

Representações sociais de enfermeiros sobre morte e morrer na emergência

Daiane Brito Ribeiro¹, Juliana Xavier Pinheiro da Cunha², Chrisne Santana Biondo², Ana Clara Cunha Soares Silva², Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes², Jéssica Nayara da Silva Prado²

1. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA, Brasil. 2. Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista/BA, Brasil.

Resumo

Este estudo buscou conhecer e analisar as representações sociais de enfermeiros sobre fim de vida e morte no serviço de emergência, sendo um estudo descritivo realizado entre agosto e novembro de 2023. Realizou-se entrevista com 11 enfermeiros da emergência, e os dados foram analisados à luz da teoria das representações sociais, utilizando software Iramuteq. Da análise, emergiram sete classes, evidenciando que a morte gera sofrimentos e sentimento de impotência por representar fracasso, reflexo do despreparo e da insegurança. Precárias condições estruturais geram revolta e muitos não sabem como agir diante do paciente e de sua família, por isso evitam a aproximação. Percebe-se que as principais representações do fim de vida e da morte ancoram-se em experiências pessoais, na velhice, no acolhimento e humanização. É necessário estimular a discussão da temática em ambientes acadêmicos e nos serviços, a fim de preparar o profissional para assistir a terminalidade.

Palavras-chave: Morte. Enfermeiros. Emergências. Atitude perante a morte. Representação social.

Resumen

Representaciones sociales de enfermeros sobre la muerte y el morir en urgencias

Este estudio comprende y analiza las representaciones sociales de los enfermeros sobre el final de la vida y la muerte en urgencias. Es un estudio descriptivo realizado con 11 enfermeros de urgencias entre agosto y noviembre de 2023. El análisis de datos utilizó la teoría de las representaciones sociales mediante el software Iramuteq. Del análisis surgieron siete categorías, que evidencian que la muerte genera sufrimiento y sentimientos de desamparo por representar el fracaso, resultado de la falta de preparación y la inseguridad. Las condiciones estructurales precarias producen enfado, y muchos no saben cómo actuar con el paciente y su familia, por lo que evitan acercarse a ellos. Las principales representaciones del final de la vida y la muerte están relacionadas con experiencias personales, vejez, acogida y humanización. Es necesario estimular esta discusión en ambientes académicos y los servicios para preparar el profesional a actuar en el final de la vida.

Palabras clave: Muerte. Enfermeros. Urgencias médicas. Actitud frente a la muerte. Representación social.

Abstract

Social representations of nurses about death and dying in the emergency department

This study aims to examine and analyze the social representations of nurses regarding end of life and dying in emergency services. It is a descriptive study, conducted from August to November 2023. Data were analyzed in light of the theory of social representations, using Iramuteq software. Interviews were conducted with 11 emergency nurses. The analysis generated seven classes, revealing that death causes suffering and a sense of helplessness, as it is perceived as a failure, reflecting unpreparedness and insecurity. Poor structural conditions often provoke feelings of revolt, and many nurses do not know how to approach patients and their families, leading them to avoid such interactions. The main representations of end of life and death are anchored in personal experiences, old age, care, and humanization. It is necessary to encourage discussion of this subject in academic and healthcare settings to prepare professionals to deal with terminality.

Keywords: Death. Nurses, male. Emergency services. Attitude toward death. Social representation.

Declararam não haver conflito de interesse.

Aprovação 6.133.386 CAAE: 68974123.2.0000.5556

A morte desperta muito temor e suscita uma série de sentimentos angustiantes no indivíduo, sendo considerada um tabu. O conceito de morte vai além da cessação dos sinais vitais: é amplo e complexo, podendo ter significados e enfrentamentos diferentes de acordo com as experiências de vida, vínculos, aspectos religiosos e socio-culturais de cada pessoa e grupo¹. Ela pode ser entendida como o fim da condição humana e das funções vitais, sociais e psíquicas do ser e como um dado essencial da existência humana². Já o fim de vida é definido como os últimos dias ou horas de uma pessoa em consequência de uma doença irreversível, resultando em um declínio progressivo e inexorável, aproximando-a da morte³.

Morrer faz parte do ciclo vital de todo o ser humano. No entanto, ainda é um desafio para muitos profissionais da área da saúde, a exemplo dos enfermeiros, que, mesmo lidando cotidianamente com o fim de vida nos serviços, não se sentem preparados emocionalmente para encarar a morte. Isso pode ser explicado devido ao fato de a formação acadêmica desses profissionais ter como foco um modelo salvacionista, o que faz com que qualquer situação que não culmine na recuperação e cura ocasione sentimento de frustração e fracasso⁴.

Em setores hospitalares, como os da emergência, nos quais todas as ações são direcionadas a manter a vida, esse enfrentamento com a morte e o fim de vida se torna ainda mais desafiador. São ambientes que possuem como característica a imprevisibilidade devido a uma diversidade de atendimentos graves, o que demanda dos profissionais conhecimentos prático-teóricos específicos, habilidades e expertise para lidar com situações emergenciais de quadros agudos de saúde⁵.

No entanto, nos últimos anos, tem-se percebido uma mudança no perfil epidemiológico de adoecimento da população, consequência da urbanização acelerada do envelhecimento e aumento do aparato tecnológico em saúde, o que tem ocasionado uma maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis e das neoplasias. Esse cenário tem se refletido no padrão dos atendimentos nos serviços de emergência, com um expressivo aumento das admissões de pacientes em cuidados paliativos, o que faz com que os profissionais vivenciem, com mais frequência, o fim de vida nesses locais⁶.

Quando se pensa em um ambiente para realizar o cuidado no final da vida, os serviços

de emergências não são considerados os mais apropriados, pois a maioria dessas unidades não possui uma estrutura física acolhedora para esse fim, além da ideia socialmente construída de que esse é um setor que tem por obrigação salvar a vida a qualquer custo. Ademais, por possuir características como fluxo rápido, alta rotatividade e elevada carga de trabalho, os profissionais acabam não conseguindo oferecer a atenção necessária àquele paciente em fase terminal e à sua família^{5,7}.

