



ESS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O ENFERMEIRO E A MORTE DE UM DOENTE EM CUIDADOS
CONTINUADOS
Andreia Isabel Varajão Cerqueira

O ENFERMEIRO E A MORTE DE UM
DOENTE EM CUIDADOS CONTINUADOS

Andreia Isabel Varajão Cerqueira

2013

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Andreia Isabel Varajão Cerqueira

O ENFERMEIRO E A MORTE DE UM DOENTE EM CUIDADOS CONTINUADOS

Nome do Curso de Mestrado
Cuidados Paliativos

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Aurora Pereira

Maio de 2013

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração de um conjunto de pessoas. Correndo o risco de omitir alguém, quero deixar expresso o mais sincero reconhecimento e agradecimento:

À Professora Doutora Maria Aurora Pereira, que me orientou neste trabalho, pela sua disponibilidade e incentivo que foram fundamentais transmitindo-me segurança e coragem que nas alturas mais difíceis foram o alento que me permitiu a continuação. Muito obrigada.

A todos os Enfermeiros, pela colaboração prestada na aplicação das entrevistas;

À amiga Catarina, pelo apoio e energia com que me ajudou a elaborar este trabalho;

Aos meus pais que contribuíram sabiamente para a construção da minha pessoa e fizeram com que me tornasse uma pessoa exigente comigo própria, e crescer como Mulher.

À minha cunhada Daniela e queridos sogros pelos sorrisos oferecidos nos dias difíceis e pelo apoio e companheirismo ao longo de todo este percurso.

Ao meu marido, o Hugo, pela sua compreensão e paciência, pelos momentos em que o sobrecarreguei, e pelo constante estímulo manifestado ao longo da execução do trabalho acreditando que era capaz, e que esteve sempre presente em todos os momentos para me dar carinho e muita força.

Aos meus avós, que embora me dirija a eles no final deste agradecimento, são aqueles que recordo em primeiro quando penso no sucesso e bem-estar da vida, por todo o apoio que me concederam ao longo da vida e pelos seus conselhos sábios. Dedico este trabalho aos meus avós e ao Hugo por serem o verdadeiro motivo de todo meu empenho, esforço e dedicação.

RESUMO

A morte é um acontecimento universal, inevitável e inexorável que está presente em qualquer fase do ciclo vital no nosso quotidiano. Assim, assistimos a esta de um modo mais ou menos passivo, mas sem que tal constitua motivo de indiferença. Este acontecimento é uma constante no quotidiano dos enfermeiros e potencia, não raras vezes, reflexões profundas sobre a vida e sobre o seu culminar.

Tendo presente esta realidade, consideramos importante realizar um estudo com o tema: “O enfermeiro e a morte de um doente em cuidados continuados”, visando conhecer a forma como os enfermeiros vivenciam o processo de morrer e o contacto com a morte de um doente em cuidados continuados de modo a contribuir para uma melhor intervenção neste domínio.

Este estudo foi desenvolvido numa unidade de cuidados continuados e definimos como objetivos específicos: perceber o significado da morte para o enfermeiro; identificar os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro perante a morte de um doente em cuidados continuados; identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros para lidarem com a situação da morte de um doente em cuidados continuados e as repercussões na vida dos enfermeiros.

Optamos por um estudo de natureza qualitativa do tipo descritivo simples com características fenomenológicas. Os dados foram colhidos através da entrevista semiestruturada e analisados através da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

Os resultados obtidos permitiram-nos perceber que a morte é uma experiência real que atinge significativamente o enfermeiro e que despoleta diversos sentimentos nomeadamente de tristeza, de impotência, de incerteza, de frustração, de revolta, de missão cumprida/satisfação e de alívio e com repercussões na vida pessoal e na vida profissional do enfermeiro. A vivência desta situação é influenciada por diversos fatores que se podem constituir com facilitadores e dificultadores: os centrados no próprio, na organização dos

cuidados e nas reações da família. Foi possível ainda observar que os enfermeiros mobilizam diversas estratégias que os ajuda na situação de morte de um doente, tais como: o controlo de emoções, a procura de sentido para a morte, a partilha, o dar apoio e o cuidar de outros doentes.

Emergiram sugestões que atribuem particular importância ao desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar e à partilha de relatos das experiências sobre a morte de um doente. Neste sentido, perspetivamos mudanças que impliquem um maior investimento na formação dos profissionais neste domínio e um maior envolvimento da família nos cuidados fomentado espaços de reflexão que ajudem a aproximar o cuidador da pessoa cuidada.

Palavras-Chaves: Enfermeiro, Morte, Cuidar, Cuidados Continuados.

Maio 2013

ABSTRACT

Death is a universal, unavoidable and inexorable event which is present in any phase of the vital cycle of our quotidian. That is why we see it in a slightly passive but not indifferent way. This event is constant in the everyday life of nurses and it leads, on several occasions, to deep reflexions on life and its culminate.

Keeping this reality in mind, we consider important to perform a study on the theme: The nurse and the death of patients in continuing care aiming to identify the way nurses experience the process of dying and the contact with the death of a patient in continuing care so as to contribute to a better intervention in this domain.

This study was developed in a continuing care unit and we defined as specific objectives: to understand the meaning of death to a nurse; to identify the feelings experienced before the death of a patient in continuing care; to identify the strategies mobilized by nurses to deal with the situation of the death of a patient in continuing care and the repercussions in the nurses' lives.

We chose a study of qualitative nature of a simple descriptive type with phenomenological characteristics. The data were collected in the course of a semi structured interview and analyzed through the analysis technique of content according to Bardin (2011).

The results obtained have allowed us to realize that death is a real experience which strikes the nurse significantly and triggers many feelings namely sadness, impotence, uncertainty, frustration, revolt, of mission accomplished/satisfaction and relief with repercussions in the personal and the professional life of the nurse. The experience of this situation is influenced by many factors that can be constituted by facilitators and hindering: the ones centered on the self, in the organization of the care and the reactions of the family. It was also possible to observe that nurses mobilize several strategies which help them in case of the death of a patient such as: the sharing, the support and the attending of other patients.

There have emerged suggestions that attribute a particular importance to the development of skills in the scope of the caring and the sharing of reports of the experiences of the death of patients. In this sense we outlook changes that imply a bigger investment in the training of professionals in this domain and a larger involvement of the family in the caring,

fostering spaces of reflection which help to approach the caretaker of the person being taken cared of.

Key-words: Nurse, Death, Care; Continuing Care.

May 2013

ÍNDICE

Introdução.....	11
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1. A Morte – Perspetivas Passadas e Atuais.....	15
1.1. Os Ritos e Rituais associados à presença da Morte.....	18
1.2. Fatores que influenciam a vivência da Morte na arte do Cuidar.....	20
2. Cuidar na passagem diferenciada do hospital para a comunidade.....	25
2.1. A Morte no Hospital.....	25
2.2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados.....	27
3. Cuidar da Pessoa em Fim de Vida.....	32
3.1. Os Sentimentos do Enfermeiro perante a Morte.....	34
3.2. O Burnout perante a Morte e as Estratégias de Coping.....	36
4. A Metamorfose do binómio eterno-Cuidar a Família perante a Morte.....	42
4.1. O Luto antes e após a Morte.....	43
CAPITULO II – MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO.....	48
1. Da Problemática aos Objetivos de Estudo.....	49
2. Tipo de Estudo.....	51
3. O Contexto e os Participantes do Estudo.....	52
3.1. O Contexto.....	52
3.2. Os Participantes.....	53
4. Estratégias de Recolha de Dados.....	55
5. Procedimentos e Análise de Dados.....	57
6. Considerações Éticas.....	59
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	62
1. O significado da Morte.....	64
2. Sentimentos vivenciados pelos Enfermeiros.....	66
3. Fatores que influenciam a vivência da Morte.....	69
4. Repercussões na Vida dos Enfermeiros.....	72
5. Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros.....	75
CAPITULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	78
CAPITULO V – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	97

Anexo I - Guião da Entrevista

Anexo II - Representação da opinião dos participantes por temática, categoria, subcategoria e frequência

Anexo III - Pedido de autorização do estudo

Anexo IV - Consentimento Informado

Índice de abreviaturas, siglas e acrónimos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

E – Entrevistado

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pág. – Página

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade Media Duração e Reabilitação

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caraterização dos participantes.....	54
Quadro 2 - Vivências dos enfermeiros perante a morte de um doente em cuidados continuados: áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo.....	63

Índice de Figuras

Figura 1 - O significado da morte-categorias	64
Figura 2 - Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros-categorias.....	66
Figura 3 - Fatores que influenciam a vivência da morte-categorias	69
Figura 4 - Repercussões mobilizadas pelos enfermeiros-categorias	72
Figura 5 - Estratégias mobilizadas pelos enfermeiros	75

INTRODUÇÃO

Morrer é um acontecimento social que diz respeito não só ao moribundo mas também à sua família e aos que o rodeiam, a tal ponto que se pode dizer que a afeção mortal invade a família. Os tormentos do doente terminarão a curto prazo, enquanto os tormentos dos seus próximos encontram-se no seu início.

Podemos considerar que este conceito, ao longo dos tempos, tem sofrido transformações de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família e de pessoa para pessoa. É um acontecimento inquietante e perturbador na vida do Ser Humano, que inspira o medo do desconhecido, o fim sem provas de continuação ou vivência de uma outra vida (Thomas, 1995).

Nas últimas décadas grandes mudanças têm ocorrido no perfil da população mundial e na epidemiologia das doenças. O aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento populacional, aliados ao aumento da prevalência de doenças crónicas, têm gerado uma série de discussões éticas e filosóficas a respeito da qualidade de vida no final da vida. No sentido de dar resposta a estas novas demandas, cresceu nos últimos anos o interesse e o estudo em Cuidados Paliativos.

A Organização Mundial de Saúde (2002) considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspetiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida. Estes têm como objetivo a prestação de cuidados ativos numa abordagem global da pessoa/família atingida por uma doença grave, evolutiva ou terminal. A sua finalidade é aliviar a dor física, assim como os outros sintomas, tendo em conta o sofrimento psicológico, social e espiritual, de forma a alcançar a máxima excelência e qualidade de vida do utente/família.

Entendendo o doente em final de vida como aquele que vive um estágio avançado da sua doença crónica, progressiva e incurável, estamos, nós os enfermeiros, perante doentes, com um conjunto vastíssimo de sintomas, multifatoriais que se vão alternando e provocando um forte impacto emocional, com repercussões no doente/família e no profissional que dele

cuida. Como escreve Moreira (2001, p.36): “todos os doentes terminais em maior ou menor grau, independentemente das emoções psicológicas que experienciam, tristezas pelas múltiplas perdas, receio pela dor e sofrimento, pelo desamparo, saudade, medo do desconhecido e da perda de controlo, vão passar por uma série de respostas emocionais únicas”.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais de perto lidam com as situações de morte, “(...) a vivência desta experiência é única para cada pessoa, e será enfrentada de acordo com o seu estado físico e emocional, os seus valores e crenças, expectativas de vida e o contexto onde está inserido” Moreira (2001, p.7). Assim, urge cuidar a morte e aqueles que cuidam nesta fase no contexto hospitalar, no entanto, atualmente, as políticas de saúde emergiram no sentido de promover outra resposta de saúde além dos cuidados diferenciados e primários, uma resposta intermédia que visa os cuidados de reabilitação e manutenção-Unidades de Cuidados Continuados. Esta resposta é nova e muito há a ser estudado no sentido de permitir cuidados de excelência.

Face ao exposto, e tendo em conta a nossa experiência profissional em contexto de cuidados continuados, consideramos pertinente realizar um estudo sobre as vivências dos enfermeiros perante a morte de um doente em cuidados continuados.

Este estudo tem como finalidade compreender as vivências do enfermeiro perante a morte de um doente, com os objetivos específicos preconizados: perceber o significado da morte para o enfermeiro; identificar os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro perante a morte de um doente em cuidados continuados; conhecer as repercussões na vida dos enfermeiros, resultante do acompanhamento da morte de um doente em cuidados continuados; identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros para lidarem com a situação da morte de um doente em cuidados continuados, de modo a contribuir para uma melhor intervenção junta da pessoa e família nesta etapa da vida.

Face à questão de investigação: “Quais as vivências do enfermeiro perante a morte de um doente em cuidados continuados?” enveredamos por um estudo de natureza qualitativa do tipo descritivo simples com características fenomenológicas e como estratégia de recolha de dados a entrevista semiestruturada junto dos enfermeiros que exercem a sua atividade na unidade de cuidados continuados-ULDM do distrito de Viana do Castelo, os dados obtidos foram analisados à luz da análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

Este trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos fundamentais. O primeiro capítulo é dedicado ao enquadramento teórico, onde constam os eixos temáticos que sustentaram todo o trabalho de investigação: A morte-perspetivas passadas e atuais, cuidar na passagem diferenciada do hospital para comunidade, cuidar da pessoa em fim de vida e a metamorfose do binómio eterno-cuidar a família perante a morte. O segundo capítulo refere-se ao percurso metodológico onde efetuamos uma abordagem da problemática, apresentamos os objetivos de estudo e descrevemos o tipo de estudo, o método de investigação, o contexto e os participantes, as estratégias para recolha e análise de dados e as considerações éticas. O terceiro capítulo é constituído pela apresentação e análise dos dados obtidos os quais são discutidos e interpretados à luz das evidências empíricas e da abordagem teórica realizada no quarto capítulo. Por último, no quinto capítulo, apresentamos as conclusões e as perspetivas futuras.

Todo o percurso desenvolvido neste trabalho tem como foco de atenção as vivências dos enfermeiros perante a morte de um doente, olhando-a como um desafio a ser ultrapassado com sucesso e dirigido prioritariamente ao próprio enfermeiro, doente e família.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A morte é um fenómeno extremamente complexo: por um lado, está indiretamente ligada ao nosso dia a dia pelas pessoas que partem junto de nós, e por outro, radicalmente ausente enquanto ser que está vivo. A morte está simultaneamente próxima e distante. O presente capítulo vislumbra as perspetivas sobre a morte e visibilidade desta nos cuidados de saúde.

1. A Morte – Perspetivas Passadas e Atuais

“ A morte apresenta muitos rostos, sendo percebida de diversos modos conforme as diversas épocas e culturas.”

J. H. Barros de Oliveira (1998, pág. 182)

A morte ocorre inexoravelmente e é comum a todos os seres vivos. Os seres humanos que se crê terem dela uma consciência particular, em geral, não a desejam. É uma realidade inexorável da existência de cada um. O facto é que todos os seres vivos nascem, crescem e morrem, estas são etapas presentes e inevitáveis, “a morte é natural, universal, quotidiana” (Thomas, 1995, p. 504).

Para Loney (como citado em Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 200): “(...) morrer é diferente de morte. Morrer, que faz parte de viver, é um processo, o processo de chegar ao fim. A morte, cessação permanente de todas as funções vitais – o fim da vida humana – é um evento e um estado. O evento é o momento da morte; o estado é o de estar morto. A morte é sempre vivida a partir da morte dos outros, sendo algo que não se conhece. A mesma é ocultada ao ser humano desde a infância como uma necessidade de manter uma ideia de felicidade”.

Henriques (como citado em Romeu, 2007) refere que as culturas primitivas encaravam a morte como acontecimento natural, que fazia parte da vida, assumindo-a como plenitude dessa mesma vida. Acreditavam na perpetuação da vida depois da morte e investiam os mortos de poderes especiais e supra-humanos.

As atitudes face à morte diferem de cultura para cultura, de país para país, de região para região e de pessoa para pessoa. Ou seja, a forma como é perspectivada a morte depende de uma multiplicidade de fatores influenciadores. A pluralidade de modos de encarar e sentir a morte acentua-se particularmente quando comparamos diferentes sociedades ou épocas.

Independente da postura adotada perante a vida e a morte, verificamos que ao longo da história da humanidade a morte é predominantemente considerada como um fenómeno natural (Pacheco, 2004).

O conceito e atuação perante a morte evoluíram ao longo dos tempos. Romeu (2007) refere que na pré-história o morto era enterrado com os seus objetos de trabalho, sendo grosseiramente coberto com uma certa quantidade de pedras. Já no paleolítico os mortos enterram-se nas grutas ou mesmo sobre as casas onde viviam. Este ritual significava manter o morto no seio familiar. No neolítico era construído um muro à volta do corpo enterrado, com objetivo de conseguir uma vida no além. É nesta altura que se começam a construir os primeiros sepultos. É através da cultura e da religião que se vão determinar as atitudes, e a religião vai propor soluções aos problemas pós-morte (Romeu, 2007).

A forma de interpretar e vivenciar a morte difere de país para país. Em Portugal era costume atirarem pedras à sepultura do morto, hoje em dia isso não se verifica. Contudo o povo português considera que deve atirar-se um punhado de terra para dentro da cova, encarando este ato como um dever religioso (Romeu, 2007).

Além de uma visão cultural a conceção de morte foi-se alterando ao longo do tempo. No século XVIII, a sociedade francesa de acompanhamento de cuidados paliativos (SFAP, 1999) define que o médico cumpre o seu papel de especialista na arte de diagnosticar os sinais da morte e de certificar o óbito redimindo a morte à sua faceta biológica. Martins, Franco e Fernandes (2004) acrescentam que, no final do século XIX, surge a morte tabu, ou seja, existe a conspiração acerca da gravidade do estado do doente, sendo as decisões da responsabilidade da família e as crianças são afastadas de todo o processo de morrer. O mundo contemporâneo transformou a morte num assunto tabu, ocultando-a e banindo-a das conversas do quotidiano pelo facto de se entender a morte como algo artificial: “(...) escondemos a morte como se ela fosse vergonhosa e suja. Vemos nela apenas horror, absurdo, sofrimento inútil e penoso, escândalo insuportável (...) continuando a ser (...) um

mistério, um grande ponto de interrogação que transportamos no mais íntimo de nós mesmos” (Hennezel, 1998, p. 11).

Ao longo de séculos a humanidade deparou-se com um enigma, a morte. O que é a morte? O que é o processo de morrer? A classificação internacional para prática de enfermagem (CIPE) define a morte de acordo com fatores biológicos: “(...) cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da atividade cerebral” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2002, p.47). Por outro lado Cunha (2003, p. 34) atribui à morte um conjunto de significados distintos considerando-a a “cessação das funções vitais do Homem; (...) fim de um conjunto de vivências e acontecimentos naturais e sociais; (...) termo da existência; (...) passagem para um outro mundo, uma outra vida; sinónimo de tristeza” ou ainda como uma indefinição. Thomas (1995, p. 504) refere-nos uma visão filosófica, considerando que não existe um instante de morte, “ (...) ela está em toda a parte enquanto processo: o morrer começa desde o nascimento, acelera-se com o envelhecimento e prolonga-se para além da morte clínica e biológica”. Segundo este último autor (idem, p.203) “ (...) somente se pode falar em dois momentos singulares: o antes (atitudes perante os idosos, cuidados aos moribundos) e o depois (ritos, luto)”.

A partir do século XIX a SFAP (1999) mostra que os médicos aumentam o seu interesse por doentes agónicos, uma vez que a medicina encontra na observação da agonia um ensinamento útil para a compreensão das doenças, e o médico de família percebe a importância destas visitas na continuidade da relação iniciada com o doente e família. No final do mesmo século Marques (1991, pp. 11-12) refere que surge um novo sentimento: “(...) o círculo de relações do moribundo tende a poupá-lo, escondendo-lhe a gravidade do seu estado”. A verdade começa a levantar problemas, o homem confia nas informações que lhe são transmitidas pelo médico, passando o seu destino a estar dependente do diagnóstico. A partir deste momento as pessoas são impedidas de entrar no quarto do moribundo, que apenas recebe visitas dos mais íntimos ou dos que lhes prestam os cuidados mais urgentes. A SFAP (1999, pp.37-38) refere que “o desenvolvimento da medicina científica na primeira metade do século XX conduz a muitas descobertas terapêuticas, passando a morte e a doença a serem os dois inimigos da medicina moderna”. Este período é caracterizado pela negação da morte em que é necessário prolongar a vida,

incluindo a dos que estão a morrer. Segundo Geoffrey Gorer (como citado em Marques, 1991) a morte do século XX transformou-se num tabu. Marques (199, p.13) salienta que “(...) os rápidos progressos da Ciência, do conforto, da higiene pessoal e as ideias de assepsia tornaram todos mais frágeis”.

Assim, o peso dos cuidados e a repugnância anteriormente suportados pela família e amigos são agora evitados por estes, transferindo-os para os responsáveis pela manutenção da saúde: os hospitais e os seus profissionais. Por tudo isto, podemos concluir que a preocupação de cuidar ao longo do processo de morrer e no momento da morte acompanhou sempre a Humanidade, e que as sociedades organizaram-se como forma de dar resposta às necessidades das pessoas.

