

# Percepções e conflitos dos acadêmicos de enfermagem sobre cuidados paliativos

## *Perceptions and conflicts of nursing students about palliative care*

**Bruna Mara Rapanos<sup>a</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3404-934X>

**Edina Correia de Oliveira<sup>b</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6588-8168>

**Wellington Fernando da Silva Ferreira<sup>c</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9474-2421>

### Resumo

**Objetivo:** Evidenciar percepções assistenciais sobre cuidados paliativos em acadêmicos de graduação em enfermagem que possuam formação auxiliar/técnica. **Materiais e Método:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo descritivo, com 29 acadêmicos do curso superior em enfermagem, com experiência técnica, em diversos semestres de um Centro Universitário em Curitiba, Paraná. **Resultados:** A população avaliada foi predominante do gênero feminino, com média de idade de 33 anos, com formação técnica e experiência profissional média de 9 anos. O conceito de cuidados paliativos referido pelos acadêmicos não abrange todas as características recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. Contudo, quanto aos cuidados paliativos, predominaram as respostas de conhecimento técnico. Em relação aos sentimentos vivenciados destacaram-se: tristeza, dever cumprido, gratidão, impotência, e algo desagradável. Destacou-se, o conhecimento preliminar centrado na predominância de uma assistência do modelo biomédico. A execução de procedimentos técnicos/científicos prevaleceu em relação ao cuidar psicológico, diante do referencial teórico de Margaret Jean Watson. **Conclusão:** Observou-se, através das percepções relatadas, a necessidade de conhecimento adicional acerca de cuidados paliativos para despertar o interesse em acadêmicos e profissionais de enfermagem, e criar espaços para reflexões sobre o tema morrer e morte. Desse modo, pode-se inferir que os achados tendem a conduzir a ricas discussões no sentido de elevar a qualidade no ensino voltado aos cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; enfermagem; acadêmicos; terminalidade

### Abstract

**Objective:** To evidence the care perceptions about palliative care in nursing nursing stages, with initial/technical support. **Method:** This is a cross-sectional, quantitative, descriptive and analytical study with 29 undergraduate nursing students, using the technical technique in recent

<sup>a</sup> Enfermeira, pelo Centro Universitário Campos de Andrade UNIANDRADE. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: [bruna.rapanos@hotmail.com](mailto:bruna.rapanos@hotmail.com)

<sup>b</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador, Mestrado em Educação pela Universidad de La Empresa - UDE - Uruguai, Docente titular da Coordenação de Estágio em Enfermagem do Centro Universitário Campos de Andrade UNIANDRADE. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: [edina.oliveira@uniandrade.edu.br](mailto:edina.oliveira@uniandrade.edu.br)

<sup>c</sup> Enfermeiro, Especialista em Saúde do Idoso e Gerontologia, Mestre em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Paraná - (UFPR). Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: [wellingtonferreira42@gmail.com](mailto:wellingtonferreira42@gmail.com)

years from a university center in Curitiba, Paraná. **Results:** The population has a predominance of females, with an average age of 33 years, with technical training and average professional experience of 9 years. The concept of palliative care, according to academics, does not cover all the characteristics of the World Health Organization. However, regarding palliative care, they predominated as answers to technical successes. Regarding the feelings experienced stood out, sadness, desire fulfilled, gratitude, helplessness, and something unpleasant. Preliminary knowledge focused on the predominance of biomedical care. The execution of technical/scientific procedures prevailed in relation to psychological care, in view of Margaret Jean Watson's theoretical framework. **Conclusion:** Observe, through evident perceptions, the need to know more about palliative care to arouse interest in academics and nursing professionals, and create spaces for reflections on the theme of death and death. Thus, we can infer that the findings hinder the debates of a teaching focused on palliative care.

**Keywords:** palliative care; nursing, academics; terminality

## Introdução

O dualismo morte/morrer é conceituado como fenômeno natural da vida, assim como o nascimento, desenvolvimento e amadurecimento. Nesse contexto, a dinâmica e o processo morrer e morte coexistem, porém, este desperta desconforto e temor ao ser humano, sendo explanado por dificuldades em entender que a cada dia estamos próximos da finitude<sup>1</sup>.

Na atualidade, o homem moderno a identifica como um tabu, algo que precisa ser abolido a qualquer preço, justificada esta pela tentativa de diminuir o sofrimento, entretanto quando não é possível, torna-se inaceitável, provocando sentimentos de negação, remetendo à ilusão de imortalidade<sup>2</sup>. Com o passar dos anos o processo morrer/morte, tornou-se institucionalizado, deixando de acontecer na presença de familiares e amigos, porém, na companhia de tubos e equipamentos, principalmente de profissionais atarefados, fazendo com que elaborem uma má concepção de luto<sup>3,4</sup>.

Para a teórica Margaret Jean Watson, precursora do cuidado humanístico e empatia, qual é considerada por meio do relacionamento transpessoal, um instrumento para estabelecer princípios ao atendimento humanizado, entre profissional e paciente no momento que antecede a morte, ressalta neste sentido que é necessário permitir ao paciente sempre que

possível, participações e decisões importantes em relação à vida. Para tal, o profissional de saúde precisa estar preparado para enfatizar o cuidado holístico, acompanhando e entendendo-o em todo o processo<sup>5,6</sup>.

Entretanto, é relevante a observação de dados fornecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), a qual salienta um envelhecimento populacional crescente em comparação à fecundidade: a expectativa de vida em 2010-2015 passou para 78 anos em países desenvolvidos e 68 anos nas regiões em desenvolvimento, para 2050 os recém-nascidos podem esperar viver até os 83 anos. Contudo, o Brasil vivencia cerca de um milhão de óbitos/ano, sendo a maior parte gerada por doenças crônicas e ocorrida em hospitais nas unidades de terapia intensiva<sup>7,8</sup>.

Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), evidenciam que as causas primordiais de morte no Brasil, incluem em primeiro lugar: as doenças cardiovasculares, em segundo lugar: causas externas como exemplo traumatismo graves, e em terceiro lugar: doenças oncológicas<sup>9,10</sup>.

Diante de contextos globais com objetivos bem definidos, visando respeitar o limite do paciente, não interferindo de nenhum modo nos processos naturais do corpo, iniciado no Reino Unido por Cecily Saunders com o movimento *Hospice*,

fundado no *Saint Christopher Hospice*, em Londres, tendo como finalidade formar uma equipe multidisciplinar propondo um atendimento humanizado, no início indicado apenas para portadores de câncer avançado, idosos e pacientes portadores de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)<sup>11,12</sup>.

