cuidar de alguma forma, porém não sabem como começar. (cinza)*

*(...) a prática profissional mostrou o grande despreparo psicoemocional para acompanhar o paciente terminal que a equipe tem. (verde)*

Em um estudo com médicos, fisioterapeutas e enfermeiros que trabalham na UTI, constatou-se que a maioria desses profissionais disse não ter o conhecimento necessário para lidar com o processo de morte dos pacientes e os conflitos daí decorrentes<sup>19</sup>. O profissional da saúde sente-se despreparado e muitos percebem a morte como um fracasso e, por isso, mantêm certo distanciamento do processo de morte nas instituições de saúde<sup>15</sup>.

Além dessas dificuldades, tem-se também uma organização de trabalho e complexidade das intervenções e controles fisiológicos que provocam um distanciamento do médico de uma visão integrada do paciente<sup>2</sup>.

### **Limites da intervenção terapêutica: quem decide o fim da vida?**

Com o uso dos suportes avançados de vida, surgem grandes dificuldades para a conceituação rigorosa de morte<sup>5</sup>. Um conflito muito comum enfrentado pela equipe de saúde é saber até quando e como se deve lutar pela vida<sup>20</sup>.

Os acadêmicos se questionavam se não havia mesmo mais nada a ser feito:

*(...) sem dúvida, até que ponto se deve invadir um paciente? (...) é uma pergunta polêmica. (azul)*

*(...) invadir o outro é muito complicado, pois não se sabe até que ponto é válido intervir. (rosa)*

*Não sei se um dia eu conseguirei responder o que é melhor ser feito neste momento (...). (cinza)*

*(...) será que temos todos os conhecimentos necessários, somos os donos da vida e da morte, para temos a certeza que acabou, é o fim? Até quando não mais investir (...) se fosse alguém da nossa família, isso mudaria? (verde)*

A não aceitação da morte, sendo esse ainda um paradigma para a sociedade, tem dificultado a definição dos limites terapêuticos nos cuidados intensivos<sup>20</sup>. O fato é que os profissionais dirigidos para a cura atuam sem consciência dos limites de seu exercício prático, o que pode resultar em uma invasão do corpo do doente<sup>21</sup>.

As indagações relacionadas ao processo de morrer trouxeram problemas para a sociedade em geral, em especial para o campo jurídico, obrigado a utilizar-se da hermenêutica para dar a interpretação ao caso concreto.

Para alguns acadêmicos, a experiência do estágio parece ter contribuído no questionamento crítico de limite terapêutico:

*(...) para mim tem um limite para tudo, até para viver, pois viver sem qualidade e sem consciência do que estão fazendo com você, eu consideraria uma invasão sem necessidade se não houvesse mais chances. (rosa)*

*(...) tudo tem um limite, o paciente não necessita ser tão agredido com múltiplas invasões. Deve ser deixado morrer com tranquilidade. Os cuidados devem continuar, mas invasões devem parar. (vermelho)*

Para outros alunos, na tentativa de se salvar a vida, qualquer intervenção ainda vale a pena:

*(...) já ouvi casos de pessoas fora de possibilidades terapêuticas que hoje estão vivas (...) acho que a intervenção do profissional ao paciente deve ir até o fim. (azul)*

*(...) na minha opinião, tudo deve ser tentado até o último sopro de vida, desde que a dignidade seja preservada. (verde)*

Essas opiniões suscitam discussões acerca dos limites da intervenção terapêutica, levando-se em consideração distanásia e eutanásia. Em estudo recente, Batista, et al<sup>15</sup> investigaram a percepção de uma equipe brasileira de enfermagem sobre a distanásia e concluíram que os enfermeiros se sentiam inseguros quanto aos limites de intervenção, além da falta de conhecimento do conceito de distanásia.

No Brasil, não há autorização legal para a eutanásia – ela é caracterizada como homicídio; já países como Holanda, Austrália, que consideram o ato legal, sofreram severos julgamentos quanto a essa decisão<sup>22</sup>. Por outro lado, a interpretação do Art. 1º, III, CR/88, pode-se extrair o princípio da dignidade da pessoa humana, que em sua essência se traduz o direito de uma vida e morte digna<sup>23</sup>.

