



utad



**Universidade do Minho**  
Escola de Superior de Enfermagem

Diana Fernandes Teixeira

**A Morte de Jovens em Contexto de  
Urgência: vivências dos enfermeiros**

Diana Fernandes Teixeira **A Morte de Jovens em Contexto de Urgência: vivências dos enfermeiros**

Diana Fernandes Teixeira

UMinho | 2021

junho de 2021



**Universidade do Minho**  
Escola Superior de Enfermagem

Diana Fernandes Teixeira

**A Morte de Jovens em Contexto de  
Urgência: vivências dos  
enfermeiros**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da  
Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Ana Paula Morais  
Carvalho Macedo**  
e da  
**Professora Doutora Maria Goreti Silva  
Ramos Mendes**

junho de 2021

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações**  
**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, e à minha avó pela dedicação, compreensão e pelo esforço: foram a essência do sucesso nesta etapa, e são a essência de toda a minha vida.

A toda a minha família de coração, pelas palavras de incentivo, carinho e compreensão na minha presença ausente.

À Professora Doutora Ana Paula Macedo, orientadora deste estudo, pela sua delicadeza, sábia orientação e incentivo constante.

À Professora Doutora Maria Goreti Mendes, orientadora do estudo, pelo seu interesse e motivação neste nosso projeto, pela partilha de saberes e pela pertinência das suas críticas.

Aos Enfermeiros, pelo contributo no desenvolvimento deste estudo, pelas generosas revelações acerca de momentos marcantes das suas vidas profissionais, o meu respeito.

Aos meus colegas do mestrado, pela resiliência.

Aos meus amigos que tornaram a realização deste estudo possível, eles sabem porquê, fizeram parte dos melhores momentos de uma vida, a minha!

A ti Bruno, porque tudo. És a melhor maneira de ser feliz.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## RESUMO

Juventude é sinónimo de longevidade. A morte de jovens assume uma conotação trágica e é vista como um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde. Nos serviços de urgência, além de salvarem vidas, os enfermeiros cuidam de jovens e famílias em morte iminente. Nestes contextos o paradigma assistencial implica que as intervenções terapêuticas sejam urgentes e emergentes e dirigidas para a cura, através da estabilização das funções orgânicas alteradas. No entanto, muitas vezes, os jovens que recorrem ao serviço de urgência têm prognóstico de limite de vida, para o qual não existe efetivamente nenhuma hipótese de recuperação, ou todas as intervenções falham. Os enfermeiros perante esta realidade são continuamente confrontados com vivências pessoais que influenciam a sua conduta, e a sua forma de cuidar. O presente estudo pretende compreender as vivências dos enfermeiros com a situação de morte de jovens/família em contexto de urgência/emergência. Para responder ao objetivo proposto desenvolveu-se um estudo exploratório, descritivo do tipo fenomenológico, cuja recolha de dados foi efetuada no serviço de um hospital da região norte de Portugal com recurso à entrevista semiestruturada. Os participantes do estudo são enfermeiros que cumpriam os critérios definidos tendo em conta as considerações éticas e operacionais intrínsecas à investigação, bem como o princípio da saturação de dados. Os dados obtidos permitiram identificar quatro áreas temáticas, i) experiências dos enfermeiros perante a morte de um jovem; ii) dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de um jovem; iii) estratégias utilizadas pelos enfermeiros para enfrentar a morte de jovens e iv) informação complementar. Dentro de cada área temática foram ainda identificadas categorias e subcategorias, como, equipa orientada para a cura; acontecimento contranatura; vivência marcante; tomada de decisão; comunicação de más notícias; informação e cuidado à família; identificação das necessidades efetivas da família; envolvimento emocional/gestão de sentimentos; transição da situação para o contexto pessoal; discussão de situações vivenciados e partilha de emoções e sentimentos com colegas de equipa; apoio familiar; afastamento dos cuidados/fuga/distanciamento e necessidade de apoio psicológico à equipa/*debriefing*. Os resultados revelaram que os cuidados aos jovens em morte iminente e família têm impacte emocional nos enfermeiros, sendo um acontecimento que os marca para sempre. Para além da gestão emocional os participantes revelaram dificuldades que se prendem com a tomada de decisão, a comunicação de más notícias, a informação e cuidado à família, a identificação das necessidades efetivas da família, a gestão das emoções e a transição da situação para o contexto pessoal. As estratégias mais utilizadas pelos participantes para minimizar o impacte das perdas foram a

discussão das situações vivenciadas e a partilha de emoções e sentimentos com colegas de equipa, o apoio familiar e o afastamento dos cuidados. Conclui-se que a implementação de programas de *debriefing* em equipa e o apoio emocional aos profissionais, que vivenciam o evento morte de jovens, poderiam contribuir para minimizar os danos causados pelo impacto desta experiência, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos profissionais que trabalham num serviço de urgência e consequentemente, a qualidade dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: adolescente; adulto jovem; morte; emergências; enfermagem

## **ABSTRACT**

Youth is synonymous with longevity. The death of young people assumes a tragic connotation and is seen as one of the greatest challenges faced by health professionals. In emergency department, in addition to saving lives, nurses care for young people and families in imminent death. In these contexts, the care paradigm implies that therapeutic interventions are urgent and emergent and directed towards cure, through the stabilization of altered organic functions. However, many times, the young people who resort to the emergency service have a life-limiting prognosis, for which there is effectively no chance of recovery, or all interventions fail. Nurses, faced with this reality, are continuously confronted with personal experiences that influence their conduct and their way of providing care.

This study aims to understand how nurses experience the situation of death of young people/family in an emergency context.

To answer the proposed objective, an exploratory and descriptive phenomenological study was developed, which data were collected in the unit of a hospital in the northern region of Portugal, using semi-structured interview. The study participants were nurses who met the criteria defined, taking into account the ethical and operational considerations intrinsic to the research, as well as the principle of data saturation.

The data obtained allowed us to identify four thematic areas, i) nurses' experiences when facing the death of a young person; ii) difficulties experiences by nurses when facing the death of a young person; iii) strategies used by nurses to deal with the death of young people and iv) additional information. Within each thematic area, categories and subcategories were also identified, such as: cure-oriented team; unnatural event; remarkable experience; decision-making; communication of bad news; family information and care; identification of the family's effective needs; emotional involvement/management of feelings; transition of the situation to the personal context; discussion of situations experienced and sharing of emotions and feelings with teammates; family support; withdrawal from care/escape/distancing and need for psychological support to the team/debriefing. The results revealed that the care provided to young people in imminent death and their families has an emotional impact on nurses, as it is an event that marks them forever. The results revealed that the care with imminent death of young people and their families impact the nurses emotionally, being an event that marks them forever. Besides the emotional management, the participants have shown difficulties regarding decision making, bad news communication, information and care towards the family, identify effective family needs, emotion management, and the situation's transition to the personal context. The main strategies used by the participants to minimize the impact of loss were discussing the experiences lived and sharing their

feelings and emotions with their teammates, family support, and care withdrawal. In conclusion, the debriefing team programs' implementation and psychological support to professionals who experience situations of death of young people may contribute to minimizing the effects caused by these types of events, in order to improve the quality of life of these professionals and the quality of care.