Cuidados paliativos são preconizados a todos os pacientes cuja patologia não responde ao tratamento curativo. Essa temática solicita do enfermeiro uma postura ética com dimensões técnicas, porém, destacam-se, dilemas e impasses de natureza jurídica para a reflexão correta frente à finitude, em questões de bioética, autonomia ao paciente, responsabilidade sobre suas ações e decisões, juntamente com a equipe multidisciplinar, em contrapartida a beneficência exercida pelos profissionais a fim de salvar vidas, diante de grandes conhecimentos técnicos-científicos, declinando o paciente e sua história<sup>12,13</sup>.

Nessa perspectiva, discute-se sobre eutanásia e ortotanásia, em que a primeira é conceituada pela prática médica, farmacológica ou outras como forma de abreviar a vida de um enfermo incurável, condenada pelo código de ética profissional. A segunda é tida como morte correta sem sofrimento, não interferindo em seu processo natural, em tentativa de manter a vida, assim flui o cuidado paliativo, trazendo qualidade às fases terminais, respaldo aos profissionais de saúde, fazendo com que haja respeito à falência do corpo humano<sup>13,14</sup>.

Inicia-se, então, a preocupação relacionada ao ensino desses cuidados oferecidos para cursos de medicina e enfermagem. Nos cursos brasileiros de graduação em enfermagem falar sobre o tema morte é difícil, diferente de falar de um procedimento técnico, pois envolve diversos fatores como crença, religião, culturas e até mesmo experiências prévias. Portanto, a assistência oferecida pelo profissional de saúde no período que antecede a morte, deverá ser revista nos

cursos de graduação, pois há a necessidade técnica, mas também o cuidar emocional, pois a morte reflete o limite da capacidade do profissional<sup>14,15</sup>.

No entanto, faz-se necessário uma reflexão pelos enfermeiros sobre a assistência ofertada, entendendo que a cada dia cresce o número de doenças incapacitantes e que existe a necessidade de implantar serviços específicos que busquem a realização de medidas voltadas para qualidade de vida, não enfatizando o prolongamento desnecessário da morte, aliviando o sofrimento<sup>11-16</sup>.

Diante do exposto, sabe-se que o enfermeiro é o profissional preparado para cuidar, desde a concepção até a finitude do ser humano, considera-se, de suma importância descobrir se esses profissionais estão preparados para vivenciar e orientar no momento morrer e morte. Desse modo, o presente artigo objetiva evidenciar percepções assistenciais acerca de cuidados paliativos em acadêmicos de graduação em enfermagem, que possuem formação auxiliar/técnico.

### **Casuística e método**

Trata-se de um estudo transversal quantitativo, descritivo exploratório, desenvolvido em uma instituição de ensino superior na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. Foi escolhido como cenário o curso de graduação em enfermagem. Fizeram parte da amostra de conveniência acadêmicos que já concluíram o curso auxiliar/técnico de enfermagem. A população constituiu um total de 30 (trinta) acadêmicos, com inclusão do 1º ao 8º período, matutino, porém, descartada 1 (uma) amostra, por identificar-se como técnico de enfermagem, mas egresso no curso de nutrição, o que não corresponde aos critérios de inclusão para este estudo, vale salientar a observação de 12 (doze) recusas, a qual impossibilitou a ampliação da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2018, após submissão

e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).

O levantamento de dados ocorreu por meio de questionário semiestruturado, com preenchimento em aproximadamente 7 (sete) minutos, e realizado nas dependências da instituição em local reservado, os participantes foram previamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa.

O anonimato foi assegurado através da identificação com a letra 'A' para auxiliares e 'T' para técnicos, as respostas foram classificadas em ordem numérica crescente. As respostas discursivas não sofreram alterações por parte do pesquisador. O questionário foi aplicado ao acadêmico que aceitou participar da pesquisa, mediante o prévio preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critérios para inclusão foram adotados: homens e mulheres que já concluíram o curso auxiliar/técnico de enfermagem, e atuam ou já atuaram na assistência a pacientes hospitalizados, e que já tiveram experiências prévias com o cuidado ao paciente fora de possibilidades terapêuticas.

Já para os critérios de exclusão foram preteridos homens e mulheres que concluíram o curso auxiliar/técnico em enfermagem, e não estabeleceram contato com a profissão, independente da época até a realização desta pesquisa, além de homens e mulheres sem a formação auxiliar/técnico em enfermagem, por concluir que estes não apresentam conhecimento teórico/prático sobre cuidados paliativos.

O questionário compreendeu três etapas, onde a primeira referiu-se, a 8 (oito) questões sociodemográficas, como gênero, idade, religião, atuação profissional (auxiliar/técnico), tempo de formado, tempo que efetivamente trabalha na enfermagem, período atual da graduação e existência de contato com o paciente sem possibilidade terapêutica, posteriormente foram analisadas de forma quantitativa.

A segunda etapa seguiu com 7 (sete) questões objetivas com 4 (quatro) alternativas, visando englobar discussões sobre os processos morrer e morte enfatizando os cuidados paliativos e conferindo a interpretação de cada estudante, abordaram-se questões sobre o conhecimento relacionado aos cuidados paliativos, o contato ao paciente sem possibilidades de cura, também sobre a orientação ao paciente e familiares, essas foram analisadas de forma qualitativa, baseando-se, em artigos recentes sobre cuidados paliativos.

Por fim, a terceira etapa, compreendeu 2 (duas) questões discursivas, com objetivo de verificar dados subjetivos sobre o tema proposto o que complementou as questões anteriores.

Os dados estão apresentados através de estatística descritiva, com números absolutos (N) e relativos (%), realizado pelo software EpiInfo 7.2.2 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United States of America*). Os dados subjetivos foram transcritos seguindo a teoria de Bardin<sup>17</sup>, realizando, pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos e interpretação aprimorada, categorizando as temáticas e transcrevendo os relatos conforme registrados pelos participantes.

O presente estudo encontra-se em seus legítimos aspectos éticos de pesquisa, em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, por meio da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com autorização do CEP do Centro Universitário Campos de Andrade-Uniandrade no parecer consubstanciado CAE n°: 79721017.0.0000.5218.

## Resultados

A presente pesquisa apontou resultados principais, os quais estão apresentados por meio de estatísticas quantitativa e gráficos, compreendendo a

composição amostral do público pesquisado, bem como tabelas e quadros para facilitar a visualização das características sociodemográficas, evidenciando os fatores de conhecimento e percepções acerca de cuidados paliativos dos acadêmicos de enfermagem. As análises dos resultados encontram-se, em discussão na subseqüência.

### Características sociodemográficas de acadêmicos de enfermagem

A caracterização sociodemográfica dos 29 (vinte e nove) acadêmicos/participantes, foram registrados na tabela a seguir. Este questionário corresponde à primeira etapa da pesquisa, em que cada participante assinalou 8 (oito) questões formuladas com o objetivo de traçar o perfil da amostra.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico dos acadêmicos do curso de Enfermagem, 1º ao 8º período, Curitiba Paraná.