Também Morin (como citado em Thomas, 1995, p. 509) crê a morte como “(...) uma passagem, uma transição, uma espécie de vida que prolonga de uma maneira ou de outra a vida individual”. Morrer subitamente de causas naturais, já numa idade avançada e sem perda de dignidade, é o desejo da maioria das pessoas.

Dado não existirem respostas definitivas da ciência sobre o fenómeno da morte, o homem procura nas crenças religiosas encontrar as explicações para esse acontecimento. A visão espiritualista da morte indica-nos que a morte é uma passagem para uma outra vida em que existe uma continuidade da mente ou espírito. Ross (como citado em Oliveira, 1998, p. 20) diz-nos que “(...) a morte não é o fim da existência mas apenas uma passagem para uma outra forma de vida, numa frequência diferente (...) o momento da morte é uma experiência única, bela que se vive sem medo, sem angústias porque não é o fim, mas antes um começo radioso”. Ainda na mesma obra literária encontramos a representação de morte de Fernando Pessoa “(...) a morte é a curva da estrada, morrer é só não ser visto” (Oliveira, 1998, p. 21).

1.1. Os Ritos e Rituais associados à presença da Morte

Os ritos e rituais são costumes carregados de simbologia, de significado e importância para aqueles que os praticam. Normalmente, estas palavras são utilizadas para se fazer referência a práticas religiosas, mas elas são, de forma abrangente, práticas presentes em situações sociais. Um ritual é um conjunto de gestos, palavras e formalidades, geralmente imbuídos de um valor simbólico, cuja performance é, usualmente, prescrita e codificada

por uma religião ou pelas tradições da comunidade (wikipédia, 2013). Apesar de intimamente ligados, o ritual e o rito distinguem-se sendo rito definido por uma sucessão de palavras, gestos e atos que, repetida, compõe uma cerimónia. É um conjunto de atividades organizadas, no qual as pessoas se expressam por meio de gestos, símbolos, linguagem e comportamento, transmitindo um sentido coerente ao ritual. O caráter comunicativo do rito é de extrema importância, pois não é qualquer atividade padronizada que constitui um rito (Wikipédia, 2013).

À morte estão associados ritos e rituais, assim sendo, perante a morte o rito tem a função de proporcionar segurança aos que vivem, simbolizando a esperança e o desejo de sobreviver. O rito simboliza a passagem da vida à morte e exprime a separação entre o que morreu e o mundo dos vivos, de forma a permitir a realidade da morte é necessário realizar a exposição do corpo morto seguido do enterro do mesmo, constituindo o ritual fúnebre. Este compreende a agonia, a morte, o velório, o fechar do caixão, o funeral, o enterro ou incineração (SFAP, 1999).

O ritual da morte pode ser visto como um conjunto de condutas que “visam antes de mais ultrapassar a angústia da morte nos que ficam vivos” Thomas (como citado em SFAP, 1999, p. 36). Assim sendo, a SFAP (1999) acrescenta que o rito ajuda a superar este acontecimento, simbolizando a esperança e o desejo de sobreviver, bem como o fim de uma relação interrompida pela morte.

O ritual fúnebre vai desenrolar-se em três tempos: reconhecer a morte expondo o cadáver aos olhos da comunidade, fechar o corpo e escondê-lo quando se fecha o caixão, e afastá-lo do mundo dos vivos transportando-o para o cemitério. A parte do ritual que é assegurada pelos enfermeiros diz respeito à primeira etapa, a da preparação do corpo para ser visto, podendo ser esta a justificação para a presença de sofrimento nos profissionais de saúde, uma vez que não participam em todas as etapas (SFAP, 1999). O movimento de cuidados paliativos surge como um espaço de ritualização do morrer, participando na criação de um novo ritual, específico do final do século XX, que pode não só melhorar o acompanhamento dos doentes em fim de vida, como também devolver à morte o lugar que lhe tem sido negado pela nossa sociedade (Barbosa & Neto, 2010).

A prática dos cuidados por parte do enfermeiro durante o processo de morte, no hospital, podem ser reconhecidos como um ritual, que se distingue por segurar a mão do doente que

está morrer, realizar a higiene do corpo morto, fechar as persianas do quarto, gerir o tempo que separa o óbito do transporte do corpo para a morgue. Este ritual permite ao enfermeiro iniciar o seu processo de luto perante a pessoa que morreu, contudo o enfermeiro apenas tem acesso à primeira etapa do ritual fúnebre que diz respeito à preparação do corpo, não tendo acesso às etapas do desaparecimento do corpo (colocar o corpo no caixão) e exclusão (enterro ou incineração). Louis Vincent Thomas (como citado em Saraiva, C., 1994) refere que o ritual de morte é uma forma de ultrapassar o vazio provocado pela mesma, através da possibilidade de prolongar a vida.

Atualmente, uma morte aceitável é aquela que será admitida e tolerada pelos sobreviventes, em que a expressão de sentimentos deve ser realizada em privado, e o moribundo deve permanecer na ignorância. Walter (como citado em Magalhães, 2009) defende que a boa morte é aquela em que a pessoa que está a morrer o pode fazer à sua maneira, valorizando a sua autonomia, o que possibilita um maior ênfase na psique, espírito e corpo da pessoa que está a morrer. Para o mesmo autor, morrer à maneira de cada um tem como primeiro requisito estar informado da sua morte iminente, e como segundo, que seja dito aos cuidadores como é que se quer morrer. Walter (como citado em Parkes, Laungani e Young, 2003, p. 213) acrescentam que “uma boa morte não é aquela em que eu me preparo para a próxima vida, mas aquela em que eu preencho a minha própria e única vida (...), envolve o adeus a todos os que eu amo, o deixar os meus assuntos em ordem para não prejudicarem aqueles que ficam”.

A morte é assim considerada um processo simultaneamente complexo, relativo e mutável dado que depende do seu contexto situacional. A forma como a morte é encarada depende de como é a vida social de determinadas sociedades e a forma como se organizam as normas aí vigentes, sendo que a base antropológica determina a conceção que cada um tem sobre a morte (SFAP, 1999).

1.2. Fatores que influenciam a vivência da Morte na arte do Cuidar

A vivência da morte espelha a cultura e interpretação de cada um nas diferentes fases que a vida nos presenteia. Quando a doença se impõem, urge a vivência da morte a qualquer momento impondo a preparação e conhecimento do futuro. Por isto, torna-se fulcral perceber o que envolve o doente em fim de vida (Barbosa & Neto, 2010).

O modo como o enfermeiro compreende o conceito de morte e a forma como relaciona este conceito com a sua própria existência, as suas vivências pessoais e ou perdas anteriores influenciarão a sua atuação perante a morte de um doente em fim de vida. Podem apresentar dificuldades pessoais de adaptação ao processo da morte, e na relação com os doentes em fase final de vida, as quais condicionam a interação com estes. Estas dificuldades podem estar associadas a três aspetos: a falta de formação, a incapacidade para lidar com os seus próprios medos e a instabilidade emocional da equipa de saúde (Barbosa & Neto, 2010).

No contexto de doença crónica e do doente em fim de vida, a presença inoportuna da dor, do sofrimento e da perda é uma constante que afeta profundamente como seres humanos e profissionais que são. Sem dúvida, que esta é uma das situações mais críticas dos cuidados que se coloca aos profissionais de saúde, porque é marcada por dor e sofrimento intoleráveis. Ostaseski (como citado em Hennezel, 2001, p. 137) sugerem aos profissionais de saúde que “não tenham medo das vossas feridas, das vossas limitações, da vossa impotência. É com tudo isso que estão ao serviço dos doentes e não com a vossa suposta força, o vosso suposto saber”.

Garcia e Timmermans (como citado em Sapeta e Lopes, 2006, p. 36) defendem que “(...) os profissionais de saúde que cuidam de doentes em fim de vida possuem habilidades e competências que dependem da influência da sociedade e dos valores aprendidos no curso das suas vidas, e que reagem com emoções e sentimentos negativos, de rejeição face à morte e doentes moribundos”. Para Potter e Perry (2006, p. 579) “o papel do enfermeiro nestes cuidados é satisfazer as vontades do doente e estar atento aos seus desejos individuais”. O enfermeiro é facilitador dos cuidados pela sua presença constante, preparação técnica e humana, sendo capaz de dar a resposta adequada nas situações mais exigentes como o descontrolo e agudização de sintomas, bem como na monitorização constante das suas necessidades como acrescentam Thompson *et al* (como citado em Sapeta e Lopes, 2006). Assim, o objetivo dos cuidados em fim de vida consiste em preservar a dignidade humana, de forma a atender à qualidade de vida dos últimos momentos, aliviando a dor, acompanhando o sofrimento ativo e proporcionando apoio espiritual, para que os momentos finais da vida sejam rodeados de humanismo (Barbosa & Neto, 2010).

Uma das componentes essenciais da relação da ajuda é a empatia, que de acordo com Chalifour (como citado em Queirós, 1999, p. 35) “(...) é a capacidade de verdadeiramente se colocar no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê” ou como nos refere Salomé (como citado em Queirós, 1999, p. 35) o “(...) conjunto de sinais que circulam em qualquer relação onde uma pessoa facilita o desenvolvimento ou o crescimento de uma outra, a ajuda a morrer, a adaptar-se, a integrar-se, ou a aproveitar a sua própria existência”.

Relativamente ao doente, existem fatores somáticos muito relevantes, “(...) a idade dos utentes é também um componente muito importante (...)” (Suárez, 1998, p. 135). A morte é sempre associada à última etapa do ciclo natural de vida – à velhice - é nesta fase que este acontecimento é encarado com maior naturalidade. O autor supracitado vem de encontro a esta ideia justificando em parte esta perceção social, “(...) existe um conhecimento de que o ancião em fase terminal viveu, cristalizou as suas metas, desejos e cumpriu as etapas fundamentais da vida e que, em qualquer caso, tinha a certeza da sua existência (...)” (Suárez, 1998, p. 137). Nesta faixa etária, as pessoas deparam-se com a mortalidade do ser vivo, pairando a inevitabilidade deste acontecimento, “(...) sendo a morte inevitável, o mais lógico é que ocorra na velhice” (Suárez, 1998, p. 137). A morte na velhice é a melhor aceite, como refere Sousa (1996, p. 39) “(...) queremos que este caminho, que é o caminho da vida, termine numa «boa morte», que é a morte de velhice, a «morte esperada» depois de termos cumprido um ciclo de «coisas» vividas e entregues”. No entanto, mesmo dentro da velhice é compreensível que a morte seja facilmente aceite num doente com 90 ou mais anos e que possa ser vista como “prematura” tratando-se de um doente com 65 anos.

O tipo de morte poderá também influenciar o modo como os profissionais lidam com a mesma. Mercadier (2004, p. 132) considera que “ a morte não surpreende toda a gente da mesma forma. Pode surpreender pelo inesperado, pela incongruência, (...) há casos em que não chega a surpreender: por vezes é esperada, e até desejada, tanto por doentes como por prestadores de cuidados”. Diversos autores dividem a morte em dois subtipos, a morte súbita e a morte esperada. Martínez (1993, p. 36) considera que a morte súbita é “(...) reconhecida como mais desejada por não possuir período transitório ou preliminar e com o tempo é aceite pelo discurso quotidiano”. Ao contrário desta, a morte esperada “(...) precedida de um período agónico durante o qual o estado do que vai morrer se percebe como indefinida pelo seu carácter limiar, é amplamente não aceite e excluída, omitida e até

negada” (Martínez, 1993, p. 36). Assim, para este autor o ideal é a morte surpresa, que não permite uma preparação efetiva do indivíduo/família, caracteriza-se por um impacto social menor, uma vez que não é precedida de degradação da condição humana. Nesta perspetiva social, a morte esperada é percebida como um momento dramático, uma vez que está associado ao sofrimento que muitas vezes acompanha o doente terminal. No entanto, esta mesma ideia não é defendida por Kaplan, que considera a morte súbita ou inesperada, como uma morte inoportuna e violenta “(..) a morte súbita é mais traumática do que a morte por doença prolongada, uma vez que nesta última pode ocorrer tristeza antecipatória” (Kaplan como citado em Júnior, 2005, p. 15). Para este autor, a morte esperada permite uma preparação do doente/família, possibilitando a iniciação de um processo de luto. Este tipo de morte “ (...) implica que o tempo esperado de vida e o período realmente vivido sejam aproximadamente iguais; essencialmente, a pessoa morre quando tal deveria previsivelmente ocorrer, não sendo este acontecimento surpreendente para os que o rodeiam” (Kaplan como citado em Júnior, 2005, p. 15).

Os fatores educacionais e a formação profissional ditam muitas vezes o conceito de morte do profissional e a atitude do mesmo perante este acontecimento, ou contribuem em grande escala para os mesmos. A educação recebida pelo profissional tem inerentes fatores espirituais/religiosos e socioculturais. Suárez (1998, p. 133) considera que os “(...) programas atuais de formação estão basicamente direcionados para a preservação da vida e muito pouco para enfrentar a agonia e a morte”. No entanto, existe toda uma experiência em contexto laboral que contribui informalmente para a formação dos enfermeiros, “(...) as experiências são um fator chave nas atitudes e expressões do enfermeiro em relação à morte e o morrer” (Suárez, 1998, p. 139). São as vivências profissionais que “ajudam a remover as condicionantes sócio-culturais, erradicar medos, prejuízos e falsas crenças que impedem o livre desenrolar das potencialidades” (Suárez, 1998, p. 134), permitindo que o enfermeiro encontre estratégias para lidar de um modo mais adequado com a morte dos seus doentes.

Os fatores psicológicos impõe-se também como influenciadores na interpretação dos cuidados em fim de vida. Segundo Suárez (1998), a personalidade, o temperamento e os receios relativos à agonia e à morte vividos pelo enfermeiro poderão influenciar significativamente o modo como este reage à morte dos seus doentes. Assim, a firmeza das suas convicções, as suas atitudes perante a vida, assim como as suas características

afetivas, físicas e cognitivas, condicionam as suas reações emocionais enquanto profissional. Psicologicamente um enfermeiro poderá negar a realidade de morte de um doente ou poderá aceitá-la. Um enfermeiro inseguro terá dificuldade em proteger-se dos efeitos psicológicos da morte dos seus doentes, sendo frequente desenvolver sentimentos de autocrítica, tristeza e de culpa, podem surgir tentativas de fuga perante a necessidade de transmitir a morte aos familiares/entes queridos.

O modo como o enfermeiro encara a morte bem como os sentimentos que experimenta, resultam de influências multifatoriais, pelo que as atitudes, comportamentos e sentimentos dos profissionais não poderão nunca ser interpretados ou julgados sem se atender a essas diversas influências (Suárez,1998).

Pelo exposto, facilmente se depreende que cuidar a morte e aqueles que cuidam nesta etapa da vida é uma necessidade emergente. Questiona-se se realmente existe esta prática de intervenção nos contextos atuais de saúde, tendo em vista a melhoria nos cuidados. O meio hospitalar diferenciado, resposta intermédia como são os cuidados continuados e comunidade lidam diariamente com o fim de vida e as necessidades de intervenção que daí emergem. Neste contexto, seguidamente abordamos o cuidar a morte no hospital e o domínio dos cuidados continuados no sentido de permitir cuidados de excelência.

2. Cuidar na passagem diferenciada do hospital para a comunidade

2.1. A Morte no Hospital

A técnica e a ciência, a quem devemos o aumento da esperança média de vida, são também responsáveis pelo afastamento do moribundo do seio familiar, como nos refere Marques (2002, p.8-9), “a evolução técnica e científica das ciências de saúde, que contribui inegavelmente para prolongar a vida (...) teve também, (...) o condão de dessocializar a morte e de a tornar um ato profundo e desumanamente solitário.” Segundo Sousa (2006, p. 25), “O avanço técnico da medicina implica a transferência dos doentes em fase final de vida para o hospital, que fruto da tendência positivista tende a fragmentar o doente em especialidades e subespecialidades”.

Existem mortes que num passado recente seriam consideradas normais ou naturais e que são hoje, fruto das tecnologias e das competências científicas dos profissionais de saúde, tidas como perfeitamente evitáveis. No entanto, a obsessão pela vida pode conduzir a uma negação da inevitabilidade da morte, sujeitando o moribundo a técnicas invasivas e processos dolorosos que nada mais fazem senão desrespeitar o direito à morte digna. Henriques (1993, p.15) permite reforçar esta mesma ideia: “Prolonga-se por vezes uma vida sem qualidade e conduz-se o doente a uma morte com mais sofrimento (...), a noção de que todas as situações de doença são passíveis de intervenção e possível solução, faz às vezes esquecer que a morte é (...) sempre inevitável, (...) por uma questão de respeito e dignidade, terá [a medicina] por vezes de renunciar às suas próprias capacidades”.

Segundo o Pde. Feytor Pinto (como citado em Henriques, 1993, p. 14) “(...) morrer com dignidade é antes de mais, não sofrer desnecessariamente”. Morin (1976, p. 303) refere que “(...) todos os progressos obtidos no domínio da luta contra as formas fatais de morte (doença, velhice, acidentes) dependem ainda da medicina, cujo ideal eterno consiste em fazer tudo como se a morte nunca fosse inevitável”.

Parece existir uma certa renitência por parte da classe médica em admitir que a vida de determinado doente é “(...) não salvável (...)” (Sousa, 2006, p. 26), pois como refere o mesmo, “A morte significa o fracasso, a impotência e a limitação da ciência, (...) a ciência

e a tecnologia envolveram-se numa luta contínua e crescente contra a morte, onde se encoraja o recurso a todos os meios, porque tudo é aceitável” (Sousa, 2006, p. 27).

Deste modo, “(...) o percurso para o hospital constitui, muitas vezes, o prelúdio da morte e a primeira ocasião em que a pessoa perde o direito de intervir e de opinar sobre si (...)” (Oliveira, 2000, p. 45). Ao longo da história, o grande objetivo do hospital foi tratar da doença e devolver a saúde, tendo-se juntado mais recentemente a estas preocupações a da prevenção e reabilitação” (Henriques, 1993, p.11). Facilmente se depreende que não era de todo objetivo ajudar o moribundo a morrer. As instituições depararam-se agora com uma nova necessidade de atuação: a de lidar com os doentes terminais e suas famílias e conseqüentemente com o processo de luto.

Os hospitais tendo como principal finalidade a cura, não encontram muitas vezes resposta para atuar face a doentes incuráveis. Segundo Lanoe (como citado em Henriques, 1993, p. 11) “quando a cura já não é possível, o hospital estará mais preparado para prolongar sofisticadamente a doença do que para satisfazer as necessidades humanas dos doentes”.

Para Sousa (2006, p. 25), esta individualidade é perdida aquando da hospitalização, pois “o doente (...) passa a ser um entre inúmeros doentes”. Ao ser transferido para o hospital, o homem é desinserido do seu contexto natural de vida, sendo colocado num espaço despersonalizado onde: os objetos pessoais escasseiam, as novas tecnologias se podem revelar assustadoras, as pessoas que lhes são particularmente queridas ganham estatuto de visitas e onde a presença constante de profissionais de saúde que lhe são desconhecidos é uma constante.

Segundo Sousa (2006, p. 25), “o doente em fase final de vida morre sem o apoio dos familiares e amigos, sem oportunidade de intervir nas decisões sobre a sua própria morte. Nos hospitais, os familiares com os seus medos e dúvidas, têm de representar o papel de visitantes, sendo a sua presença apenas tolerada em horários definidos”.

O doente morre, muitas vezes, numa cama de um hospital, rodeado de máquinas e sem o calor humano de um familiar ou amigo, não tendo acompanhamento nesta última etapa da sua vida. Esconde-se a gravidade da situação ao doente, forma-se um muro de silêncio, não se possibilitando a oportunidade de este partilhar sentimentos (medo, angústia, paz ou quem sabe alegria), nem de expressar o seu último pedido, desejo, ou mensagem. Todas

estas atitudes colidem com os direitos dos doentes como nos refere Pinto (1999, p. 233), “(...) mais do que falar do direito de morrer, é preferível refletir sobre o direito a morrer com dignidade (...) morrer é bem mais do que um direito, é um facto universal, talvez o acontecimento mais universal da vida humana”.

Ariès (como citado em Magalhães, 2009, p. 41) refere que: “a morte recuou e trocou a casa pelo hospital: está ausente do mundo familiar do dia-a-dia. O homem de hoje, em consequência de não a ver suficientes vezes e de perto, esqueceu-a: ela tornou-se selvagem e, a despeito do aparelho científico que a envolve, perturba mais o hospital, lugar de razão e de técnica, do que o quarto da casa, sede dos hábitos da vida quotidiana”.

