

Profissionais de saúde frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura

Health professionals facing the patient out of therapeutic possibility of cure

José Paulo da Silva¹, Clara Caroline dos Santos Silva¹, Jocellem Alves de Medeiros¹, Maxsuel Mendonça dos Santos¹, Henry Walber Dantas Viera², José Jailson de Almeida Júnior¹

Como citar:

Silva JP, Silva CCS, Medeiros JA, Santos MM, Viera HWD, Almeida Júnior JJ. Profissionais de saúde frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura. REVISA. 2019; 8(3): 337-47. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p337a347>

REVISA

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi. Cruzeta, Rio Grande do Norte, Brasil.

2. Universidade Federal do Amazonas. Departamento de Enfermagem. Amazonas, Manaus, Brasil.

Recebido: 17/04/2019
Aprovado: 19/06/2019

RESUMO

Objetivo: conhecer os sentimentos, a formação e a conduta dos profissionais de saúde de nível superior diante do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura em uma unidade hospitalar. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os sujeitos do estudo foram quinze profissionais de saúde: três médicos, um fisioterapeuta, um nutricionista e dez enfermeiros que faziam parte do grupo de servidores efetivos desse hospital. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e gravada, contendo questões abertas. **Resultados:** Após análise dos dados surgiram quatro unidades temáticas: sobre a morte e o morrer, diante do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, cuidados paliativos e a família, formação profissional para cuidados no fim de vida. **Conclusão:** com a pesquisa, considerou-se que a aceitação da morte está presente, entendendo como processo natural, que há falta de formação voltada para cuidados paliativos e reflexões sobre a temática da morte e que os cuidados paliativos se estendem as famílias. Destacamos a necessidade de formação concreta voltada para atender o paciente no fim da vida e discussões sobre a morte e o morrer.

Descritores: Morte; Morrer; Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Objective: to know the feelings, training and conduct of higher level health professionals in front of patients without therapeutic possibility of cure in a hospital unit. **Method:** It is a qualitative, descriptive and exploratory research. The study subjects were fifteen health professionals: three doctors, one physiotherapist, one nutritionist and ten nurses who were part of the group of effective employees of this hospital. Data were collected through semi-structured and recorded interviews containing open questions. **Results:** After analyzing the data, four thematic units emerged: on death and dying, in front of the patient with no therapeutic possibility of cure, palliative care and the family, professional training for end-of-life care. **Conclusion:** with the research, it was considered that the acceptance of death is present, understanding as a natural process, that there is a lack of training focused on palliative care and reflections on the theme of death and that palliative care extends to families. We emphasize the need for concrete training aimed at attending the patient at the end of life and discussions about death and dying.

Descriptors: Death; Die; Palliative care.

ORIGINAL

Introdução

Desde os primórdios da humanidade, quando o homem se tornou *sapiens*, a morte constitui o evento que mais assusta a vida, do qual não possui compreensão, controle e previsibilidade. O processo de percepção acerca da morte e do morrer tem se modificado ao longo dos tempos progredindo de uma aceitação serena e natural para uma situação de tabu de sociedade.¹

A vida e a morte se fazem parceiras inseparáveis e, embora o homem compartilhe com os animais o nascer, o crescer, o envelhecer e o morrer, apenas ele, dentre todos os seres vivos, é o único consciente de sua finitude. Esta consciência não é separada do mundo que o cerca, mas uma consciência que tende para o mundo.² Dessa maneira, o olhar que o homem tem do mundo é gerado pelas suas experiências através de percepções de tudo que já foi vivido, dessa forma, o homem conhece a morte sempre do outro, mesmo a vida e a morte inseparáveis, enquanto houver vida, a morte não existirá, quando a morte chegar, a vida terá que lhe dar o seu lugar.