Variáveis	N	%	Média
<b>Gênero</b>			
Masculino	6	20,6%	-
<b>Feminino</b>	<b>23</b>	<b>79,3%</b>	-
<b>Faixa etária</b>			
Menor ou até 20 anos	-	-	-
21-30	10	34,5%	
<b>31-40</b>	<b>11</b>	<b>37,9%</b>	<b>33</b>
41-50	8	27,6%	
Maior que 51 anos	-	-	-
<b>Praticante de alguma religião</b>			
<b>Católica</b>	<b>14</b>	<b>48,3%</b>	-
Evangélica	9	31%	-
Protestante	1	3,4%	-
Espírita	1	3,4%	-
Adventista	2	6,9%	-
Não	2	6,9%	-
<b>Período da Graduação</b>			
1º	4	13,8%	-
2º	1	3,4%	-
3º	2	6,9%	-
4º	1	3,4%	-
5º	3	10,3%	-
6º	3	10,3%	-
<b>7º</b>	<b>9</b>	<b>31%</b>	-
8º	6	20,7%	-
<b>Profissão</b>			
Auxiliar de enfermagem	4	13,8%	-
<b>Técnico de enfermagem</b>	<b>25</b>	<b>86,2%</b>	-
<b>Tempo de formado</b>			
Menos ou até 2 anos	2	6,9%	-
3 a 5 anos	3	10,3%	-
6 a 8 anos	4	13,8%	-
<b>Mais de 9 anos</b>	<b>20</b>	<b>69%</b>	-
<b>Experiência profissional</b>			
Menos ou até 1 ano	1	3,4%	-
2 a 4 anos	4	13,8%	-
5 a 7 anos	4	13,8%	-
<b>Mais de 8 anos</b>	<b>20</b>	<b>69%</b>	-
<b>Contato com paciente sem possibilidade de cura</b>			
<b>Sim</b>	<b>28</b>	<b>96,6%</b>	-
Não	1	3,4%	-
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>	-

Em análise dos dados obtidos para o perfil sociodemográfico dos acadêmicos/participantes, identificaram-se, as seguintes características: gênero masculino 20,6%, gênero feminino 79,3%. Em relação à faixa etária do público da pesquisa, a idade dos participantes variou entre 21 a 50 anos, porém, com predominância entre 31 a 40 anos, onde 37,9% dos participantes tiveram destaque e média de 33 anos.

Para tal, chama a atenção quando perguntado sobre a prática de alguma religião, visto que apenas 6,9% referiram não ser praticantes. A religião mais citada foi a católica 48,3%. A maioria dos participantes, 51,7%, encontram-se divididos nos dois últimos períodos da graduação (7° e 8°), e 48,1% dispersos entre os demais períodos, para contraste, apenas 27,5% dos referidos participantes estão

alocados entre o 1° ao 4° período do curso superior de enfermagem.

Diante do exposto, são integrantes do cenário de pesquisa 13,8% auxiliares de enfermagem e 86,2% técnicos de enfermagem, todos oriundos do curso superior em enfermagem. Na presente pesquisa observou-se, em uma análise de comparação, relações relevantes frente ao tempo de formado e experiência profissional, na qual pode-se inferir que, 69% dos participantes apresentam formação auxiliar/técnico de enfermagem há mais de 9 anos, e exercem a profissão desde formados, no entanto, ao responderem se já tiveram contato com pacientes sem possibilidades de cura, 96,6% dos participantes assinalaram que sim, isso salienta como é importante humanizar a assistência e formação com relevância ao enfermeiro.

### Variáveis relativas à temática: análise qualitativa frente ao conhecimento acerca de cuidados paliativos

O quadro a seguir compreende a segunda etapa da pesquisa, e seguiu com 7 (sete) questões objetivas com 4 (quatro) alternativas, visando englobar discussões sobre os processos morrer e morte

ênfatisando os cuidados paliativos e conferindo a interpretação de cada estudante, essas foram analisadas de forma qualitativa.

**Quadro 1.** Variáveis relacionadas ao conhecimento acerca de cuidados paliativos em acadêmicos do 1° ao 8° Período de enfermagem, Curitiba/2018.

ALTERNATIVAS		Conforto	Participação	Medicação	Qualidade	Total
QUESTÕES	Para você o que significa cuidados paliativos ou cuidados ao paciente fora de possibilidade terapêutica?	N12 41,4%	N2 6,9%	N10 34,5%	N7 24,1%	31*
		<b>Conhecimento técnico</b>	Conhecimento sobre a patologia	<b>Conhecimento do paciente</b>	<b>Conhecimento sobre a medicação</b>	Total
	O que é necessário para realizar cuidados paliativos?	N15 51,7%	N6 20,7%	N9 31,0%	N0 0%	30*
		<b>Prepara medicação</b>	Chama o médico	<b>Conversa com o paciente</b>	Apenas observa	Total
	Quais cuidados você presta ao	N5	N3	N21	N0	N29



<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>Conforto</b>	<b>Participação</b>	<b>Medicação</b>	<b>Qualidade</b>	<b>Total</b>
deparar-se com um paciente sem possibilidades de cura?	17,2%	10,3%	72,4%	0%	
	<b>Sobre técnicas</b>	<b>A ter paciência e ouvir</b>	Seguir prescrição médica	Não orienta	Total
Sendo você um líder de equipe, como orienta os demais membros sobre cuidados paliativos?	<b>N18</b>	<b>N10</b>	N2	N0	N30*
	62,1%	34,5%	6,9%	0%	
	<b>Pensar em algo; Deus</b>	Realização de técnicas	Medicações	<b>Encoraja</b>	Total
Você sendo enfermeiro, ao visitar o paciente em seu leito, necessita orientá-lo sobre cuidados paliativos, como o faz?	<b>N12</b>	N6	N4	<b>N8</b>	N30*
	41,4%	20,7%	13,8%	27,6%	
	Não esperar melhoras	<b>Medicações</b>	<b>Paciência</b>	Não orienta	Total
Orientação à família sobre os cuidados prestados ao paciente sem possibilidades de cura, principalmente quando o cuidado paliativo se impõe?	N4	<b>N7</b>	<b>N17</b>	N0	N28**
	13,8%	24,1%	58,6%	0%	
	<b>Dever cumprido</b>	Tristeza	Desagradável	<b>Não apresenta</b>	Total
Enquanto enfermeiro, o processo de finitude de um paciente representa para você?	<b>N17</b>	N4	N5	<b>N1</b>	N27**
	58,6%	13,8%	17,2%	3,4%	

\*>29 e >100%, pois assinalaram mais de uma variável.

\*<29 e <100%, pois não assinalaram nenhuma alternativa.