KEY-WORDS: adolescent; young adult; death; emergencies; nursing

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xii
ÍNDICE DE QUADROS .....	xiii
INTRODUÇÃO .....	14
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	16
1. MORTALIDADE NA IDADE INFANTO-JUVENIL.....	16
2. A MORTE DE JOVENS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	21
3. O PROCESSO DE MORTE DE JOVENS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: VIVÊNCIAS E DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS .....	24
4. O LUTO PROFISSIONAL.....	31
CAPÍTULO II – METODOLOGIA .....	34
1. TIPO DE ESTUDO.....	34
2. PARTICIPANTES.....	34
3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS .....	35
4. QUESTÕES ÉTICAS .....	36
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	38
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	39
1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	39
1.1. Caracterização sociodemográfica .....	39
1.2. Entrevista Semiestruturada.....	40
1.2.1. Experiências dos enfermeiros perante a morte de um jovem.....	42
1.2.1. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de um jovem .....	44
1.2.2. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para enfrentar a morte de jovens.....	49
1.2.3. Informação Complementar.....	51

2.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	53
2.1.	Experiências dos enfermeiros perante a morte de um jovem .....	53
2.2.	Dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de um jovem .....	54
2.3.	Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para enfrentar a morte de jovens .....	57
2.4.	Informação Complementar .....	59
	CONCLUSÃO .....	61
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
	ANEXOS .....	75
	ANEXO I .....	76
	Carta de Apoio Institucional da Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho .....	76
	ANEXO 2 .....	78
	Pedido de parecer da investigação à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde – Comissão de Ética da Universidade do Minho .....	78
	ANEXO 3 .....	80
	Deferimento do parecer da investigação à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde – Comissão de Ética da Universidade do Minho e adenda ao parecer .....	80
	ANEXO 4 .....	86
	Pedido de parecer da investigação à Comissão de Ética do Hospital de Braga .....	86
	ANEXO 5 .....	88
	Deferimento do parecer da investigação à Comissão de Ética do Hospital de Braga .....	88
	ANEXO 6 .....	91
	Consentimento Informado .....	91
	ANEXO 7 .....	95
	Guião da Entrevista .....	95

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

SU – Serviço de Urgência

et al. – e colaboradores

UE – União Europeia

OMS – Organização Mundial de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

P - Participante

SIDAC - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Taxas de mortalidade, UE-27, 2008-2018 (número de mortes por 100.000 habitantes) (Eurostat, 2020). .....	16
Figura 2 - Causas de morte de crianças e jovens, UE-27, 2016 (Eurostat, 2020). .....	17
Figura 3 - Vítimas mortais de acidentes de viação, por sexo e grupo etário (TAS $\geq$ 0,5 g/l) em 2018 (SIDAC, 2019). .....	19
Figura 4 - Evolução da taxa de mortalidade entre os 5 e os 18 anos, por grupo etário, Portugal, 1995-2017 (INE, 2020). .....	19
Figura 5 - Representação esquemática de modelos explicativos das vivências dos enfermeiros perante a morte. ....	30
Figura 6 - Modelo de Luto Profissional proposto por Danai Papadatou (Papadatou, 2000, p.70). .....	32
Figura 7 - Palavras mais frequentes nas entrevistas (WebQDA®) .....	41

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Número de mortes de jovens de 15 a 29 anos por causas externas, UE-27, 2016 (Eurostat, 2020).....	18
Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes .....	39
Quadro 3 - Síntese das áreas temáticas, categorias e subcategorias .....	41
Quadro 4 - Achados na categoria acontecimento contranatura .....	42
Quadro 5 - Achados na categoria equipa de saúde orientada para a cura.....	43
Quadro 6 - Achados na categoria vivência marcante .....	44
Quadro 7 - Achados na categoria tomada de decisão.....	44
Quadro 8 - Achados na categoria comunicação de más notícias, informação e cuidado à família.....	45
Quadro 9 - Achados na categoria identificação das necessidades efetivas da família.....	46
Quadro 10 - Achados na categoria envolvimento emocional/ gestão de sentimentos e subcategoria tristeza/choro.....	46
Quadro 11 - Achados na categoria envolvimento emocional/ gestão de sentimentos e subcategoria frustração.....	47
Quadro 12 - Achados na categoria envolvimento emocional/gestão de sentimentos e subcategoria angústia .....	47
Quadro 13 - Achados na categoria envolvimento emocional/ gestão de sentimentos e subcategoria impotência.....	48
Quadro 14 - Achados na categoria envolvimento emocional/ gestão de sentimentos e subcategoria dor .....	48
Quadro 15 - Achados na categoria envolvimento emocional/ gestão de sentimentos e subcategoria sentimento de culpa/derrota.....	48
Quadro 16 - Achados na categoria transição da situação para o contexto pessoal .....	49
Quadro 17 - Achados na categoria discussão de situações vivenciados e partilha de emoções e sentimentos com colegas de equipa.....	50
Quadro 18 - Achados na categoria apoio familiar .....	50
Quadro 19 - Achados na categoria afastamento dos cuidados/fuga/distanciamento .....	51
Quadro 20 - Achados na categoria necessidade de apoio psicológico/ <i>debriefing</i> .....	51

## **INTRODUÇÃO**

Num mundo industrializado e de fácil mediatização a progressiva evolução científica e tecnológica deu origem a modificações significativas no âmbito da saúde, nomeadamente, nas áreas da biotecnologia, farmacologia, equipamentos, procedimentos de diagnóstico, imagem e tratamento, conduzindo a novos cenários de morbilidade e mortalidade. Perante esta realidade a prestação de cuidados nos serviços de urgência vê-se cada vez mais voltada para o amplo aparato tecnológico, o que exige aos profissionais de saúde maior domínio das situações de risco, agilidade na tomada de decisão e eficácia no desempenho das ações (Rocha et al., 2013).

Os serviços de urgência caracterizam-se por serem multidisciplinares nos quais vários profissionais de saúde com formação diferenciada e complementar exercem atividade e têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas na definição de urgência e emergências médicas (Despacho Normativo nº 11/2002, 2002). Neles se desenvolvem as mais sofisticadas intervenções de carácter tecnológico, médico e de enfermagem, sendo um dos seus objetivos dar resposta a pessoas vulneráveis, instáveis, em estado crítico e em risco de vida iminente, em que as condições clínicas podem ser alteradas constantemente e de forma súbita.

Apesar de a morte constituir uma derrota para as equipas nestes contextos onde se efetuam inúmeras terapêuticas agressivas e invasivas, com o propósito de recuperarem o melhor possível a estabilidade da pessoa em situação crítica, ainda assim, e apesar de todos os esforços, tecnologias, técnicas e conhecimentos, a morte é comum nestes serviços, quer pela complexidade da doença, quer pela irreversibilidade na recuperação dos órgãos ou funções de órgãos em falência (Mirel & Hartjes, 2013).

Os enfermeiros, por inerência da profissão e sendo os profissionais de saúde que estão mais próximos da pessoa e família, experienciam situações limite de vida ou mesmo a morte de jovens nestes serviços, sendo confrontados com dilemas éticos, conflitos e dificuldades em lidar com as suas próprias emoções. Estes inúmeros sentimentos e emoções compõem o universo vivencial dos enfermeiros, que constantemente influenciam o seu comportamento e a sua atitude bem como a sua forma de cuidar. Embora os enfermeiros estejam cientes de que a morte faz parte do seu exercício profissional, a morte inoportuna de um jovem no contexto de urgência causa insegurança profissional e, muitas vezes, as tomadas de decisões afasta-os daquilo que é o cuidado integral. O que parece ser um facto é que estes profissionais não se sentem preparados para lidar com o processo de morte/morrer, nomeadamente, quando ocorre durante esta etapa da vida.

Perante esta realidade, onde a vida e a morte convergem e onde a capacidade de artificialização da vida é uma consequência inerente ao cuidar nos serviços de urgência e, porque foi parca a investigação

encontrada a nível nacional sobre o tema da morte neste ciclo de vida e neste contexto, surge o interesse pelo desenvolvimento deste estudo.

A formulação da questão de investigação é o primeiro passo para o bom desenvolvimento de uma investigação, é um dos principais princípios do pensamento crítico e reflexivo que possibilita a formação de julgamentos com base em evidências de forma a resolver problemas (Martínez Díaz et al., 2016). Para o desenvolvimento desta investigação emerge então a seguinte questão de investigação: Quais as vivências dos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência?