Não se pode esquecer que o foco da atenção médica deve ser o indivíduo na plenitude de sua dignidade<sup>24</sup>. Contudo, a proximidade da morte levanta outros questionamentos envolvendo a contabilização do sofrimento e as consequências das terapias avançadas:

*(...) é uma situação muito complicada, pois ver uma pessoa sofrendo muito, sabendo que não tem mais jeito, é um incômodo. (azul)*

*(...) quando uma pessoa não tem mais chance seria inútil insistir, ver as pessoas sofrendo sem chances, para mim dói muito, poderia haver um limite. (rosa)*

*(...) Ela podia até não estar sofrendo, como me disseram, mas para mim ela estava. Levei um grande “choque” quando a vi deformada daquele jeito. (amarelo)*

Diante das experiências de dor, sofrimento, perda, angústia e até mesmo do medo da morte, a espiritualidade tem papel relevante na busca transcendente de um sentido maior para essas situações vividas<sup>25</sup>.

Esse tema é polêmico e gera controvérsias em relação à ética médica, às crenças religiosas, aos direitos do paciente e da família. Afinal, como é possível saber quando a vida acaba e quem decide esse fim?<sup>19</sup>.

Somam-se a isso as dúvidas quanto à real necessidade das intervenções usando-se a tecnologia irracionalmente, que podem ser realizadas possivelmente pela insegurança do profissional e/ou desespero dos familiares e não pensando-se no bem-estar do doente<sup>26</sup>.

Nessa perspectiva, o cuidar do outro envolve o respeitar integral, a sua história de vida e os valores de cada um enquanto ser no mundo. De alguma forma, direta ou indiretamente, todos devem participar e contribuir nesse processo do cuidar, em equilíbrio mútuo, em uma relação sensível, dialética, verdadeira, humanizada, ética. A equipe de profissionais deve propiciar ao paciente terminal uma morte digna, evitar procedimentos dolorosos e acrescentar qualidade de vida nos momentos finais<sup>1</sup>.

O aconselhamento e a opinião médica têm um peso peculiar na decisão das intervenções:

*(...) o médico disse que não valia a pena fazer o tratamento, pois iria sofrer e não aumentaria sua sobrevida. Na época concordamos, sofremos junto com ele realmente ele não viveu muito depois do diagnóstico, mas há uma inquietação no meu coração que sempre carregarei comigo. Será que a opção do não tratamento foi a melhor do que ter tentado? (verde)*

A experiência desse entrevistado vai de encontro à postura do médico, normalmente característica da prática curativista e intervencionista. Um estudo com os médicos intensivistas no nordeste destacou a prática de encenação de reanimação cardiopulmonar em pacientes de pior prognóstico, necessária não apenas pelo aspecto legal, relacionado à família, mas como uma proteção diante dos outros profissionais de saúde<sup>2</sup>.

A indicação ou contra-indicação de uma medida, especialmente se tratando de restrição de recursos artificiais, é uma decisão médica, mas precisa ser discutida em conjunto com o paciente e sua família. Trata-se de uma mudança de foco da necessidade de curar para o cuidar, o que não está, de maneira alguma, associado ao descaso com o paciente e suas necessidades<sup>27</sup>.

O paciente deve ser envolvido no processo de decisão de suspensão ou de abstenção de tratamento, desde que tenha condições de compreender a informação transmitida, bem como seja capaz de efetuar um juízo autônomo de acordo com o seu sistema de valores. Quando possível, os últimos momentos devem ser decididos pelo próprio paciente, sendo importante respeitar o desejo da pessoa:

*(...) há algumas situações em que o paciente necessita viver intensamente seu final de vida, então largam o tratamento para serem felizes, essa situação eu acho que é aceitável, por ser o desejo final do paciente.* (vermelho)

A informação clinicamente relevante deve ser partilhada com a família, ou seja, aqueles que se encontram em maior proximidade com o paciente, independentemente da relação parental existente<sup>6</sup>. Por outro lado, somente o próprio paciente terminal pode optar pela manutenção de sua vida indefinidamente, sendo que sua família não tem o mesmo direito, pois isso implicaria agressão desnecessária ao paciente, o que não é objetivo nem dever médicos<sup>27</sup>.