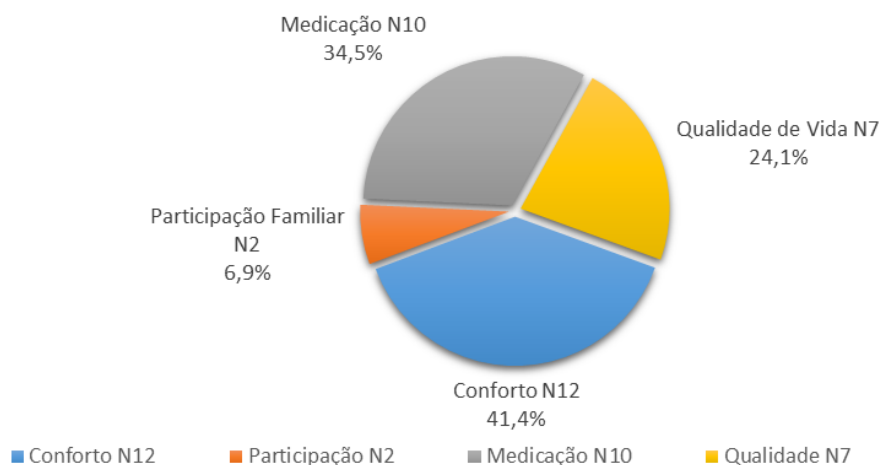
**Fonte:** Autor/2018

Em observância ao quadro 1 destacam-se, indagações diretas relacionadas a cuidados paliativos, onde

consequimos averiguar a interpretação de cada acadêmico.

**Figura 1.** Interpretação direta acerca de cuidados paliativos.

**Para você o que significa cuidados paliativos ou cuidados ao paciente fora de possibilidades terapêuticas?**



**Fonte:** Autor/2018

Seguindo a figura 1, observa-se que 41,4% dos participantes identificam cuidados paliativos como a busca pelo conforto, porém, desperta estranheza quando apenas 24,1% entendem cuidados paliativos como oferta de melhor qualidade de vida, é visto que ao relatarem conforto, entende-se apenas a procedimentos técnicos, ou seja, mudanças de decúbito, banho de leito, medicações entre outras práticas.

Quando perguntado sobre o que é necessário para realização de cuidados paliativos, destacaram-se os conhecimentos técnicos, 51,7%, entretanto, observou-se que zero dos participantes não identificam o conhecimento de medicamentos importantes para realização de cuidados paliativos, observou-se ainda que, 31% entendem que a abordagem de questões físicas e psicológicas são inerentes aos cuidados paliativos.

Em dimensões, o cuidar permite ao enfermeiro desenvolver atitudes e habilidades progressivas para o envolvimento com o paciente, diante disso, 72,4% dos acadêmicos destacam a conversa como um critério relevante quando não existe mais possibilidades de cura. Analisando ainda o quadro 1, 62,1% dos entrevistados ao colocarem-se como líderes de equipe, valorizam a orientação sobre técnicas, práticas de enfermagem,

principalmente quando cuidados os paliativos se impõe. Das informações obtidas quando perguntado sobre orientações ao paciente em cuidados paliativos, 41,4% direcionam as repostas ligadas ao pensamento em algo alheio/apelo a “Deus”, com intuito de desconectar por certos momentos o paciente de suas doenças. 27,6% dos acadêmicos encorajam o paciente dizendo que tudo vai melhorar.

Visualizando o quadro 1, observa-se que 58,6% orientam a família a ter paciência com o paciente, não levando em conta o sentimento pessoal apresentado. Mas, 13,8% dos participantes interpretam como melhor orientação para a família. Em consideração a fatos importantes para o cuidar holístico, destaca-se a reflexão pelos acadêmicos do que representa o processo de finitude, em análise podemos observar que 58,6% identificam como dever cumprido. Do total de acadêmicos, 3,4% assinalaram não ter sentimento algum.

### **Análise das questões discursivas: relação entre cuidados paliativos e a empatia**

Para comparação, na terceira etapa da pesquisa elaboraram-se 2 (duas) questões discursivas, a fim de verificar dados subjetivos sobre o tema proposto, o que complementou as questões anteriores.



Os entrevistados foram identificados com a letra 'A' para auxiliares e 'T' para técnicos, as respostas foram classificadas em ordem numérica crescente e não sofreram alterações por parte do pesquisador.

Para a questão 1 (um), questionou-se: *Em sua opinião o que contribui para prestar uma assistência facilitadora em cuidados paliativos?*

Não fora encontrado em nenhuma das respostas dos acadêmicos. Em base a oferta do cuidado ao outro, está atrelada ao reconhecimento do "Eu" existente no profissional, que também possui emoções em suas relações.

Estar presente nas relações e valorizar o sistema pessoal, refere-se ao fator de cuidado 2 (dois) identificado nas respostas abaixo:

*"[...]Saber sobre o diagnóstico do paciente, orientação da equipe, cuidados com o paciente e família para o seu conforto e alívio da dor[...]" (A1)*

*"[...]Contato permanente com o paciente. Pois nesta hora sentem muito medo e se sentem desprotegidos[...]" (A3)*

*"[...]Ajudar na higiene pessoal, alimentação, orientar familiares que o paciente não tem cura[...]" (T2)*

Cuidado autêntico por meio do relacionamento ajuda-confiança, encontrado no fator de cuidado 4 (quatro) onde está presente o respeito, autonomia e a comunicação.

*"[...]Respeitar o paciente até o último momento. Aliviando a dor com medicação, realizando mudança de decúbito, dando banho de leito, trocando fralda e cuidando como se ele fosse um paciente com prognóstico bom[...]" (T9)*

*"[...]Ser claro e objetivo em relação a cuidados paliativos, visando sempre a empatia, falar sobre técnicas terapêuticas*

*envolvidas, confortar o familiar, proporcionar conforto ao cliente paliativo[...]" (T7)*

*"[...]Respeitar o paciente até o último momento, aliviando a dor com medicação, realizando mudança de decúbito banho de leito[...]" (T8)*

*"[...]Orientar tudo que será feito nos cuidados do paciente para manter conforto ao mesmo. Orientar família e paciente[...]" (T22)*

*"[...]Temos que prestar cuidados como outro paciente em comum, pois sabemos que ele não tem cura e a qualquer momento vai partir. Devemos prestar os últimos cuidados para técnicas corretas, com respeito, amenizar o sofrimento[...]" (T16)*

*"[...]A informação a respeito da doença e a melhor forma de conforto diante dela. A participação da família visto que tanto a família e a equipe multidisciplinar devem falar a mesma língua[...]" (T20)*