Assim, o profissional de saúde deve atender às necessidades pessoais do doente, promover a sua autonomia de forma a reduzir os sentimentos de dúvida, medo e ansiedade, entre outros, que o doente experimenta durante a hospitalização como defendem Santos e Sebastiani (como citado em Camon *et al*, 1998). Na nossa sociedade, a “hospitalização da morte” tornou-se comum, roubando a morte ao contexto sociofamiliar em que deveria ser concebida. A família é por assim dizer substituída, e ignora-se que, enquanto sofrimento do doente em fim de vida acabará a curto prazo, o sofrimento e a dor dos que ficam cá ganharão contornos (Leal, 2003).

2.2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados

Ao longo do século XX foram inúmeros os avanços da Medicina, em que a ocorrência da morte após um período curto de doença foi sendo combatida com sucesso, e o fenómeno da cura foi-se impondo na maioria das doenças agudas, nomeadamente as infecciosas (Barbosa & Neto, 2010). Os mesmos autores afirmam que todos os progressos científicos e sociais alcançados impuseram um aumento da longevidade, dando origem a um outro fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada. Esta evolução resulta das mudanças ocorridas a vários níveis, nomeadamente no desenvolvimento dos saberes/conhecimento em geral e das ciências da saúde em particular. Esta situação associada à mudança da estrutura das famílias gerou novas necessidades de saúde e sociais, que impuseram respostas novas e diversificadas. A organização desta resposta encontra-se plasmada no decreto de lei n.o. 101/2006 que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A RNCCI, que se constitui como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Desta forma, é garantida a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. A rede visa por um lado retirar dos hospitais as pessoas idosas e dependentes, que não necessitam dos serviços altamente especializados. É objetivo da RNCCI integrar os doentes em estruturas adaptadas às suas necessidades. É esperado que “seja criado um círculo “virtuoso” evitando ou reduzindo o ciclo de sofrimento das famílias e doentes com necessidades” (Rodrigues, 2009, p. 270).

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação dependência são os objetivos da rede (Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, 2011).

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local. Aos níveis regional e local visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais permitindo, desta forma, uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede, garantindo flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem as Equipas Coordenadoras Regionais e as Equipas Coordenadoras Locais (idem, 2011).

A avaliação da necessidade de integrar os cuidados continuados é realizada, de preferência, logo no início do internamento no hospital, porque é preciso preparar, com tempo, a etapa que se segue à alta clínica. A prestação assistencial em cuidados continuados é caracterizada pela existência de diversas áreas de cuidados-Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (UDLM) e Unidades de Cuidados Paliativos (CP), cada uma com características diferentes e com a necessidade de sistemas e indicadores de avaliação distintos. As três com diferente previsão de tempo limite de internamento respetivamente 30 dias, 90 dias e 180 dias nas ULDM com possibilidade de aumentar tempo internamento se assim se justificar. O financiamento equitativo requer, igualmente, sistemas de medida de dependência que permitam discriminar o nível da dependência, à entrada e à saída, de cada tipologia assim os níveis de contribuição de cada instituição (UMCCI, 2011).

A ULDM, unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, com objetivo de prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio" (art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho)-(Despacho n.º 3020/2011, 2011), tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 180 dias consecutivos. Pretende-se, com este tipo de unidades, responder a necessidades sociais e de saúde, visando maximizar a manutenção de aptidões para atividades de vida diária: facilitar a gestão das altas dos hospitais de agudos; promover a autonomia e a satisfação de necessidades sociais dos doentes (UMCCI, 2011). Esta valência é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos ou outra entidade referenciadora para a prestação de cuidados integrados, de reabilitação e manutenção.

Os beneficiários das destas unidades de internamento são doentes que, pela sua situação de dependência, por razões de doença ou de patologias associadas à idade necessitam de Cuidados Continuados Integrados. Os doentes são oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio.

Os utentes tratados em instituições de cuidados continuados têm características muito diferentes dos tratados em hospitais de agudos. O processo de assistência prestada em cuidados continuados não é tão dependente das patologias dos utentes como é do nível de dependência funcional ou necessidades de suporte (IASIST, 2011). Num país como o nosso onde um em cada cinco pessoas com 65 anos ou mais vive só e, onde é reconhecida a falta de resposta adequada a muitas pessoas em situação de dependência, pela sua condição económica, social ou família tem agora oportunidade de ter cuidados que possam dar resposta a estas condicionantes. O objetivo cuidar é o alvo da atuação nestas unidades (Rodrigues, 2009). As atividades de manutenção e de estimulação são asseguradas suprimidas por cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural. Segundo a UMCCI (2011), para assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, a ULDM deve dispor da seguinte equipa multidisciplinar, considerando a lotação de trinta camas: vinte horas semanais Médico (incluindo

Fisiatra),duzentas e quarenta horas permanentes de Enfermeiro, vinte horas diárias de Fisioterapeuta, vinte horas semanais de Terapeuta Ocupacional e Psicólogo, quarenta horas semanais de Assistente Social e Animador Socio Cultural, trezentas e vinte horas permanentes de Auxiliares de ação medica e quatro horas semanais de nutricionista.

A UMCCI (2011) prevê que a preparação da alta seja feita desde o início do internamento e a alta é avançada quando existe a obtenção dos objetivos clínicos e de reabilitação, necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação, capacidade de reinserção na família e/ou comunidade. A preparação da alta da ULDM compete à Equipa da Unidade e obedece a um processo sistemático que garanta a continuidade de tratamento e apoio, se necessário, noutros níveis da rede de cuidados continuados integrados. A avaliação destas unidades é feita regularmente cabendo à unidade de missão orientar e realizar a avaliação das mesmas. Comparando os perfis prevalentes nas diferentes tipologias podem extrair-se dados relativos à população que usufrui destes cuidados. De forma geral, os utentes da tipologia de longa duração são os que têm pior classificação nas diversas variáveis: idade, dependência nas avd's e co morbilidades (UMCCI, 2011).

Tudo está descrito e previsto até à alta, no entanto é escassa a informação sobre os cuidados do doente em fim de vida e falta de exigência de profissionais qualificados na área dos cuidados paliativos. Estranha é a controvérsia, dadas as características dos doentes aceites na tipologia de LDM, pois apesar de não estar inerente aos critérios de referenciação da rede, são admitidos utentes em que é iminente que a equipa pratique uma política de cuidados paliativos. Deparamo-nos constantemente com pessoas com prognóstico de vida limitado, com múltiplas patologias crónicas, inclusive oncológicas que recebem cuidados centrados na pessoa.

A Organização Mundial de Saúde (2002) considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspetiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida. Estes têm como objetivo a prestação de cuidados ativos numa abordagem global da pessoa/família atingida por uma doença grave, evolutiva ou terminal. A sua finalidade é aliviar a dor física, assim como os outros sintomas, tendo em conta o sofrimento psicológico, social e espiritual, de forma a alcançar a máxima excelência e qualidade de vida do utente/família.

O desenvolvimento e formação em cuidados paliativos pode influenciar positivamente outras formas de cuidados, nomeadamente o cuidar da pessoa em fim de vida, ao valorizar aspetos que ficaram em segundo plano a partir do domínio da medicina chamada científico-tecnológico, tais como: as dimensões humanas e ético-espirituais da pessoa humana (Twycross, 2003).

3. Cuidar da Pessoa em Fim de Vida

No contexto do cuidar de doentes em fim de vida, a morte surge como uma experiência singular, que ao longo dos tempos tem sofrido transformações de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família e de pessoa para pessoa. É por isso um acontecimento inquietante e perturbador na vida do Ser Humano porque representa o desconhecido e a nossa finitude (Barbosa & Neto, 2010).

O cuidar representa intervir de forma expressiva, preocupada e humanizada sobre a pessoa, para além dos cuidados de saúde exigidos pela doença em si. O cuidar considera o ser humano, enquanto ser total-corpo, mente e espírito que independentemente da sua doença ou da proximidade do seu fim de vida, é cuidado com a máxima dignidade (Pacheco, 2004).

As atitudes perante a morte, na sociedade portuguesa, de acordo com Saraiva (2004) têm por base o desenvolvimento de uma boa morte, que se encontra relacionada com a ideia de vida após a morte, baseada em dogmas católico-romanos. O modelo da boa morte envolve questões materiais e espirituais, por exemplo, uma boa morte significa que um padre possa estar presente no momento da morte, e que a pessoa possa falecer na companhia dos seus familiares e amigos. MacNamara *et al* (como citado em Magalhães, 2009) constataram a existência de um conflito entre a concretização de boa morte e a manutenção dos interesses da organização relativamente à efetividade dos custos, dos imperativos administrativos e rotinização dos cuidados.

Os enfermeiros e outros profissionais de saúde reconhecem que é necessário um esforço acrescido de forma a proporcionar uma boa morte. Estes profissionais definem a morte como “boa” se houver consciência, preparação e aceitação para a sua ocorrência, o que permite um processo de morrer digno e com tranquilidade. A “má” morte é referida por MacNamara *et al* (como citado em Magalhães, 2009) como falta de aceitação da morte pelos doentes e suas famílias, ou pela sensação de falha por não atingir uma vida preenchida até ao final dos estádios do morrer. Os mesmos autores concluíram que a ideologia de boa morte pode influenciar o comportamento dos profissionais de saúde,

sendo que estes podem modelar a vida das pessoas que estão a morrer, de modo a irem ao encontro da ideologia de boa morte.

Atualmente a morte é vista como um falhanço por parte dos profissionais de saúde, e não como uma parte importante da vida, e por isso não é dada às pessoas a atenção necessária de forma a ajudá-las a ter uma boa morte. É necessária uma nova atitude perante a morte, de forma a quebrar o tabu. Smith (2000, p. 129) apresenta os princípios de boa morte: “compreender o que se pode esperar quando a morte se aproxima; ter a capacidade de manter o controlo quando acontecer; permitir-se a ter dignidade e privacidade; ter capacidade para controlar o alívio da dor e de outros sintomas; ter a capacidade para escolher onde quer que a morte ocorra (em casa ou em outro sítio); ter acesso à informação e possuir capacidades técnicas em situações em que sejam necessárias; ter acesso a cuidados de saúde em qualquer lugar, não só no Hospital; ter controlo sobre as pessoas que devem estar presentes e com quem partilha o seu fim; ter capacidade de assegurar que os seus desejos sejam respeitados”.

Oliveira (2008) reforça que o tabu permanece, embora de forma subtil, assim sendo o enfermeiro não está imune a este tabu, uma vez que ele se sente melhor preparado para tratar da pessoa, do que encarar a morte como uma fase natural do ciclo vital. Para Maia e Lopes (2000) um dos grandes desafios que se coloca aos enfermeiros é o cuidar de doentes em fase terminal, o enfermeiro deverá ajudar o doente a viver o melhor possível, até morrer, implicando uma assistência humana e compreensiva pelo estabelecimento de uma comunicação e uma relação empática.

Assim, a morte é o acontecimento mais desgastante no dia-a-dia do hospital, e considerado pelos enfermeiros como frustrante uma vez que os resultados obtidos não estão de acordo com os esforços dos cuidados prestados contra a morte. O acontecimento da morte de um doente pode levar a medos, a incertezas, reflexão de crenças nos enfermeiros e que deverão saber enfrentar de uma forma madura e serena. Para Oliveira *et al* (2008) a morte provoca um grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipa que lhe prestou cuidados, sendo este processo vivido com muita angústia. A forma como os enfermeiros compreendem o conceito de morte está ligado a vivências pessoais de perdas anteriores, dentro e fora do seio profissional, o que influencia a sua atuação perante a morte, dado não ser imune à perda e ao luto, permitindo ao próprio ter a oportunidade e espaço de sofrer

quando necessário, a fim de manter uma mente sã e capaz de prestar cuidados ao utente (idem,2008).

Os profissionais sem sequer se aperceberem adotam naturalmente o lugar da família, sentindo e vivendo a partida como um importante e equilibrante momento da vida. Este sentimento é mais intenso quanto maior for a afinidade com o doente. Depois da morte de um doente com o qual o enfermeiro tem maior proximidade, por vezes, “revêem-se” momentos passados com a pessoa que cuidamos durante alguns dias ou meses. Este processo torna-se bem mais doloroso e provocador de ansiedade, quer quando assistimos à sua morte, quer quando preparamos o corpo e/ou comunicamos aos familiares (Potter & Perry, 2006).

A maioria dos profissionais de saúde está mais motivada para tratar a pessoa doente, esquecendo a importância do cuidar. Citando Pacheco (2004, p. 64) “ na maior parte das situações, o tratar sobrepõe-se ao verdadeiro cuidar, e as atenções voltam-se para a doença, esquecendo a pessoa doente e a sofrer. O cuidar desenvolve-se numa perspetiva relacional, embora muitas vezes os enfermeiros confessem dificuldades na relação de ajuda, nomeadamente no envolvimento do doente e família no ato de cuidar.” Cuidar do doente paliativo, quer seja doente oncológico ou não, implica conhecer não só a patologia, mas também saber lidar com os sentimentos do outro e com as suas emoções perante a doença, com ou sem possibilidade de cura (Barbosa & Neto, 2010).

3.1. Os Sentimentos do Enfermeiro perante a Morte

Os mecanismos de adaptação estão presentes em muitos momentos da nossa vida que se impõem fragilizando-nos e tornando-nos mais fortes. Encontramos soluções mais ou menos ajustadas para os problemas que surgem. E quando a morte se impõem? Quais os sentimentos que emergem no ser humano? As questões colocam-se e para qual não há resposta porque cada ser humano é particular e único. O importante é que se coloque a questão e não se esconda a morte como um tabu sobre o qual não se pode mexer. O enfermeiro como ser humano também está sujeito a estas questões não só a título individual como no seu próprio desempenho de todos os dias, dado a debilidade com que a vida se pode apresentar. A vivência desta experiência (morte) é única para cada pessoa que a vai enfrentar, de acordo com seu estado físico e emocional, idade, valores, crenças,

expetativas de vida e com contexto familiar e socio cultural em que está inserido (Abiven, 2001).

O mesmo autor questiona “*será possível trabalhar sem sofrer num lugar onde se morre?*”. Perante a inevitabilidade da morte, os enfermeiros podem expressar comportamentos desajustados face à morte e ao processo de morrer, que podem ser tradução comportamental dos mecanismos de defesa adotados perante a situação. O enfermeiro sentindo-se impotente para responder ao sofrimento moral dos doentes, culpabiliza-se do insucesso terapêutico que não impede a morte (Stederford, como citado em nursing, 2006).

Mesmo sendo a experiência ampla nos cuidados, o profissional perante o doente em fim de vida expressa sentimentos de incerteza, desespero e angústia. O sentimento de incerteza que surge deve-se ao fato de não existir uma certeza de que realmente tudo está ser feito no sentido de cuidar a pessoa. O sentimento de desespero existe porque se sente impotente para fazer algo que mantenha a vida e a angústia surge porque existem limitações na forma como comunicar efetivamente com doente e seus familiares (Stederford, como citado em nursing, 2006).

Pinto (como citado em Neves, 2000), refere que são quatro as sensações do profissional de saúde perante o doente em fim de vida: a sensação do fracasso, a sensação do espelho ou projeção (imagina-se a si próprio numa situação idêntica, preferindo afastar-se para não enfrentar o problema), a sensação do pudor (considera que é bom deixar o doente só, uma vez que ele está a viver o momento mais importante da sua vida e não deve ser perturbado), a sensação do mistério (desenvolve fantasias intelectuais sobre a morte, e sente o peso das contradições, deixando o doente sozinho com o problema que considera individual e solitário).

Muitas vezes o afastamento dos doentes em fim de vida é uma realidade mantendo um escudo perante a situação que relembra a morte e lhe cause mal-estar. Em alguns estudos realizados são perceptíveis os sentimentos angustiantes que acompanham os profissionais perante a morte. Silva (1995) no estudo “Cuidar em fim de vida” identificou os sentimentos de impotência, envolvimento, tristeza, alívio, angústia, stress, frustração, revolta, cansaço físico e psicológico nos profissionais de saúde. Num estudo de Lourenço (2001) sobre a “perceção do enfermeiro no cuidar do doente em fase terminal”, afirma que

os enfermeiros referem sentir dificuldades na prestação de cuidados nomeadamente através da expressão de sentimentos: medo, angústia, sofrimento e embaraço.

De facto, o impacto desta condição deve permitir ao enfermeiro refletir sobre a morte, permitindo-lhe lidar de forma adequada perante a mesma, e dar respostas eficazes à família na fase de adaptação à morte e trabalho de luto. Esta condição, como referido, ultrapassa largamente vários aspetos da vida pessoal e profissional do enfermeiro, sendo essencial o mesmo ter conhecimentos sobre estratégias de coping que lhe permitam adaptar-se a estas situações, de forma a evitar o burnout.

3.2. O Burnout perante a Morte e as Estratégias de Coping

A não expressão de sentimentos, comportamentos e atitudes poderá evoluir para um desgaste psicológico, emocional e físico do enfermeiro. Esta situação é comumente descrita como o Síndrome de Burnout. Trabalhadores da área de saúde são frequentemente propensos ao burnout. Cordes e Doherty (1993), no seu estudo sobre esses profissionais, constataram que aqueles que tem frequentes interações intensas ou emocionalmente carregadas com outros, estão mais suscetíveis ao desenvolvimento deste fenómeno psicológico.

Para Barbosa e Neto (2010), os profissionais de saúde, normalmente dedicam pouco tempo a elaborar as suas perdas e muitos dos lutos não são resolvidos. Têm tendência a desdramatizar a morte, não utilizam formas de se despedirem dos doentes, não partilham responsabilidades e não avaliam as perdas dentro da equipa, não estão conscientes dos seus limites e não refletem sobre o seu papel como cuidadores, podendo isto resultar em Burnout e/ou conduzir a formas de saturação profissional com implicações físicas ou psicossociais graves. De acordo com as ideias expostas dos autores acima referenciados é muito importante a introdução de momentos de reflexão ou de partilha de sentimentos sobre os processos de luto nas equipas que se dedicam a este tipo de atividades, bem como seleccionar e formar criteriosamente os elementos que se dedicam a este tipo de tarefas.

De salientar que, quando a morte ocorre no hospital, os sentimentos do doente e dos profissionais são ignorados, uma vez que a experiência da morte é privada, sendo suprimida pelas rotinas institucionais, existindo pouco espaço para os que se encontram em luto expressarem como se sentem. Estas experiências podem conduzir a situações de

burnout, definido por Freudenberg (como citado em Amaro e Jesus, 2008), como “estado de fadiga física ou mental ou uma frustração devido a um projeto profissional ou pessoal que fracassou”.

O mesmo autor define o *burnout* como um conjunto de sintomas a nível biológico, físico e psicológico, inespecíficos, resultantes de uma exigência profissional excessiva permanente e continuada, particularmente nas profissões em que as relações interpessoais são importantes. Amaro e Jesus (2008) referem que o *burnout* resulta da discrepância existente entre os esforços realizados no sentido de atingir um determinado objetivo e os resultados obtidos. Verifica-se em indivíduos que possuem expectativas profissionais muito elevadas, investindo muito a nível pessoal, no sentido de atingirem determinados objetivos e que se sentem frustrados relativamente a esses mesmos objetivos.

Assim, os indivíduos com comportamentos idealistas e perfeccionistas são por norma os mais vulneráveis ao *burnout*, assim como os indivíduos com atividades profissionais que requerem permanentemente um desempenho e concentração elevada, no sentido de minimizar a possibilidade de erro, que por consequência se enquadra no profissional de enfermagem.

O risco de esgotamento profissional é tanto maior quanto a parte de afetividade comportada pela relação entre o que é cuidado e aquele que cuida. Esta realidade deve-se ao fato de na preparação de base dos enfermeiros, não haver preparação psicológica e emocional para saber lidar com a morte e também porque ainda alguns enfermeiros se encontram num registo de um modelo biomédico tradicional, cujo objetivo é tratar, curar e prolongar a vida, numa perspetiva nitidamente técnica, numa orientação direcionada para a doença e para as intervenções face às suas alterações, de uma intervenção mais focalizada na dimensão paliativa (Potter e Perry, 2006).

Perante a inevitabilidade da morte num doente em final de vida, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, adotam, por vezes, atitudes de afastamento, de despersonalização e de medo, que como refere Bernardo (2005, p. 20): “transforma os doentes em pessoas sem vontade própria e sentido da vida, e que a partir do momento do diagnóstico, passam a ser infantilizados e comandados pelos outros”. Estas atitudes funcionam como fuga à consciencialização dos nossos limites.