Perante a problemática assumida, este estudo tem como objetivo geral compreender as vivências dos enfermeiros com a situação de morte de jovens/família em contexto de urgência/emergência. Como objetivos específicos pretende-se i) explorar como os enfermeiros vivenciam o processo de morte dos jovens/família no contexto de urgência/emergência; ii) identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência e iii) identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as dificuldades sentidas perante a morte iminente de um jovem em contexto de urgência/emergência.

Suportada por leituras diversas, quer de cariz mais teórico quer de cariz metodológico, este estudo é de natureza qualitativa, recorre ao estudo exploratório e descritivo do tipo fenomenológico. Tem como participantes os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência de um hospital da região norte de Portugal.

Esta dissertação divide-se em três capítulos. Após esta introdução surge o capítulo I onde se procede ao enquadramento teórico. Aqui são exploradas informações sobre os níveis, tendências e diferenciais da mortalidade infanto-juvenil ao longo dos últimos anos, a morte e o processo de morte de jovens no serviço de urgência, as vivências e dificuldades dos enfermeiros perante este processo e por fim uma abordagem ao luto profissional. No capítulo II são apresentadas questões relacionadas com a metodologia da investigação, o tipo de estudo, os participantes e, também, as medidas e procedimentos de recolha e análise de dados. Em continuidade são apresentadas as questões éticas a que se seguem as limitações do estudo. A apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos resultam no Capítulo III ao qual se seguirá a explanação das conclusões consideradas mais relevantes, as suas implicações na prática, bem como serão apresentadas propostas para o desenvolvimento futuro de outros estudos relacionados.

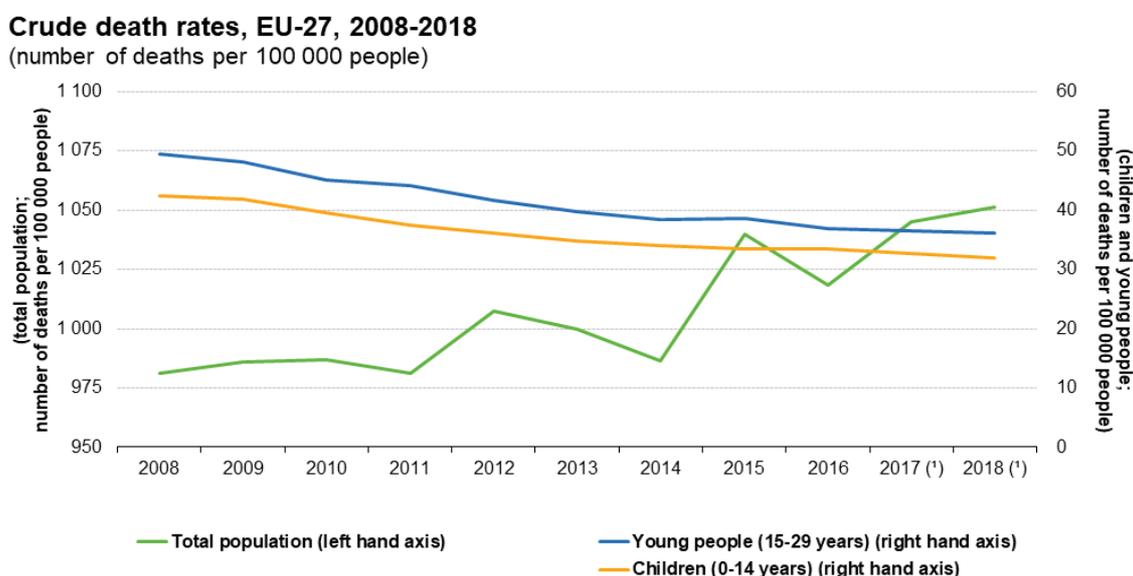
## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo começa por apresentar informações sobre os níveis, tendências e diferenciais da mortalidade infanto-juvenil ao longo dos últimos 15 anos, nos países da UE, e em particular em Portugal. Procede-se a uma revisão da literatura sobre a situação de morte de jovens em contextos de urgência, sobre a forma como os enfermeiros enfrentam este processo de morte e, de forma a contribuir para uma melhor compreensão sobre o objeto de estudo deste trabalho, procede-se ainda a um enquadramento da vivência do processo de luto destes profissionais.

### 1. MORTALIDADE NA IDADE INFANTO-JUVENIL

A mortalidade infanto-juvenil existe desde sempre, constatando-se uma maior frequência deste acontecimento nas décadas passadas. Pese embora este conhecimento, o processo de morte de jovens ainda é um tema pouco evidenciado na literatura nacional.

De acordo com o Eurostat (2020) entre 2008 e 2018, a taxa de mortalidade nos países membros da UE de crianças e jovens caiu 26%; de 42 a 32 mortes por 100.000 habitantes para crianças de 0-14 anos e de 49 a 36 mortes por 100.000 habitantes para jovens de 15-29 anos.



Note: breaks in series.

(\*) Provisional.

Source: Eurostat (online data codes: demo\_magec and demo\_pjan)

eurostat

Figura 1- Taxas de mortalidade, UE-27, 2008-2018 (número de mortes por 100.000 habitantes) (Eurostat, 2020).

O mesmo relatório do Eurostat (2020) apresenta as causas de morte nos jovens, sendo estas relacionadas com as causas externas, como acidentes de viação, lesões autoprovocadas intencionalmente, quedas acidentais e agressões. Verifica-se que em 2016, as causas externas foram responsáveis por, como se verifica na figura seguinte, 55,8%, 60,4% e 51,1% dos óbitos de jovens de 15 a 19 anos, de 20 a 24 anos e de 25 a 29 anos, respetivamente.

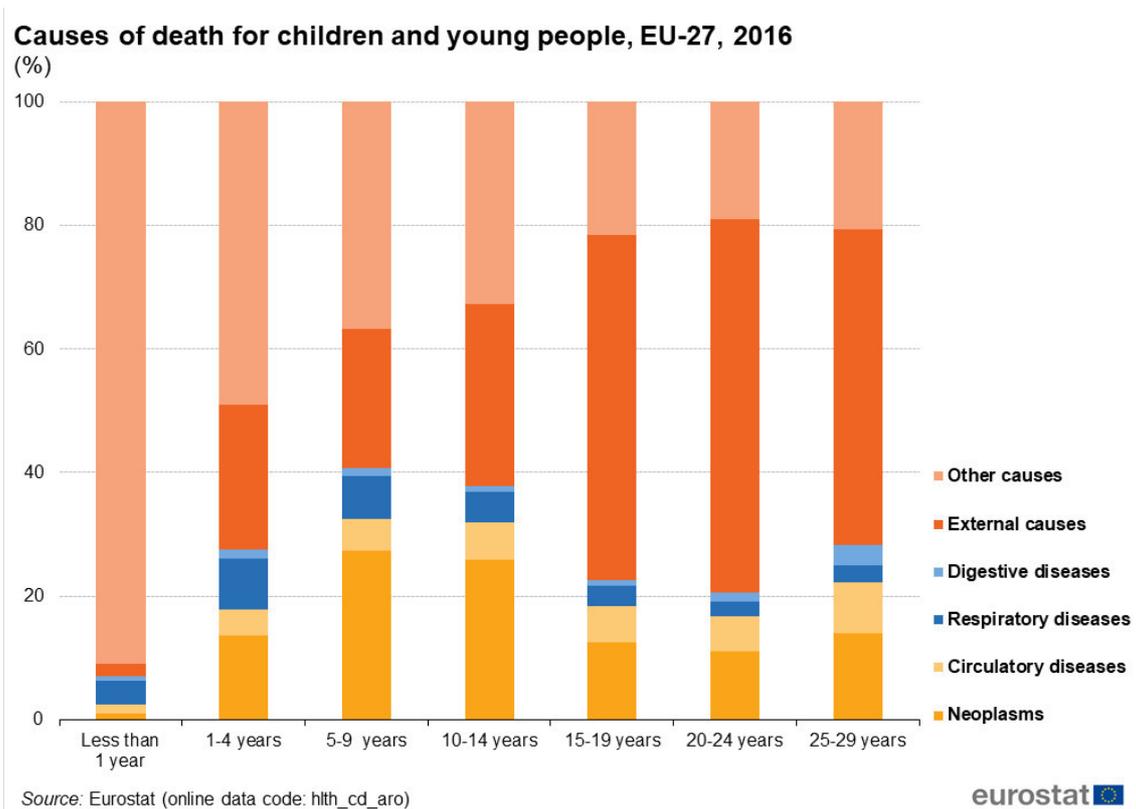


Figura 2 - Causas de morte de crianças e jovens, UE-27, 2016 (Eurostat, 2020).