Observando o comportamento dos homens diante da morte em outras épocas, na Idade Média para a Idade Moderna houve um certo deslocamento de foco para com a morte. Ao longo da Idade Média a morte era tida e compreendida enquanto um fenômeno surpresa, fatal e natural, que não poderia sofrer interferência, somente deveria ser aceito e compreendido. Já na Idade Moderna o foco está voltado às causas e aos motivos que levam à morte de um indivíduo e diante disto a preocupação para que a ciência atue com métodos e fórmulas para conseguir interromper e modificar o curso da morte.³

O advento das tecnologias proporciona cada vez mais melhorias no âmbito da saúde, o morrer foi se distanciando e a morte sendo cada vez mais ocultada para longe dos olhares da sociedade, sendo então transferida para os hospitais.¹

A repulsa pela morte e os conhecimentos adquiridos para o seu adiamento indefinido por parte da medicina, legitimaram a passagem do quarto do moribundo da sua casa para o hospital. Esse passou a ser o templo da morte solitária. Apenas os parentes mais próximos acompanham, a uma distância segura, o findar, não raro longo e silencioso, do ente querido. Chega ao fim a morte solene e circunstanciada, em família: morre-se no hospital, símbolo da extraterritorialidade da morte. Sendo a morte considerada obscena e embaraçosa, nada pode deixar de vestígio.⁴⁻⁵

Assim, para superar as dificuldades encontradas no processo de terminalidade, os cuidados paliativos surgiram como uma modalidade terapêutica que tem por filosofia melhorar a qualidade de vida dos pacientes e das famílias no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio dos sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais, priorizando uma abordagem multiprofissional.⁶

O advento dos cuidados paliativos surgiu como novo ideário da “morte contemporânea” que é a conclusão de uma obra, de preferência bela, harmoniosa e produtiva, busca infindável de si, da totalidade, da identidade individual, devendo resultar em um final de vida digno e belo. O produto desta construção conduz à ideia de uma estetização da morte, na qual o doente se mantém tranquilo, uma vez acolhido por uma equipe que o trata de modo individualizado. Em sua singularidade, pode permanecer com suas

características físicas, com suas roupas, adereços, em um ambiente personalizado: em casa ou no quarto do *hospice* [como são denominados os estabelecimentos desse gênero], decorado segundo sua escolha. Frequentemente, à imagem da “bela morte” associa-se a ideia da “morte pacífica”, aliada à manutenção da identidade pessoal, onde a beleza está intimamente ligada às ideias de paz e harmonia. A “boa morte” é produzida por quem está morrendo e o produto deve ser belo.⁷

Os princípios que regem os cuidados paliativos são: reafirmar a importância da vida, considerando o morrer como um processo natural; estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais (obstinação terapêutica); propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado; oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a levar uma vida tão ativa quanto lhe for possível antes que a morte sobrevenha; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto.⁸⁻⁹

Atualmente, a formação para cuidados paliativos preenche a lacuna existente entre a morte vista como o fracasso do tratamento e a morte observada sob a perspectiva de oportunizar uma assistência humanizada e de qualidade. Dessa forma, há uma harmonização entre a competência técnica da medicina com a cura e a cultura do respeito à autonomia do paciente no que se refere às suas decisões de sua saúde e de sua vida.¹⁰

É perceptível que os cuidados paliativos possuem interfaces múltiplas com outras disciplinas e com questões relacionadas à família, qualidade de vida, morte, espiritualidade, dor e mudança de atitude profissional e expandem sua abrangência para as práticas de cuidados para além da saúde do paciente. Têm como uma de suas características marcantes um encadeamento de ações, preocupações e cuidados, que traz à frente o outro que necessita de ajuda. Isso reforça sua dimensão ética para os profissionais, pois aponta para a dimensão relacional do humano. Esses cuidados também envolvem uma complexa rede de interações, que abarca diferentes formas de saberes, valores, crenças, significados e resiliência, moldando as práticas de saúde em um contexto sociocultural.¹¹