Nesse sentido, por meio das representações construídas pelo grupo social e reconstruídas pelo enfermeiro em sua experiência, é possível entender suas atitudes e comportamentos diante do fim de vida e da morte do paciente. O estudo das representações sociais (RS) auxilia na compreensão de processos por meio dos quais os indivíduos, em interação social, constroem explicações acerca dos objetos sociais⁸.

Dessa forma, o estudo das RS sobre a morte e o fim de vida auxiliará no entendimento dessas temáticas na perspectiva do enfermeiro, a fim de tornar esses conceitos mais palpáveis e compreender o reflexo na vida do profissional e na assistência ao paciente e à família que vivencia esses processos. Para isso, busca-se conhecer e analisar as representações sociais de enfermeiros sobre o fim de vida e a morte no serviço de emergência.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, que utiliza como referencial teórico-metodológico a teoria das representações sociais (TRS) como abordagem para compreensão do comportamento de determinados grupos, no caso deste estudo os enfermeiros. A TRS se compõe por imagens, símbolos e conceitos que são gerados por crenças e ideias⁹.

De maneira geral, as RS podem ser caracterizadas como conhecimentos que são elaborados e compartilhados, favorecendo a construção de uma realidade palpável em um determinado grupo¹⁰. Elas possibilitam que as pessoas compreendam as situações que as rodeiam, ajudando-as a resolverem aspectos da realidade que envolvem sua existência social¹¹.

A pesquisa foi realizada no serviço de emergência de um hospital geral localizado no sudoeste baiano, o qual realiza atendimento médico-hospitalar de média e alta complexidade, nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica, em regime ambulatorial, emergência e internação. Os participantes do estudo foram enfermeiros da emergência, que já vivenciaram a morte e o fim de vida nesse setor e demonstraram interesse em contribuir com a pesquisa. Foram incluídos na pesquisa os profissionais que atuavam por mais de seis meses no serviço de emergência e excluídos os que estavam de férias ou afastados do trabalho no período da coleta.

Para o estudo, 18 enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa, de forma aleatória, não probabilística e por conveniência; desses, houve a exclusão de sete devido a afastamento do serviço. Assim, 11 enfermeiros foram entrevistados por possuírem compatibilidade de horários com a pesquisadora, quando, então, se alcançou saturação de dados, avaliada pela repetição de categorias e falas, sem o surgimento de novos assuntos.

Os dados foram coletados entre agosto e novembro de 2023 pela autora principal do estudo, por meio de uma entrevista semiestruturada e de um questionário no qual se buscou identificar o perfil dos enfermeiros, como sexo, idade, religião, tempo de formação acadêmica, tempo de atuação no setor de emergência e especialização. As questões norteadoras da entrevista foram: “Conte-me sobre sua experiência diante da morte na emergência”; “Como realiza o cuidado em fim de vida na emergência?”; “Quais as dificuldades para o cuidado ao fim de vida no setor?”; “O que a morte na emergência hospitalar representa para você?”; e “Como você se sente diante do fim de vida e da morte dentro da emergência?”.

As entrevistas foram gravadas e conduzidas de forma individual, presencialmente ou com o auxílio da plataforma Google Meet, a critério do entrevistado, a partir de um roteiro semiestruturado. Posteriormente, foi realizada a transcrição do conteúdo de maneira fiel, e os dados oriundos das transcrições foram inseridos em software de análise lexical Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) e submetidos à técnica de análise fatorial de correspondência (AFC)¹².

A AFC utiliza-se de um plano cartesiano que fornece diferentes palavras e variáveis correlacionadas a cada uma das classes da técnica da classificação hierárquica descendente (CHD), possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados. Os depoimentos dos participantes foram codificados a partir do número de ordem da unidade de contexto elementar (UCE) mais significativa de cada classe, e o valor da associação do teste qui-quadrado a determinada classe¹².

Para análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin, método que visa, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, analisar e obter indicadores – que podem ser qualitativos ou não – que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção dessas mensagens¹³.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados como sujeitos seguidos de numeração.

Resultados

Caracterização dos participantes

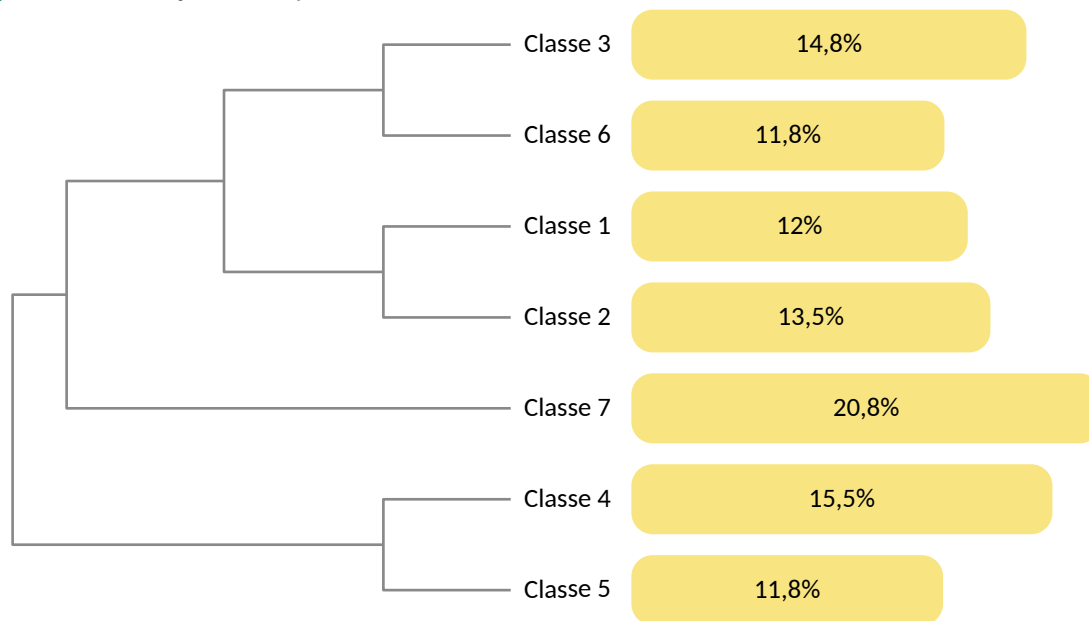
Dos 11 enfermeiros entrevistados, oito (72,7%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de aproximadamente 33 anos, com faixa etária que variou entre 27 e 53 anos. Cinco (45,5%) declararam não professar nenhuma religião. O tempo de formação acadêmica variou entre quatro e 11 anos, com média de sete anos, e a maioria dos enfermeiros referiu possuir especialização (n=7; 63,6%) nas áreas de urgência e emergência (n=5; 45,5%), UTI (n=5; 45,5%) e saúde coletiva (n=3; 27,3%). Em relação ao tempo de atuação no setor de emergência, a média foi de aproximadamente três anos.