O quadro 1 que a seguir se apresenta evidencia o número de mortes de jovens entre os 15 e os 29 anos, por causas externas. Os acidentes de viação foram responsáveis por 24,7%, 24,5% e 15,6% dos óbitos, respetivamente, nas três faixas etárias, entre os 15-19, os 20-24 e os 25-29, o que corresponde a um total de 5654 mortes de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos em 2016 na UE. Outra causa comum de mortes foi a automutilação intencional, que correspondeu a 16,9% de todas as mortes entre os 15 e os 19 anos, a 19,5% na faixa etária dos 20-24 anos e 18,2% de jovens adultos com idade compreendida entre os 25 e os 29 anos de idade, o que corresponde a um total de 5061 mortes em jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos (Eurostat, 2020).

**Quadro 1 – Número de mortes de jovens de 15 a 29 anos por causas externas, UE-27, 2016  
(Eurostat, 2020)**

**Deaths of young people aged 15-29 years from external causes, EU-27, 2016**  
(number of deaths)

	Total				Male				Female			
	15-29 years	15-19 years	20-24 years	25-29 years	15-29 years	15-19 years	20-24 years	25-29 years	15-29 years	15-19 years	20-24 years	25-29 years
<b>All external causes</b>	15 215	3 245	5 650	6 320	12 240	2 443	4 562	5 235	2 975	802	1 088	1 085
Transport accidents	5 654	1 438	2 292	1 924	4 557	1 085	1 848	1 624	1 097	353	444	300
Intentional self-harm	5 061	984	1 821	2 256	3 999	695	1 462	1 842	1 062	289	359	414
Other accidents	1 184	219	411	554	985	172	336	477	199	47	75	77
Accidental poisoning by and exposure to noxious substances	930	84	309	537	752	64	236	452	178	20	73	85
Event of undetermined intent	757	147	252	358	633	120	217	296	124	27	35	62
Accidental drowning and submersion	598	189	200	209	541	172	183	186	57	17	17	23
Falls	516	97	181	238	408	69	144	195	108	28	37	43
Assault	453	77	157	219	325	59	117	149	128	18	40	70
Other external causes	62	10	27	25	40	7	19	14	22	3	8	11

Source: Eurostat (online data code: hlth\_cd\_aro)

eurostat 

A Organização Mundial de Saúde atribui aos jovens a vulnerabilidade para os acidentes de viação, e as lesões causadas por estes são a principal causa de morte de crianças e jovens entre os 5 e os 29 anos. No mesmo relatório é realçado que, comparativamente às mulheres, os jovens do sexo masculino com menos de 25 anos têm mais probabilidade de se envolver em acidentes de viação sendo referido que 73% de todas as mortes provocadas por acidentes de viação ocorreram em jovens do sexo masculino nessa idade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020).

O Relatório Anual referente ao ano 2018 - A Situação do País em Matéria de Álcool do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências transmite o aumento gradual e contínuo entre 2015 e 2018 do consumo recente e atual de bebidas alcoólicas, e da embriaguez nos jovens de 18 anos (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação/Divisão de Estatística e Investigação [SIDAC], 2019). Como consequência, no mesmo relatório é visível a tendência contínua de subida, desde 2015, do número de vítimas mortais de acidentes de viação sob influência do álcool, sendo o valor de 2018 o mais elevado dos últimos cinco anos, a maioria destas vítimas mortais eram do sexo masculino (96%) e 69% tinham idades acima dos 34 anos, ou seja, mais de um quarto eram jovens e jovens adultos (SIDAC, 2019).

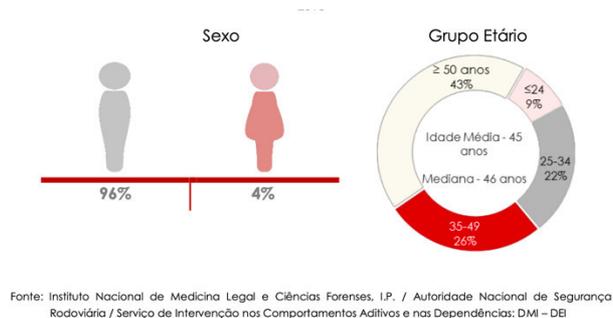


Figura 3 - Vítimas mortais de acidentes de viação, por sexo e grupo etário (TAS  $\geq$  0,5 g/l) em 2018 (SIDAC, 2019).

A mortalidade infantil representa “uma das melhores demonstrações da evolução qualitativa dos cuidados de saúde e das condições socioeconómicas em Portugal. Desde 1965 que se tem verificado uma diminuição acentuada, tendo estabilizado desde 2013 (...)” (Direção de Serviços de Informação e Análise e Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, 2018, p. 69).

Em Portugal, ao longo do período compreendido entre 1995 a 2017 a taxa de mortalidade específica do grupo etário 15-18 anos apresenta um decréscimo evidente, diminuindo de 74,5 para 18,4 óbitos por cada 100.000 (Direção de Serviços de Informação e Análise e Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, 2018).

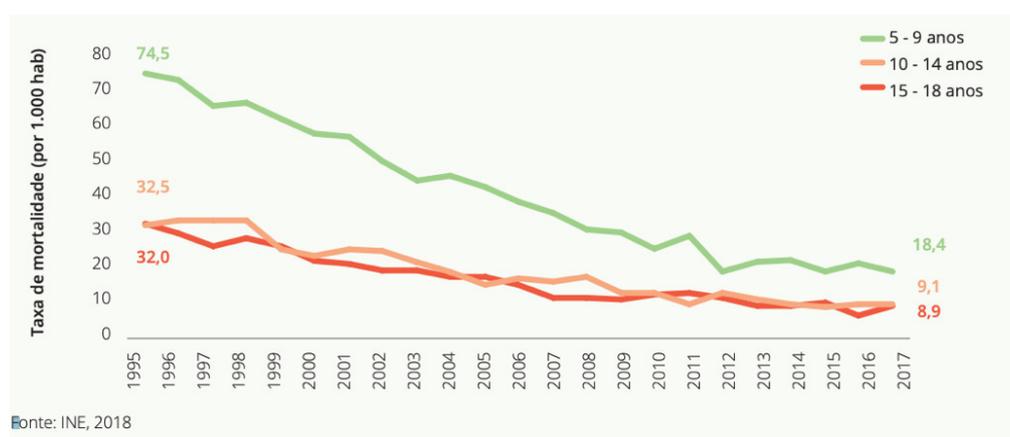


Figura 4 - Evolução da taxa de mortalidade entre os 5 e os 18 anos, por grupo etário, Portugal, 1995-2017 (INE, 2020).

Em 2019 a taxa de mortalidade nas idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos foi de 0,2‰, o que representou 112 óbitos, já nas idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos foi de 0,3‰, o que representou 185 óbitos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). Verifica-se uma importância relativa dos acidentes, maior para as crianças e adultos até aos 44 anos, com maior relevância para as idades entre os 20 e 44 anos (15,1%) (INE, 2020).