Nesse contexto, a pesquisa justifica-se pela importância de conhecer a percepção dos profissionais da área da saúde sobre os cuidados no fim da vida, no que diz respeito a formação profissional para o enfrentamento dos desafios do cuidado ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, assim como seus sentimentos, fragilidades e condutas adotadas, para então possibilitar maiores discussões sobre melhorias na prestação de tais cuidados.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi conhecer a percepção e como os profissionais de saúde de uma unidade hospitalar lidam com pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, a morte e cuidados paliativos.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. O fato de ser qualitativa permite descrever e interpretar de forma mais ampla, o que lhe é transmitido, não se preocupando com generalizações, princípios e leis, focando a sua atenção no específico, peculiar e individual, almejando a

compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados.¹²

A coleta de dados foi realizada no Hospital Regional do Seridó - HRS, conhecido como antigo Hospital do SESP. As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2016, através de entrevista gravada, com perguntas abertas abordando os temas: morte e morrer, conhecimento sobre cuidados paliativos, formação sobre cuidados no fim de vida e possibilidade de realização de cuidados paliativos no referido hospital dentro da área de formação de cada entrevistado.

A entrevista foi realizada após abordagem direta ao profissional em momentos de pouca demanda de serviços e a partir da aceitação era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, após a concordância, o mesmo era assinado e dava-se início à gravação da entrevista, posteriormente transcritas para arquivo eletrônico Word e submetidas a avaliação e análise dos dados.

Foi utilizada a técnica de entrevista a qual o pesquisador busca as informações contidas nas falas dos sujeitos envolvidos na pesquisa.¹³ A entrevista foi orientada a partir de questões norteadoras (Quadro 1). O público alvo da pesquisa eram todos os profissionais de nível superior lotados no HRS que aceitassem participar após convite. O público alvo em potencial seriam todos os profissionais lotados na unidade, num total de 32 profissionais com diversas formações na área da saúde como: médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermeiros.

Quadro 1- Entrevista - perguntas da pesquisa

Entrevista - perguntas da pesquisa
1. O que você entende sobre a morte e o morrer?
2. O que você entende por cuidados paliativos?
3. Na sua formação, teve alguma disciplina, curso ou capacitação sobre cuidados no fim de vida?
4. De que forma se deu essa formação?
5. Como você se sente frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura?
6. Como você se sente diante do paciente que está morrendo e tem ordem de não reanimar?
7. No seu campo de atuação profissional é possível realizar cuidados paliativos? Sim ou não e por quê.
8. Há algo que você gostaria de falar e que eu não perguntei?

Entre os profissionais que compunham o público alvo, foram abordados 22 profissionais de diversas formações, havendo sete recusas à participação da pesquisa, sendo quatro delas por assistentes sociais, por um psicólogo e dois médicos.

Participaram do presente estudo 15 profissionais de nível superior, sendo três médicos, um fisioterapeuta, um nutricionista e dez enfermeiros com variados tempos de profissão. Esses participantes aceitaram responder as perguntas após abordagem direta.

A análise dos resultados foi feita a partir da perspectiva que estipula as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos: 1) a pré-

análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.¹³

Após a análise do conteúdo das entrevistas e diante dos mais diversos conteúdos descritos pelos entrevistados, partiu para a categorização das falas, reunindo-as conforme contextos apresentados, dispensando a localização da entrevista buscando uma categoria comum para as falas mais importantes iniciando assim o processo de categorização (Quadro 2). A partir da categorização é realizada uma análise dos discursos de forma mais agrupada, mais objetiva e concreta, extraindo da subjetividade das respostas transcritas os sentimentos verdadeiros e as angústias desses profissionais.

Quadro 2- Categorias e elementos de análise.