Classificação hierárquica descendente

O *corpus* geral foi constituído por 11 textos, separados em 451 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 88,69% dos STs. Emergiram 35.986.696 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), e o conteúdo analisado foi categorizado em sete classes: Classe 1, com 48 STs (12,0%); Classe 2,

com 54 STs (13,5%); Classe 3, com 59 STs (14,8%); (11,8%); Classe 6, com 47 STs (11,8%); e Classe 7, Classe 4, com 62 STs (15,5%); Classe 5, com 47 STs com 83 STs (20,8%), conforme a Figura 1.

Figura 1. Classificação hierárquica descendente (CHD)



Classe 1 - Dificuldades em acolher os familiares que experienciam a terminalidade na emergência; Classe 2 - Despreparo para se instituir os cuidados paliativos e para agir diante da morte; Classe 3 - A morte: do processo natural da vida ao sentimento de impotência profissional; Classe 4 - A morte no corredor e o descaso dos profissionais diante do fim de vida e da morte na emergência; Classe 5 - Atitudes e sentimentos dos enfermeiros diante do fim de vida na emergência; Classe 6 - Dificuldades assistenciais diante da experiência da morte no setor de emergência; Classe 7 - Desafios estruturais para se assistir a terminalidade na emergência

Classe 1

Dificuldades em acolher os familiares que experienciam a terminalidade na emergência

Compreende 12% ($f=48$ STs) do corpus total analisado. Nessa classe, as palavras que mais emergiram foram “familiar” ($\chi^2=64,62$), “acolhimento” ($\chi^2=17,24$) e “serviço” ($\chi^2=36,66$). A referida classe aborda as dificuldades dos enfermeiros em assistir familiares que vivenciaram a terminalidade na emergência. No entanto, apesar das inúmeras demandas assistenciais e burocráticas, que geram sobrecarga, os profissionais buscam ancorar seu cuidado à família no acolhimento e humanização.

“(…) quando eu vejo o paciente terminal, quando eu percebo que o paciente está naquela fase terminal, tento acolher ao máximo o familiar,

principalmente, e dar o máximo de conforto para o paciente também, apesar das adversidades que a gente tem na emergência” (Sujeito 2).

“(…) o fim de vida, na maioria dos casos, é bem triste, não é o ideal. Nenhum fim de vida é ideal, né? (…) mas eu acho que a pessoa que tá ali, do lado do paciente, deveria no mínimo estar em um leito, ter um conforto, um banho mais reservado, um momento mais reservado, um ambiente mais claro, menos barulhento. Isso muda muito o fim da vida de uma pessoa (…) não é porque lá é ruim, porque a gente quer fazer. É o próprio sistema, é o próprio serviço, a demanda que não permite que seja diferente” (Sujeito 7).

“(…) a minha dificuldade talvez [quando há um óbito], é de acolhimento da família, essa é a minha dificuldade, não sei se todos tem essa mesma dificuldade” (Sujeito 4).

Classe 2

Despreparo para se instituir os cuidados paliativos e para agir diante da morte

Compreende 13,5% (f=54 STs) do corpus total analisado. As palavras que mais apareceram nessa classe foram “paliativo” ($x^2=16,36$), “família” ($x^2=10,33$) e “enfermagem” ($x^2=14,74$). Muitos dos enfermeiros entrevistados relataram não possuir preparo para abordar e comunicar à família a respeito dos cuidados paliativos e da terminalidade. Além de reconhecerem a limitação da própria categoria profissional, referiram ser essa também uma dificuldade de toda a equipe de saúde tanto para comunicar quanto para instituir cuidados de fim de vida no setor da emergência.

“Às vezes o paciente é paliativo, e nenhum dos profissionais está preparado. A equipe multiprofissional não está preparada, nem a família. Outra coisa que a gente vê é a banalização. Às vezes tem paciente que nem chegou a determinar cuidados paliativos, e aí já começam as medidas de não investimento no paciente, tira tudo. Isso aí é um confronto” (Sujeito 8).

“A segunda dificuldade que, pelo menos para mim, é crucial é a instrução que a equipe médica acaba deixando de dar de fato à família. É assim, não explica com detalhes, não fala a mesma língua do paciente, fala assim ‘cuidados paliativos’, a família não entende o que são cuidados paliativos, e aí depois a gente tem que explicar aos familiares” (Sujeito 5).

Percebe-se uma fuga de um contato mais direto com os familiares quando se trata do fim de vida. Muitos profissionais evitam encarar a família nesse momento por não saberem como atuar diante da reação desta quando informada sobre a morte ou possibilidade de morte de seu ente querido. Outros agem dessa forma no intuito de preservar as próprias emoções, uma vez que vivenciam a morte de forma rotineira e precisam estar bem para dar seguimento às ações burocráticas do pós-morte.

“Eu acho que a equipe de enfermagem tem um certo receio do que vai acontecer no setor, da família gritar ou chorar e você não saber

realmente o que fazer. Naquele momento você não sabe o que esperar” (Sujeito 8).

“Quando a família vem conversar, eu procuro não carregar pra minha vida. Porque como eu lido com isso o tempo todo, se eu pego muito pra mim eu vou acabar sofrendo, não que eu não sinta a dor do outro, né? Eu vejo o sofrimento da família e vejo quando o paciente tá crítico como fica a família, então eu tento acolher esses pacientes da melhor maneira possível” (Sujeito 10).

“A gente vai até o fim, mas quando o fim chega, quando é constatado o óbito, eu preciso dar passos adiante disso, então, assim, eu preciso correr atrás do prontuário, agilizar pra família, que tá aguardando que esse corpo seja liberado” (Sujeito 4).