Numa cultura que privilegia a juventude, o fim de vida de uma criança ou jovem é apontada como uma catástrofe (Lima, Pinto, et al., 2018), quer para a sociedade, quer para a família, muito particularmente para os pais e para os irmãos, cuja perda é uma situação de transição complexa (October et al., 2018). A reação à morte depende do contexto em que ocorre. De uma forma geral espera-se que a morte aconteça numa fase tardia da vida, a designada morte “oportuna”, quando a pessoa morre num quadro de alta previsibilidade de isso acontecer, o que leva a que as pessoas que tenham de suportar a perda não se surpreendam tanto. Ao contrário, perante o acontecimento de uma morte “inoportuna”, a que acontece de forma prematura e inesperada, como na situação de morte de jovens em contexto de urgência, ninguém está preparado para enfrentar este acontecimento.

O término da vida na infância e na juventude transmite um conceito de tragédia e interrupção do ciclo da vida. Embora muitas mortes sejam inesperadas, as mortes que permanecem sem explicação intensificam a angústia entre a família, amigos e a sociedade em geral, especialmente quando se trata de uma criança ou jovem (Dempers et al., 2018).

Parece evidente que são consistentes as reações de luto severas e altamente sintomáticas em pais que perderam os seus filhos, especialmente após uma morte inesperada (Morris et al., 2019). A morte de uma pessoa pode ser difícil e muitas vezes dolorosa para os membros da família pela impossibilidade de aceitação dessa morte devido à falta de tempo para se prepararem para a mesma (Ingles et al., 2016; Lekalakala-Mokgele, 2018). Estas pessoas podem desenvolver sentimentos de tristeza, medo, choque e desconfiança e podem lutar contra as suas emoções (Ingles et al., 2016). Num contexto hospitalar encontra-se um grande número destas situações, entre elas crianças e jovens com prognóstico grave, sendo a problemática da morte uma constante.

## **2. A MORTE DE JOVENS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

A morte integra o ciclo natural da vida humana e, pese embora o tema sobre a morte acompanhe o Homem ao longo da sua existência, sendo um dos assuntos mais analisados e discutidos ainda hoje, carecem de respostas concretas e definitivas para a sua explicação. Com a evolução da medicina e os avanços tecnológicos, o ser humano tem vivido mais tempo. As imunizações, exames diagnósticos mais precisos, a evolução da indústria farmacêutica e o aprimoramento nos procedimentos cirúrgicos têm proporcionado excelente e rápida recuperação nas pessoas, mas é inevitável que a morte aconteça. Tão antiga como a existência humana, a morte é então, ainda hoje, razão e área de reflexão comum a várias áreas do conhecimento.

O conceito de morte é uma fusão de ideias filosóficas, teológicas e científicas acerca do que é essencial à existência humana. Morrer, é, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015 (2016, p. 66), “Um processo corporal: redução gradual ou súbita dos processos corporais, que leva ao fim da vida”.

A morte não é somente um fenómeno biológico da evolução humana, mas também um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. Assim, a morte está presente no cotidiano do ser humano, independente das suas causas ou formas (Oliveira et al., 2016).

O conceito de morte reflete a compreensão social dos limites possíveis da vida e baseia-se na experiência vivida, relaciona-se de forma complexa com o conhecimento científico. Os aspetos socioculturais da morte influenciam diretamente na produção e reprodução das emoções, do imaginário e do simbólico, mas também na vida prática das pessoas, tendo em conta os mais diversos sentimentos culturalmente partilhados (Netto & Silva, 2019).

O processo de morte é visto pela sociedade contemporânea como um acontecimento que vai no sentido oposto, marcado por sentimentos de pesar, impotência e frustração, principalmente, por envolver a não aceitação da perda e dificuldades em enfrentá-la (Elidivânia & Camboim, 2016; Medeiros et al., 2019).

O século passado trouxe mudanças no tratamento de problemas de saúde, passando da assistência informal associada a instituições filantrópicas para a predominância de serviços de saúde fornecidos em hospitais (Marcucci & Cabrera, 2015). A melhoria das técnicas nos cuidados de saúde direcionaram os cuidados para tratamentos de diversas patologias e houve ao mesmo tempo a especialização de serviços (Marcucci & Cabrera, 2015). Juntamente com os aspetos socioeconómicos, verificou-se o desenvolvimento das diversas áreas da saúde, abrindo a possibilidade de cuidados em fim de vida a um número maior de pessoas (Marcucci & Cabrera, 2015).

As atitudes das pessoas face à morte têm sido alvo de diversas mudanças ao longo dos tempos, acompanhando também o desenvolvimento da cultura social e da religião. No século XX a morte deixou de ser um acontecimento social, público e comunitário, passando do processo de morrer em casa, junto dos familiares e amigos para a morte no hospital. A partir desta altura, a morte adquiriu um sentido trágico e ostensivo (Barata, 2020). Na sala de emergência, na sala de espera, no corredor do SU do hospital, ou mesmo numa enfermaria, são os novos locais de culto, onde a morte passou a acontecer. A morte ocorre agora num ambiente desconhecido e obscuro sob os cuidados e vigilância de profissionais de saúde. Este facto tem levado ao distanciamento da mente humana da morte, pois verifica-se um distanciamento da família da realidade (Batista, 2012; Gois et al., 2019).

Apesar da hospitalização proporcionar inúmeras possibilidades, entre elas a da cura, a possibilidade de morte e de morrer estão cada vez mais presentes nos contextos de urgência. Atualmente os serviços de urgência são consumidos, cada vez mais, por pessoas em fim de vida em qualquer fase do seu ciclo vital (Holt et al., 2017). A morte nestes serviços pode ser classificada como inesperada a que se liga o conceito de “inoportuna”, por ocorrer num quadro de imprevisibilidade, ou anunciada e “oportuna” por ser já, de certa forma, esperada. Bailey et al. (2011) categoriza estas duas trajetórias, *spectacular* que se refere à morte inesperada em emergência e geralmente envolve trauma ou doença aguda, e *subtacular*, que se refere à morte esperada com doença avançada ou terminal.

É compreensível que a morte anunciada *vs* a morte inesperada sejam vivenciadas de uma forma muito distinta pelas pessoas que a vivenciam. As mortes inesperadas representam uma rutura brusca, não permitindo à família e aos profissionais antecipar e preparar-se para a perda, lidar com assuntos pendentes, ou apenas despedir-se. Na situação de morte anunciada, por exemplo, a partir do momento em que se recebe uma notícia de doença incurável, é possível um luto antecipatório, o que se traduz, de acordo com Caio e colaboradores, na existência de um processo cognitivo, comportamental e emocional, que incide sobre a pessoa e a sua família (Caio et al., 2017).

A morte anunciada e o consequente luto é distinto daquele que é vivenciado por uma perda imprevista devido ao facto deste se dar de forma lenta e gradual, dependendo unicamente do tempo (Caio et al., 2017). Em muitos casos, “a doença pode-se arrastar por tanto tempo que às vezes a pessoa está funcionalmente morta antes da sua morte física” (Caio et al., 2017, p. 8).

O Serviço de Urgência tem como missão o atendimento e tratamento das situações emergente/urgentes, conforme definidas no Despacho Normativo n.º 11/2002, neste sentido o SU é a porta de entrada para o Hospital praticamente em todas as situações agudas. Estes serviços foram idealizados para a utilização de tecnologia de ponta em doentes agudos e, como tal, os seus profissionais foram treinados para

trabalharem a ritmos de grande intensidade física e mental. A existência de equipamentos de alta tecnologia permite, em muitas situações, a manutenção da vida e profissionais habilitados para manipulá-los, na tentativa de evitar ou postergar a morte. Neste sentido, os seus ambientes são considerados de cuidados diferenciados, pela concentração de tecnologia e de rotina minuciosa de assistência à pessoa perante as condições de urgência e da necessidade de manutenção da vida (Menin & Pettenon, 2015).