No final, as opções são restritas e envolvem decisões difíceis, gerando um dilema entre a absolutização do valor da vida, por meio do prolongamento da vida a qualquer custo, e os tratamentos paliativos, que talvez abreviem a vida, mas podem promover bem-estar físico e mental<sup>28</sup>.

Por último, a experiência pessoal parece ser um fator importante a ser considerado na terminalidade da vida e no significado da eutanásia:

*(...) até um tempo atrás, eu achava a eutanásia um absurdo! Eu sempre fui muito radical quanto a isso (...) até o dia em que vi minha tia num CTI, com todos equipamentos possíveis.* (amarelo)

*(...) o que eu queria mesmo era ainda ter ele comigo. A saudade que fica machuca e ficará para sempre (...) mas tenho certeza que ele morreu com dignidade.* (verde)

## **O verdadeiro cuidado necessário no fim da vida**

O cuidado paliativo surge como uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e seus familiares frente a problemas associados a doenças que ameacem a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento pela identificação precoce e avaliação e tratamentos impecáveis da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais.

*(...) acredito que é muito importante o apoio espiritual e familiar neste momento, se eu vivesse isso queria que esse apoio me fosse dado.* (cinza)

*(...) nestas horas, o carinho, atenção, disponibilidade de solucionar dúvida tanto com os familiares quanto com paciente ajuda enfrentar melhor essa difícil etapa da vida.* (azul)

É dever do profissional permitir que o paciente tenha um maior conforto, carinho, atenção, o que não diz respeito apenas aos procedimentos, às tecnologias e aos medicamentos adotados na recuperação, mas também aos aspectos interacionais e humanos do cuidado<sup>29</sup>, por meio do respeito às necessidades e apoio espiritual ao paciente e seus familiares<sup>16</sup>.

A enfermagem tem essa responsabilidade e o compromisso ético e profissional de resgatar o sentido do seu agir, e isso só será possível a partir da conscientização de que o ser humano é capaz de buscar a si mesmo, a sua essência e, por consequência, buscar o outro<sup>30</sup>.

Algumas mudanças já são percebidas, pois o profissional de saúde, antes soberano para tomar qualquer decisão quanto ao tratamento, passou a conselheiro, num diálogo franco com o paciente, que é o titular do direito de tomar a decisão mediante esclarecimento que lhe é devido pelo profissional<sup>22</sup>.

Quando a morte está próxima, existe concordância entre os autores de que ela seja tranquila, sem dor e desconforto para todos os pacientes, sejam crianças ou adultos, na UTI ou fora dela<sup>17</sup>.

Torna-se urgente calçar alternativas para melhorar a assistência ao doente, fundamentada não apenas na técnica, mas também em valores pessoais, apreendendo, ainda,

a compreensão do verdadeiro significado e abrangência do cuidado humano<sup>29</sup>.

Os acadêmicos têm sua própria opinião sobre morrer com dignidade:

*(...) muitos profissionais acham que morrer com dignidade é não deixar o paciente sofrer (...) para mim vai muito além disso (...) morrer com dignidade é morrer sabendo que se é respeitado até o último instante como ser humano. (cinza)*

*(...) para muitos, morrer com dignidade é dar para o paciente o necessário, sem pensar que às vezes o paciente precisa de auxílio humano e não técnico (...) pegar na mão e transmitir carinho (...). (rosa)*

Quando o sofrimento ou o esforço gasto são desproporcionais aos benefícios, não há nenhuma obrigação de iniciar ou continuar uma intervenção terapêutica. Nesses casos, o processo patológico previamente existente é o responsável pela morte do paciente, e não a interrupção da terapia<sup>28</sup>.