Classe 3

Morte: do processo natural da vida ao sentimento de impotência profissional

Essa classe corresponde a 14,8 % (f=59 STs) do corpus total analisado. As palavras que mais emergiram nessa classe foram “mudar” ($x^2=42,54$), “vida” ($x^2=36,1$) e “morrer” ($x^2=20,41$). Dentro da emergência, a morte é algo constante e capaz de gerar sentimentos ambíguos nos profissionais, como evidenciado pelos relatos dos entrevistados. Alguns, por terem que lidar constantemente com sentimentos que envolvem o fim de vida, tiveram a necessidade de ancorar a morte em um sistema de pensamentos preexistentes, menos ameaçador. Assim, a morte deixa de ser um fator inesperado para esses profissionais e passa a representar um processo natural da vida.

“Olha, desde que eu entrei no setor de emergência, a minha visão de morte mudou bastante. Porque acaba sendo algo muito presente no nosso cotidiano. Então, pra mim, a morte hoje representa uma fase da nossa vida, um ciclo encerrado” (Sujeito 6).

“Às vezes me sinto um pouco impotente, e às vezes sinto que esse processo da morte mudou muito. A cada ano que passa na emergência, eu sinto que muda, a minha visão em relação à morte muda” (Sujeito 8).

“Vem um pouco da nossa cultura, do senso comum, de dizer que aquela pessoa (idoso) cumpriu sua missão, que ela cumpriu todo ciclo de vida e chegou o momento do envelhecer e morrer. Eu acho que de certa forma é o mais esperado, é um processo mais tranquilo do que no outro paciente que chega por trauma, por uma morte súbita” (Sujeito 1).

No entanto, ainda persiste o entendimento de alguns profissionais de que, em determinadas situações, independentemente do que seja feito, a morte representa falha de condução da equipe, o que gera sentimento de impotência e de fracasso.

“Quando comecei a trabalhar lá na emergência, a morte era um processo muito ruim, porque dava impressão que era falha do nosso processo de cuidado. Dentro da necessidade do paciente, então ficava com a sensação que a gente poderia fazer mais” (Sujeito 11).

“Sempre quando acontece da gente não conseguir salvar a vida do paciente, a gente sempre fica com aquele sentimento de que poderia ter feito mais, mas só que a gente fez tudo dentro do que era permitido naquele momento” (Sujeito 6).

Para alguns profissionais, os anos exercidos na atividade assistencial fizeram com que a morte, no setor da emergência, se tornasse um processo natural, que por vezes beira a banalização do fim de vida.

“Na emergência a morte muitas vezes representa tristeza pra gente que se apega com o paciente e vê o sofrimento da família também. Eu acho que agora é mais fácil, porque antigamente era muita questão de sentimento de dó, de luto, hoje é mais um que morreu [risos]” (Sujeito 3).

Classe 4

Morte no corredor e o descaso dos profissionais diante do fim de vida e da morte na emergência

Essa classe obteve 15,5% ($f=62$ STs) do corpus total analisado, sendo constituída por palavras como “corredor” ($x^2=32,31$), “filho” ($x^2=23,26$) e “morte” ($x^2=10,92$). As falas dessa classe revelam a realidade de descaso da equipe multiprofissional

no que tange à assistência ao fim de vida na emergência, principalmente quanto a algumas ações, ou à falta delas.

“Ontem chegou um rapaz de trinta e quatro anos, e o médico falou assim: não vou te levar para fazer toracocentese porque você vai morrer logo, logo. Fazer pra quê? Você vai morrer” (Sujeito 9).

“(…) ontem chegou um paciente no fim de vida que era paliativo, chegou desde cinco horas da tarde, acompanhante falou que estava chamando, estava com cocô até a cabeça e quando eu cheguei a técnica estava no WhatsApp” (Sujeito 9).

Além disso, o hospital também é deficiente em relação à estrutura física. Os entrevistados relataram que os pacientes passam dias em macas e nos corredores, e alguns acabam morrendo nessas condições, por vezes sendo percebida a morte tardiamente pelos profissionais. Diante disso, eles se sentem impotentes devido à incapacidade em oferecer à família e ao paciente um ambiente propício para uma assistência digna ao fim de vida.

“(…) porque pensa aí, sua mãezinha morrendo no corredor em uma maca no chão. Ô, fia, é triste demais! Não tem como. Até os oncológicos também, faz dó. Claro que alguns conseguem ir pra [ala masculina]” (Sujeito 3).

“(…) fica lá e o fim dele é ali mesmo, às vezes até na maca de um corredor, quando a gente puxa pra sala é porque tá grave, aí a gente puxa pra sala, mas nem sempre a gente coloca ele em um leito” (Sujeito 7).

“(…) durante o dia, passava no corredor, e quando ia ver já estava morto. Então, assim, o fim de vida na emergência pra mim, sinceramente, é repensar o que você poderia ter feito para ser melhor, para ser mais humano, para ter dado mais paz” (Sujeito 9).

Ainda, nota-se despreparo e, até mesmo, falta de empatia por parte de alguns profissionais para comunicar más notícias, sendo essas, por vezes, transmitidas de forma direta, sem apoio de outros profissionais ou em um local inadequado.

“O médico chegou por volta de umas seis e quarenta, e eu tinha chegado pra receber o

plantão e fiquei arrasada com aquele choro, eu falei: 'meu Deus do céu, é muito desumano. Como é que você fala isso para um pai de família só porque você é médico? Você não tem consciência que é difícil, poxa vida?'. A pessoa está tendo fé ali, acreditando que ela vai conseguir ficar um tempo maior ali, aí chega um profissional e tira todas as esperanças, é muito difícil, sabe?" (Sujeito 9).

"(...) ou ele chega de maneira muito ríspida e cospe em cima do acompanhante ou até em cima do paciente, o que o paciente tem, diz: 'você não vai viver'" (Sujeito 9).

Classe 5

Atitudes e sentimentos dos enfermeiros diante do fim de vida na emergência

Compreende 11,8% (f=47 STs) do corpus total analisado. As principais palavras foram "Deus" ($x^2=26,78$), "colega" ($x^2=40,56$), "forte" ($x^2=22,7$) e "conversar" ($x^2=10,66$). A morte, para os entrevistados, desperta sentimentos que vão desde tristeza e compaixão até revolta. Muitos referem que, a fim de se protegerem emocionalmente, evitam ficar com a família dos pacientes em fim de vida, numa tentativa de não absorver o sofrimento, já que a morte é tão frequente em seu cotidiano. Outros disseram que, com a experiência, adquiriram estratégias para lidar com a dor da família diante da perda, além de considerarem, nesse momento, o suporte de outras classes profissionais, como o psicólogo.