As principais causas de morte nos jovens e o que os leva a procurar muitas vezes os cuidados de saúde urgentes/emergentes estão relacionadas com os seus estilos de vida, com os comportamentos que adotam e com o risco que correm no seu dia a dia (Bonnie et al., 2015; Hulme et al., 2020).

Em comparação com outros grupos etários, os jovens têm a maior taxa de mortalidade e lesões provocadas por veículos a motor, homicídios, problemas com a saúde mental, infeções sexualmente transmissíveis e abuso de substâncias (Lau et al., 2014; Bonnie et al., 2015; Hulme et al., 2020).

A infância e a idade juvenil está indubitavelmente associada à saúde e à longevidade, de modo que, quando ocorre algo inesperado, este é potencialmente traumático e pode afetar emocionalmente os profissionais que atuam nestes serviços (Mealer et al., 2017).

### **3. O PROCESSO DE MORTE DE JOVENS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: VIVÊNCIAS E DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS**

Em Portugal e nas sociedades ocidentais, em geral, o tratamento e a cura são o objetivo principal dos Serviços de Saúde. Os enfermeiros, no decorrer da sua profissão e na prestação de cuidados às pessoas vivenciam uma realidade enraizada, levando a que a inevitabilidade da morte possa ser considerada como um fracasso pelos profissionais e serviços de saúde, bem como pela sociedade (Silva et al., 2018). Esta visão biomédica faz com que estes profissionais de saúde tenham atitudes que “elegem o curar como prioridade, esquecendo o verdadeiro valor do cuidar, persistindo na prossecução de tratamentos visando a cura mesmo quando não existe qualquer esperança de obter a melhoria do estado do doente” (Pacheco, 2014, p. 67).

O foco dos serviços de urgência situa-se na preservação da vida recorrendo-se às intervenções altamente técnicas e gestão precisa de medicação, com o objetivo limitado nos cuidados de fim de vida (Butler et al., 2015), constituindo-se a luta pela sobrevivência como um objetivo principal para os profissionais de saúde destes contextos (Souza & Reis, 2019).

As unidades hospitalares que recebem pessoas em situação crítica proporcionam suporte vital avançado para manter a vida destas pessoas num contexto onde a tecnologia tem um importante papel (Velarde-García et al., 2017). Teoricamente não é possível ressuscitar um organismo morto nem a determinação do momento exato da morte, mas atualmente com o uso de manobras de ressuscitação amplamente conhecidas, pode-se fazer, em determinadas situações, com que a pessoa volte à vida. Segundo o Conselho Europeu de Ressuscitação (2015) uma intervenção prévia e eficaz perante um doente em estado crítico, pode ser fundamental, prevenindo-lhe a morte (ERC, 2015).

A abordagem da pessoa em situação crítica é habitualmente stressante e desgastante, sendo a dimensão da intervenção dos enfermeiros pluridimensional, na medida em que se define pela multiplicidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença quer agudos ou crónicos. Estes profissionais necessitam de ter a capacidade de avaliar, intervir, cuidar e frequentemente requer uma resposta imediata e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam vir a traduzir em vidas recuperadas para a sociedade (Sheehy, 2011; Galinha de Sá et al., 2015). A manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente complexa, sendo um foco de stress e ansiedade que é partilhado pelos profissionais de saúde, pela pessoa doente e pelas famílias (UNIESEP - Núcleo de investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2011). Manter a vida nem sempre é possível, pelo que a morte neste universo altamente tecnológico é assumida como um fracasso (Lima, Pinto, et al., 2018).

Os contextos dos serviços de urgência são particulares e diferentes de qualquer outro serviço de saúde. Horários rotativos, cuidados tecnicistas, um sentido de responsabilidade aumentada e a exigência de atualização permanente perante a tecnologia de ponta e atualização de conhecimentos científicos são fatores que assumem extrema importância para os enfermeiros que prestam cuidados nestes serviços, podendo, contudo, também evidenciar-se stressante e interferir na sua competência técnica e equilíbrio emocional.

A morte é um acontecimento que pode provocar alguma instabilidade, uma vez que leva a equipa a pensar que fracassou no seu dever (Menzies et al., 2018). A vivência do cuidar de uma pessoa em fim de vida, para os enfermeiros, aumenta a propensão ao distanciamento, ao evitamento da interação, à fuga, à concentração na ação técnica e fecharem-se sobre si mesmo (Macedo et al., 2010). Estes profissionais são formados para tratar e curar, lutar pela vida do outro até ao limite e não lhes é instruído assistir alguém no limite da vida (Tareco & Madeira, 2013) nomeadamente em situações de morte inesperada.

No contexto cronológico do desenvolvimento humano, desde que se nasce até que se morre, reconhece-se que seja naturalmente aceitável para os profissionais de saúde quando vivenciam uma situação de morte de pessoas com idade mais avançada. Porém, tendo em conta esta cultura dominante parte-se do princípio que a morte de crianças e jovens, independentemente da causa, é contranatura (Costa & Gomes, 2018), tal como refere Walsh (2010), as crianças não nascem para que morram ainda no tempo de serem crianças.

Os jovens em contexto de urgência são utentes altamente vulneráveis, que exigem cuidados contínuos, complexos, num frágil equilíbrio entre a vida e a morte (Lima, Pinto, et al., 2018) o que implica um grande desafio para estes profissionais. Um dos desafios mais difíceis enfrentados pelos profissionais que trabalham nos serviços de urgência é a morte de uma criança e jovem, que muitas vezes é repentina e traumática (Jackson, 2017).

A morte de uma criança ou jovem é considerada mais complexa que a de um adulto, dado que a morte numa criança ou jovem reveste-se, inevitavelmente, de conotação trágica, perante a qual a sobrevida constitui o objetivo principal da equipa de saúde (Menin & Pettenon, 2015).

Há evidências de que as pessoas que trabalham nos SU tentam encontrar significado mesmo em situações muito difíceis após uma morte (Scott, 2013). A autora discute a cultura dualística que se vive no SU, a da perspetiva da equipa em que velocidade, rigor e talvez separação de sentimentos estão lado a lado com as questões espirituais que se exacerbam quando se trata de uma morte inesperada (Scott, 2013). Os enfermeiros perante a perda de uma criança ou jovem, especialmente face a situações clínicas

agudas ou acidentes e causas externas, sentem-se pouco habilitados a lidar e trabalhar com esse tipo de adversidade (Zheng et al., 2015).

A morte inesperada de crianças e jovens é um acontecimento difícil e inesperado que provoca um impacto emocional que pode comprometer a aceitação do processo de morte em pessoas saudáveis, neste caso os enfermeiros, provocando profundo stress (Boer et al., 2014). O experimentar de uma situação limite, associada ao risco de vida, pelo enfermeiro, é vivenciada de forma única, pois representa particularidades individuais ao cuidado de enfermagem. Assim, muitas vezes quando ocorrem perdas sem possibilidade de efetuar o luto, não havendo permissão para expressar a tristeza e a dor, pode ter consequências nefastas na saúde do profissional (Barbosa et al., 2016).

Os enfermeiros experienciam de forma diferente cada morte ou processo de morte, alguns dos fatores que podem influenciar a reação de cada enfermeiro perante a morte da criança ou adolescente/jovem são: os antecedentes de luto pessoal mal resolvido, a sobrecarga de horário de trabalho, a falta de formação para lidar com o processo de morte e luto e a prestação de cuidados, onde a morte seja mais frequente (Kovács, 2010). Os enfermeiros também são os mais vulneráveis à morte inesperada das pessoas e podem ter dificuldade de comunicação com as mesmas e com os familiares nesse momento. Além disso, eles têm um papel de primeira linha ao lidar com famílias em luto (Raymond et al., 2017). Estes enfermeiros consideram-se muitas vezes incapacitados e inaptos para prestar cuidados em fim de vida a familiares (Arbour & Wiegand, 2014).