Os mecanismos de defesa são definidos por Abrunhosa (como citado em Oliveira *et al*, 2008, p. 34) como: “estratégias inconscientes de resolução dos conflitos internos e consequente redução das forças pulsionais que se lhe situam na origem”, e acrescenta que “(...) o *coping* é um processo complexo, possibilitando ao indivíduo lidar e ultrapassar um fator de stress”. Como podemos verificar o cuidar em fim de vida implica o desenvolvimento de uma relação de ajuda e empatia do enfermeiro pelo doente/família, o que leva a processos de identificação que podem ser originárias de stress. Por isso, para que os cuidados prestados possam ser verdadeiramente efetivos e individualizados é preciso ter em consideração, por parte de quem presta cuidados, a necessidade de desenvolver estratégias de *coping*. As estratégias utilizadas para lidar com os fatores de stress são trabalhar em equipa; partilhar decisões e responsabilidades; boa comunicação dentro da equipa; espírito de abertura; repouso adequado; interiorizar a importância de viver; confrontar-se com as suas limitações; ser honesto consigo próprio.

O termo *coping* tem sido, ao longo dos anos, estudado, caracterizado e conceituado de várias formas, conforme o pensamento de diferentes pesquisadores. Lazarus e Folkman (como citado em Guido, 2007, p. 16) definem *coping* como “um processo pelo qual o indivíduo gere as relações pessoa/ambiente, que são avaliadas como stressantes e as emoções que elas originam”. O contexto emocional, nesta definição, é de grande importância. Convém notar que *coping* representa “esforços cognitivos e comportamentais, constantemente em troca com o objetivo de controlar os conflitos internos e/ ou externos que excedem ou esgotam os recursos da pessoa, requerendo mobilização”. Sendo considerado como estratégia e vinculado a ações deliberativas, *coping* pode ser aprendido, usado e adaptado a cada situação. Está associado a um estímulo (por exemplo: a morte), ao qual o organismo tenta adaptar-se, com o intuito de manter a integridade individual, tanto física como psíquica. O mesmo, tendo consciência da realidade, procura estratégias na sua vivência, que pareçam adequar-se aos agentes stressantes, para resolver ou adaptar-se à situação. Considerando esta estratégia como um processo, podemos ver que ele é dinâmico e permite à pessoa a troca de pensamentos e ações no confronto de situações stressantes, possibilitando à pessoa a avaliação e definição da estratégia a ser usada. Como forma de entender este processo, é importante citar algumas conceções referentes aos mecanismos de *coping* (Guido, 2007).

Para Dressler (como citado em Guido, 2007, p. 20), “os mecanismos de *coping* podem ser divididos em ação direta e defensivos”. Na ação direta, o indivíduo, com base na realidade subjetiva, identifica a situação stressante e desenvolve estratégias com vista a eliminar ou diminuir os efeitos produzidos pelo momento desencadeador de stress. Os mecanismos defensivos referem-se ao uso de uma opção de defesa psicodinâmica, como o suporte social. Os mecanismos de *coping*, no entendimento de Daniels (como citado em Guido, 2007, p. 21), “podem ser divididos em quatro itens, tais como: autodomínio, domínio da carreira, uso de sistemas de suporte e aprimoramento do sistema de organização e familiar”. O autor destaca ainda a importância da prática de exercícios, de uma alimentação moderada e regular, assim como de um planeamento de atividades individuais, estruturais e organizacionais de forma clara, coerente e objetiva. A eficiência do *coping* não depende somente do que a pessoa faz, ou seja, do mecanismo utilizado, mas também do local onde está.

Cada profissional lança mão dos seus recursos internos e externos, elege as suas estratégias de *coping*, conciliando-as, procurando por intermédio delas, o controle ou a adaptação aos eventos identificados como stressantes. O *coping* impõe um conjunto de estratégias de adaptação que se referem ao conjunto de pensamentos e ações que um indivíduo utiliza para lidar com situações que originam stress a fim de controlar e diminuir o impacto sobre o seu bem-estar físico e psicológico, tal como defende Pereira (2008).

Ruszniewski (como citado em SFAP, 1999) apresenta seis mecanismos de defesa e estratégias, que os enfermeiros adotam quando confrontados com a doença grave e com a morte. A mentira, mecanismo que permite ao enfermeiro sair da situação geradora de angústia, mas é muito prejudicial para o doente. Uma relação de verdade, que respeite as capacidades de integração do doente gera um aumento progressivo de angústia, mas evita provocar um efeito de choque induzido pela revelação brutal da gravidade da doença. O fugir para a frente consiste em “dizer tudo”, em acenar um saber médico pesado para o enfermeiro, sem ter em conta a solicitação do doente nem a sua maturidade psíquica. Trata-se de se libertar de um segredo angustiante, não partilhado (idem, 1999). A falsa segurança mantém uma esperança artificial quando nem o doente acredita nisso. A racionalização é um mecanismo de defesa que permite que os profissionais se escondam atrás do discurso técnico, hermético, incompreensível para o doente. Utilizando termos complicados, o enfermeiro está tranquilo por não mentir ao doente e pensa ser menos violento para ele,

evita assim envolver-se na dimensão emocional da sua relação com o doente. O evitamento é um comportamento de fuga, de afastamento do doente enquanto indivíduo e sujeito em sofrimento. Enquanto o médico pode estar num evitamento físico o enfermeiro não pode escapar, pelo seu papel, a um contacto direto, encarando o doente unicamente como um objeto de cuidados, proteger-se-á por este processo muito técnico, de qualquer relação com ele. A identificação projetiva consiste em entrar numa proximidade relacional extrema que faz desaparecer toda e qualquer distância protetora, tocado de maneira muito pessoal pela história de vida e pelo sofrimento do doente, o enfermeiro tem tendência a identificar-se com ele e a já não diferenciar o seu sentimento do sentimento do outro. Tenta proteger-se da sua angústia através de um mecanismo de projeção que o leva a emprestar ao doente os seus próprios sentimentos e emoções, pensando então que não é ele quem sofre, mas sim o doente (Ruszniewski como citado em SFAP, 1999).

Ao debruçar-se sobre este tema, Harper (como citado em Rodrigues,1999) desenvolveu uma escala, de progressão e crescimento esquemático, da forma como os profissionais enfrentam a situação: Estadio I: intelectualização-conhecimento e ansiedade: na primeira experiência do enfermeiro face ao doente terminal, este focaliza a sua atenção sobre os conhecimentos de índole profissional e factual, ou sobre assuntos de carácter filosófico, nesta fase os contactos com os doentes terminais, tendem a ser superficiais e impessoais. A morte é ainda inaceitável para o enfermeiro, surgem períodos de grande ansiedade, na medida em que tenta resolver as suas inquietações através da compreensão do meio ambiente, das políticas e dos procedimentos específicos que caracterizam este contexto. O Estadio II: sobrevivência emocional-trauma: neste estágio o enfermeiro tende a sentir-se frustrado e culpado. O profissional enfrenta a realidade da morte enquanto acontecimento inevitável e inexorável passando a enfrentar o espectro da sua própria morte, ao compreender que o sofrimento dos doentes e a sua própria morte são inevitáveis, transita de uma fase de intelectualização para uma fase de envolvimento emocional. O Estádio III: depressão-dor, desgosto e pesar: é o principal estágio na medida em que permite, ou não, a resolução dos conflitos e a progressão, ou a regressão no processo de "adaptação". O enfermeiro poderá aceitar o desenrolar da evolução terminal e a inevitabilidade da morte, ou perante a situação de inadaptação transitar de serviço ou mesmo de instituição salvaguardando o bem-estar e proficiência dos cuidados prestados enquanto profissional. A aceitação provém de um período de dor e de pesar. O Estádio IV: desenlace emocional - moderação, adaptação e acomodação: marcado por uma sensação de liberdade emocional

propiciada pela libertação face a sentimentos de identificação, depressão e receio despoletados pelo contacto constante com a morte. Salvaguarda-se, todavia, que a dor psicológica é uma constante na vida do profissional de saúde, que apenas a experiência profissional e o crescimento pessoal poderão apaziguar. Passamos de um momento de intelectualização para um efetivar da relação empática. A compreensão e a possibilidade de ver o mundo através dos olhos do doente potencializarão a relação entre ambos. O Estádio V: compreensão profunda, autorrealização, auto-capacidade e atualização: constitui o culminar dos anteriores, na medida em que o enfermeiro desenvolveu as suas capacidades de encarar a situação, ele já consegue relacionar-se com o doente terminal, de uma forma profunda, numa perspetiva de completa aceitação da sua morte.

Existe e coexiste a necessidade de maior consciencialização da morte. Assim como nos afirma Kübler-Ross (1969, p. 65), “acompanharmos os moribundos modificará a perceção sobre a morte. Perceber e acompanhar os doentes em fim de vida permitirá a consciencialização do caminho a seguir até ao fim, impõem-se a compreensão das fases que o doente atravessa”. Elisabeth Kübler-Ross, que definiu os tempos da morte como andamento de uma sonata, deu a sua contribuição por obrigar a refletir sobre a morte com outra coragem e lucidez e demonstrar a importância da multidisciplinaridade no tratamento destas matérias. Os cuidados de enfermagem do utente e família que está de luto começam com estabelecer a importância da perda. É importante usar estratégias de comunicação terapêutica que permitam ao utente discutir a perda e trabalhar a descoberta de formas para resolver a perda (Potter, 2003). Desta forma, para os enfermeiros enfrentarem melhor a situação, devem contextualizar continuamente a comunicação na perspetiva do doente ou da família e sentir empatia face às suas necessidades, uma vez que a família do doente em fim de vida deve ser tida em conta em todo o processo. A relação enfermeiro/doente/família resulta de um conjunto de interações durante um certo período, no qual o enfermeiro se debruça sobre as necessidades e os problemas dos mesmos, neste sentido, torna-se fundamental abordar o cuidar da família do doente em fim de vida como alvo de cuidados e de prioridade para uma intervenção cuidada e de excelência.

4. A Metamorfose do binómio eterno-Cuidar a Família perante a Morte

O aspeto fundamental da filosofia de cuidados é o envolvimento da família, que tem de ser ativamente associada nos cuidados prestados e, por sua vez, também ser objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Como refere Cerqueira (2005, p. 33), “o doente e os que lhe são próximos no centro dos cuidados, introduziu a noção de acompanhamento como específico da relação entre doente /família/cuidadores”.

Sendo a família o lugar tradicional onde começa a vida, a doença constitui um problema que não só afeta o doente como toda a família. O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que mantém uma relação mais íntima com a família, não só por permanecer nos serviços de saúde durante um período mais longo, mas também porque é ele quem presta mais cuidados diretos. É geralmente quem melhor conhece o doente como pessoa e todo o contexto familiar o que faz com que tenha maior possibilidade de perceber as suas necessidades específicas e saber qual a forma de lhes dar a resposta real adequada. Assim, cabe ao enfermeiro um papel decisivo no apoio e acompanhamento a dar ao doente e familiares durante todo o processo de morte (Romeu 2007).

O enfermeiro deve estar atento ao sofrimento da família provocado pela perda de uma pessoa querida. É da responsabilidade do enfermeiro ajudar a família a expressar a sua dor em relação à morte do seu ente querido; adotar uma atitude silenciosa que transmita segurança e companhia; mostrar abertura e receptividade que passa por saber ouvir, ser sensível às palavras, ao sofrimento, aos desejos e emoções da família e ter capacidade de refletir sobre a situação (Barbosa & Neto, 2010).

A família perante uma situação de morte de um ente querido passa por reações chamadas luto, sendo este processo angustiante e comum em que os familiares se adaptam a uma perda. O enfermeiro deve atender às reações de ajustamento da família face à perda de um ente querido, sendo o processo de luto constituído por várias fases: choque, depressão e recuperação ou adaptação. Este processo de luto acaba quando a família é capaz de se lembrar de forma realista e com mais serenidade os momentos felizes e menos felizes vividos com o falecido, como refere Maia e Lopes (2000).

Esta abordagem requer uma maior implicação pessoal, uma vez que o enfermeiro necessita de uma preparação técnica, aquisição de conhecimentos, habilidades, competências pessoais e profissionais de forma a satisfazer as necessidades do doente em fim de vida e respetiva família. Caberá aos profissionais de saúde ajudar a família a compreender que aquilo de que o doente mais precisa naquele momento é de companhia, podendo os apelos ao ânimo e à coragem prejudicar a caminhada do familiar para o desprendimento e para a aceitação do terminus da vida (Kübler-Ross, 1969). Segundo Walsh e Magoldrick (como citado em Cerqueira, 2005) o profissional de saúde deve conhecer minuciosamente o contexto de perda familiar para sejam capazes de ajudar a família. Sendo o luto a resposta emocional e comportamental à perda. Manifesta-se de diversas formas, que são únicas para o indivíduo e baseia-se na experiência pessoal, expectativas culturais e crenças espirituais, tal como se tem exposto sobre o conceito de morte.

A preparação da família/pessoas significativas é essencial para minimizar o impacto de uma informação potencialmente dolorosa. Kaplan (como citado em Júnior, 2005, p. 14) defende que primeiramente existe a necessidade de “(...) preparar a família para a possível morte de um ser amado (...) [considerando que] o primeiro passo no trabalho com a família é desenvolver uma aliança com esta”.

Existe necessidade de confortar a família e torná-la uma aliada nos cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida. O trabalho do luto exigido para ultrapassar a crise, pode ser superior ao potencial da própria família e o risco de fragilização torna-se naturalmente maior. A unicidade de cada família põe de parte qualquer tentativa de estereotipar cuidados de enfermagem, mas não há dúvida do contributo que o enfermeiro com formação em cuidados paliativos poderá dar, ajudando a família a desenvolver mecanismo de coping capazes de garantir um desfecho fortalecedor para todos os intervenientes (Barbosa & Neto, 2010). As cinco “últimas tarefas” tem que ser compreendidas e ensinadas à família para que esta se dirija ao seu familiar e trabalhem em conjunto o dizer : amo-te, perdoo-te, perdoa-me, obrigada e adeus.

4.1. O Luto antes e após a Morte

O luto é a resposta emocional e comportamental à perda. A manifestação é única em cada indivíduo manifestada por experiências pessoais, expectativas culturais e crenças espirituais (Potter, 2003). O êxito do luto acontece quando o indivíduo aceita e se adapta às

expectativas de continuar com a sua vida sem as quais estaria perdido. O nojo ou processo de luto não é linear, sem etapas sequenciais previsíveis. Com avanços e recuos é descrito o luto prolongando-se por vários anos antes deste processo ter fim (Idem, 2003).

O profissional tem que saber reconhecer estas vivências para que sua intervenção possa ser eficaz e atingir excelência nos cuidados. Assim, Kubler-Ross (1969) refere que o luto se desenvolve sobre cinco etapas. A primeira reação psicológica que Kübler-Ross (1969) detetou nas entrevistas com doentes em fase terminal foi a negação. O doente, quando confrontado com a notícia de que tinha uma doença potencialmente mortal reagia negando a própria verdade que lhe tinha sido comunicada. A autora constatou que o doente entrava num estado de choque inicial e, logo de seguida, verbalizava a impossibilidade do acontecido. Refira-se que a negação poderá ocorrer noutras situações, em que o próprio doente já se encontra em fases emocionais posteriores. Não se tratará de um recuo, mas antes de uma necessidade que o próprio doente sente, imprescindível para a sua sobrevivência. Segundo Kübler-Ross (1969), quem se abeirar destes doentes nesta fase deverá não interferir e deixar que sigam o seu curso de consciencialização da gravidade do seu estado.

No seguimento do pensamento de Kübler-Ross, a chave para cuidar dos doentes nesta fase e nas fases seguintes é sempre, e sobretudo, a escuta e a presença amiga. Não obstante podemos pensar que, de acordo com a autora, a cada fase corresponderá uma atitude ou atitudes diferenciadas por parte de quem cuida da pessoa doente. Após um período inicial em que a negação está presente no discurso e ação do doente, este poderá enveredar por sentimentos de raiva e cólera, questionando-se intrinsecamente: “porquê eu?” (Kübler-Ross, 1969). Esta fase é a menos conhecida, mas muito importante para o doente durante um curto período de tempo (idem, 1969). Nesta etapa, o doente abandona as reações de raiva e adota a estratégia de negociar mais tempo de vida, prometendo normalmente a entidades divinas mudanças de comportamento. Em algumas circunstâncias, o doente poderá estar a martirizar-se e a fazer mais promessas como: ir mais vezes à igreja, tornar-se melhor mãe ou pai, numa tentativa de remissão de erros que pensa ter cometido no seu passado. Nestas circunstâncias, a equipa de saúde deverá estar atenta aos sinais do doente para ajudá-lo a superar esta culpa do passado e também a culpa por não conseguir concretizar as promessas atuais (idem, 1969).

Quando já não é mais possível negar a doença, quando o doente se encontra bastante debilitado e, mais uma vez, foi internado no hospital, poderá ocorrer uma fase de depressão. Neste momento, segundo mesma autora há dois tipos de depressão que merecem atuações diferentes por parte dos profissionais de saúde e da própria família. Na base da depressão reativa encontra-se alguma tarefa e/ou compromisso que está atormentando o pensamento do doente. A ajuda passa pela necessária escuta do problema, inculcando coragem e alento de que tudo se resolverá pelo melhor em relação às pessoas que se encontram a cargo do doente. Torna-se óbvio, no entanto, que não bastará o conforto psicológico se não se resolver, de facto, o problema do doente. Apesar de Kübler-Ross (1969) não mencionar como resolver a inquietação do doente, poder-se-á certamente supor que recorrerá à assistente social ou a outros recursos comunitários existentes para encontrar uma solução eficaz que, por um lado, resolvesse o problema social, e, por outro, contribuísse para o bem-estar do doente.

Noutras ocasiões, o doente poderá encontrar-se numa depressão preparatória. Com esta reação, o doente está a preparar-se para o seu fim, para a perda do que mais ama na vida. Nesta etapa, o silêncio e a presença amiga são fundamentais na ajuda ao doente. Esta fase representa o culminar de todas as reações emocionais do doente em fase terminal. É um “baixar das armas”, uma rendição do doente perante a iminência da morte. Muito doentes, quando ajudados, alcançarão esta fase apresentando uma necessidade de acompanhamento em que a comunicação verbal é quase nula. É convicção de Kübler-Ross (1969) que o doente em fase terminal que foi ajudado alcançará a aceitação e morrerá em paz. Nas suas entrevistas verificou que os doentes a quem foi possibilitado exteriorizar os medos, a raiva e a ansiedade, apresentam um percurso mais facilitado até à aceitação. Também os doentes mais idosos, que têm uma vida construída, com filhos já adultos, com uma situação profissional já percorrida e que olham para o passado com saudade mas com a sensação de ter cumprido a sua missão, necessitam de menos ajuda e alcançam a fase de aceitação mais rapidamente.

Não obstante as dificuldades do doente em alcançar a fase de aceitação, Kübler-Ross (1969) é perentória quando afirma na necessidade de encarar este processo e auxiliar o doente a viver esta fase da vida. Por outro prisma Bowlby (como citado em Potter e Perry, 2006) descreve as quatro fases do luto com base na teoria da ligação. A ligação é descrita como um comportamento instintivo que leva desenvolvimento de laços afetivos. A fase do

entorpecimento pode durar desde algumas horas até uma semana e ser interrompida por períodos de emoção extremamente intensos. A fase da desorganização e desespero envolve-se num exame interminável sobre a forma e a razão da perda ter ocorrido. Durante a fase da reorganização descrita por Potter e Perry (2006) a pessoa começa a aceitar papéis a que estava habituada a adquirir novas competências e a formar novas relações.

As quatro tarefas do luto são explanadas por o mesmo autor de forma trabalhar o luto. Em primeiro deve ser aceite a realidade da perda, mesmo quando a morte é esperada, pois há sempre um período de descrença e surpresa de que o acontecimento tenha realmente acontecido, depois surge a segunda tarefa a de trabalhar a dor. A autora descreve que os indivíduos que negam ou excluem a dor prolongam o seu luto. A terceira tarefa baseia-se na adaptação ao ambiente em que o falecido está ausente, ou seja uma pessoa não apercebe o impacto total da perda em pelo menos três meses, nesta altura amigos e familiares deixam de estar tao presentes e a pessoa é posta em frente ao impacto da solidão. A quarta tarefa é transferir emocionalmente a pessoa falecida e continuar a viver (idem, 2006).

O processo de desprendimento ou deixar partir que ocorre antes de uma perda efetiva ou morte ter ocorrido determina-se como luto antecipatório (Potter & Perry, 2006). A partir do momento em que uma pessoa ou família recebe a notícia de ter doença terminal começa o processo de despedida. Quando processo efetivo de morte é prolongado por muito tempo as pessoas na família do utente podem ter poucos sintomas de luto. Aparentemente esta “ausência de sintomas de luto pode ocorrer porque a família se envolveu num longo processo de luto (...) na altura em que chega o momento da morte, muito do choque recusa e choro já foram sentidos” (Potter & Perry 2006, p. 576).

Há riscos no luto antecipatório pois membros da família podem afastar-se emocionalmente do utente, demasiado cedo, deixando sem apoio emocional, aqui será preponderante o olhar clínico da equipa que não pode desacreditar e promover o abandono por parte da família, mas auxiliá-la a viver o momento do fim de vida (Potter & Perry, 2006).