"Antigamente eu saía correndo, queria chorar, também evitava ao máximo ficar com a família. A depender do quadro, hoje em dia, eu já consigo mais ficar nessa situação, conduzir a situação, o sofrimento. Chamo alguém, chamo o psicólogo, oriento, fico com a pessoa e tudo, e consigo ficar mais forte. Já há dez anos, não conseguia" (Sujeito 7).

"(...) porque ele já morreu, e agora eu vou chamar o doutor pra conversar com a senhora. Não sei, talvez se eu tivesse na Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), seria diferente, eu ia abraçar, beijar, eu ia chorar junto" (Sujeito 3).

Assim, surge também o sentimento de revolta diante de condutas equivocadas e de insegurança pela falta de um protocolo para o cuidado

ao paciente terminal, principalmente quando o cuidado humanizado não é priorizado.

"Tentar ser humano, mesmo diante de situações muito desumanas que a gente vê, da gente chamar o médico e dele falar assim: 'não vou mais não, não tem mais o que fazer, vamos só fazer uma ceninha aqui'. Ó, pra tu ver, aí a gente fica assim... Tem horas que eu fico revoltada, sabe?" (Sujeito 9).

"Então a conduta fica indefinida, e a gente não consegue realmente seguir um protocolo, né? De cuidados para esse paciente" (Sujeito 4).

Por outro lado, com a experiência, os enfermeiros encontraram algumas formas de amenizar o sofrimento atrelado à vivência do processo do fim de vida e da morte na emergência. Alguns evitam comentar, em seus lares, sobre os casos assistidos no ambiente hospitalar e buscaram exercer a espiritualidade. Essas estratégias contribuíram para a construção da resiliência desses profissionais, mesmo em períodos tão angustiantes como o da pandemia do covid-19, conforme citado por uma das falas.

"(...) muitos pacientes morreram no período que eu estava trabalhando no covid, muitos colegas meus adoeceram, e eu, mesmo assim, consegui seguir em frente, consegui trabalhar, justamente por isso, porque eu procuro olhar, ter essa visão assim mais holística" (Sujeito 10).

"(...) mas o meu sentimento, por mais que eu queira ser forte, ser uma pessoa que enfrenta a realidade, eu sinto dor pela dor do outro, né? Mas eu peço sempre direção a Deus" (Sujeito 10).

"(...) inclusive na minha casa, eu não falo de nada que acontece aqui no trabalho, de absolutamente nada. Pode paciente morrer aqui, eu não comento na minha casa, porque eu costumo deixar aqui tudo que eu vivencio aqui, eu deixo aqui no hospital" (Sujeito 10).

Classe 6

Dificuldades assistenciais diante da experiência da morte no setor de emergência

Compreende 11,6% (f=47 STs) do corpus total analisado, aparecendo palavras como "experiência"

($x^2=22,7$), “dificuldade” ($x^2=10,97$) e “assistência” ($x^2=16,67$). Ao analisar essa classe, constatou-se que o setor da emergência é entendido como um lugar em que as pessoas estão lutando para viver, e lidar com situações de morte, principalmente entre pacientes mais jovens, muitas vezes se torna angustiante. Surgiram, ainda, questionamentos em relação à morte inesperada na emergência, se ela está ou não relacionada a uma assistência inadequada, ou se realmente era inevitável, questões que trazem muitas inquietudes a esses profissionais.

“(...) no caso de uma morte, que assim pra família é inesperada, eu tenho um pouco mais de dificuldade, até por experiências pessoais já vividas. Então eu acabo um pouco travada diante da família, sem saber muito o que fazer” (Sujeito 1).

“Eu achava, assim, que o paciente tinha o dia certo pra morrer. Depois que eu ingressei na área de saúde, eu percebi que alguns pacientes, por falta de acesso, ou por não ter acesso no momento, ou uma má qualidade da assistência, teve uma morte precoce por conta disso” (Sujeito 8).

A maioria dos entrevistados referiu a importância de uma conduta profissional pautada na humanização, compromisso e ética, independentemente do setor em que a morte aconteça, o que reflete valores e princípios pessoais, e não somente profissionais, diante do fim de vida.

“(...) independente do local que eu esteja trabalhando, eu acho que a conduta, a assistência, ela deve ser a mesma” (Sujeito 1).

“(...) isso é da pessoa, eu acho que tem princípios e valores que não são trazidos da profissão, são trazidos do seu pessoal, princípios que você traz da sua vida” (Sujeito 10).

Os entrevistados referiram as dificuldades em assistir situações de morte num setor no qual a rotina é sempre inesperada, sem um fluxo ordenado, com alta demanda de trabalho e com condutas que precisam ser realizadas de forma muito rápida. A cobrança que a pressão e a sobrecarga geram faz com que estes profissionais ajam tecnicamente principalmente quando estão diante da morte de um paciente.

“(...) eu acho esse fluxo um pouco desordenado. Já passei isso pra coordenação, tanto a questão

de atendimento, como a questão de aprimoramento da equipe, como a questão de profissionais capacitados e a fazer capacitação, para que a gente possa se aprimorar mais” (Sujeito 10).

“A emergência é muito rápida e você não processa a experiência que você teve, porque você já tem que fazer uma outra coisa, então você acaba mecanizando um pouco o seu cuidado” (Sujeito 8).

Classe 7

Desafios estruturais para se assistir a terminalidade na emergência

A última classe compreende 20,8% ($f=83$ STs) do corpus total analisado. As palavras que mais emergiram foram “conforto” ($x^2=23,89$), “espaço” ($x^2=29,5$), “ambiente” ($x^2=21,9$) e “contexto” ($x^2=15,43$). Essa classe traz questões estruturais, como a superlotação e a falta de um espaço que proporcione conforto adequado ao paciente e seus familiares, tornando-se, dessa forma, uma importante barreira para se assistir a terminalidade no setor. Dificuldades em seguir um fluxo interno nos setores da emergência prejudicam o acolhimento aos pacientes e seus familiares. Os enfermeiros trouxeram situações de um setor da emergência em que os pacientes deveriam permanecer por pouco tempo, por ser um lugar onde são realizadas condutas assistenciais imediatas e observações clínicas, porém os pacientes acabam ficando por um tempo prolongado em acomodações inadequadas, nos corredores, sem conforto algum, e muitos acabam indo a óbito nessas condições.