Associada a um acontecimento habitualmente negativo, a morte também pode ser um momento de consciencialização para o enfermeiro de forma a compreender as suas limitações e assim ser um momento de redefinição pessoal e profissional, na qual este reflete sobre o seu papel, a sua perspetiva e entendimento da morte dos outros e a da sua própria morte (Kovács, 2010).

Sendo um fenómeno universal, a morte, constitui um dos mais profundos eventos com os quais os seres humanos têm de lidar (Göriş et al., 2017). Sendo o fim do ciclo de vida desperta no ser humano sentimentos para os quais a ciência tem procurado respostas que permitam compensar a dor da perda e ultrapassar o fenómeno tão devastador da morte (Cardoso et al., 2021). Para Kübler-Ross morrer requer aceitação, comunicação, cuidado, e habilidades que capacitam quem a vivencia (Cardoso et al., 2021).

Atendendo a que os enfermeiros devem sustentar a sua prática nos referenciais teóricos da disciplina, há uma procura sobre a aproximação entre esses referenciais e as vivências dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer (Cardoso et al., 2021).

Embora existam teorias que fundamentam a profissão como uma ciência com um corpo de conhecimento próprio, o processo de cuidados no momento da morte não é, ainda, claro e evidente (Cardoso et al., 2021).

Num estudo quantitativo, exploratório e descritivo efetuado por Cardoso et al. (2019) em 36 hospitais de Portugal, cujo objetivo se prendia com a identificação da concordância dos enfermeiros sobre as concepções de enfermagem com potencial para sustentar a sua prática no âmbito da morte e dos processos de morrer, encontram-se referenciais teóricos que sustentam e orientam a prestação de cuidados durante o processo de morte.

Virginia Henderson (2007) foi uma das mais influentes enfermeiras do século XX, lançou as bases para a enfermagem moderna e elevou-a à posição de nobreza em que está a profissão na atualidade, sendo profissionais que utilizam o pensamento crítico e que têm as suas ações independentes (Henderson, 2007). A concepção de Virginia Henderson (2007) assenta na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa. Henderson defende que é função do enfermeiro assistir o indivíduo, doente ou são, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, de modo a ajudá-lo a conquistar independência tão rápido quanto possível (Henderson, 2007). Esta teórica incorpora a Escola das Necessidades (Kérouac et al., 2017) e está inserida no paradigma da integração. Este paradigma reconhece os elementos e as manifestações de um fenómeno, num contexto específico, orientando os cuidados de enfermagem para a pessoa (Kérouac et al., 2017).

O modelo do cuidar transcultural de Madeleine Leininger defende o conceito do cuidado como essencial e central na concepção da Enfermagem. Reconhecendo diferentes fatores que influenciam os conceitos cuidar, saúde e de bem-estar, identificou três princípios que visam a coerência cultural – a conservação, a adaptação/negociação e a reestruturação dos cuidados transculturais (George, 2000). Além das características individuais, Leininger valida na Enfermagem, a subjetividade das experiências pessoais, não apenas pela individualidade mas também pelo contexto cultural (Leininger, 1991). Esta teórica é uma das representantes da Escola do *Caring* ou Escola do Cuidar, de aparecimento mais recente, e está no debate atual da enfermagem, assumindo o *Caring* como a essência da disciplina de enfermagem, inserindo-se no paradigma da transformação (Kérouac et al., 2017).

Com a teoria das transições de Afaf Meleis alarga-se a definição de Enfermagem à ciência humana que trata de reações, ou potenciais reações, humanas e ambientais, a situações de saúde e doença. Aos aspetos cognitivos da Enfermagem associou as reações humanas e ambientais. Esta noção permite ao enfermeiro responder às necessidades, não só da pessoa, mas também da família, tendo em atenção todos os aspetos que o rodeiam, numa verdadeira visão holística do indivíduo. Esta teoria de médio

alcança facilita uma visão mais aprofundada sobre as transições, proporciona orientações mais específicas para a prática e orienta questões de investigação mais sistemáticas e coerentes (Meleis et al., 2000). Permite, assim, ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro colocar em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000).

Cardoso et al., (2019) identificam nas concepções teóricas de Virgínia Henderson, de Madeleine Leininger e de Afaf Meleis como sendo estes os referenciais teóricos com potencial para sustentar a ação dos enfermeiros perante a morte e os processos de morrer.

No contexto da morte, a concepção de Virgínia Henderson remete para a assistência para uma morte tranquila, a concepção de Madeleine Leininger para assistir, apoiar e habilitar a pessoa para a morte de uma forma culturalmente significativa e a concepção de Afaf Meleis para o favorecimento do processo de transição que é vivenciado (Cardoso et al., 2019). De acordo com as mesmas autoras os enfermeiros mostram o cuidado em atender às necessidades manifestadas pelas pessoas. Face aos atuais desafios, constitui-se um repto para a mudança de paradigma, importa descentrar a atenção de uma prática predominantemente focada na satisfação das necessidades humanas básicas, a favor de um cuidado centrado nas vivências das pessoas perante a morte, um cuidado centrado numa morte digna e tranquila (Cardoso et al., 2019).

Schäfer et al. (2020) no seu estudo reflexivo procuraram a proximidade entre cuidados paliativos e sua relação com os elementos atribuídos ao conceito e abordagem, na área da enfermagem com a Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979). Concluíram que, a partir da filosofia de cuidados paliativos apoiada nesta teoria, o ser humano possa ser auxiliado no seu processo de morrer, tendo, como fio condutor do cuidado, a preservação da sua dignidade, uma vez que a assistência recebida ultrapassa um saber tecnicista, envolvendo questões éticas, étnicas, culturais, humanas, sociais e espirituais.

Se os cuidados não se centrarem na humanização o tratamento é visto como o único alvo do cuidado terapêutico. Parece evidente que as causas da desumanização nos serviços que desenvolvem o seu trabalho com pessoas em situação crítica se relacionam com o aparato tecnológico, a superespecialização, aplicação de critérios baseados em valores económicos para a administração de saúde, e refutando a ideia de que a resistência e a morte de pessoas podem afetar a família e profissionais da mesma forma (de la Fuente-Martos et al., 2018).

O impacto que a vivência da morte tem nos enfermeiros leva a que estes profissionais se afastem dos cuidados neste processo, acabando por não oferecer uma assistência de qualidade à pessoa e familiares

num dos momentos mais delicados da sua vida (Siqueira Perboni et al., 2018). Em consequência preocupam-se em alcançar a cura tendo por base a conceção de cuidados essencialmente centrada no modelo biomédico, direcionado para a doença e para o seu tratamento, e, quando não conseguem obtê-la, sentem-se fracassados e impotentes (Siqueira Perboni et al., 2018).

Para além da aquisição de conhecimento sobre a morte e o morrer no âmbito do contexto académico, no ambiente profissional a promoção de práticas reflexivas e a supervisão clínica terão um papel fundamental na preparação dos enfermeiros para lidar com pessoas em fim de vida (Cardoso et al., 2019), diminuindo, simultaneamente, a probabilidade destes profissionais manifestarem ansiedade, stress e *burnout* (Andersson et al., 2016).

É de extrema importância que nos contextos académicos e profissionais, haja o desenvolvimento de estratégias que potenciem uma abordagem profissional mais qualificada às pessoas e aos seus familiares, durante a vivência da morte e dos processos de morrer (Cardoso et al., 2019, 2021; Siqueira Perboni et al., 2018).

A representação esquemática que se segue (Figura 5) procura sintetizar a influência das diferentes conceções teóricas referenciadas neste estudo, especificamente, o modelo biomédico, a conceção de Virginia Henderson (2007) (conceção orientada para as necessidades das pessoas); a conceção de Madeleine Leininger (1991) (conceção orientada para o cuidar em enfermagem) e a conceção de Afaf Meleis (Meleis, 2010) como explicação da vivência dos enfermeiros. Os cuidados prestados na morte e processo de morte de uma pessoa parecem estar aquém das expectativas dos cuidados humanizados que atualmente se tem vindo a defender, a humanização dos cuidados de saúde tem sido alvo de preocupação à escala mundial. Neste sentido, inevitavelmente merecerá a atenção pela necessidade de formação constante com o intuito de diminuir o impacte das vivências de carácter negativo quer nos enfermeiros quer na família e melhorar os cuidados prestados tendo, por base a conceção humanística de Paterson e Zderad (Paterson & Zderad, 1988).