Categoria	Elemento de Análise
Sobre morte e o morrer	Processo natural
	Fim do ciclo da vida
Diante do paciente fora de possibilidade terapêutica cura	Prestação dos cuidados paliativos
	Não prolongar o sofrimento
	Angustia
	Impotência
Cuidados paliativos e a família	Necessidade por parte da equipe
	Apoio multiprofissional
Formação profissional para cuidados no fim de vida	Formação insuficiente
	Necessidade de formação

Resultados

A aceitação da morte

A morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida. O morrer, como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e aquele em que o indivíduo deixa de responder a qualquer medida terapêutica, progredindo inexoravelmente para a morte.¹⁵

Foram encontrados relatos de aceitação da morte como forma natural e vista como o fim de um ciclo da vida, enfatizado pelo discurso de apoio ao não prolongamento do sofrimento por meio de procedimentos desnecessários diante da iminência da morte.

[...] com o tempo eu aprendi a aceitar isso, também que o morrer, ele é uma coisa tão natural quanto se alimentar, tão natural quanto coisa que você faz na vida, felizmente a gente morre, mas é natural, tudo que é vivo morre, nada que foi vivo até hoje teve vida eterna. (E 06)

O sentimento de aceitação surge devido a compreensão que a morte é inevitável. Parte-se do princípio que apesar de tudo que pode ser escrito ou dito, somente o homem tem consciência de sua morte, já que todos os seres vivos possuem um ciclo vital, ontem nascemos, hoje envelhecemos, amanhã morreremos em ato consumado.¹⁶

[...] por que a reanimação naquele momento ia apenas prolongar, ia assim de encontro ao cuidado paliativo ao invés de ofertar pra aquele paciente conforto, alívio da dor, muito pelo contrário, ia estressá-lo mais ainda, estressar o seu processo de morte, provocar nele uma dor desnecessária e, mais importante de tudo, não ia surtir nenhum efeito. (E 01)

É fato inquestionável que qualquer ação profissional deva ser pautada na atenção e respeito aos princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, autonomia do paciente e justiça; além de ser coerente quanto à utilização de recursos na definição dos cuidados em saúde. As dúvidas sobre até que ponto investir no paciente persistem.¹⁷

[...] não vai prolongar o sofrimento do paciente, a partir do momento que você reanima um paciente que não tem indicativo de reanimação você tá prolongando o sofrimento dele, então por isso que muitas vezes eu sou a favor. (E06).

Os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia do paciente e justiça junto com uma enorme dose de bom senso embasam as decisões desses profissionais como nesse trecho de umas das entrevistas:

“[...] a tentativa de reanimar, você tá aumentando o sofrimento daquele paciente que vai de encontro até aos cuidados paliativos, aquela meta da gente de dar um conforto ao paciente principalmente no final da vida.” (E11).

Os profissionais envolvidos nesse tipo de cuidado têm a difícil tarefa de decidir sobre a manutenção da vida de pacientes que já foram vencidos pela doença, onde o tratamento clínico não faz mais efeito e o organismo inteiro entra em falência, então, para a eles não resta mais nada a não ser o respeito pelo curso normal da natureza, aceitando a morte como algo inevitável e irreversível promovendo o conforto de uma morte digna.

Diante do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura

Diante do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura clínica foi constatado os sentimentos de impotência, angústia e tristeza. Sentimento este criado pelo modelo curativista ensinado nos cursos da área da saúde, onde o sucesso da medicina é a cura completa do paciente, quando isso não é possível, fica o sentimento de fracasso da ciência, esquecendo o que a natureza em seu curso firme às vezes não aceita interferências.

“Eu acho que como todo mundo né, a gente se sente impotente por que é um momento que você, todo seu conhecimento, tudo aquilo que você aprendeu, você não pode usar no sentido de salvar uma vida.” (E 15).

Os profissionais de saúde no assistir ao morrer dos pacientes terminais eram conduzidos à reflexão em relação a finitude da vida humana. Apesar de

disponem de vários recursos científicos e tecnológicos que permitem o prolongamento da vida, no momento em que a morte chega percebe-se que não há o que fazer.¹⁸

O paciente terminal e os cuidados paliativos

A morte do paciente terminal que está sob a óptica dos cuidados paliativos não é vista como fracasso terapêutico, mas sim como uma possibilidade enorme de reflexão e aprendizado para a equipe, é momento de reflexão sobre a própria finitude, é a hora de pensar no que está, de fato, se fazendo da própria existência.