“(...) na sala de medicação, a gente vê os pacientes literalmente nas macas e no chão. Já nas alas, não, nas alas a gente ainda tem o mínimo de conforto, é um leito por paciente” (Sujeito 2).

“São pacientes em macas, alguns poucos em camas, que é uma quantidade muito ínfima. E tempo, que você não consegue tempo para dar uma atenção para aquele paciente, pra poder fazer uma visita de qualidade” (Sujeito 11).

“Então acredito que essa falta de leito, essa falta de comodidade pros pacientes, acaba limitando a gente também a prestar uma assistência melhor no fim da vida” (Sujeito 6).

Discussão

Assistir a terminalidade é um processo desafiador, pois, na maioria das vezes, cuidar de um paciente em iminência de morte e de sua família é uma experiência que desperta desconforto ao profissional. Assim, ancorar a morte e o cuidado no fim de vida em representações que amenizem o sofrimento do doente e de seus familiares é uma forma que muitos enfermeiros utilizam para lidar com esse processo tão doloroso, como verificado nesta pesquisa. A ancoragem nas RS permite que o profissional associe algo estranho e perturbador, como o cuidado na terminalidade, a objetos e noções já representados, tornando familiar algo não familiar, o que auxilia nas atitudes e condutas relativas ao objeto da representação^{9,10}.

As RS são criadas a partir de uma rede de relações que busca, de certa forma, interpretar alguma realidade a fim de criar um posicionamento coletivo sobre determinado assunto, tarefa ou objeto. Isso ocorre, por exemplo, por meio da ancoragem, quando o indivíduo busca a “familiarização do estranho”. No caso da morte, é comum que os comportamentos das pessoas sejam influenciados por sua cultura e experiências anteriores para ancorar suas ações e seus sentimentos perante a morte, o que torna o processo menos ameaçador¹⁴.

Nesse sentido, nota-se que alguns enfermeiros, diante da inabilidade em atuar no fim de vida, ancoram suas ações em representações de vivências pessoais de perda, o que, de certa forma, representa um sofrimento adicional a eles, podendo resultar em adoecimento. Esse despreparo para cuidar da família e do paciente que se aproxima da morte é reflexo de uma precária abordagem e reflexão da temática na formação acadêmica desses profissionais. Assim, a prática clínica do enfermeiro, principalmente em instituições hospitalares, é permeada por muitas situações de terminalidade, tornando-se um desafio encontrar a forma adequada de se portar, assistir e, principalmente, acolher o paciente e sua família⁹.

Diariamente, o enfermeiro vivencia, na sua prática assistencial, situações de intenso sofrimento, muitas vezes causadas por circunstâncias irreversíveis, como a dor não aliviada pela ação de medicamentos, a terminalidade e a morte, o que gera sentimentos de fragilidade, vulnerabilidade,

impotência e medo associados à insegurança em assistir a terminalidade. Isso faz com que a morte dentro das unidades hospitalares seja representada por sentimentos negativos como o fracasso e a frustração¹⁵.

No entanto, verificou-se que possuir maior experiência na profissão faz com que os profissionais enfermeiros desenvolvam mecanismos de defesa contra as emoções negativas que o cuidado ao paciente no fim de vida pode gerar. Muitos priorizam ações burocráticas para não precisarem entrar em contato direto com o processo de morte e morrer. São estratégias de fuga que os enfermeiros, devido à falta de reflexão, adotam de forma muitas vezes inconsciente diante de situações de morte¹⁶.

Isso pode ser constatado, principalmente, nas unidades em que a morte faz parte do cotidiano dos profissionais, como nas emergências, onde muitos desenvolvem estratégias para melhor lidar com essas situações com o intuito de diminuir o próprio sofrimento¹⁷. Foram verificadas, em um estudo e nas falas dos enfermeiros desta pesquisa, formas de enfrentamento que vão desde o distanciamento, a fim de evitar o vínculo com o paciente e sua família, até a naturalização do fim de vida, o que pode culminar na banalização da morte¹⁸.

Assim, no intuito de dirimir essas inadequações assistenciais e promover a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de uma doença ameaçadora e da terminalidade, foi instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Os cuidados paliativos consistem em um conjunto de abordagens que visam a prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Deve ser realizado por todos os profissionais de saúde e estar disponível em todos os pontos da rede, entre eles os serviços de urgência e emergência^{19,20}.

No entanto, observa-se que ainda existe um longo caminho a ser percorrido para que se alcance um cuidado realmente humano e ético diante do fim de vida, principalmente no contexto da urgência e emergência. Nesses locais, o número de pacientes em cuidados paliativos é cada vez mais crescente; logo, é urgente que as equipes criem planos de cuidados individualizados, flexíveis e que preservem a dignidade humana^{21,22}.

Muitas são as dificuldades referidas pelos enfermeiros para a realização do cuidado no fim de vida na emergência, com destaque para a falta de habilidade para comunicar más notícias, uma informação carregada de emoções e com grande potencial de mudar a vida das pessoas. Para os profissionais da saúde, trata-se de informar diagnósticos de doenças ameaçadoras à vida, amputação de membros e, a mais temida, a comunicação da morte/fim de vida²¹.

Nesse sentido, foi evidenciada nas falas dos participantes deste estudo uma comunicação sem empatia, principalmente por parte da equipe médica, passando as informações quase sempre de forma técnica, com termos científicos, impossibilitando uma compreensão efetiva, o que também é corroborado pela literatura²¹. Para que a comunicação de más notícias ocorra de forma terapêutica e não gere danos adicionais a esse processo de terminalidade, deve haver uma boa interação entre o tripé paciente-família-equipe^{21,22}.