As políticas de intervenção sobre a vida pressupõem um novo olhar sobre a morte, que deixa de ser definitiva e privada<sup>2</sup> e passa a envolver a instituição onde esse paciente está internado, a posição da família, a questão religiosa e seu próprio desejo<sup>20</sup>.

Enfim, ainda que as questões da terminalidade da vida venham merecendo grande atenção na comunidade mundial, o debate está muito longe do desejável na sociedade brasileira<sup>8</sup>.

As reflexões sobre até quando prolongar a vida necessitam de novas discussões por parte da equipe, família, paciente e sociedade, por isso, muito distante ainda de trazer respostas prontas<sup>31</sup>.

Ainda que apresente limitações, o presente trabalho tem sua relevância por abordar uma realidade que vem sendo cada vez mais discutida, mas que ainda é pouco estudada. Não estamos aqui para dizer o que é certo ou errado, mas sim para “inquietar” as pessoas a pensarem a respeito dessas questões que não envolvem apenas o paciente terminal, os profissionais, os familiares, mas toda a sociedade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo objetivou compreender os sentimentos e as experiências de acadêmicos de enfermagem durante o atendimento aos pacientes terminais no estágio curricular.

Ouvir o discurso dos acadêmicos de enfermagem mostrou uma complexidade de valores, sentimentos, dúvidas e emoções que foram vivenciados nas atividades de estágio na assistência aos pacientes terminais. A inspiração fenomenológica, enquanto sujeito com a sua história de vida, perpassa por momentos diversos, inerentes à individualidade de cada um, mas como um sujeito presente no mundo e não apenas um sujeito isolado.

É importante conhecer o ser humano como um sujeito único, que não se limita apenas a um leito e a uma patologia. Objetiva-se um repensar no cuidar mais coerente com os limites de cada um, com a sensibilidade humana de cuidadores que se preocupam com a essência, que se colocam no lugar do outro, que não se restringem apenas à doença em si, ao órgão lesado, ao exame radiológico alterado, mas que vivenciam o contexto do significado de vida desses pacientes.

É necessário um respeito mútuo entre os membros da equipe, que as relações sejam verdadeiras, compartilhadas e discutidas de forma madura. Todo esse processo poderá refletir na humanização do cuidar dos pacientes terminais e seus familiares, promovendo uma assistência integralizada em consonância com as reais necessidades do paciente.

Percebe-se um grande desafio de associar os recursos tecnológicos no processo da assistência, com respeito ético do cuidar dos pacientes terminais. Os acadêmicos vivenciam momentos de angústias perante o processo do cuidar, questionam sobre: a forma do emprego das intervenções abusivas ao paciente, as relações do contato humano, o processo da comunicação e o respeito à finitude humana.

Nesse contexto, a sensibilidade humana, para decidir esse fazer mecanizado, não poderá centrar-se apenas no olhar da doença, dos valores numéricos. Controlar de forma irracional, sem limites, poderá desencadear um luta incessante contra o processo da finitude e, ao invés de promover uma morte com dignidade, poderá levar a uma morte cruel, sem respeitar o morrente.

É necessária uma discussão emergente do processo da finitude na vida acadêmica, como meio de levantar reflexões por parte dos sujeitos envolvidos no processo da assistência em sua totalidade. Distanciar e ocultar a morte não permitirá que o acadêmico de en-

fermagem construa um repensar sobre as questões de vida, que relacione as ações do cuidar nas diversas etapas da doença. Perceber qual será o melhor momento de não mais investir, mas sim de aplicar um cuidado paliativo, que respeite o ser humano, pensando no processo de morrer com dignidade, é primordial para acrescentar dignidade e qualidade de vida.

Esse estudo abre espaço para novas discussões do processo de ensino das atividades de campo de estágio aos acadêmicos de enfermagem, além de propiciar uma reflexão do processo da finitude nas instituições de saúde envolvendo todos os sujeitos desse cenário, como forma de amenizar a dor e o sofrimento humano na terminalidade da vida.