*"[...]Respeito com paciente e com os familiares[...]" (T18)*

*"[...]A melhoria de vida do enfermo, escuta atenta junto com a família. Prestamos orientações a respeito de hábitos de sono, alimentação, medicação, buscamos ajudar a pessoa á ativa. Mesmo convivendo com uma doença fora de possibilidades de cura[...]" (T5)*

*"[...]Conforto físico[...]" (T11)*

*"[...]Medidas de conforto, conversar com o paciente e tentar entendê-lo[...]" (A2)*

*"[...]Ter empatia, saber a forma correta de se portar, como falar[...]" (A4)*

*"[...]O respeito á autonomia do paciente[...]" (T12)*

O quinto fator de cuidado, encontrado apenas na repostagem abaixo:

*“[...]Afirmar o luto, considerar a morte como um processo natural, promover o alívio da dor e de outros sintomas[...]” (T13)*

Para os fatores 6 (seis), 7 (sete), 8 (oito) e 9 (nove) relacionam-se:

*“[...]O enfermeiro deve ter tranquilidade, sabedoria e discernimento neste momento e proporcionar conforto e uma qualidade de vida[...]” (T19)*

*“[...]Um líder competente[...]” (T23)*

*“[...]Promover uma qualidade de vida mesmo no fim da vida[...]” (T21)*

Quanto ao fator de cuidado 10 (dez):

*“[...]Conversar e ouvir o paciente, proporcionar conforto físico e espiritual[...]” (T14)*

*“[...]Conhecimento técnico e específico de cada doença, aptidão[...]” (T25)*

*“[...]Ter conhecimento sobre cuidados paliativos, conforto ao paciente[...]” (T17)*

*“[...]Conhecer a patologia, pois assim sendo, com o conhecimento científico pode-se prestar os cuidados paliativos com humanização[...]” (T10)*

*“[...]Ter amor à profissão, humanização, conhecimento de técnicas de enfermagem[...]” (T24)*

*“[...]Um fator que contribui é a união dos fatores como humanização no tocante ao paciente e também à família e cuidados voltados a conforto e alívio da dor, proporcionando dignidade ao paciente[...]” (T26)*

*“[...]Paciência, amor, compaixão, ao mesmo tempo tristeza[...]” (T6)*

*“[...]A empatia e cuidado humanizado[...]” (T3)*

*“[...]Dar apoio emocional para o paciente e família, pois nessa hora os pacientes se sentem desprotegidos. Realizar medidas de conforto para minimizar a dor desse paciente[...]” (T15)*

*“[...]Intervenção da psicologia, qualidade dos equipamentos e materiais de trabalho, disponibilidade de materiais para medidas de conforto, medicações para dor[...]” (T4)*

Para a questão 2 (dois): *Diante da sua percepção, a carreira acadêmica tem contribuído para você melhor atender pacientes sem possibilidades terapêuticas?* Encontramos conceitos similares entre as respostas dos acadêmicos, as quais fortalecem as respostas oferecidas em questões anteriores.

Entre os aspectos evidenciados observou-se o eixo que versa sobre conhecimento técnico/científico:

*“[...]Acredito que sim, é na carreira acadêmica que aprendemos todas as teorias de rotinas” (T2)*

*“[...]Sim, com a graduação posso melhorar meu atendimento e sonhar ou ajudar mais vidas” (T3)*

*“[...]Sim, pois tem uma visão técnica do tratamento e patologia” (T4)*

*“[...]Sim, porque na faculdade teremos orientações e aprendizado sobre como lidar com diversas situações, assim como os pacientes da oncologia etc....” (T5)*

*“[...]Sim, pois estou adquirindo mais conhecimento, possibilitando um cuidado mais*

*específico com o paciente paliativo” (T10)*

*“[...]Sim, orientações frente à situação em vista ao paciente” (A2)*

*“[...]Sim, pois a carreira acadêmica contribui com o conhecimento para colocar em prática as estratégias e intervenções da enfermagem que asseguram o alívio da dor e sofrimento, além de colocar em prática uma assistência humanizada” (T14)*

*“ [...]Sem dúvida, com conhecimento a assistência fica mais clara. Devemos saber o que fazer e principalmente o que não realizar para não causar mais dor ou desconforto ao paciente” (T22)*

*“[...]O conhecimento” (T23)*

*“[...]Sim, devido a alguns aprendizados, amadurecimento de algumas ideias” (T24)*

*“[...]Mudou minha visão e conhecimento além de ser multiplicador deste conhecimento” (T25)*

*“[...]Sim, o fato da oportunidade do conhecimento adquirido junto à experiência, ao saber diretamente de um paciente nesta situação, nos ajuda a enfrentar o caso enquanto profissional” (T26)*

*“[...]Sim, no estágio do Erasto Gaertner aprendi muito” (A3)*

*“[...]Tem contribuído e muito, adquiri um grande conhecimento no hospital Erasto Gaertner na ala A” (T16)*

Salienta-se, nas narrativas, o eixo que versa sobre a empatia, ou seja, a capacidade de colocar-se, no lugar do outro:

*“[...]Sim, me faz ter mais paciência e entender melhor meu lado como profissional quanto o lado do paciente,*

*família e sofrimento físico mais também o emocional” (T6)*

*“[...]Minha carreira acadêmica me proporciona tanto na área técnica como profissional e pessoal a se colocar no outro lado, proporcionando atenção aos cuidados administrativos terapêuticos e emocional com o familiar de um cliente em fase paliativa” (T7)*

Encontramos dentre as respostas eixo sobre a comunicação, algo imprescindível para o cuidar:

*“[...]Sim tem colocado troca de informações entre familiares e equipe de saúde deve ser incentivado. Conduzir uma assistência integral e o valor qualidade de vida” (T12)*

As narrativas abaixo apresentam necessidade de abordagem específica frente aos cuidados paliativos.

*“[...]Com certeza, porém na minha visão ainda falta uma matéria específica a este assunto porque TTO paliativo é vários vieses de informação” (T20)*

As respostas abaixo denotam faltas de argumentos e como conseguinte desinteresse singular pelo tema proposto:

*“[...]Sim, com certeza” (T11)*

*“[...]Sim” (A1, T15, T17, T18)*

Em contrapartida, e não obtendo relevância para a pesquisa, observou-se que N 5 dos acadêmicos entrevistados apontam a carreira acadêmica com falhas relacionadas à contribuição para melhorar o atendimento aos pacientes sem possibilidades terapêuticas.