[...] paciente tal está em cuidados paliativos aí eu disse assim, ah é só cuidados paliativos depois eu prontamente já me corrigi, só não, tudo. O cuidado paliativo, o fato de você proporcionar o mínimo que seja, mínimo conforto que seja àquele que está no final da vida já é de suma importância, você está livrando ele de uma dor, de um sofrimento. (E01)

Os cuidados paliativos não visam a cura, mas sim a promoção de qualidade de vida e conforto nos momentos finais, dessa forma, quem presta cuidados paliativos não se deparam com a iminência do fracasso ao assistir o paciente em sua terminalidade, mas sim com a infinita possibilidade de fazer valer a pena os últimos dias de vida, com vida de verdade nesses dias, não somente com presença dos sinais vitais dentro dos padrões considerados normais.

Os pacientes estarão fora de possibilidade terapêutica de cura, mas estará dentro da terapêutica dos cuidados paliativos, da assistência em outras áreas da vida, da possibilidade de encontro com o verdadeiro ser que essa pessoa foi durante toda a vida e agora se prepara para deixar de existir, para separar-se dos que gosta, daqueles que estiveram presentes no decorrer da vida e até daqueles que só estiveram juntos no decorrer da doença e do processo de morrer.

A formação profissional para lidar com o paciente no fim da vida

A formação dos profissionais de saúde com relação a temática da morte e do morrer pelas universidades e cursos de formação foi considerada insuficiente nos achados da pesquisa. Nas falas dos entrevistados, quando perguntados sobre a formação em cuidados de fim de vida, em sua grande maioria trouxeram a afirmação da falta de tal formação, e quando houve alguma, eram restritas a uma única disciplina durante toda a graduação, geralmente vinculada a disciplina de ética e bioética, não passando de uma discussão sobre o tema.

A evidência na lacuna da formação profissional na temática da morte e do morrer. O conteúdo ensinado na graduação, não preenche de forma significativa, a necessidade do saber profissional para cuidar do ser morrendo. A morte é um fenômeno bastante complexo, com profundas implicações humanas e esse fenômeno deve ser compreendido de maneira interdisciplinar, o que comumente não ocorre na maioria dos cursos.¹

[...] é uma deficiência nossa muito grande, não só do enfermeiro não, do médico, do psicólogo, do assistente social, do fisioterapeuta, do técnico, de qualquer pessoa que “teja” na, na equipe assistencial naquele instante e se isso for levado em conta pela academia, eu acho que a gente que a gente estaria bem melhor hoje. (E07)

Uma revisão de literatura evidenciou de modo consistente, que o assunto morte e morrer vêm sendo negligenciado nas instituições de formação, o que repercute em tensões que incidem na prática profissional. Como decorrência da falta de preparo, afloram dificuldades e sofrimentos vivenciados pelos profissionais e estudantes de enfermagem que, muitas vezes, acabam por recorrer a soluções solitárias no enfrentamento das questões mobilizadoras de inquietação. A pouca atenção conferida à temática repercute sobre a conduta adotada frente ao paciente que, por vezes, se torna fria, distante, impessoal e tecnicista.¹⁹ A exposição contínua e constante ao estresse gerado pelo contato cotidiano com a morte e o morrer dos pacientes, sem que haja dispositivos protetores institucionalizados para seu alívio e elaboração, pode afetar a saúde mental dos profissionais.

Os cuidados paliativos e a família do paciente

A família foi citada como parte importante a ser assistida pelos cuidados paliativos, sendo a célula principal da vida do paciente que muitas vezes tem uma visão da morte diferente da visão do paciente e não compreendem quando as possibilidades terapêuticas para a cura se esgotam. Nesse momento, a equipe multidisciplinar faz imensa diferença oferecendo apoio e prestando informações sobre o estado do paciente.