Devido à natureza dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros acompanham mais diretamente o processo de morte dos doentes, mas também o processo de luto das suas famílias. A morte de um doente causa um grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipa que o cuida. A vivência do stress pelo contacto constante,

com a possibilidade e a ocorrência da morte, pode ser pensada como uma vivência de um “luto do profissional” em relação aos doentes e ao contexto (Potter & Perry, 2006).

Quem cuida de utentes a passarem pelo luto é importante que avalie o seu próprio bem-estar emocional, pois segundo Potter e Perry (2006, p. 571): “A autorreflexão que é uma parte integrante da reflexão crítica, torna-se numa ferramenta preciosa para saber se a sua tristeza pessoal está relacionada com cuidar de um utente ou com experiências pessoais passadas, não resolvidas”.

CAPITULO II – MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

1. Da Problemática aos Objetivos de Estudo

Qualquer estudo de investigação tem início com um problema que o investigador gostaria de resolver, ou com uma questão de que gostaria de obter resposta. Qualquer problemática envolve uma situação ambígua, inquietante ou perturbadora para o mesmo com a finalidade de tentar resolver o problema ou contribuir para a sua solução (Polit *et al.*, 2004).

Fortin (2009) reforça a ideia mencionando que um problema de investigação é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação, ou ainda, é um desvio entre a situação atual e a situação tal como deveria ser.

O processo de morte é uma realidade constante do quotidiano dos enfermeiros. Esta problemática tem merecido ao longo do nosso percurso profissional uma atenção especial pois é uma realidade constante que constitui uma situação difícil e constrangedora para os profissionais de saúde. A nossa experiência profissional em cuidados continuados, fez-nos refletir mais uma vez sobre a pertinência desta, uma vez que nos apercebemos das dificuldades dos enfermeiros a lidar com esta situação.

Face ao exposto, consideramos pertinente e potenciadora de aquisição de informação relevante para o corpo de conhecimentos científicos da profissão de enfermeiro, realizar um estudo que permitisse **compreender a(s) vivência(s) do enfermeiro perante a morte de um doente em cuidados continuados**, de modo a contribuir para uma melhor intervenção junto da pessoa em fim de vida e da família.

Este estudo tem como objetivos específicos:

- ✓ Perceber o significado da morte para o enfermeiro;
- ✓ Identificar os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro perante a morte de um doente em cuidados continuados;
- ✓ Conhecer as repercussões na vida dos enfermeiros, resultante do acompanhamento da morte de um doente em cuidados continuados;

- ✓ Identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros para lidarem com a situação da morte de um doente em cuidados continuados.

2. Tipo de Estudo

Face à problemática do trabalho, optamos por um estudo de natureza qualitativa do tipo descritivo simples com características fenomenológicas.

O paradigma qualitativo é aquele que mais se adequa, uma vez que pretendemos conhecer vivências e não medi-las, pretendemos analisá-las e não quantificá-las ou relacionar causas e efeitos. As investigações qualitativas tendem a fazer ressaltar o sentido que o fenómeno estudado reveste para os indivíduos. Os fenómenos são únicos e não previsíveis, e o pensamento está orientado para a compreensão total do fenómeno estudado (Fortin 2009).

A investigação qualitativa baseia-se no princípio de que os conhecimentos sobre os indivíduos “ (...) só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores” (Polit, 2004, p. 270). Só através dela se pode estudar opiniões, crenças e valores pessoais, que são essenciais na pesquisa, dada a vivência humana ser algo profundamente único e individual, e uma vez que o significado da temática é algo fulcral neste estudo.

Optamos por um estudo descritivo simples pois temos como objetivo não somente recolher e organizar os dados, mas, acima de tudo, conhecer uma realidade, interpretando o significado e a importância dos mesmos. Este tipo de estudo “(...) refere e interpreta minuciosamente o observado; este relaciona-se com as condições existentes, práticas que prevalecem, opiniões, pontos de vista ou atitudes, processos em marcha” (Pardo, 1997, p. 198).

A escolha de estudo de características fenomenológicas recai sobre a necessidade de recolher os dados necessários para que os mesmos fossem o espelho da perspectiva do indivíduo, dando ênfase à compreensão da experiência vivida, através de narrações feitas pelo próprio (Fortin, 2009).

3. O Contexto e os Participantes do Estudo

3.1. O Contexto

O estudo foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Continuados, mais especificamente numa unidade de Longa Duração e Manutenção, com capacidade para vinte e oito utentes. Nesta unidade os planos de cuidados a prestar são estabelecidos com base numa avaliação multidisciplinar das necessidades médicas, funcionais, psicológicas e sociais de cada doente, com uma participação ativa das suas famílias, ou seja são prestados cuidados aos níveis bio-psico-social aos doentes/família, avaliando as suas necessidades e elaborado e executando planos de cuidados, no sentido de atingir os objetivos propostos para o Internamento.

A tipologia de doentes internados nesta unidade é por doenças como: AVC hemorrágico/isquémico, doenças do foro cardíaco e respiratório, demências e em fase terminal devido a doenças oncológicas.

São critérios de admissão nesta unidade:

- Necessidade de apoio para a satisfação das necessidades básicas;
- Necessidade de cuidados de manutenção de aptidões;
- Impossibilidade de inserção na comunidade, por ausência de recursos sociofamiliares;
- Necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais;
- Necessidades de Cuidados de conforto e manutenção a utentes do foro Paliativo.

A admissão a este serviço é efetuada mediante a intervenção da Equipa de Coordenação Local. A equipa multidisciplinar deste serviço é constituída por médicos, incluindo fisiatra, enfermeiros, auxiliares de ação médica, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeuta da fala, assistente social e nutricionista.

A equipa de enfermagem possui atualmente um total de vinte e quatro enfermeiros, dos quais doze são elementos fixos desta unidade e os restantes da unidade de média duração e

reabilitação. A maioria desta equipa tem idade inferior a quarenta anos. No que refere a formação profissional é uma equipa com vasta formação complementar, pois tem um Enfermeiro com Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, três com mestrado em Enfermagem de Reabilitação, seis Enfermeiras com Pós -graduação em Cuidados Paliativos e três com mestrado em Cuidados Paliativos e Pós-graduação em Tratamento de Feridas, respetivamente.

A organização da prestação de cuidados de enfermagem depende do turno e da atividade a desenvolver, mas o método de trabalho que prevalece é o método individual, em que cada enfermeiro é responsável por prestar cuidados globais e individualizados a um determinado número de doentes que lhe é atribuído naquele turno.

A instituição dá especial importância ao papel da família e de todas as pessoas importantes para os doentes através da sua presença efetiva e organizada e da sua integração no plano de cuidados.

3.2. Os Participantes

Para que num estudo de investigação os resultados representem fielmente o que ocorre na população de interesse é necessário escolher corretamente os sujeitos de estudo. Ao definir um plano de investigação torna-se necessário criar as condições para que os dados sejam significativos para o problema em questão, esta significância passa pela seleção dos participantes.

Neste estudo utilizamos o termo participantes, apesar de alguns autores utilizarem o termo sujeitos, porque comungamos da posição de Morse (citado em Streubert e Carpenter, 2002, p. 25) que considera o uso dos termos participantes, mais adequado pois estes são selecionados de acordo com a sua experiência, face aos objetivos e critérios de elegibilidade da investigação e espera-se uma participação ativa e participativa dos mesmos. Assim, no estudo os participantes são os Enfermeiros que exercem a sua atividade numa unidade de Cuidados Continuados do distrito de Viana do Castelo.

Para efetuar a seleção dos participantes tivemos em conta alguns critérios de inclusão, pois estes definem as características principais da população (Streubert & Carpenter, 2002, p. 35) de forma a tornar o estudo viável, exequível e fiável. Neste sentido, os critérios foram os seguintes:

- Exercerem a sua atividade pelo menos há mais de dois anos.
- Terem vivenciado a morte e o processo de morrer de um doente, pelo menos uma vez.

Assim, os participantes neste estudo são oito enfermeiras, cujas características se encontram no quadro 1:

Participantes	Idade	Habilitações Profissionais	Anos de Serviço	Anos de Serviço na Unidade
1	28	Pós-graduação em Cuidados Paliativos	7	3
2	40	Licenciatura	14	3
3	34	Licenciatura	8	1
4	25	Licenciatura	3	3
5	28	Pós-graduação em tratamento de feridas	3	3
6	26	Mestrado em enfermagem de reabilitação	3	3
7	32	Pós-graduação em Cuidados Paliativos	3	3
8	27	Pós-graduação em Cuidados Paliativos	3	3

Quadro 1 - Caracterização dos participantes

Como se pode verificar todos os participantes são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os vinte e cinco anos e os quarenta anos. A idade média corresponde aos vinte e oito anos.

Relativamente às habilitações profissionais, três dos participantes possuem o grau de Licenciatura, outros três possuem Pós-graduação em Cuidados Paliativos, um Especialidade em Enfermagem de Reabilitação e outro Pós-graduação em Tratamento de Feridas.

A maioria dos participantes, sete, exerce a sua atividade nesta instituição desde a abertura, ou seja há quatro anos, tendo-se constituído para cinco a primeira experiência profissional. Um dos participantes tem catorze anos e outro sete anos de serviço profissional, estando há três nesta instituição, outro tem oito anos, com um ano de serviço profissional nesta instituição.

4. Estratégias de Recolha de Dados

A escolha dos métodos de recolha de dados, segundo Quivy e Campenhoudt (2003), influencia os resultados do estudo assim, e face ao tipo de estudo, a opção para a recolha de dados recaiu sobre a entrevista semiestruturada, por permitir liberdade de resposta ao entrevistado, mas também liberdade de esclarecimento ao entrevistador, possibilitando a este último direcionar a entrevista tendo em conta o alcançar dos objetivos pré-definidos. Este instrumento possibilita “(...) maior flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, formular de maneira diferente; especificar algum significado, como garantia de estar a ser compreendido” (Poli *et al.*, 2004, p. 198) evitando, deste modo, a não obtenção de resposta ou a obtenção de respostas desajustadas, por interpretações incorretas, ou seja permite obter informações mais precisas.

A forma como uma determinada resposta é dada pode fornecer informações muito importantes e permitir uma melhor clarificação destas ao longo da entrevista.

Neste contexto Quivy e Campenhoudt (2003) referem que, para que ocorra uma boa entrevista, o entrevistador deve tentar elaborar o menor número de questões, permitindo que o diálogo encaminhe para uma conversa simples e livre e não para um diálogo rígido, limitador da liberdade de expressão do entrevistado. Neste sentido, é de grande importância o ambiente escolhido para efetuar a entrevista, o qual deve permitir privacidade e proximidade.

Como a entrevista foi a principal técnica do nosso estudo recorremos ao uso do gravador, pois sendo Bell (2002), as gravações podem ser úteis para verificar as palavras de uma afirmação que pretenda citar e para verificar a exatidão das suas notas.

Conscientes destas circunstâncias, as entrevistas foram realizadas em local escolhido pelos participantes, assim como a hora da realização das mesmas de modo a coincidir com momentos mais tranquilos e sossegados.

Foi construído um guião norteador da entrevista (anexo I), com uma sequência lógica de perguntas, o qual foi de extrema importância pois facilitou a condução e colaboração dos

participantes. No seguimento do processo, a colheita dados desenvolveu-se no período da segunda quinzena de setembro a finais de outubro de 2012.

Previamente foi feito um pré-teste, que segundo Fortin (2009) permite verificar se os termos utilizados são facilmente compreendidos por parte dos participantes, se a forma como estão estruturadas as questões permitem obter a informação desejada e se o tipo de perguntas não provoca desinteresse por parte dos sujeitos, assim como, se as questões colocadas apresentam alguma ambiguidade. Este foi realizado junto de três enfermeiros não pertencentes à amostra, no sentido de avaliar a pertinência das questões. Face aos resultados, não foi necessário alterar o guião, por outro lado a sua realização permitiu-nos adquirir mais destreza na realização da entrevista.

5. Procedimentos e Análise de Dados

Após a realização das entrevistas, a informação que daí adveio foi tratada tendo por base a análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (2011, p. 31) se define como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”.

Para esta é necessário a construção de um corpus, isto é “ (...) um conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. Para a constituição do mesmo é necessário o cumprimento de três regras essenciais: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. No que respeita à regra da exaustividade a autora supracitada refere que esta consiste em, após a definição do corpus, ser necessário considerar todos os elementos que o constituem. Na regra da representatividade implica que a análise possa ser realizada a uma amostra, desde que o material tenha finalidade, em que a amostragem é rigorosa caso faça parte do universo essencial. A regra da homogeneidade refere-se aos documentos, isto é, estes devem ser homogéneos, obedecendo a critérios de escolha precisos. Por último, a regra da pertinência diz respeito ao facto de os elementos deverem ser adequados de forma a corresponderem ao objetivo da análise (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo permitiu-nos conferir e interpretar continuamente os dados que se colheram e desenvolver conclusões experimentais baseadas nos dados já colhidos, para isso as entrevistas efetuadas foram transcritas o mais fielmente possível de modo a poder agrupá-las de acordo com os registos.

Numa primeira fase, organizamos toda a informação recolhida, efetuando leitura flutuantes em busca de significados e regularidades que constituíram as categorias de codificação, formulando, assim, um sistema de categorização que integramos em áreas temáticas previamente definidas durante o processo de recolha de dados.

Continuamos com leituras sucessivas para especificar cada vez mais o processo de categorização e, quando este o indicava, subdividíamos as categorias em subcategorias, sendo estas uma divisão da categoria, em subgrupos de características ou fenómenos que constituem uma categoria. De seguida, procedemos à organização dos dados por temáticas, categoria, subcategorias e unidades de registo, como se pode verificar no anexo II.

6. Considerações Éticas

Como afirma Fortin (2009, p. 180), a ética é “ (...) a ciência da moral, e a arte de dirigir a conduta” em que o investigador necessita considerar problemas éticos e morais, os quais têm necessariamente que salvaguardar os direitos dos indivíduos envolvidos.

As preocupações éticas evidenciam-se mais no campo da enfermagem porque, à medida que aumentam as pesquisas em enfermagem, diminui a nitidez entre aquilo que constitui a prática esperada da enfermagem e a colheita de dados das pesquisas (Polit & Hungler, 2004).

A investigação qualitativa exige um novo conjunto de considerações éticas. Robley (como citado em Streubert e Carpenter, 2002) refere que apesar da consideração ética e de assuntos com impacto na investigação quantitativa, eles são-no de forma única e mais frágil na investigação qualitativa. Os investigadores devem atender a vários princípios éticos quando realizam investigação.

Devido ao facto de as pesquisas científicas nem sempre serem conduzidas de forma ética, e perante os dilemas que os investigadores se confrontam aquando o planeamento dos seus estudos, foram elaborados códigos de ética para que haja orientações nesse sentido, sendo a Declaração de Helsínquia, adotada em 1964, pela World Medical Assembly, revisada por Polit e Hungler (2004), a mais notável.

Segundo as autoras, e reportando ao enunciado da Declaração de Helsínquia “os três principais princípios éticos incorporados à maioria das orientações são a beneficência, o respeito à dignidade humana e a justiça” (Polit & Hungler, 2004, p. 83).

O princípio da beneficência abrange a proteção dos sujeitos contra qualquer dano, físico e/ou psicológico. O princípio do respeito pela dignidade humana inclui o direito dos sujeitos à autodeterminação e revelação completa e, por fim, o princípio da justiça diz respeito ao direito a um tratamento justo, além do direito à privacidade que poderá ser mantida através do anonimato (Polit & Hungler, 2004).

De acordo com Fortin (2009), o direito à autodeterminação baseia-se no respeito pela pessoa, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria. Qualquer investigação aplicada a seres humanos constitui uma forma de intrusão na sua vida pessoal, assim, o investigador deve assegurar a intimidade dos participantes através de um estudo menos invasivo quanto possível.

A autora enumera o quinto direito, que considera que todos os participantes têm direito a um tratamento justo e equitativo, antes durante e após a sua participação no estudo. Este tratamento refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado, bem como os métodos utilizados no estudo. Respeitaremos a decisão de participação no estudo, bem como a decisão de desistirem em qualquer altura do mesmo.

No sentido de atender aos princípios enunciados, para desenvolvimento deste estudo enviamos um pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição onde foi o estudo, tendo sido obtida autorização (Anexo III).

Atendendo à natureza da temática do estudo, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos participantes na investigação. É crucial obter o consentimento informado, garantir o seu anonimato e confidencialidade. Este direito é respeitado quando a identidade do participante não é associado às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Neste sentido, no momento da entrevista era estabelecido um diálogo informal com o intuito de criar um ambiente descontraído e era explicado o objetivo do estudo e a forma como os dados iam ser utilizados no trabalho, salvaguardando sempre o anonimato, de seguida era entregue aos participantes o consentimento informado para que pudessem ler e colocar dúvidas (Anexo IV). Durante a entrevista foi dado o tempo necessário para o participante se exprimir, tendo estas uma duração média de 40 minutos, para assegurar a privacidade dos participantes, não revelamos a identidade destes em qualquer parte do estudo, atribuindo a todas as entrevistas transcritas uma codificação designada por “E” de “entrevista” e o número da entrevista correspondente e apenas o elemento do grupo, e respetivo orientador, tiveram acesso a todos os dados colhidos.

Neste estudo tivemos a preocupação de atender a todos estes princípios que foram o pilar das decisões metodológicas e da forma como foi conduzida a investigação no campo, com o devido respeito à pessoa humana, valorizando a sua autonomia e responsabilidade.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo vamos proceder à apresentação e análise dos dados obtidos através das entrevistas semiestruturadas. Esta etapa é bastante importante uma vez que é aqui que se reflete sobre os dados encontrados, depois de termos procedido à leitura e análise das transcrições das entrevistas. Assim, vamos proceder à apresentação dos dados obtidos, de acordo com as áreas temáticas, respetivas categorias e subcategorias que se encontram expressas no quadro 2, e que espelham as vivências dos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados relativamente à morte de um doente.

Unidade Temática	Categoria	Subcategoria	Total de Unidades de registo
O significado da morte	<i>Fim de Vida</i>		3
	<i>Fim de Sofrimento</i>		3
	<i>Acontecimento natural</i>		7
	<i>Perda</i>		2
	<i>Visão espiritual</i>		2
Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros	<i>Tristeza</i>		4
	<i>Impotência</i>		4
	<i>Incerteza</i>		2
	<i>Frustração</i>		2
	<i>Revolta</i>		2
	<i>Não-aceitação</i>		1
	<i>Missão Cumprida/Satisfação</i>		3
Fatores que influenciam a vivência da morte	<i>Relacionados com o tipo de morte</i>		6
	<i>Relacionados com o doente</i>	Idade	2
		Proximidade	3
	<i>Relacionados com os profissionais</i>	Falta de formação	2
		Experiência profissional	2
		Dificuldade na transmissão da má notícia	2
	Repercussões na vida dos enfermeiros	<i>A nível profissional</i>	Foco de atenção no cuidar
Promover a dignidade na morte			3
<i>A nível pessoal</i>		Consciência de si	7
		Reviver vivências pessoais	6
Estratégias mobilizadas pelos enfermeiros.	<i>Centradas no Enfermeiro</i>	Procura de sentido para a morte	2
		Controlo das emoções	4
		Técnicas de relaxamento/distração	4
		Partilha	5
	<i>Centradas no cuidar</i>	Proporcionar bem -estar	2
		Dar apoio	1
		Cuidar de outros doentes	2

Quadro 2 - Vivências dos enfermeiros perante a morte de um doente em cuidados continuados: áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo.

1. O significado da Morte

Ao abordarmos os participantes sobre o significado que atribuíram à morte de um doente em cuidados continuados, emergiram várias opiniões que agrupamos em cinco categorias: Fim de Vida, Fim do Sofrimento, Acontecimento Natural, Perda e Visão Espiritual, expressas na Figura 1.



Figura 1 - O significado da morte-categorias

A morte como **Fim de Vida**, **Fim de Sofrimento** e **Acontecimento Natural**, foram os significados mais evidenciados nos relatos dos enfermeiros.