*“[...]Não” (A4)*

*“[...]Ainda não tive esta aula, é muito importante focar nestes cuidados” (T8)*

*“[...]Ainda não tive esta aula, mais é muito importante focar nestes cuidados, pois acho que está deixando muito a desejar.*

*Como eu vejo, deixa o paciente largado” (T9)*

*“[...]Não, acredito que diante deste problema (cuidado paliativo) nunca me sinto preparada para atuar efetivamente” (T19)*

*“[...]Não teve foco nessa área, não contribuiu” (T21)*

## Discussão

Para contextualizar a discussão, conforme demonstrando na tabela (1), onde ressaltou-se que a profissão de enfermagem é em sua maioria exercida por mulheres, na perspectiva de gênero é visto que a prática do cuidar, fazer, está vinculada à mulher desde a antiguidade. A literatura evidencia que as mulheres são condicionadas a ensinar, responsáveis pela casa e práticas saudáveis, higiene pessoal e ambiental e ainda a guarda de saúde de todos os integrantes da família, crianças, idosos e doentes, apesar do cenário atual demonstrar a evolução profissional e do papel das mulheres na sociedade<sup>18,19</sup>.

Desse modo, verificou-se uma diferenciação quanto à faixa etária relacionada a outros estudos. Entretanto, a correlação da busca pelo ensino superior em faixa etária elevada, pode ser justificada ao fato de ingressantes terem deixado o ensino médio há muito tempo, possuem obrigações familiares, podendo ser um viés positivo já que estas despertam interesse e responsabilidade ao retorno e/ou evolução profissional<sup>18-24</sup>.

Nesse contexto, o mercado de trabalho em expansão para enfermeiros, com a finalidade e inserção na área da saúde, também são fatores que justificam a busca pela profissão, todavia, quando retratadas questões sobre remuneração e jornada de trabalho a expectativa torna-se relevante, em consequência, a maioria dos discentes não recebe o apoio familiar em função do pouco prestígio social imbuída à profissão<sup>19,25</sup>.

Para tal, quanto exercer a profissão a partir de sua formação, estudos apontam

dificuldades e despreparo em alguns profissionais ao lidar com pacientes em risco de morte iminente, mesmo após anos de experiência na profissão, isso justifica-se por uma preparação do corpo discente inadequada ou falha<sup>3,5,22,26</sup>. Contudo, salienta-se como é importante a correlação de humanização, assistência e formação com relevância ao enfermeiro, visto que esse profissional, vivencia dor, sofrimento e principalmente a morte com muita frequência. Faz-se necessário sensibilizá-los, com aflições vividas pelo paciente, levando-os a despertar para um relacionamento interpessoal efetivo<sup>24,27</sup>.

Em observância ao quadro 1, destacam-se indagações diretas relacionadas a cuidados paliativos, em que se pode averiguar a interpretação de cada acadêmico. A literatura dos cuidados paliativos realça a importância de temas comuns para proporcionar um melhor entendimento do assunto, dentre eles estão conforto e alívio da dor<sup>11-13</sup>. Conforto justifica-se, em determinados vieses, consolo físico e espiritual, comodidade, bem-estar<sup>20</sup>. Para profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, o conceito de conforto deve ser estendidos a todos os sentidos citados, visando uma melhor assistência às necessidades básicas do paciente e sua recuperação, para casos em que cuidados paliativos são determinados abarcando assim a melhor qualidade de vida aos dias que restam<sup>10-13</sup>.

Em linhas gerais, evidencia-se a importância de valorizar os cuidados técnicos, sem deixar de lado os aspectos de dor, sofrimento físico, emocional e espiritual. Entretanto, o cuidado espiritual é muito diluído durante os cursos de graduação e majoritariamente confundido com cuidados psicológicos. Abordar questões espirituais durante a rotina do enfermeiro tornou-se muito escasso, o que não o estimula a conhecer a história espiritual do paciente e, assim, ajudá-lo em seu ritual de morte<sup>21,27-36</sup>.

Nesse contexto, a comunicação deve ser usada pelo enfermeiro a todos os

pacientes, independentemente de seu prognóstico, pois implementam todas as medidas terapêuticas de enfermagem, permitindo uma assistência individualizada e com qualidade<sup>26,27,37</sup>. Com referência específica aos cuidados paliativos, se impõe uma gama de sensações, entretanto, isso não remete a algo exclusivo de cuidados paliativos e sim a algo comum, designado ao cuidar, centrado no modelo biomédico, visando a cura e a recuperação do paciente. Entender o morrer e morte apenas como forma de derrota, reforça a prioridade para o cuidar técnico, oriundo da formação acadêmica e até o adoecimento desses profissionais pelo cotidiano hospitalar<sup>28,29,35-41</sup>.

Quando a comunicação entre acadêmicos encoraja o paciente dizendo que tudo vai melhorar, nesse caso, deixa-se a desejar o relacionamento franco entre enfermeiro e paciente, não ajuda para a formação de vínculos de confiança, diminui a autonomia do paciente, abstendo-os de tomar decisões próprias sobre seu tratamento<sup>13,30,37</sup>. Com o passar dos anos, o processo morrer e morte tornou-se institucionalizado, trazendo distanciamento entre pacientes e familiares durante esses momentos. O familiar do paciente em estado terminal, em muitos casos, apresenta-se com medo do que está a cada dia mais próximo, a morte<sup>3,4</sup>.

Conforme citado na introdução deste estudo, cuidados em saúde e cuidados de enfermagem compreendem abordar o paciente e sua família, em especial nos casos de terminalidade, uma vez que os pacientes e familiares<sup>40-42</sup>, ao serem admitidos em uma unidade de cuidados paliativos, podem vivenciar as reações chamadas por Kubler-Ross<sup>28,42</sup> de fases do pré-morrer, não explanadas nesta pesquisa.

Os participantes interpretam como melhor orientação para a família, não esperar melhoras, apesar de terem chegado próximo a uma comunicação efetiva, não se mostram acolhedoras<sup>13,26,30-39</sup>. Essas informações desvendam o quanto é importante humanizar a assistência aos

pacientes e familiares, com prioridade ao cuidar holístico, entendendo o paciente e as necessidades dos familiares, orientando-os e permitindo autonomia para decisões relacionadas à sua vida<sup>13,26,40,41</sup>. Apesar de encontrarem-se em minoria essas percepções, nos mostram um profissional que não se deixa envolver com o humano, com a vida que ainda existe no paciente. Durante o processo morrer e morte deve ser oferecido ao menos um toque expressivo, pois como diz Kubler-Ross: “...*Muito aprendemos com quem está morrendo*”<sup>28,42</sup>.

Para a especificidade da percepção dos acadêmicos em cuidados paliativos, para a questão 1 (um): *Em sua opinião o que contribui para prestar uma assistência facilitadora em cuidados paliativos?*, e para a questão 2 (dois): *Diante da sua percepção, a carreira acadêmica tem contribuído para você melhor atender pacientes sem possibilidades terapêuticas?*, observaram-se os dados subjetivos sob o referencial teórico de Margaret Jean Watson; sua teoria volta-se totalmente ao cuidar do homem e baseia-se em 10 (dez) fatores de cuidados<sup>5,6,31,33</sup>, os quais consideram o ser cuidado como sagrado, diversos desses fatores fazem relação com a empatia.