Com relação a família, a tarefa mais difícil é se fazer entender que a cura já não é mais possível e que o desejo de ter seu ente querido vivo por mais um tempo só será possível mediante medidas terapêuticas que tiram o conforto e vai de encontro aos princípios da boa morte e muitas vezes essas explicações não são dadas de forma clara pelos médicos que conduzem o tratamento, soando como um abandono do paciente no entendimento leigo dos familiares.

“[...] ainda tem a questão familiar né, o acolhimento da família e, como profissional você fazer entender aquele processo né, pra que seja, é, seja minimizado os sofrimentos excessivos e desnecessários pra o paciente e pra família” (E 07)

“Eu acho que, que essa questão de cuidados paliativos, isso deve ser uma coisa muito bem conversada com a família, principalmente né, porque você chegar pra uma pessoa que tá doente e dizer que ela, que a, o paciente dela não tem mais cura é muito duro.” (E 10)

Esse é um momento de crise para a família que pode resultar em sofrimento, dúvidas e conflitos. Está intimamente relacionada com sua preparação para enfrentar o processo de morte, a estrutura social na qual está inserida, a intensidade e a forma como tudo ocorreu.¹⁷

Prestar cuidados paliativos e assistir os pacientes em sua terminalidade vai muito além da simples presença com meios técnicos e medidas curativas, é necessário um envolvimento mais apurado da alma, a consciência que não somos eternos e sim seres para a morte. Entender que só morre quem viveu, só morre quem soube aproveitar o presente que a morte nos dá, esse presente é a vida.

Discussão

Os sentimentos ao serem desvelados envolvem a temática da morte e morrer, enriquece e consolida o conhecimento acadêmico acerca de tal processo, permitindo que seja feita reorganização de conceitos e criando espaços para o diálogo entre o viver e o morrer.¹ Nesse processo de formação acadêmica faz-se necessário formar esses futuros profissionais, incentivando-os a perder o medo que sentem da morte e aprender a cuidar do ser em iminência de morte. E com esse cuidado, colher as lições que o momento proporciona para enfrentar melhor a vida.

Os profissionais de enfermagem são preparados para a assistência de tratar e curar os pacientes através do cuidado, perdendo de vista que a morte faz parte da condição humana. O cuidado e assistência são essenciais tanto no decorrer da vida, como também no momento da morte.²⁰

É um cuidar desafiador, um desafio diário em lidar com o estado de piora do paciente, a aceitação, o medo, a ansiedade e a confiança, cuidando do paciente fora de possibilidade de cura, mas não fora de possibilidade de cuidados.²⁰

Se mostra necessária uma reflexão sobre a temática do morrer, pois dessa forma teremos profissionais mais sensíveis às necessidades daqueles de quem cuidam e possam vir a prestar uma assistência mais humanizada. Essa reflexão deve ser reforçada na academia uma vez que, esse espaço, o aluno vivencia um processo de aprendizagem com vistas a desenvolver novos valores e conceitos sobre a vida humana em uma perspectiva bioética.¹

A hospitalização em fim de vida é necessária quando é impossível para os familiares manterem, por tempo indeterminado, um doente em casa enquanto trabalham, principalmente quando a autonomia e independência do paciente estão seriamente comprometidas, quando não conseguem suportar ou assistir ao sofrimento de uma pessoa querida ou quando há necessidade de recursos especializados para manutenção da vida.²¹ A terapêutica paliativa se inicia quando a terapêutica curativa deixa de ser o objetivo, estando associada a uma intervenção interdisciplinar que não tem o objetivo de antecipar a morte nem de prolongar a vida, estando voltada para o controle dos sintomas como dor, fadiga, dispneia e preservação da qualidade de vida do paciente e da família, para que vivam tão ativamente quanto possível essa etapa da vida.