A morte como *Fim de Vida*, foi expressa da seguinte forma:

“Significa terminar uma experiência de vida”. (E1)

“ (...) é o culminar da caminhada que é a vida.” (E3)

“ (...) é a diminuição das funções orgânicas levando ao fim da vida.” (E7)

O significado de morte como **Fim de Sofrimento** é visível nos seguintes relatos:

“ (...) *por vezes é o fim do sofrimento.*” (E5)

“ (...) *o corpo adormece e não há mais dor, nem sofrimento, é o Fim.*” (E6)

“ (...) *significa o terminar do sofrimento, da dor e de outros sintomas.*” (E8)

A morte como um **Acontecimento Natural** foi mencionada por sete participantes, como referem os seguintes relatos:

“ (...) *como um acontecimento natural.(nascer, crescer e morrer)* ” (E1)

“ (...) *tomando esse momento como percurso natural da vida.*” (E4)

“ (...) *é um acontecimento natural, inevitável, faz parte da existência humana.*”(E5)

“ *A morte é uma fase natural do ciclo vital.*” (E7)

Dois enfermeiros consideraram a morte como uma **Perda** e outros dois a morte numa **Visão Espiritual**, como se pode ver nos seguintes excertos:

“ (...) *vejo-a como uma quebra de uma relação estabelecida profissionalmente.*” (E3)

“ *Não consigo descrever um significado comum á morte de um doente..é uma perda.*” (E4)

“ *Tenho sempre a incerteza do que haverá para além da morte.*” (E5)

“ (...) *a morte é um momento em que alma abandona o corpo.*” (E 6)

2. Sentimentos vivenciados pelos Enfermeiros

Quando questionados sobre os sentimentos vivenciados na situação da morte de um doente, os enfermeiros expressaram uma diversidade de sentimentos sobretudo de igla negativa: Tristeza, Impotência, Incerteza, Frustração, Revolta e Não-Aceitação, contudo alguns também expressaram sentimentos de natureza positiva: Missão Cumprida/Satisfação e Alívio. (Figura 2)

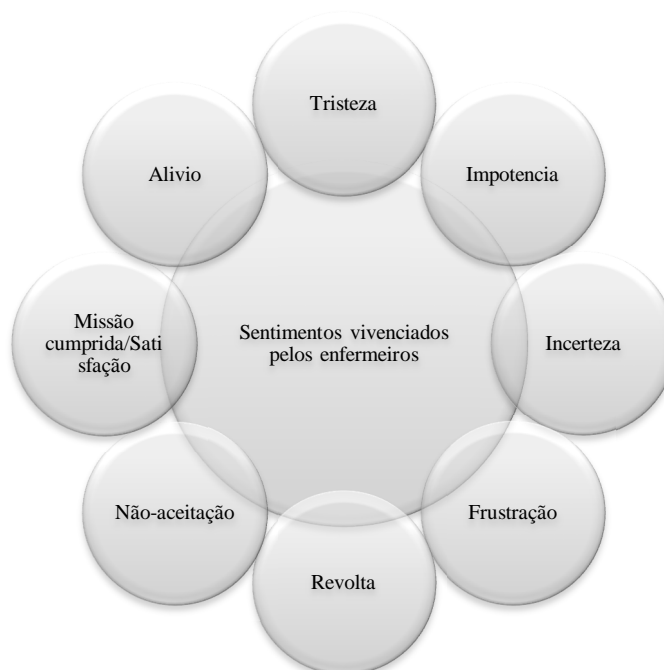


Figura 2 - Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros-categorias

A **Tristeza** foi expressa por metade dos participantes, como podemos ver nos seguintes excertos:

“ (...) tristeza pela perda, (...) sempre me causou muito impacto, desconforto interior, (...) fragilidade emocional” (E3)

“ (...) é um processo doloroso e triste para mim,(...) è das coisas que mais me comove(...)da tristeza da partida de um doente que cuidei.” (E5)

A **Impotência** é um sentimento que surge com a morte de um doente e quatro participantes expressaram-no da seguinte forma:

“ (...) *impotência, frustração, nas situações em que a morte surge de uma forma abrupta e inesperada.*” (E1)

“ (...) *sinto - me incapaz* (...) “ (E5)

“ (...) surge um sentimento de impotência (...)receio da falta de respostas relativas á comunicação da verdade. “ (E7)

“ (...) da morte de um doente consistem por um lado num sentimento de impotência face à doença.” (E8)

Surgem ainda, sentimentos de **Incerteza, Frustração, e Revolta**, como se pode ver nas transcrições:

“ (...) *e incerteza* (...) “ (E6)

“ (...) *questiono -me muitas vezes se estou a prestar todos os cuidados possíveis para que o utente* (...).” (E7)

“ (...) *frustração, nas situações em que a morte surge de uma forma abrupta e inesperada.*” (E1)

“ (...) *é muito frustrante e provoca em mim momentos de reflexão interior.*(E2)

“ (...) *com revolta, (...) nas situações em que a morte surge de uma forma abrupta e inesperada.*” (E1)

“ (...) *por vezes é revoltante.*” (E5)

A **Não-aceitação** é mencionada apenas por um participante que o verbaliza da seguinte forma:

“ (...) *mas acho a morte sempre difícil de ver, de aceitar (...) á partida penso sempre positivo, que se vai sempre conseguir fazer alguma coisa pelo doente mas conscientemente (no fundo do meu emocional) sei que me estou a enganar.*” (E2)

Um dos sentimentos positivos, o de **Missão Cumprida/Satisfação** é referido por três participantes como um dever cumprido, através de verbalizações sugestivas de conformidade e aceitação da situação.

“ (...) com naturalidade, sentimento de que fiz o meu melhor para que a pessoa partisse sem sofrimento (..)” (E1)

“ (...) por vezes sinto um dever cumprido.” (E3)

“ (...) por uma sensação de dever cumprido, o que significa que fiz todo o que tinha disponível ao meu alcance para aliviar os sintomas do meu doente.” (E8)

Assim como o **Alívio**, é mencionado por dois participantes, como podemos ver nos seguintes relatos:

“ (...) utente em fase terminal,(..) por vezes um alívio, uma bênção a sua morte.” (E5)

“ (...) encaro a morte como um alívio ,como meio de libertação.” (E7)

3. Fatores que influenciam a vivência da Morte

Os discursos dos enfermeiros permitiram-nos identificar um conjunto de fatores que influenciam a forma como estes vivenciam a morte de um doente em cuidados continuados e que se integram em três categorias - relacionados com o tipo de morte, relacionados com o doente e relacionados com os profissionais. (Figura 3)

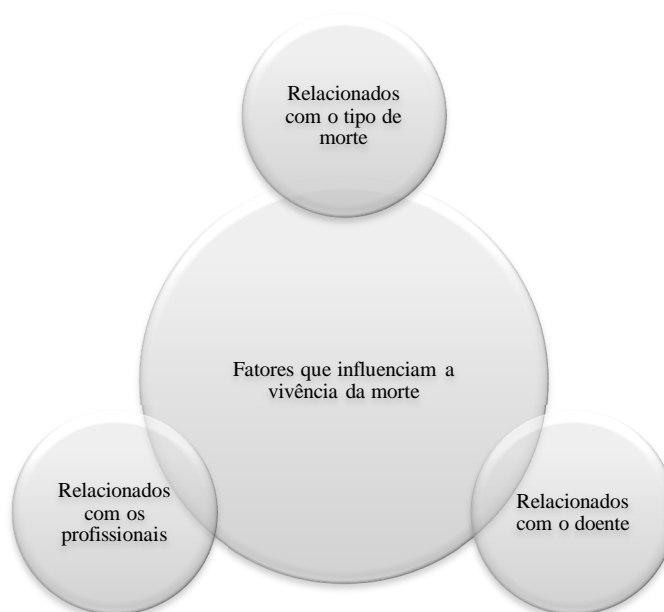


Figura 3 - Fatores que influenciam a vivência da morte-categorias

Os fatores **relacionados com o tipo de morte** foram expressos por seis enfermeiros, que consideram que o conhecimento prévio, as circunstâncias e o tipo de morte (esperada ou não esperada) influenciam a vivência da situação. As seguintes transcrições ilustram os aspetos referidos:

“ (...) contudo o facto de existir um conhecimento prévio das possibilidades de desfecho da situação permite –nos uma pratica mais ajustada a construção e mentalização dos meios de aceitação e compreensão da morte.” (E1)

“ (...) em relação a um doente, depende das circunstancias.” (E2)

“ Depende dos casos e do tipo de morte de cada doente.” (E3)

“Depende (...) do tipo de morte, se já se está a contar ou não, (...).” (E7)

Os participantes do estudo focaram também um conjunto de fatores **relacionados com o doente**, nomeadamente a *idade* e a *proximidade* que também influencia a forma como vivenciam a morte.

No que se referem á *idade*, as verbalizações dos enfermeiros revelaram que a vivência da morte de um doente é diferente consoante a idade deste:

“ (...) depende da idade, (...)” (E4)

“Depende da idade, (...)” (E7)

A *proximidade* foi expressa por três participantes e as suas narrativas revelam-nos que a relação que estabelecem com o doente influencia a forma como vivenciam a sua morte:

“ (...) a influência que a morte de um doente tem em mim, depende de vários fatores como o tipo de morte, (...) e o tempo que passamos com o utente, pois acabamos por nos afeiçoar a ele.” (E5)

“Estas emoções variam de acordo com a relação que estabeleço com cada utente/família, há casos que me marcam mais que outros.” (E6)

“ (...) sentimentos em relação aos doentes variam de acordo com a afinidade que se tem relativamente às pessoas.” (E8)

Relativamente aos **fatores relacionados com os profissionais**, os enfermeiros nos seus discursos focaram vários aspetos: *A falta de formação, a experiencia profissional e a dificuldade na transmissão da má notícia.*

A *falta de formação*, foi verbalizada por dois enfermeiros que consideram que esta é fundamental na sua preparação para intervir nestas situações e referem-se á formação inicial:

“ Penso que o assunto morte é uma lacuna no curso universitário, pois abordam pouco este tema e há pouca preparação.” (E5)

“ Em contexto universitário o enfermeiro não aprende a lidar com a morte, (...).” (E6)

A *experiência profissional* surge nos relatos de dois enfermeiros, sendo esta considerada como fator facilitador para lidar com a morte de um doente:

“ (...) como já estou habituada a lidar com a morte, enfrento bem as situações.”(E3)

“ (...)desta forma a experiência de morte faz com que os profissionais adquiram também novas competências de forma a poder utilizar em novos casos.” (E8)

Para além dos fatores relacionadas com a formação e a experiência profissional, foi expresso outro fator relacionado com *a dificuldade na transmissão da má notícia* este foi mencionado por dois participantes que expressam da seguinte forma:

“Na verdade, o momento da comunicação da notícia á família torna-se difícil para mim, do que lidar com a própria morte do doente, dado que não sei como prestar apoio emocional.” (E4)

“ (...) não há nada que se possa dizer á família quando um utente morre,(...).”(E6)

4. Repercussões na Vida dos Enfermeiros

Quando questionamos sobre as repercussões da vivência da morte de um doente em cuidados continuados, os enfermeiros apontaram vários aspetos que agrupamos em duas categorias: repercussão a nível profissional e a nível pessoal, como ilustra a Figura 4.



Figura 4 - Repercussões mobilizadas pelos enfermeiros-categorias

Relativamente as repercussões **a nível profissional**, os relatos dos enfermeiros permitiram identificar um conjunto de mudanças e alterações decorrentes dessas vivências e que agrupamos em duas subcategorias: o *Foco de atenção no cuidar* e *Promover a dignidade na morte*.

Pelos relatos de sete enfermeiros é visível que estas experiências fazem-nos redirecionar o seu *foco de atenção no cuidar*, como se pode ver nos seguintes relatos:

“ (...) permite que me torne numa enfermeira mais atenta e mais voltada para o cuidar e menos tecnicista.” (E1)

“ (...) Lembrar que a morte faz parte da nossa vida.” (E2)

“Apoio a família.” (E3)

“ (...) acompanhamento na morte com dignidade, tendo como objetivo o alívio do sofrimento.” (E5)

“ (...) por experiências que já passei é muito importante o apoio á família.” (E6)

“Assim como atempadamente inserir a família neste processo de apoio ao doente de forma a este usufruir de uma melhor qualidade de vida.” (E7)

“ (...) apoiar a família a encarar a morte como sendo mais uma etapa.” (E8)

Promover a dignidade na morte é outra subcategoria verbalizada por três participantes, que expressam a importância do respeito, dignidade e de um cuidar holístico perante o doente em Fim de vida:

“ (...) procuro ter sempre respeito, respeito pelo momento procurando proporcionar à pessoa que morre o maior conforto, a maior serenidade e dignidade.”(E3)

“ (...) acompanhamento na morte com dignidade, tendo como objetivo o alívio do sofrimento.” (E5)

“ (...) mas há gestos que valem por mil palavras, e é nisto que invisto e não em palavras.” (E6)

A **nível pessoal** os enfermeiros consideram que a morte de um doente conduz a uma maior *consciência de si e reviver vivências pessoais*. Esta categoria é desenvolvida de acordo com a importância do significado da morte para o participante e a sua influência para este.

A influência na *Consciência de si*, está patente nos discursos da maioria dos participantes (sete), como se pode ver nas seguintes transcrições:

“A morte de um doente faz- me pensar no meu próprio existir (...) ” (E1)

“ (...) é uma situação delicada, que dou por mim ,muitas vezes a pensar no que realmente somos enquanto seres humanos.” (E3)

“A morte de um doente implica o meu pensamento no assunto da morte, no medo de morrer (...).” (E5)

“ (...) sou invadida por algumas questões a mim mesma, para as quais nunca encontro resposta, (...) nível pessoal a morte de um doente me traz bastantes dúvidas e incertezas.” (E8)

O *Reviver vivências pessoais* também é significativo nos discursos dos enfermeiros (sete), como podemos ver nos seguintes relatos:

“ (...) faz-me pensar nas minhas vivências pessoais de perdas anteriores (...)” (E1)

“ (...) faz - me pensar muito nos meus familiares que já partiram.” (E2)

“ (...) trago sempre á memória esta fase recente da minha vida (morte do avós).” (E4)

“ (...) faz-me pensar nos meus entes queridos e situações pessoais de perdas anteriores (...)” (E5)

5. Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros

Os discursos dos enfermeiros também nos permitiram identificar um conjunto de estratégias que mobilizam e na sua perspectiva os ajuda a lidar melhor com a situação, e que agrupamos em duas categorias: *Centradas no Enfermeiro e Centradas no Cuidar*. (Figura 5)



Figura 5 - Estratégias mobilizadas pelos enfermeiros-categorias

A nível das estratégias **Centradas no Enfermeiro** os relatos permitiram perceber que nestas situações o enfermeiro mobiliza um conjunto de estratégias tais como: procura de sentido para a morte, controlo das emoções, técnicas de relaxamento/distração e partilha.

A *Procura de sentido para a morte* foi expressa por dois enfermeiros:

“ Tentar encontrar uma explicação para a morte.” (E2) “Considero que nessas alturas tentei sempre não m deixar envolver muito emocionalmente, tentei sempre me “proteger”, mas são momentos que nunca se esquecem.” (E2)

“ (...) tento sempre considerar a morte como um fenómeno natural.” (E3)

O *Controlo das emoções* foi mencionado por quatro enfermeiros, que consideram o autocontrolo essencial como estratégia para lidar com a morte:

“ *Tento abster - me de emoções e tenho conseguido, pois o enfermeiro tem de saber aprender a lidar com a morte tão bem como lida com a vida.*” (E2)

“ (...) *consigo ter autocontrolo de modo que a morte do doente não interfira a nível pessoal.*” (E4)

“ (...) *em cada partilha de experiencias vou sentindo que ´e muito importante a minha capacidade de autocontrole e a própria atitude para enfrentar a morte.*” (E5)

“ (...) *não procuro evitar situações de morte, enfrento-as com naturalidade e mantenho – me calma.*” (E6)

O recurso a *Técnicas de Relaxamento/Distração* é na opinião de alguns participantes (quatro) uma estratégia que ajuda a ultrapassar o desgaste emocional provocado pela morte de um doente, como podemos ver nos seguintes relatos:

“*Tento abstrair - me das coisas com passeios após o trabalho, fazer exercício físico.*” (E3)

“*Distração com atividades que gosto de fazer, após a saída do trabalho, como andar, ouvir musica, ler.*” (E5)

“ (...) *arranjar uma forma de me abstrair, como por exemplo: ir às compras e tomar café com os amigos.*” (E8)

A maioria dos relatos dos enfermeiros (cinco) referem a *partilha* com os colegas, amigos e família como uma das estratégia que utilizam para lidar com a morte de um doente:

“ *Tento sempre conversar sobre os assuntos que me incomodam e com os quais me sinto desconfortável.*” (E1)

“ (...) *falar com amigos, colegas e família permite lidar com certas situações.*” (E2)

“ *São essencialmente a conversa com os colegas de trabalho.*” (E5)

“*Partilha de experiencias com a equipa e por vezes com amigos.*” (E7)

Quanto às estratégias **Centradas no Cuidar** verificamos três subcategorias: *Proporcionar o bem-estar, Dar apoio e cuidar de outros doentes.*

Proporcionar o bem -estar foi uma estratégia apontada por dois participantes que o verbalizam da seguinte forma:

“Tento prestar os meus cuidados o mais voltados possível para o bem-estar do utente e família, de forma a evitar o mais possível o sofrimento de todos os envolvidos neste processo de morte.” (E1)

“Tento prestar os meus cuidados o mais voltados possível para o bem-estar do utente e família, de forma a evitar o mais possível o sofrimento.” (E5)

Dar apoio, foi referido também por um enfermeiro como estratégia para lidar com a morte de um doente:

“ Como profissional, (...) disponibilidade, (...) acompanhamento, (...) e escuta ativa.” (E7)

Cuidar de outros doentes é a outra estratégia para lidar com a morte e onde incluímos as duas unidades de registo que contêm verbalizações reveladoras dessa intenção:

“ Penso no resto dos doentes que estão a necessitar dos meus cuidados.” (E3)

“ (...) agir com naturalidade, e pensar que tenho que continuar a prestar cuidados a mais pessoas que estão q precisar de mim.” (E4)

Concluída a apresentação e análise dos dados, no próximo capítulo vamos proceder á discussão dos resultados.

CAPITULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após revisão sobre o conhecimento empírico relativamente às dimensões deste trabalho, exposição da metodologia utilizada na recolha de informação e explanação dos dados, cabe, neste capítulo proceder à discussão dos resultados sobre as vivências dos enfermeiros perante a morte de um doente.

De acordo com Gómez, Flores e Jiménez (1999), nesta fase de análise, e após os dados obtidos no trabalho serem devidamente tratados e apresentados, torna-se fundamental contextualizar e relacionar os dados obtidos com outros estudos já efetuados, de modo a que os resultados a que se chegam com a investigação em curso possam ser integrados e discutidos à luz do conhecimento e teorias previamente desenvolvidas, discutindo em que medida estes contribuem para o corpo de conhecimentos sobre o tema estudado.

Assim e de acordo com a lógica seguida no capítulo anterior, a discussão dos resultados será orientada de acordo com as áreas temáticas: o significado da morte, os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro, fatores que influenciam a vivência da morte, as repercussões na vida dos enfermeiros e as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros.

O Significado da Morte

Os achados obtidos no nosso estudo permitiram-nos perceber que para os enfermeiros a morte é vista primordialmente como o fim de vida, mas também como o fim de sofrimento. Este facto vai de encontro à perspetiva de Cunha (2003, p. 34) que refere que a morte é o “ (...) fim de um conjunto de vivências e acontecimentos naturais e sociais,” e de Costa (1999, p. 123) que afirma que a morte é percebida como o fim da existência da pessoa é o “ (...) ato ou efeito de morrer; termo de existência, acabamento (...)”. Vai ainda de encontro ao que Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 511) referem, “a morte pode ser uma amiga que põe termo às dores e ao sofrimento, um mestre que permite compreender a verdadeira transcendência, uma aventura rumo ao desconhecido (...) a recompensa (...)” ou pode ser compreendida como “ (...) o nada, o fim da vida, um castigo, uma separação (...)”.

Contudo a morte como um acontecimento natural é o significado mais referido pelos enfermeiros, que encontra fundamento na afirmação de Martinez (1993, p. 35) que entende a morte como “ (...) as sucessivas etapas da trajetória vital de um individuo que implicam para ele e para o grupo momentos de mudança (...) é um acontecimento natural como: o nascimento, a puberdade, o envelhecimento e por fim a morte”, e de acordo com Pacheco

(2004) que refere que independente da postura adotada antiética ou realista perante a vida e a morte, verificamos, que ao longo da história da humanidade a morte é predominantemente considerada como um fenómeno natural.

A visão espiritualista da morte também é visível no discurso de alguns participantes, que consideram a morte uma passagem para uma outra vida em que existe uma continuidade da mente ou espírito, opinião compartilhada por Ross (como citado em Oliveira, 1998, p. 20) nos diz que “ (...) a morte não é o fim da existência mas apenas uma passagem para uma outra forma de vida, numa frequência diferente (...) o momento da morte é uma experiência única, bela (...) que se vive sem medo, sem angústias porque não é o fim, mas antes um começo radioso”.

Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros

Os enfermeiros expressaram uma diversidade de sentimentos de igla negativa, tais como: “Tristeza”, “Impotência”, “Incerteza”, “Frustração”, “Revolta” e “Não-Aceitação”, mas alguns expressaram também sentimentos de natureza positiva: “Missão Cumprida/Satisfação” e “Alívio”.

Verificou-se que na sua maioria os participantes conseguiram identificar os principais sentimentos/emoções referenciadas pela literatura em relação à morte, tais como revolta, tristeza, frustração, impotência e incerteza. Segundo Marques (1991, p. 9) o confronto com a realidade do sofrimento e da morte é fonte de situações geradoras de stress, acompanhadas por “reações emocionais que traduzem impotência, culpa, frustração, medo, ansiedade, angústia, insegurança, revolta ou embaraço”, opinião partilhada também por Sousa (2006).

A Não-aceitação é outra emoção de caráter negativo, expressa por um participante que encontra justificação na ata das Jornadas de Medicina Intensiva Madeira-Açores (2003, p.3), onde se refere que, por vezes, “os enfermeiros negam a morte do seu paciente instituindo medidas para o salvar quando tal não é possível, procurando desta forma evitar a angústia da perda”.

Relativamente á Missão cumprida/Satisfação e o Alívio, Neves (2000, p. 19) também justifica esta sensação, pois acredita que “acompanhar as pessoas em fim de vida será

sempre um desafio, rico em ensinamentos e por vezes sentimentos de sensação de dever cumprido”.

Os sentimentos que expressaram deixam transparecer a ideia que a morte ainda continua a ser uma situação difícil de lidar para os enfermeiros, o que nos leva a refletir sobre a importância deste assunto ser trabalhado junto destes profissionais.

Fatores que influenciam a vivência da morte

Os discursos dos participantes também nos permitiram identificar um conjunto de fatores que influenciam a forma como os enfermeiros vivenciam a morte de um doente, podendo estes constituírem-se como fatores facilitadores ou dificultadores.

Para os enfermeiros estes fatores estão relacionados com o tipo de morte, com o doente, nomeadamente a idade e a proximidade com este, e relacionados com o profissional (falta de formação, experiência profissional e dificuldade na transmissão da má notícia).

Quanto ao tipo de morte, vários autores referem que esta é uma condição importante e determinante na forma como o profissional vivência a experiência de acompanhamento do fim de vida. Assim, para Kaplan (como citado em Júnior, 2005) a morte pode dividir-se em dois tipos, morte súbita e morte esperada, considerando a primeira mais violenta e traumática pois, na morte esperada, existe um tempo para uma preparação antecipada dos cuidadores e familiares.

Em relação aos fatores relacionados com o doente, como a idade e a proximidade referida pelos enfermeiros, vai de encontro com Thomas (1995, p.42) que refere que “ (...) a morte é natural, universal e quotidiana, sendo que esta é uma etapa sempre presente, devendo ser encarada como natural e inevitável”. Suárez (1998) acrescenta ainda que quando a morte acontece na velhice esta é melhor aceite.

Os enfermeiros, também se referiram a fatores relacionados com os profissionais que influenciam a vivência da morte, nomeadamente a falta de formação e a experiência profissional. Sousa (2006, p. 40) também acredita que a formação profissional de base não responde às necessidades sentidas pelos profissionais “ (...) o profissional de saúde não sabe o que fazer com o doente em fase final; nem a herança cultural, nem a nossa educação o preparou para entender o lugar da morte”. O mesmo autor sugere que o campo educativo

poderá ser o espaço apropriado para a aquisição de competências que permitam ao profissional acompanhar de forma holística o doente terminal e a sua família.

A experiência profissional é na ótica de alguns entrevistados facilita a atuação do enfermeiro, o que vai de encontro ao que refere Sousa (2006, p. 39) “ (...) um significado diferente, fruto dos modos de interpretar e pensar a realidade quotidiana, apoiada num conhecimento construído a partir das experiências individuais, das informações, dos modelos, dos valores, que cada indivíduo adquire e transmite”.

A dificuldade na transmissão da má notícia, relatada por dois enfermeiros, esta é corroborada por vários autores nomeadamente por Cunha (2003, p. 34) que entende que dar más notícias aos doentes e família é uma das funções e responsabilidades dos enfermeiros, sendo que estas se dividem em três grandes áreas “ (...) responsabilidades legais/institucionais; responsabilidades relativas à família pessoas significativas e amigos próximos e responsabilidades clínicas.” Para Moreira (2006, p.48), “esta pode gerar grande stress nos profissionais de saúde, que muitas vezes tentam evitar esta situação. Contudo, dar uma má notícia, requer perícia (conhecimentos e aptidões específicas) e tato, e ambas podem ser aprendidas e praticadas ao longo da vida. Os benefícios serão claros, quer para os doentes e seus familiares, quer para os profissionais de saúde”.

Repercussões nos enfermeiros

A vivência da morte de um doente tem na voz dos participantes do estudo repercussões quer a nível profissional quer a nível pessoal. A nível profissional, traduz-se em mudanças e alterações, quer nas rotinas, quer no cuidar, quer no acréscimo de responsabilidades e competências, a nível pessoal provoca um reviver de situações e uma consciência de si que pode conduzir a um maior desgaste emocional.

Relativamente as repercussões a nível profissional dos enfermeiros, referiram que o foco de atenção no cuidar se torna extremamente importante. Esta repercussão vem referida na literatura alusiva aos cuidados paliativos assumindo que na preparação da morte os mesmos devem “ (...) proporcionar alívio para a dor e para outros sintomas incómodos (...), integrar aspetos psicológicos e espirituais dos cuidados (...) oferecer um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte” (Neto como citado em Neves, 2000, p. 24). É notório identificar nas palavras de Henriques

(1993, p. 15) que “ (...) por uma questão de respeito e dignidade, terá [a medicina] por vezes de renunciar às suas próprias capacidades” e nas palavras do Padre Feytor Pinto (como citado em Henriques, 1993, p. 14) que entende que “ (...) morrer com dignidade é antes de mais, não sofrer desnecessariamente”. No entanto, alguns autores defendem uma posição antagónica assumindo que a postura do profissional de saúde em contexto hospitalar passa por um prolongar incessante da doença e não por dar resposta às reais necessidades do doente “Quando a cura já não é possível, o hospital estará mais preparado para prolongar sofisticadamente a doença do que para satisfazer as necessidades dos doentes” (Lanoe como citado em Henriques, 1993, p. 11).

Promover a dignidade na morte é outra repercussão que emergiu do testemunho dos enfermeiros. Kubler-Ross (1997) corrobora a opinião dos entrevistados salientando a importância e a necessidade da empatia e da humanização dos cuidados prestados, enfatizando a indispensabilidade da comunicação sincera e da disponibilidade para ajudar o outro no percurso para a morte. Para Hennezel (2000, p. 35) acredita que os profissionais podem, através da sua postura, ser determinantes no processo de morrer com dignidade e com o efetivo sentimento de que os enfermeiros estiveram presentes e ajudaram a pessoa a morrer, esta autora admite que “ (...) se puderes ao menos sentar-te junto deles alguns minutos e permitir-lhes que te digam o que sentem, já ajudas muito”.

As repercussões a nível pessoal dos enfermeiros, focaram-se essencialmente na consciência de si e no reviver de vivências pessoais, que vai de encontro à perspetiva de Oliveira et al (2008) mencionando que morte provoca um grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipa que lhe prestou cuidados. Este processo de encarar a morte é vivido com angústia. A forma como os enfermeiros compreendem o conceito de morte está ligado a vivências pessoais de perdas anteriores, dentro e fora do seio profissional, o que influencia a sua atuação perante a morte, dado não ser imune à perda e ao luto.

Estratégias mobilizadas pelos enfermeiros

O impacto da morte de um doente, no enfermeiro proporciona sentimentos de frustração, que podem por sua vez conduzir ao sentimento incapacidade e impotência e exaustão profissional logo, é de extrema importância referir que o acompanhamento do doente terminal tem reflexos no enfermeiro, nomeadamente ao nível emocional e que existem

determinados mediadores que condicionam o impacto desta experiência. Daqui emerge a necessidade de se promoverem estratégias que possibilitem ao enfermeiro lidar com as emoções negativas decorrentes da exposição à morte como a partilha estruturada das situações e a formação profissional a área do acompanhamento de doentes terminais e a sua morte.

Os achados obtidos no nosso estudo permitiram perceber que as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros encontram-se centradas no próprio e centradas no cuidar. As estratégias centradas no enfermeiro, direcionaram-se para o controlo das emoções, para as técnicas de relaxamento e distração e para a partilha.

Estas estratégias orientam-nos para a necessidade expressa pelos enfermeiros em separar a sua vida pessoal dos sentimentos vividos em contexto profissional fato que vai de encontro á ideia de diversos autores, como por exemplo, Marques (1991) e Sousa (2006) que referem que os profissionais de saúde adotam com frequência mecanismos de proteção e defesa perante doentes em fase terminal. Para Bernardo (2005, p.20) “acompanhar este tempo de morrer exige de todos uma aceitação perante o inelutável e o inevitável da morte. Torna-se, por isso, importante o reconhecimento dos nossos limites. No apoio aos doentes agonizantes, não podendo impedir a morte, caso seja o desfecho da doença, é possível transmitir os nossos sentimentos e emoções ao doente”. Barbosa e Neto (2010), também referem que os profissionais de saúde normalmente, dedicam pouco tempo a elaborar as suas perdas e muitos dos lutos não são resolvidos, têm tendência a desdramatizar a morte, não utilizam formas de se despedirem dos doentes, não partilham responsabilidades e não avaliam as perdas dentro da equipa, não estão conscientes dos seus limites e não refletem sobre o seu papel como cuidadores, podendo isto resultar em Burnout e/ou conduzir a formas de saturação profissional com implicações físicas ou psicossociais graves. Muito importante será a introdução de momentos de reflexão ou de partilha de sentimentos sobre os processos de luto nas equipas que se dedicam a este tipo de atividades, bem como, selecionar e formar criteriosamente os elementos que se dedicam a este tipo de tarefas. (Barbosa & Neto, 2010)

Para Oliveira *et al* (2008, p.58) “as estratégias utilizadas, para lidar com os fatores de stress são: trabalhar em equipa; partilhar decisões e responsabilidades; boa comunicação dentro da equipa; espírito de abertura; repouso adequado; interiorizar a importância de viver; confrontar-se com as suas limitações; ser honesto consigo próprio”.

As estratégias centradas no cuidar, surgem relacionadas com o proporcionar bem – estar, dar apoio, mas também o cuidar de outros doentes. Este facto vai de encontro à perspetiva de Maia e Lopes (2000) que relatam que um dos grandes desafios que se coloca aos enfermeiros é o cuidar de doentes em fase terminal e que estes deveram ajudar o doente a viver o melhor possível, até morrer. Implica uma assistência humana e compreensiva pelo estabelecimento de uma comunicação e uma relação empática, e que vai de encontro a Romeu (2007) quando afirma que cabe ao enfermeiro um papel decisivo no apoio e acompanhamento a dar ao doente e familiares durante todo processo de morte.

Para Potter e Perry (2006, p.579) “o papel do enfermeiro nestes cuidados é satisfazer as vontades do doente e estar atento aos seus desejos individuais. O enfermeiro é facilitador dos cuidados pela sua presença constante, preparação técnica e humana, sendo capaz de dar a resposta adequada nas situações mais exigentes como o descontrolo e agudização de sintomas, bem como na monitorização constante das suas necessidades.” A este propósito Thompson et al (como citado em Sapeta e Lopes, 2006, p.48) acrescentam que “(...) assim, o objetivo dos cuidados em fim de vida consiste em preservar a dignidade humana, de forma a atender à qualidade de vida dos últimos momentos, aliviando a dor, acompanhando o sofrimento ativo e proporcionar apoio espiritual, para que os momentos finais da vida sejam rodeados de humanismo”.

Estas estratégias também vêm referida na literatura alusiva aos cuidados paliativos assumindo que na preparação da morte os mesmos devem “(...) proporcionar alívio para a dor e para outros sintomas incómodos (...), integrar aspetos psicológicos e espirituais dos cuidados (...) oferecer um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte” (Neto como citado em Neves, 2000, p. 24). É notório identificar nas palavras de Henriques (1993, p. 15) que “(...) por uma questão de respeito e dignidade, terá [a medicina] por vezes de renunciar às suas próprias capacidades” e nas palavras do Padre Feytor Pinto (como citado em Henriques, 1993, p. 14) que entende que “ (...) morrer com dignidade é antes de mais, não sofrer desnecessariamente”.

CAPITULO V – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

O presente estudo teve como intuito perceber de que forma os enfermeiros vivenciam a morte de um doente em cuidados continuados. Após a pesquisa foi possível chegar a determinadas conclusões que permitiram proporcionar um maior conhecimento acerca da temática, nomeadamente as estratégias que os enfermeiros mobilizam para ultrapassar o impacto que a morte de um doente lhes causa.

Antes de avançar para as conclusões evidencia-se o facto de este trabalho assentar numa pesquisa qualitativa e daí a impossibilidade de generalizar os dados. Assim, constata-se que surgiram cinco áreas temáticas: o significado da morte, sentimentos vivenciados pelos enfermeiros, fatores que influenciam a vivência da morte, repercussões na vida dos enfermeiros e estratégias mobilizadas pelos enfermeiros.

Da análise e discussão dos resultados emergiram um conjunto de conclusões que passamos a apresentar:

Nos discursos dos participantes é visível que à morte podem ser atribuídos os mais diversos **significados** desde, “o fim de vida”, “o fim do sofrimento”, “um acontecimento natural”, “uma perda” ou significado assente numa “visão espiritual”.

Para a maioria dos enfermeiros a morte é facilmente aceite como término de vida, e ainda mais pelo facto de estar doente. O enfermeiro utiliza como mecanismo de defesa pessoal ver a morte como um acontecimento natural.

Em relação aos **sentimentos vivenciados pelos enfermeiros** perante a morte, podemos detetar inúmeras reações e sentimentos relacionados com o impacto da morte de um doente, alguns dos quais são vivenciados por quase todos os participantes – “tristeza”, “impotência”, “missão cumprida/satisfação” enquanto outras são menos evidentes e vividas de forma mais individual – “incerteza”, “frustração”, “revolta”, “alívio” e “não-aceitação”. Isto porque os seus significados são construídos com base nos conhecimentos adquiridos, valores e crenças edificados ao longo das suas experiências sociais e pessoais e que afetam o modo como interpretam a experiência da situação.

Na voz dos participantes o tipo de morte e a falta de formação são **fatores** que interferem na forma como os enfermeiros vivenciam a morte de um doente. Alguns enfermeiros referem que o fato da morte ser esperada pode facilitar a situação e que esta pode ser

sentida de maneira diferente consoante a idade ou a proximidade com o doente/família. É de salientar que a falta de formação referida vai de encontro às necessidades enunciadas pelos profissionais entrevistados. A análise desta temática também nos encaminha para a percepção de que o tema morte e acompanhamento de doentes em fim de vida deverá ser explorado de forma mais aprofundada na formação inicial dos enfermeiros, de forma a prepará-los para a realidade e importância do cuidar da pessoa em fim de vida.

No que diz respeito às **repercussões da morte de um doente** na vida de um enfermeiro, é de extrema importância referir que o acompanhamento do doente em fim de vida tem reflexos na pessoa e no profissional enfermeiro, nomeadamente ao nível emocional e que existem determinados mediadores que podem condicionar o impacto desta experiência, com implicações para o doente, para o profissional e para a própria família. É evidente a necessidade de dar o melhor à pessoa em fim de vida, mas também e em simultâneo valorizar a presença da família e a necessidade de a apoiar conjuntamente. O acompanhamento de doentes em fim de vida repercute-se igualmente no enfermeiro, pelo que por vezes adota condutas de proteção e distanciamento face à pessoa que se encontra em fim de vida, o que nos permite indagar sobre a necessidade de se promoverem **estratégias** que possibilitem ao enfermeiro lidar com as emoções negativas decorrentes da exposição à morte como a partilha estruturada das situações, formação profissional na área do cuidar da pessoa em fim de vida, bem como preservar a dignidade humana, de forma a atender à qualidade de vida dos últimos momentos, proporcionar apoio espiritual e oferecer suporte emocional à família. Para os enfermeiros uma das estratégias essenciais é proporcionar momentos de lazer e repouso, bem como técnicas de relaxamento e distração, para minimizar as repercussões causadas ao lidar com a morte de um doente.

Desta forma, e perante o exposto anteriormente, relativamente ao principal objetivo da investigação: “Compreender a(s) vivência(s) do enfermeiro perante a morte de um doente em cuidados continuados”, os resultados indicam que, de forma particular a morte está presente no nosso quotidiano, mas paradoxalmente está pouco presente nas nossas reflexões o que conduz à ideia de que é difícil lidar com ela.

Hoje, na sociedade vislumbra – se um novo desafio, a (re) socialização da morte, trata – se de inserir novamente a morte em contexto familiar com toda a dignidade que o doente tem direito. Esta (des) hospitalização da morte, encontrará um protagonista primordial- o

Enfermeiro- com competências para cuidar do doente em fim de vida e dos seus familiares em processo de luto.

Perspetivas Futuras

O desenvolvimento deste estudo e as conclusões obtidas permitiram-nos delinear perspetivas futuras para a prática de cuidados, no domínio da formação.

Para a prática de cuidados em saúde...

Após a conclusão deste estudo consideramos pertinente a partilha dos resultados com a equipa dos cuidados continuados em estudo, de forma a promover momentos de reflexão acerca da sua prestação de cuidados ao doente em fim de vida, nomeadamente no processo de morte e na gestão do luto da família.

Sugerimos ainda a criação de espaços para a partilha de experiências com a família em luto, para apoiar e ajudar a ultrapassar a situação.

Para a formação...

Como forma de melhorar a comunicação com o doente em fim de vida e família, e melhor preparação para lidar com o processo de morte, os enfermeiros mencionaram lacunas na formação inicial, deste modo consideramos importante que as instituições de ensino tenham um maior investimento neste domínio, e a realização de formação em serviço direcionada para o cuidar dos doentes em fim de vida, e um maior envolvimento da família nos cuidados fomentado espaços de reflexão que ajudem a aproximar o cuidador da pessoa cuidada.

Para a investigação....

A realização de estudos de investigação deste âmbito permite dar visibilidade aos diferentes contextos dos cuidados de enfermagem e impulsiona a partilha de experiências, para além de promover uma prática baseada na evidência.

A temática sugere um estudo que nos permite a perspetiva da família do doente em fim de vida acerca da importância do papel do enfermeiro. Esperamos que as sugestões deste

estudo, impulsionem novas dinâmicas, em termos do cuidar e lidar com a morte, perspetivando contributos para a prestação de cuidados de enfermagem mais humanizados à pessoa em fim de vida.

Consideramos que por mais cuidado que tenhamos na elaboração de um trabalho de investigação existem sempre algumas limitações relacionadas sobretudo, com a nossa inexperiência, com o tempo limitado para a realização do estudo com a atividade profissional. Apesar de tudo, consideramos que a realização deste estudo foi um percurso de aprendizagem com partilha de experiências e conhecimentos que proporcionam o crescimento pessoal e profissional, contribuindo ainda para a reflexão sobre a prática do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana: Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Amaro, H. J. F. & Jesus, S. N. (2008). Satisfação Profissional e Burnout nos Enfermeiros: Que relação?. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (Volume 13).

Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2a ed.) Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Bernardo, A. M. C. S. (2005). *Avaliação de Sintomas em Cuidados Paliativos*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Bell, J. (2002). *Como realizar um projeto de investigação: Um guia para a pesquisa em ciências sociais e educação*. Lisboa: Gradiva.

Bogdan, R. C. & Bilken, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Camon, V.A. (1998). *Psicoterapia existencial*. São Paulo: Editora Pioneira.

Cerqueira, M. M. A. (2005). *O Cuidador e o Doente Paliativo: Análise das Necessidades/Dificuldades do Cuidador para Cuidar do Doente paliativo no Domicílio*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.

- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2a ed.). Loures: Lusociência.
- Cordes, C. & Dougherty, T. (1993). *A review and integracion of research on job burnout*. Academy of management review,18.
- Costa, J. A. & Melo, A. S. (1999). *Dicionário da língua portuguesa*, (8ªed).Porto: Porto Editora.
- Cunha, M. (et al). (2003). *Cuidados Pós- morte*. Sinais vitais. Coimbra.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures. Lusodidata.
- Gòmez, G. R., Flores, J. G. & Jiménez, E. G.(1999). *Metodologia de la investigacion cualitativa*. (2ªedição). Granada: Ediciones Aljibe.
- Guido, L. (2007). *Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica*. Lisboa.
- Henriques, M. F., Monteiro, Z. C. S & Lúcia, A. (1993). *O enfermeiro e a morte*. Revista Servir, nº44.
- Hennezel, M. (et al). (1998). *Viver a morte: Abordagem antropológica e psicológica*. Livraria Almedina. Coimbra.
- Hennezel, M. & Leloup,J. (2000). *A arte de morrer*. Notícia editorial, (2a ed.) Portugal.
- Iasist. *Portugal Desenho de um Sistema de Avaliação de Desempenho das Unidades Integradas na RNCCI -Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados* (2011). Relatório Final, Resultados Globais da Região Norte, Tipologias e Instituições.
- Kubler-Ross, E. (1997). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Nova York: Mcmillan.
- Leal, F. (2003). *Transmissão de más notícias*. Rev Port Clin Geral,nº 40.