Contudo, o fator de cuidado 1 (um), referente a praticar a bondade consigo<sup>31,33</sup> a partir da atenção dispensada ao outro, em que o processo empático inicia-se, e torna possível a compreensão de experiências alheias, foram evidenciadas similares às de literaturas<sup>5,6,31,33</sup>. O terceiro fator de cuidado, estabelecido por Watson, refere-se à cultura de práticas espirituais próprias e o conhecimento individual relaciona-se à manutenção de atividades que desenvolvam o autoconhecimento; este é essencial para o movimento interno que proporciona a capacidade de colocar-se no lugar do outro<sup>31</sup>, porém, não foi encontrado esse aspecto em nenhuma das repostas.

Desse modo, comunicar-se com o outro requer treino e vai além das situações assistenciais<sup>5,33</sup>. O quinto fator de cuidado,



que compreende a exposição de sentimentos positivos ou negativos foi ressaltado, isso permite que o paciente perceba suas limitações e emoções, e consiga aceitá-la ou afrontá-las<sup>31,33</sup>. Para os fatores 6 (seis) e 7 (sete), observa-se, uma interação educativa com o paciente e isso representa uma conexão verdadeira entre os envolvidos, visto que o enfermeiro incentiva e favorece a participação dos pacientes nas tomadas de decisões<sup>31,32</sup>. O reconhecimento do outro como capaz de fazer suas próprias escolhas é fundamental para a relação empática, porém, esse não obteve destaque em nenhuma das narrativas<sup>40</sup>.

Para tal, os fatores de cuidados 8 (oito) e 9 (nove) relacionam-se, com a promoção de equilíbrio do ambiente e dos indivíduos, a postura empática que acolhe e aceita o outro é capaz de influenciar fortemente tais aspectos. O comportamento empático pode tanto provocar mudanças em um ambiente desfavorável como proporcionar restauração física, emocional e espiritual<sup>32-40</sup>.

Quanto ao fator de cuidado 10(dez), cabe a cada um a reflexão de como a empatia auxilia os aspectos relacionados à espiritualidade, à vida e à morte. Conforto relacionado à espiritualidade foi encontrado em apenas uma das respostas. No entanto, entre as narrativas emergiram outros 3 (três) temas comuns, os quais identificam a percepção dos acadêmicos em relação à temática, dentre eles estão: humanização, conhecimento e aporte psicológico<sup>31,39</sup>.

Para o tema conhecimento, 3 (três) acadêmicos enfatizam o conhecimento técnico/científico algo imprescindível para o cuidar holístico, no entanto, não se encontrou em nenhuma das respostas o conhecimento psicológico e espiritual, destacados em diversos artigos recentes sobre cuidados paliativos<sup>20,21,28-33</sup>. Humanização para profissionais de saúde refere-se à busca pelo melhor atendimento ao paciente, portanto, faz-se necessário uma doação completa do profissional ao paciente, demonstrando sensibilidade,

compromisso, responsabilidade, carinho e afeto<sup>27-37</sup>. Aporte psicológico frente à terminalidade humana consiste na busca pela melhor qualidade de vida e permite ao paciente e familiares uma oferta emocional capaz de compreender as diversas fases da doença<sup>12,20,27,33,37,39</sup>.

## Conclusão

O conceito de cuidados paliativos referido pelos acadêmicos não compreende todas as características oferecidas pela OMS. Neste estudo 41,4% identificam cuidado paliativo como a busca pelo conforto, quando apenas 24,1% entendem como a melhor qualidade de vida, ao relatarem conforto compreendem apenas procedimentos técnicos. Quanto ao conhecimento necessário para prestar cuidados paliativos, tiveram ênfase nas respostas o conhecimento técnico e apenas o conhecimento psicológico e espiritual fizeram-se presentes.

Em relação aos cuidados que prestam ao paciente em cuidados paliativos destacam a conversa como critério relevante, quando não existem mais possibilidades de cura. Sobre as orientações dadas aos membros da equipe, relatam apenas sobre técnicas de enfermagem, algo não exclusivo de cuidados paliativos e sim centrado no modelo biomédico de assistência, visando apenas a cura. Entre as orientações oferecidas ao paciente sobre cuidados paliativos, direcionam as respostas ao pensamento alheio, desconectar o paciente de sua doença por algum momento e encorajar o paciente dizendo que tudo vai melhorar, deixando a desejar o relacionamento franco e a comunicação eficaz. Em relação aos sentimentos vivenciados pelos acadêmicos quando prestam assistência ao paciente terminal destacam-se tristeza, dever cumprido, gratidão, impotência, e algo desagradável.

Em interpretação à questão discursiva 1 (um), a qual foi analisada sob o referencial teórico de Margaret Jean Watson,



tendo como base a empatia no cuidado transpessoal, emergiram apenas 6 (seis) dos 10 (dez) fatores de cuidados estabelecidos por Watson. Dessa forma, evidencia-se, para essa população, a predominância do cuidar biomédico, em que a execução de procedimentos técnicos/científicos predomina em relação ao cuidar psicológico. Já para a questão 2 (dois), destacaram-se eixos os quais corroboram a análise das questões anteriores, as quais, em interpretação, nos mostram uma assistência pautada no modelo biomédico.

Sendo esta pesquisa realizada com determinada população e com pouca amostra, não permite fazer generalizações, porém os dados obtidos permitem algumas considerações. Sobre o ensino, abrir espaços para reflexões sobre o tema “morrer e morte” encontrados hoje dispersos em meio a outras disciplinas. As principais limitações deste estudo foram as dificuldades de compreensões sobre a temática por parte da amostra, assim como a escassez de estudos de grande porte, em

específico com correlação do ensino de enfermagem e cuidados paliativos para comparações de discussão.

Para a assistência sugere-se educação continuada e permanente voltada para a atualidade. Desse modo, os achados podem conduzir a ricas discussões no sentido de elevar a qualidade no ensino voltado aos cuidados paliativos. Acredita-se, assim como Watson, que qualidades pessoais dos enfermeiros são base para o cuidar e podem ser desenvolvidas ao longo do período de aprendizagem, que no caso do enfermeiro não termina na graduação; dessa forma este tema não se esgota e espera-se que esta pesquisa contribua com futuros estudos.

### **Agradecimentos**

A todos os acadêmicos que aceitaram participar desta pesquisa, coordenação de enfermagem e a instituição coparticipante Centro Universitário Campos de Andrade-UNIANDRADE.