Os cuidados ao doente em fase terminal representam um grande desafio para os profissionais que devem reconhecer que, quando as metas do curar deixam de existir, as metas do cuidar devem ser reforçadas. Desta forma, quando os conhecimentos nada mais podem fazer para salvar a pessoa do inevitável, a comunicação terapêutica (onde o toque, o olhar e a expressão corporal tornam-se mensageiros) permite ajudar a pessoa a morrer com dignidade.²²

Os estudos são unânimes em apontar ausência de formação acadêmica para as classes profissionais que se inserem no ambiente ambulatorial e hospitalar, constituindo uma falha importante na educação de pessoas que se defrontaram com as condições de finitude e terminalidade em todo seu processo de trabalho.

Considerações finais

Portanto com essa pesquisa é possível perceber uma grande deficiência no ensino e preparo dos profissionais da área da saúde para lidar com o paciente terminal e a morte. Essa temática tem sido deixada de lado em detrimento do ensino de técnicas e procedimentos para a manutenção da vida, uma característica do modelo curativista, que visa a cura acima de tudo, deixando de lado a qualidade da vida nos últimos dias antes da morte, privando esse evento de toda dignidade e emoção que merece, aceitando que a natureza possui seu próprio tempo.

Os cuidados paliativos deixaram de ser um sonho ou apenas uma nova modalidade de cuidados para se tornar uma necessidade, para que isso se efetive nos serviços de saúde é necessária uma formação de qualidade desde a graduação para que se promova dignidade no fim da vida. O paciente fora de possibilidade terapêutica de cura precisa de dignidade, respeito e apoio em todas as suas dimensões e isso só é possível se essa assistência for prestada por quem está de fato preparado para entender os limites do paciente, compreender seus medos, apoiar os que ficam.

Referências

1. Pessoa RL. O estudo da morte na formação do enfermeiro: percepções de estudantes [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012.
2. Araújo FP. O existir do homem. *Metavóia*. Julho 1998-1999; (1): 71-74.
3. Elias N. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. 1 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editora; 2001.
4. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13 (1): 99-104.
5. Medeiros LA, Lustosa MA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Rev. SBPH*. 2011; 14 (2): 205.
6. Cardoso DH, Viegas AC, Santos BP, Muniz RM, Schwartz E, Thofehr MB. O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. *av. enferm*. 2013; 31 (2): 84.
7. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
8. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. *Palliative care*. 2007; 02-03.
9. Rodrigues IG. Cuidados paliativos: análise de conceito [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
10. Machado RS, Lima LAA, Silva GRF, Monteiro CFS, Rocha SS. Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cult. Cuid*. 23 novembro de 2016; 20 (45): 91-97.

11. Bushatsky M. Paciente fora de possibilidade terapêutica: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde da finitude e de cuidados paliativos [Tese]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
12. Garnica AVM. Some notes on qualitative research and phenomenology. *Interface (Botucatu)*. Agosto de 1997; 1 (1): 109-122.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 1977.
15. Morizt RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Rev. bioet.(impr.)*. 2005; 13 (2): 51-63.
16. Lima JL. Morte e morrer: a importância do estudo para profissionais de enfermagem. *Professores uff*. 2004; 01-10.
17. Santana JCB, Campos ACV, Barbosa BDG, Baldessari CEF, Paula KF, Rezende MAE, Dutra BS. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikos*. 2009; 3 (1): 77-86.
18. Maranhão JLS. O que é morte. 1 ed. São Paulo: Brasiliense; 1985.
19. Santos MA, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18 (9): 2757-2768.
20. Silva RS, Campos AER, Pereira A. Cuidando do paciente em processo de morte na unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. Junho de 2011; 45 (3): 738-744.
21. Kruse MHL. Cuidados paliativos: uma experiência. *Revista HCPA*. 2007; 27 (2): 49-52.
22. Guedes JAD, Sardo PMG, Borenstein MS. A enfermagem nos cuidados paliativos. *Online braz. j. nurs. (online)*. 2007; 6 (2): 1-7.

Autor de Correspondência

José Paulo da Silva,
Rua Antônio Hipólito de Medeiros, 197. CEP:59375-000.
Cruzeta, Rio Grande do Norte, Brasil.
cbebpaulosilva@hotmail.com