Todavia, a dinâmica de muitos serviços de emergência não é favorável para ofertar os cuidados no fim de vida devido à dificuldade de se estabelecer um vínculo entre o paciente e o profissional e pela ausência de um protocolo que direcione a prática²³. Existe, ainda, um desencorajamento da promoção de capacitações a respeito da temática aos profissionais que trabalham nesse setor, já que há a concepção de que a emergência não é destinada a prestar esse tipo de cuidado²².

Como consequência dessa falta de compreensão dos cuidados no fim de vida, muitos profissionais de saúde buscam de forma obstinada prolongar a vida por meio de tratamentos cada vez mais modernos, o que vai de encontro aos princípios do cuidado paliativo. Essas ações, na prática do profissional, estão ancoradas em tradições culturalmente construídas de que se deve celebrar a vida e esperar por ela. Já a morte, além de fazer o profissional pensar na própria finitude, é sinônimo de fracasso, e assim deve ser evitada, afastada e institucionalizada a qualquer custo^{24,25}.

No entanto, no ambiente hospitalar, quando um indivíduo idoso morre, a aceitação dessa morte se torna mais fácil, já que se compreende que ele já cumpriu todos os ciclos da vida. No entanto, quando a morte é inesperada, como em pacientes mais jovens, mesmo utilizando estratégias de enfrentamento, ocorrem maiores dores,

sentimento de frustração e impotência nos enfermeiros. Isso porque, socialmente, a morte está fortemente ancorada na velhice, e para que seja melhor aceita, é preciso que o paciente tenha cumprido todos os seus ciclos vitais. Dessa forma, entende-se que os comportamentos e sentimentos causados pela morte dependem de algumas variáveis, como a idade, o vínculo estabelecido e como a morte ocorreu^{14,15}.

Outro ponto que gera muita angústia nos enfermeiros deste estudo tem relação com a estrutura da emergência para assistir o paciente no fim de vida. Essas unidades são ambientes que, normalmente, não possuem uma estrutura física que acolha uma pessoa que vivencia a terminalidade, pois os pacientes passam longos períodos nos corredores, sobre macas, sem o menor conforto ou privacidade. Todo esse cenário causa sofrimento também aos profissionais envolvidos por não conseguirem oferecer a assistência que desejam⁵.

Percebe-se, então, que os sentimentos atrelados à morte nesses locais estão relacionados também às condições precárias oferecidas aos pacientes em terminalidade. Isso porque, socialmente, o processo de fim de vida é ancorado na concepção de que todo indivíduo deve ter uma morte digna, com conforto, alívio da dor e privacidade, e não oferecer isso gera nos enfermeiros sentimentos adicionais de frustração, fracasso e tristeza. Por outro lado, em espaços com condições para proporcionar privacidade e o mínimo de dignidade para o fim de vida do paciente, é possível perceber melhor enfrentamento em lidar com situações de conflitos profissionais²⁶.

A rotina acelerada diante dos numerosos atendimentos é outro fator que desfavorece o setor de emergência em relação aos cuidados no fim de vida, pois a maioria dos enfermeiros que trabalha nas emergências não tem condições de prestar um cuidado adequado. É versado na literatura que, por se tratar de um setor com grande rotatividade, muitos profissionais não conseguem oferecer uma atenção adequada àquele paciente em fase terminal devido à sobrecarga de trabalho e à falta de preparo técnico e emocional para atuar diante de situações que lhes causem sofrimento⁵.

Dessa forma, compreende-se que promover uma assistência humanizada ao fim de vida nos serviços de urgência e emergência vai além da sensibilização da equipe de enfermagem,

perpassando por diversos fatores, como a infraestrutura hospitalar, recursos humanos e materiais e a sobrecarga de trabalho dos profissionais²⁶.

As limitações deste estudo em relação à amostra reduzida e à realidade local de um único hospital da rede pública impossibilitam a generalização dos resultados. No entanto, ele tem o potencial de contribuir para os estudos da morte e do morrer na emergência, visto que, mesmo com a crescente discussão sobre o tema, é notória uma grande lacuna no que se refere à prática de enfermeiros na emergência, pois a maioria não se sente preparada para prestar uma assistência de forma adequada diante do fim de vida e da morte.

Considerações finais

A morte dentro do setor de emergência é algo rotineiro e gera sofrimento ao enfermeiro. Percebe-se que as principais representações sociais da morte são reflexos de vivências e experiências pessoais. Muitos ancoram a morte na velhice, o que torna o processo mais aceitável quando se entende que o

indivíduo cumpriu todo seu ciclo de vida para então morrer; do contrário, existe o sentimento de fracasso no cuidado. Alguns enfermeiros não se sentem preparados para lidar com a família e com o paciente prestes a morrer e, quando a morte acontece, utilizam mecanismos como a fuga por não saberem como se portar diante do familiar.

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de uma ênfase mais reflexiva sobre a temática nos diversos componentes curriculares na formação acadêmica do profissional enfermeiro. Além disso, oferecer condições estruturais e recursos humanos preparados e adequados para a alta demanda de trabalho tem influência direta na promoção de uma assistência humanizada ao paciente em fim de vida. Destarte, sugerem-se mais estudos que busquem identificar os sentimentos e atitudes não somente dos enfermeiros, mas de toda a equipe multiprofissional de saúde sobre o fim de vida e a morte no setor da emergência, com o objetivo de compreender os desdobramentos gerados na assistência, contribuindo para um cuidado mais sensível e acolhedor ao paciente e à sua família, que vivencia este momento.