### **Referências**

1. Vicensi MC. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Rev. Bioét.* 2016;24(1):64-72.
2. Stochero HM, Nietzsche EA, Salbego C, Pivetta A, Schwertner MVE, Fettermann FA, et al. Sentimentos e dificuldades no enfrentamento do processo de morrer e de morte por graduandos de enfermagem. *Rev. Aquichan.* 2016;16(2):219-229.
3. Medeiros LA, Lustosa MA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Rev. SBPH.* 2011;14(2):203-227.
4. Lima MGR, Nietzsche EA, Teixeira JA. Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. *Rev. Eletrôn. Enferm.* 2012;14(1):181-188.
5. Silva RSD, Campos AER, Pereira Á. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Escol. Enferm.* 2011;45(3):738-744.
6. Saviato RM, Leão ER. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Escol. Anna. Nery. Rev. de Enferm.* 2016;20(1):198-202.
7. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Rev. Estud. Avan.* 2016;30(88):155-166.
8. Correa JL, Ferreira WFDS, Oliveira ECD, Dutra DDA. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes: uma análise sobre a importância da enfermagem. *Rev. Saúde. Desenvol.* 2018;12(11):183-203.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2017 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017 [citado 2017 maio 8]. Disponível em:

Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2017/sinopse/default\\_sinopse.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2017/sinopse/default_sinopse.shtm) Acesso em:

10. Rodriguez AH, Bub MBC, Perão OF, Zandonadi G, Rodriguez MDJH. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. *Rev. Bras. Enferm.* 2016;69(2):229-234.
11. Duarte IV, Fernandes KF, Freitas SCD. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. *Rev. SBPH.* 2013;16(2):73-88.
12. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Rev. Ciên. Saúde. Colet.* 2013;18:2577-2588.
13. Oliveira AC, Silva MJP. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. *Rev. Acta. Pauli. Enferm.* 2010;23(2):212-217.
14. Paiva FCL, Almeida JJJ, Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. Bioét.* 2014;22(3):550-560.
15. Santos MAD, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Rev. Ciên. Saúde. Colet.* 2013;(18):2757-2768.
16. Souza LL. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Rev. Ciên. Cogni.* 2014;19(2):218-232.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: ed 70º. 2011.
18. Splendor VL, Roman AR. A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero. *Rev. Cont. Saúd.* 2003;3(04):31-44.
19. Ribeiro GKND, Iwamoto HH, Camargo FC, Araújo MRND. Profissionais de enfermagem habilitados para o mercado de trabalho em Minas Gerais. *Rev. Minei. Enferm.* 2014;18(1):15-26.
20. Matsumoto, DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2012;(2):23-24.
21. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFGD, Abrão FMDS, Batista PSDS, Oliveira RCD. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. *Rev. Esc. Anna. Nery.* 2016;20(1):176-182.
22. Meneguim S, Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. *Rev. Text. Conte. Enferm.* 2016;25(1):1-7.
23. Paranhos WY, Chaves AAB, Frias MAE, Leite MMJ. Análise do desempenho dos estudantes de enfermagem no ensino por competências e no ensino para compreensão. *Rev. Escol. Enferm USP.* 2015;49(2):115-121.
24. Felli VEA. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. *Rev. Enferm. foco.* 2012;3(4):178-181.
25. Teodosio SSC, Padilha MI. Ser enfermeiro: escolha profissional e a construção dos processos identitários. *Rev. Bras. Enferm.* 2016;69(3):428-434
26. França JRFS, Costa SFG, Lopes MEL, Nóbrega MML, França ISX. Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. *Rev. Lati-Ameri. Enferm.* 2013;21(3):780-786.
27. Freitas FDDSD, Silva RND, Araújo FPD, Ferreira MDA. Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização. *Rev. Escol. Anna. Nery.* 2013;17(4):654-660.
28. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer.* São Paulo: Editora Martins Fontes, 2002.
29. Magalhaes SB, Franco AL. Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos. *Arq. Bras. Psicol.* 2012;64(3):94-109
30. Coelho MTV, Sequeira C. Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Rev. Port. Enferm. Saúd. Ment.* 2014;(11):31-38.

31. Silva AL, Nascimento KC, Virgílio MS, Mendonça RS. Análise dos fatores de cuidado de Watson em uma unidade de emergência. *Rev. Gaúch. Enferm.* 2002;23(2):27-50.
32. Hayasida NMDA, Assayag RH, Figueira I, Matos MGD. Morte e luto: competências dos profissionais. *Rev. Bras. Terap. Cognit.* 2014;(2):112-121.
33. Marinho SSMM, Domingues KCCM, Olário OS. Humanização da assistência frente ao paciente oncológico: uma revisão integrativa. *Rev. Educ-Facul. DuqCax.* 2016;(3):133-147.
34. Rodrigues MTM, Neves SDJO, Lima KGJ, Santos JRF, Gomes A, Martins MLF, Prado PF. Palliative nursing care for the pediatric patient: an integrating review. *Rev. Unim. Ciên.* 2018;(2):346-353.
35. Ferreira WFS, Vasconcelos CR, Oselame GB, Oliveira EM, Dutra DA. A Síndrome de Burnout em um hospital militar e sua inter-relação com a enfermagem. *Ciê. Desen-Rev. Eletr. FAINOR.* 2016;9(2):124-145.
36. Medeiros LMOP, Batista SHSDS. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. *Rev. Trabal. Educ. Saúd.* 2016;14(3):925-951.
37. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev. Escol. Enferm. USP.* 2007;41(4):668-674.
38. Ferreira MJ, Passos AG, Ferreira WFS, Oliveira EM. Reflexões da enfermagem no manejo ao paciente idoso com delirium em terapia intensiva. *Rev. Discipli. Scient. Saúde.* 2020;21(1):47-57.
39. Delfino CDTA, Ferreira WFDS, Oliveira ECD, Dutra DDA. Câncer infantil: Atribuições da enfermagem em cuidado paliativo. *Rev. Saúd. Desenvol.* 2018;12(10):18-40.
40. Oliveira ECD, Ferreira WFDS, Oliveira ECD, Dutra DDA. Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de acidente vascular cerebral: planejamento de alta hospitalar. *Rev. Saúd. Desenvol.* 2017;11(9):172-197.
41. Proencio CC, Ferreira WFDS, Vasconcelos CRD, Dutra DDA. Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem que são estudantes da graduação. *Rev. Saúd. Desenvol.* 2017;11(6):102-120.
42. Vasconcelos CR, Dutra DA, Oliveira EMD. A iminência da morte em idosos e o modelo Kübler-ross de enfrentamento. *Rev. UNIAN.* 2013;13(3):194-209.

---

### Como citar este artigo:

Rapanos BM, Oliveira EC, Ferreira WFS. Percepções e conflitos dos acadêmicos de enfermagem sobre cuidados paliativos. *Rev. Aten. Saúde.* 2020; 18(65): 59-75.