## REFERÊNCIAS

1. Santana JCB. Dilemas éticos vivenciado por acadêmicos de enfermagem em unidades de terapia intensiva [dissertação]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007.
2. Moreira EC, Biehl JG. Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no Nordeste do Brasil. *Rev Bioética*. 2004;12(1):19-30.
3. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):855-65.
4. Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo / Edições Loyola; 2004.
5. Oliveira RA. Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e de doença incurável em fase terminal. *Rev Bioética*. 2005;13(2):77-83.
6. Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Rev Bioética*. 2009;17(1):29-39.
7. Barroso LR, Martel LCV. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Panóptica*. 2010;3(19):69-104.
8. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciêns Saúde Colet*. 2008;13(1):95-102.
9. Gomes EC, Menezes RA. Aborto e Eutanásia: Dilemas Contemporâneos sobre os Limites da Vida. *Physis*. 2008;18(1):77-103.
10. Toffoletto MC, Zanei SSV, Hora EC, Nogueira GP, Miyadahira AMK, Kimura M, et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de 11. *Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros*. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):307-12.
11. Heidegger M. *Ser e tempo*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
13. Graças EM. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. *Rev Mineira Enferm*. 2000;4(1):28-33.
14. Boueri CAV, Zaher VL, Hossne WS. Doença limitante da vida, em crianças: a voz dos pais e o olhar da bioética. *Rev Bioethikos*. 2011;5(1):76-83.
15. Batista JM, Campos ACV, Barcelos KL, Dutra BS, Santana JCB. Perceptions of the team of nursing on the distanásia: it's possible to die with dignity? *Rev Enferm UFPE*. 2009;3(3):43-50.
16. Santana JCB, Freitas RHF, Dutra BS, Martins TCOD, Paula LB, Moura IC. Ortotanásia: significado do morrer com dignidade na percepção dos enfermeiros do curso de especialização em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bioethikos*. 2010;4(3):324-31.
17. Santana JCB, Campos ACV, Barbosa BDG, Baldessari CEF, de Paula KF, Rezende MAE, Dutra BS. Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Bioethikos*. 2009;3(1):77-86.
18. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enfermagem*. 2007;41(4):668-74.
19. Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Rev Bioethikos*. 2007;1(1):34-42.
20. Bitencourt AGV, Neves FBCS, Durães L, Nascimento DT, Neves NMBC, Torreão LA, et al. Avaliação do Conhecimento de Estudantes de Medicina sobre Morte Encefálica. *RBTI*. 2007;19(2):144-50.
21. Menezes RA. *Em busca da Boa Morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond / FIOCRUZ; 2004.
22. Ribeiro DC. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1749-54.
23. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
24. Andrade EO. A ortotanásia e o direito Brasileiro. A resolução CFM n. 1.805/2006 e algumas considerações preliminares à luz do Biodireito Brasileiro. *Rev Bioethikos*. 2011;5(1):28-34.
25. Bertachini L, Pessini L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. *Rev Bioethikos*. 2010;4(3):315-23.

26. Torreão LA, Pereira CR, Troster E. Ethical aspects in the management of the terminally ill patient in the pediatric intensive care unit. *Rev Hosp Clín Fac Med São Paulo*. 2004;59(1):3-9.
  27. Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. *Rev Bioética*. 2008;16(1):61-83.
  28. Pessini L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. *Rev Bioética*. 2004;12(1):39-60.
  29. Caetano JA, Andrade LM, Soares E, Ponte RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery*. 2007;11(2):325-30.
  30. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev Latino Am Enferm*. 2002;10(2):137-44.
  31. Santana JCB, Rigueira ACM, Dutra BS. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. *Rev Bioethikos*. 2010;4(4):402-11.
- 

Recebido em: 03 de agosto de 2012.  
Versão atualizada em: 31 de agosto de 2012.  
Aprovado em: 17 de setembro de 2012.