Referências

1. Lourenço LL, Estuqui MR, Guesser RG, Souza TF, Souza WGA. Saúde mental do enfermeiro frente ao setor de emergência e a reanimação cardiopulmonar. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2022 [acesso 9 jan 2025];96(38):1-10. Disponível: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5h4es>
2. Benedetti GMS, Oliveira K, Oliveira WT, Sales CA, Ferreira PC. Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 9 jan 2025];34(1):173-9. p. 177. DOI: 10.1590/S1983-14472013000100022
3. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Rehabilitation. In: Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. *Oxford handbook of palliative care* [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2010 [acesso 9 jan 2025]. p. 929-46. DOI: 10.1093/med/9780199234356.001.0001
4. Paula GS, Gomes AMT, França LCM, Neto FRA, Barbosa DJ. A enfermagem frente ao processo de morte e morrer: uma reflexão em tempos de coronavírus. *J Nurs Health* [Internet]. 2020 [acesso 9 jan 2025];10(4). DOI: 10.15210/jonah.v10i4.18977
5. Formentin MS, Cordeiro FR, Zillmer JGV, Oliveira SG, Zilli F, Moscoso CR. Barreras al cuidado al final de la vida en un servicio de urgencia. *Rev Uruguaya Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];16(1). DOI: 10.33517/rue2021v16n1a2
6. Ribeiro DL, Carvalho Filho MA. Cuidados paliativos na emergência: invocando Kairós e repensando os sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022 [acesso 9 jan 2025];38(9):1-5. DOI: 10.1590/0102-311XPT127922
7. Santana BC, Oliveira AT, Araújo RV. A percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização no atendimento de urgência e emergência. *Rev Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2022 [acesso 9 jan 2025];3(5). DOI: 10.47820/recima21.v3i5.1491

8. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-29.
9. Fitaroni JB, Bousfield ABS, Silva JP. Morte nos cuidados paliativos: representações sociais de uma equipe multidisciplinar. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];41. DOI: 10.1590/1982-3703003209676
10. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
11. Jodelet D. Les peprésentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet D. Les représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France; 1989. p. 45-78.
12. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol* [Internet]. 2013 [acesso 9 jan 2025];21(2):513-8. DOI: 10.9788/TP2013.2-16
13. Bardin L. Análise de conteúdo. 70ª ed. São Paulo: Almedina Brasil; 2011.
14. Andrade BRV, Cunha JXP, Biondo CS. A resiliência do enfermeiro no cuidado à criança que vivencia a terminalidade. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2020 [acesso 9 jan 2025];10(88):1-18. DOI: 10.5902/2179769240348
15. Monteiro DT, Mendes JMR, Beck CLC. Perspectivas dos profissionais da saúde sobre o cuidado a pacientes em processo de finitude. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2020 [acesso 9 jan 2025];40:1-15. DOI: 10.1590/1982-3703003191910
16. Cardoso MFPT, Martins MMFPS, Ribeiro OMPL, Trindade LL, Fonseca EF. Atitudes dos enfermeiros frente à morte: mudanças com a pandemia por covid-19. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];23:66598. DOI: 10.5216/ree.v23.66598
17. Boque Oliva C, Romero Pareja R, Herreros B. Recomendaciones de cuidados al final de la vida en los servicios de urgencias. *Emergencias* [Internet]. 2022 [acesso 9 jan 2025];34(1):47-54. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-203341>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 729, de 7 de dezembro de 2023. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 46, 7 dez 2024 [acesso 9 jan 2025]. Seção 1. Disponível: <https://tinyurl.com/3nnhypnz>
19. Brasil. Ministério da Saúde. A avaliação do paciente em cuidados paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022 [acesso 9 jan 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/4tc6wjte>
20. Ribeiro KG, Batista MH, Souza DFO, Florêncio CMGD, Jorge WHA, Raquel CP. Comunicação de más notícias na educação médica e confluências com o contexto da pandemia de covid-19. *Saúde Soc* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];30(4):1-13. DOI: 10.1590/S0104-12902021201058
21. Medeiros MOSF, Meira MV, Santos JSNT, Pedreira LC, Fonseca AC, Silva RS. Cuidados paliativos na emergência: revisão integrativa. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];29(2):416-26. DOI: 10.1590/1983-80422021292479
22. Santana LF, Paris MC, Gabriel KOF, Rosa WF, Petry IL, Alves JNB *et al.* Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. *Brazil J Develop* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];7(4):35994-6006. DOI: 10.34117/bjdv7n4-184
23. Natividade TSS, Coelho PYC, Aguiar DR, Silva GL, Silva RB, Soeiro ACV. Extubação paliativa: reflexões bioéticas sobre cuidados em fim de vida. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];29(3):558-66. DOI: 10.1590/1983-80422021293491
24. Dantas JB, Borge JER, Dutra AB. Entre a morte e a experiência da finitude: histórias e diálogos com o contemporâneo. *Rev NUFEN* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];13(1):41-55. Disponível: <https://tinyurl.com/28uu4tf7>
25. Zanlorenzi AC, Rodrigues A, Corradi-Perini C. Aspectos bioéticos relacionados aos cuidados de fim de vida. *Rev Latinoam Bioét* [Internet]. 2023 [acesso 9 jan 2025];23(1):27-44. DOI: 10.18359/r/bi.5590
26. Soares GR, Boeno GV, Gonçalves TS, D'Elly SBR, Medeiros JGT, Almeida AN *et al.* A humanização da enfermagem nos cenários de urgência e emergência. *Enferm Foco* [Internet]. 2022 [acesso 9 jan 2025];13. DOI: 10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202245ESP1

Daiane Brito Ribeiro – Mestranda – daianebr54@gmail.com

 0000-0002-0987-3874

Juliana Xavier Pinheiro da Cunha – Doutora – julianaxcunha@gmail.com

 0000-0002-3752-206X

Chrisne Santana Biondo – Doutora – tity_biondo_enf@hotmail.com

 0000-0002-0583-5491

Ana Clara Cunha Soares Silva – Especialista – anaa.clara@hotmail.com

 0000-0002-2886-7066

Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes – Doutora – emanuelecदानunes@gmail.com

 0000-0002-0226-3619

Jéssica Nayara da Silva Prado – Residente – jessicaprado18@outlook.com

 0000-0001-5648-5682

Correspondência

Daiane Brito Ribeiro – Rua Belo Jardim, Felícia, 41. CEP: 45055-255. Vitória da Conquista/BA, Brasil.

Contribuições dos autores

Daiane Brito Ribeiro e Juliana Xavier Pinheiro da Cunha participaram da concepção do estudo, da coleta, análise e interpretação dos dados, e da discussão dos resultados. Chrisne Santana Biondo e Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes fizeram a análise e interpretação dos resultados. Ana Clara Cunha Soares Silva e Jéssica Nayara da Silva Prado participaram da interpretação dos dados. Todas as autoras contribuíram com redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final, de modo que compartilham responsabilidade pela integridade e precisão do trabalho.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editadora responsável: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 6.8.2024

Revisado: 23.2.2025

Aprovado: 25.2.2025