- Loff, A. (2000). *Cuidados paliativos*. Coimbra: Formasau. Coleção sinais vitais.
- Lopes, M. A. P. (1995). Cuidar na intimidade, uma abordagem fenomenológica. *Revista Enfermagem*.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em fim de vida- Experiência durante a formação inicial de enfermeiros*. Lisboa.
- Marques, A. R., (et al).(1991).*Reações emocionais á doença grave*. Coimbra.
- Martins, C., Franco, M. P. & Fernandes, P. (2004). *A morte e os profissionais de saúde*. Servir.
- Martinez, A. M. (1993). *La antropologia de la muerte*. Revista Rol de Enfermeria.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.
- Moreira, I. M. P. B. (2001). *O doente Terminal em Contexto Familiar. Uma Análise de Experiencia de Cuidar Vivenciada pela Família*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.
- Moreira, A. & Lisboa, M. (2006). *A Morte entre o público e o privado: Reflexões para a prática de Enfermagem*. *Revista Enfermagem UERJ*, pp. 437-454.
- Neves. C. & Loff, A. (2000).*Cuidados paliativos*. Coimbra: Formasau- formação e Saúde, Lda. Dossier Sinais vitais, nº4.
- Oliveira, A. (2000). *Eutanásia: cumplicidade ou compaixão? Pensar Enfermagem*. Lisboa, vol.4,nº1.
- Oliveira, J.H. B. (1998). *Viver a morte, abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra, Portugal.

Oliveira, C. S. C., Ferreira, F. M. A. S., Alfaiate, M. R. S. O., Silva, L. M. C. & Matos, T. M. L. F. (2008). Os enfermeiros perante a morte: Nurses and Death (p. 20-56). *Revista Nursing*. Lisboa: Serra Pinto.

Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem. Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos (2001).Lisboa:OrdemdosEnfermeiros.

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidados>

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal -Perspetiva Ética*. (2a edição) Loures: Lusociência.

Parkes, C. M., Laungani P. &Young B. (2003). *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi editores.

Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau-Formação em Saúde, Lda..

Phillips, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed., pp.185-218). Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas.

Pimentel, J.C. (1992). *Que formação para as pessoas que lidam com doentes terminais?*. Divulgação. Porto.

Pinto, J. R.C. (1999). *Questões atuais de ética médica*. (4ªedição).Braga: Editorial A.O.

Polit, D., Denise F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem-Métodos, Avaliação e Utilização* (5a ed., p. 487). Porto Alegre: Artes Médicas.

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Princípios do cuidar: Perda e Luto. Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos* (5a ed., pp. 579-581) Loures: Lusociência.

Queirós, A. M. C. A. (1999). *Empatia e respeito: dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2a ed.) Lisboa: Gradiva.

Rodrigues, V. M. C. P. (1999). *A complexidade dos problemas humanos no hospital: vivências e reflexões*. Edições do Norte. Porto.

Romeu, M. M. (2007). *O enfermeiro perante a morte*. Trabalho de investigação realizado para obtenção do grau de mestre em medicina legal, na Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Rando, H. R. M. R. B. (2009). *Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Relatório final*. Instituto Nacional de Administração Oeiras.

Maia, O. & Lopes, W. (2000). *O enfermeiro e a morte*. Revista de Formação Contínua de Enfermagem. n.º 21 (Ano VI).

Marques, A. L. & Neto, I. G. (2003). *A Natureza do Sofrimento em Cuidados Paliativos*, Lisboa, Permanyer Portugal.

Sapeta, P. & Lopes, M. (2006). *Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro- doente*. Revista Referência, II série (4), pp.32-60.

Saraiva, M. C. (1994). *Rituais Funerários dos Dois Lados do Atlântico- Antropologia Portuguesa*,12.

Saraiva, M. R. F. (2004). *Atitude do enfermeiro perante a Morte*. Investigação na Revista Nursing. Lisboa: Edição Portuguesa.

Silva, P. M.H.P.P. (1995). *Cuidar em fim de vida*. Dissertação apresentada para provas públicas para professor coordenador. Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. Lisboa

Smith, R. (2000). A good death: an important aim for health services and for us all. *BMJ*.

Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (SFAP) (1999). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: Cuidar-éticas e práticas*. Loures: Lusociência - Ed. Técnicas e Científicas.

Sousa, D. (2006). *O contributo da visita domiciliária efetuada pelos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, na diminuição da solidão dos idosos*. Projeto de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Chaves, Chaves, Portugal.

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2a ed., p. 382). Loures: Lusociência.

Suaréz, E. H. (1998). *Quando la morte se acerca*. Caracas. McGrawHill/Inter Americana.

Thomas, L.V (1995). *Antropologia- Paisagens e rios selvagens*. Porto: Porto Editora.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2a edição) Lisboa: Climepsi editores. Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)-Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados,(Agosto 2011).Manual do prestador-Recomendações para a melhoria Continua. (1ªEdição).Lisboa: UMCCI.

ANEXOS

Anexo I
Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

I Parte – Acolhimento	
Objetivo: Informar o participante	<ul style="list-style-type: none">• Identificação do investigador;• Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo;• Garantir a confidencialidade e anonimato;• Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: Caracterizar o participante	<ul style="list-style-type: none">• Idade<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Inferior a 25 anos<input type="checkbox"/> Entre 25 anos e 30 anos<input type="checkbox"/> Entre 30 anos e 35 anos<input type="checkbox"/> Entre 35 anos e 40 anos<input type="checkbox"/> Superior a 40 anos • Género<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Feminino<input type="checkbox"/> Masculino • Formação académica<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Licenciatura<input type="checkbox"/> Especialidade _____<input type="checkbox"/> Mestrado _____<input type="checkbox"/> Doutoramento em _____<input type="checkbox"/> Outra _____ • Tempo de serviço _____ • Tempo de serviço na Unidade _____

III Parte – Objetivos/Questões orientadoras	
Objetivos específicos:	Questões orientadoras:
✓ Perceber o significado da morte para o enfermeiro;	➤ O que significa para si a morte de um doente?
✓ Identificar os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro perante a morte de um doente em cuidados continuados;	➤ Como vivencia a morte de um doente? ➤ Quais as reações mais frequentes perante a morte de um doente?
✓ Conhecer as repercussões na vida dos enfermeiros, resultante do acompanhamento da morte de um doente em cuidados continuados;	➤ Que implicações a nível pessoal lhe causam a morte de um doente? ➤ E a nível Profissional?
✓ Identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros para lidarem com a situação da morte de um doente em cuidados continuados.	➤ Que estratégias utiliza para lidar com a situação de morte de um doente?

IV Parte -Fecho da Entrevista
<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo; • Resumir os aspectos essenciais abordados durante a entrevista; • Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

Anexo II

Representação da opinião dos participantes por temática, categoria, subcategoria e frequência

Representação da opinião dos participantes por temática, categoria, subcategoria e frequência:

Unidade Temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
<i>O significado da morte</i>	<i>Fim da vida</i>		<p>“Significa terminar uma experiência de vida.” (E1)</p> <p>“ (...) é o culminar da caminhada que é a vida.” (E3)</p> <p>“ (...) é a diminuição das funções orgânicas levando ao fim da vida.” (E7)</p>
	<i>Fim de Sofrimento</i>		<p>“ (...) por vezes é o fim do sofrimento.” (E5)</p> <p>“ (...) o corpo adormece e não há mais dor, nem sofrimento, é o Fim.” (E6)</p> <p>“ (...) significa o terminar do sofrimento, da dor e de outros sintomas.” (E8)</p>
	<i>Acontecimento natural</i>		<p>“ (...) como um acontecimento natural.(nascer, crescer e morrer) ” (E1)</p> <p>“A morte é a lei natural da vida, nascemos, crescemos, envelhecemos e morremos.” (E2)</p> <p>“ (...) tomando esse momento como percurso natural da vida.” (E4)</p> <p>“ (...) é um acontecimento natural, inevitável, faz parte da existência humana .” (E 5)</p> <p>“ (...) é um acontecimento inevitável.” (E 6)</p> <p>“ A morte é uma fase natural do ciclo vital.” (E7)</p> <p>“ Consiste no culminar da vida, é mais uma etapa pela qual todos temos de passar, (...) a morte de um doente é vivenciada por mim como um processo normal e como sendo a última fase da vida.” (E8)</p>
	<i>Perda</i>		<p>“ (...) vejo-a como uma quebra de uma relação estabelecida profissionalmente.” (E3)</p> <p>“ Não consigo descrever um significado comum á morte de um doente...é uma perda.” (E4)</p>
	<i>Visão espiritual</i>		<p>“ Tenho sempre a incerteza do que haverá para além da morte.” (E5)</p> <p>“ (...) a morte é um momento em que alma abandona o corpo.” (E 6)</p>

Unidade Temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
<i>Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros</i>	<i>Tristeza</i>		<p>“ (...) tristeza pela perda, (...) sempre me causou muito impacto, desconforto interior, (...) fragilidade emocional” (E3)</p> <p>“ (...) as emoções negativas ficam á flor da pele como a tristeza, angustia e desalento.”</p> <p>“ (...) é um processo doloroso e triste para mim,(...) è das coisas que mais me comove(...)da tristeza da partida de um doente que cuidei.” (E5)</p> <p>“ (...) provoca – me angustia,(...) fico muito triste.” (E6)</p>
	<i>Impotência</i>		<p>“ (...) impotência, frustração, nas situações em que a morte surge de uma forma abrupta e inesperada.” (E1)</p> <p>“ (...) sinto - me incapaz (...) “ (E5)</p> <p>“ (...) surge um sentimento de impotência (...)receio da falta de respostas relativas á comunicação da verdade. “ (E7)</p> <p>“ (...) da morte de um doente consistem por um lado num sentimento de impotência face à doença.” (E8)</p>
	<i>Incerteza</i>		<p>“ (...) e incerteza (...) “ (E6)</p> <p>“ (...) questiono –me muitas vezes se estou a prestar todos os cuidados possíveis para que o utente tivesse uma morte serena e sem sofrimento.” (E7)</p>
	<i>Frustração</i>		<p>“ (...) frustração, nas situações em que a morte surge de uma forma abrupta e inesperada.” (E1)</p> <p>“ (...) è muito frustrante e provoca em mim momentos de reflexão interior.(E2)</p>
	<i>Revolta</i>		<p>“ (...) com revolta, (...) nas situações em que a morte surge de uma forma abrupta e inesperada.” (E1)</p> <p>“ (...) por vezes é revoltante.” (E5)</p>
	<i>Não-aceitação</i>		<p>“ (...) mas acho a morte sempre difícil de ver, de aceitar (...) á partida penso sempre positivo, que se vai sempre conseguir fazer alguma coisa pelo doente mas conscientemente (no fundo do meu emocional) sei que me estou a enganar.” (E2)</p>
	<i>Missão Cumprida/ Satisfação</i>		<p>“ (...) com naturalidade, sentimento de que fiz o meu melhor para que a pessoa partisse sem sofrimento (..)” (E1)</p> <p>“ (...) por vezes sinto um dever cumprido e encaro a morte como um processo natural.” (E3)</p> <p>“ (...) por uma sensação de dever cumprido, o que significa que fiz todo o que tinha disponível ao</p>

			meu alcance para aliviar os sintomas do meu doente.” (E8)
	<i>Alívio</i>		“ (...) utente em fase terminal,(...) por vezes um alívio, uma bênção a sua morte.” (E5) “ (...) encaro a morte como um alívio ,como meio de libertação.” (E7)

Unidade Temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Fatores que influenciam a vivência da morte	<i>Relacionados com o tipo de morte</i>		“ (...) contudo o facto de existir um conhecimento prévio das possibilidades de desfecho da situação permite –nos uma pratica mais ajustada a construção e mentalização dos meios de aceitação e compreensão da morte.” (E1) “ (...) em relação a um doente, depende das circunstancias.” (E2) “ Depende dos casos e do tipo de morte de cada doente.” (E3) “ (...) perante as circunstancias poderei vivenciar a morte mais ou menos intensamente.” (E4) “ (...) a influencia que a morte de um doente tem em mim, depende De vários fatores como o tipo de morte, (...)” (E5) “Depende (...) do tipo de morte, se já se está a contar ou não, (...)” (E7)
	<i>Relacionados com o doente</i>	Idade	“ (...) depende da idade, (...)” (E4) “Depende da idade, (...)” (E7)
		Proximidade	“ (...) a influencia que a morte de um doente tem em mim, depende de vários fatores como o tipo de morte, (...) e o tempo que passamos com o utente, pois acabamos por nos afeiçoar a ele.” (E5) “Estas emoções variam de acordo com a relação que estabeleço com cada utente/família, há casos que me marcam mais que outros.” (E6) “ (...) sentimentos em relação aos doentes variam de acordo com a afinidade que se tem relativamente às pessoas.” (E8)
<i>Relacionados com os profissionais</i>	Falta de formação	“ Penso que o assunto morte é uma lacuna no curso universitário, pois abordam pouco este tema e há pouca preparação.” (E5) “ Em contexto universitário o enfermeiro não	

			aprende a lidar com a morte, (...).” (E6)
		Experiência Profissional	“ (...) como já estou habituada a lidar com a morte, enfrento bem as situações.” (E3) “ (...)desta forma a experiencia de morte faz com que os profissionais adquiram também novas competências de forma a poder utilizar em novos casos.” (E8)
		Dificuldade na transmissão da má notícia	“ (...) momento da comunicação da notícia á família torna-se difícil para mim, do que lidar com a própria morte do doente, dado que não sei como prestar apoio emocional.” (E4) “ (...)não há nada que se possa dizer á família quando um utente morre,(...)” (E6)

Unidade Temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Repercussões na vida dos enfermeiros	<i>A nível profissional</i>	Foco de atenção no cuidar	“ (...) permite que me torne numa enfermeira mais atenta e mais voltada para o cuidar e menos tecnicista.” (E1) “ (...) Lembrar que a morte faz parte da nossa vida.” (E2) “Apoio a família.” (E3) “ (...) acompanhamento na morte com dignidade, tendo como objetivo o alívio do sofrimento.” (E5) “ (...) por experiências que já passei é muito importante o apoio á família.” (E6) “Assim como atempadamente inserir a família neste processo de apoio ao doente de forma a este usufruir de uma melhor qualidade de vida.” (E7) “ (...)apoiar a família a encarar a morte como sendo mais uma etapa.” (E8)
		Promover a dignidade na morte	“ (...) procuro ter sempre respeito, respeito pelo momento procurando proporcionar à pessoa que morre o maior conforto, a maior serenidade e dignidade.” (E3) “ (...) acompanhamento na morte com dignidade, tendo como objetivo o alívio do sofrimento.” (E5) “ (...) mas há gestos que valem por mil palavras, e é nisto que invisto e não em palavras.” (E6)
	<i>A nível pessoal</i>	Consciência de si	“A morte de um doente, faz-me pensar no meu próprio existir (...)” (E1) “ (...) é uma situação delicada, que dou por mim ,muitas vezes a pensar no que realmente somos

			<p>enquanto seres humanos.” (E3)</p> <p>“ (...) considero que tenho um bom autocontrolo e esses momentos tornam - se momentâneos.” (E4)</p> <p>“A morte de um doente, implica o meu pensamento no assunto da morte, no medo de morrer (...).” (E5)</p> <p>“A morte de um doente, acompanha-me sempre para o exterior, não fica na passagem de turno e faz- me pensar no meu próprio existir (...).” (E6)</p> <p>“ (...) há situações que acarretam alguma instabilidade (... faz- me pensar na minha morte (...).” (E7)</p>
		Reviver vivências pessoais	<p>“ (...) faz-me pensar nas minhas vivencias pessoais de perdas anteriores(...)” (E1)</p> <p>“ (...) faz - me pensar muito nos meus familiares que já partiram.” (E2)</p> <p>“ (...) trago sempre á memoria esta fase recente da minha vida(morte doa avos).” (E4)</p> <p>“ (...) faz-me pensar nos meus entes queridos e situações pessoais de perdas anteriores(...)” (E5)</p> <p>“ (...) faz-me recordar situações pessoais pelo quais já passei.” (E6)</p> <p>“A morte de um doente, faz- me pensar na minha morte e dos meus entes queridos (...).” (E7)</p>

Unidade Temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
<i>Estratégias mobilizadas pelos enfermeiros</i>	<i>Centradas no Enfermeiro</i>	Procura de sentido para a morte	<p>“ Tentar encontrar uma explicação para a morte, (...) considero que nessas alturas tentei sempre não m deixar envolver muito emocionalmente, tentei sempre me “proteger”, mas são momentos que nunca se esquecem.” (E2)</p> <p>“ (...) tento sempre considerar a morte como um fenómeno natural.” (E3)</p>
		Controlo das emoções	<p>“ Tento abster-me de emoções e tenho conseguido, pois o enfermeiro tem de saber aprender a lidar com a morte tão bem como lida com a vida.” (E2)</p> <p>“ (...) consigo ter autocontrolo de modo que a morte do doente não interfira a nível pessoal.” (E4)</p> <p>“ (...) em cada partilha de experiencias vou sentindo que é muito importante a minha capacidade de autocontrole e a própria atitude para enfrentar a morte.” (E5)</p> <p>“(...) não procuro evitar situações de morte,</p>

			enfrento-as com naturalidade e mantenho –me calma.” (E6)
		Técnicas de relaxamento/distração	<p>“Tento abstrair - me das coisas com passeios após o trabalho, fazer exercício físico (...)” (E3)</p> <p>“Distração com atividades que gosto de fazer, após a saída do trabalho, como andar, ouvir musica, ler.” (E5)</p> <p>“ (...) procuro fazer alguma atividade de lazer que goste, após o acontecimento, para distrair.” (E7)</p> <p>“ (...)arranjar uma forma de me abstrair, como por exemplo: ir às compras e tomar café com os amigos.” (E8)</p>
		Partilha	<p>“ Tento sempre conversar sobre os assuntos que me incomodam e com os quais me sinto desconfortável.” (E1)</p> <p>“ (...) falar com amigos, colegas e família permite lidar com certas situações futuras.” (E2)</p> <p>“ São essencialmente a conversa com os colegas de trabalho.” (E5)</p> <p>“A única estratégia que uso é partilhar este acontecimento com os colegas de trabalho, pois penso que eles têm capacidade de me ajudar pois vivenciam muitas vezes este acontecimento.” (E6)</p> <p>“Partilha de experiencias com a equipa e por vezes com amigos.” (E7)</p>
	<i>Centradas no cuidar</i>	Proporcionar bem-estar	<p>“Tento prestar os meus cuidados o mais voltados possível para o bem-estar do utente e família, de forma a evitar o mais possível o sofrimento de todos os envolvidos neste processo de morte.” (E1)</p> <p>“ Como profissional, (...) disponibilidade, (...) acompanhamento, (...) e escuta ativa.” (E7)</p>
		Dar apoio	<p>“ (...) presto os melhores cuidados para uma qualidade de fim de vida do utente e tento dar o maior apoio possível á família, de forma a evitar o sofrimento.” (E5)</p>
		Cuidar de outros doentes	<p>“ Penso no resto dos doentes que estão a necessitar dos meus cuidados.” (E3)</p> <p>“ (...) agir com naturalidade, e pensar que tenho que continuar a prestar cuidados a mais pessoas que estão q precisar de mim (...)” (E4)</p>

Anexo III
Pedido de autorização do estudo

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo

A aluna Andreia Isabel Varajão Cerqueira, a frequentar o I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos pretende realizar um estudo investigação subordinado ao tema “O Enfermeiro e a Morte de um doente em Cuidados Continuados” sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira. Este estudo tem como objetivo: Compreender as vivências do Enfermeiro perante a morte de um doente em cuidados continuados; e a colheita de dados será efetuada através de uma entrevista semi-estruturada, no período da segunda quinzena de Setembro a finais de Outubro, junto de enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados-Vilagerações.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito que seja pedida autorização para realização do estudo supra-citado.

Atenciosamente

Viana do Castelo, de Julho de 2012

Anexo IV

Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

-----, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “O Enfermeiro e a Morte de um doente em Cuidados Continuados”, realizado por Andreia Isabel Varajão Cerqueira, a frequentar o I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Foi informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

Data: ___ / ___ / 20__