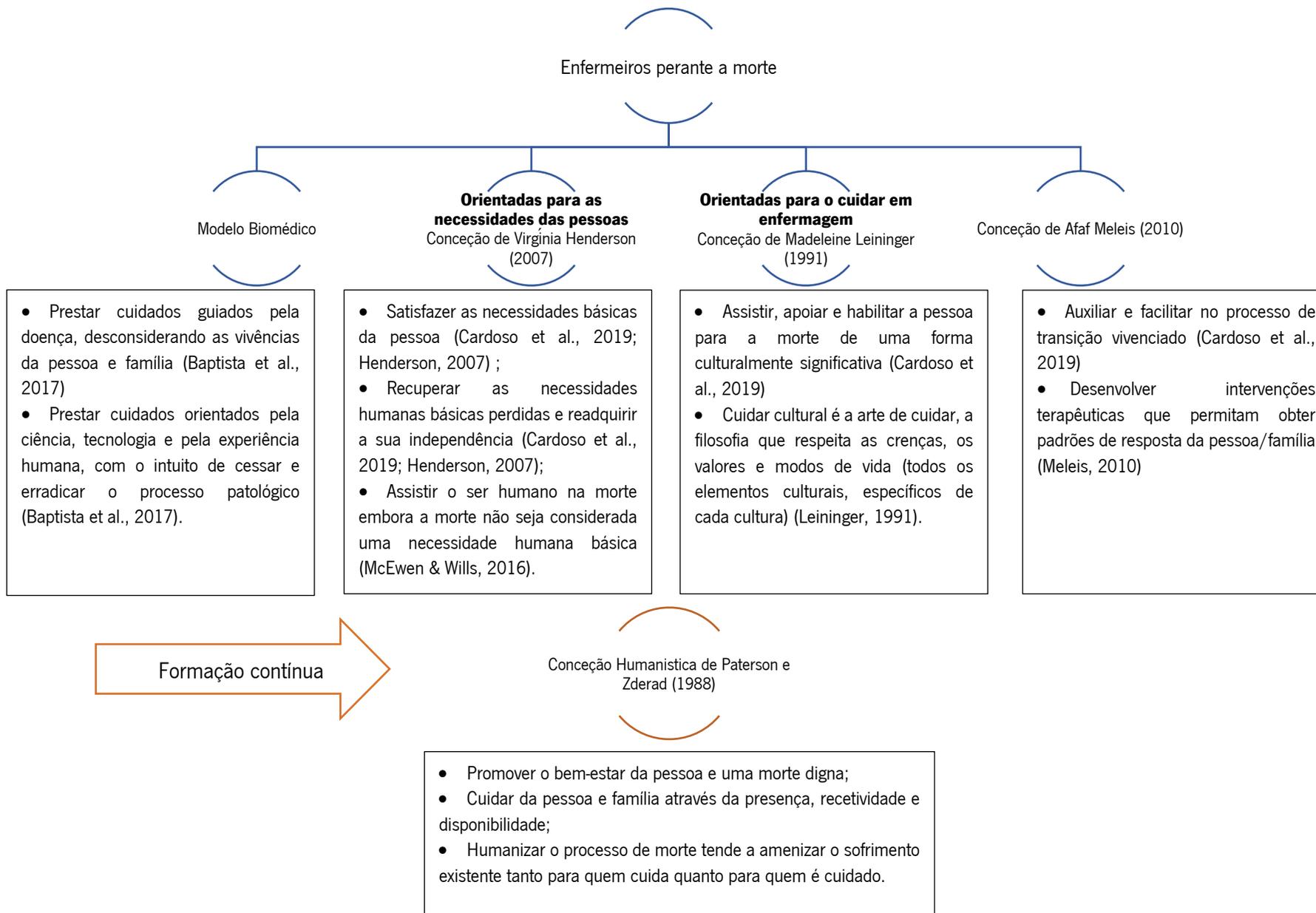


Figura 5 - Representação esquemática de modelos explicativos das vivências dos enfermeiros perante a morte.

#### **4. O LUTO PROFISSIONAL**

A perda é um dos fenómenos universais da existência humana que desafia todas as pessoas em vários momentos ao longo da vida e nos seus mais variados contextos, pelo que importa a abordagem ao luto profissional e a sua implicação nos enfermeiros quando expostos no seu quotidiano ao sofrimento, dor e morte.

Perante a iminência de uma perda, o luto surge como uma resposta já esperada sendo caracterizado como um processo particular onde a pessoa procura significados próprios da perda e da morte de um ente querido (Freitas, 2018).

Vários autores definem o luto, como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem como resposta a uma perda, seja uma perda real ou fantasiosa (perda de um ideal, de uma expectativa), seja uma perda por morte ou pela cessação/diminuição de uma função, possibilidade ou oportunidade (Greenstreet, 2005; Hall, 2014 & Worden, 2018). Considera-se o luto um processo de reconstituição do sujeito após uma perda que pode durar dias, meses ou anos (Magalhães & Melo, 2015). Apesar deste poder ser longo ou complicado, não é um estado intrinsecamente patológico, mas uma resposta de ajuste normal e necessária (Marinho, 2019).

A experiência da morte e do luto é um evento individual e pessoal. A forma como a pessoa vivencia estes processos, depende da sua personalidade, das suas crenças e valores culturais, religiosos e espirituais, da sua relação com a pessoa que morreu, das suas capacidades de adaptação psíquicas e emocionais, da disponibilidade de estruturas de suporte, do seu contexto sociocultural e económico, da sua perceção de ameaça à integridade pessoal e do processo de morte e evolução da doença que vivenciou com a pessoa que morreu (Hooyman & Kramer, 2006; National Cancer Institute, 2018).

O luto desempenha uma função normativa de despedida de quem parte enquanto se redefinem papéis e funções de quem sobrevive, desempenha deveres fundamentais como a aceitação e compreensão da perda, adaptação criativa à vida e a aquisição de significado (Barbosa et al., 2016).

A investigação tem-se focado na definição de alguns tipos de luto, tem apontado para a distinção entre luto normal e luto complicado, e definido tipos de luto, qualificando a intervenção como uma condição clínica (Marinho, 2019). Diversas teorias e modelos do processo de luto surgiram, ao longo do último meio século e à medida que a tanatologia se desenvolveu como campo de estudo, pelo estudo que alguns autores desenvolveram, consideraram hipóteses explicativas inerentes ao processo de luto numa perspetiva psicanalítica.

O luto profissional tem características específicas que não se enquadram nas características propostas nem nos modelos do luto pela perda de um familiar ou pessoa amada, mas antes como parte da atividade profissional, pela exposição constante ao sofrimento, dor e morte (Papadatou, 2000).

Um modelo de luto profissional surge então proposto pela autora Danai Papadatou (2000), psicóloga clínica, com uma vasta experiência profissional num hospital pediátrico de Atenas e que resultou de algumas descobertas de um estudo transcultural realizado na Grécia e Hong Kong (Papadatou, 2000). Este modelo (Figura 6) explica que os profissionais de saúde têm dois tipos de respostas às perdas dos utentes: i) experiência das reações de luto (foco nas experiências de perda – sentimentos de raiva, culpa, alívio, necessidade de choro, participação em funerais, reconhecimento e satisfação com o seu papel profissional de contributo nos cuidados prestados) e ii) na negação das reações de luto (afastamento – contenção de emoções, separação das emoções, distanciamento dos cuidados, do doente e da família, focar-se em tarefas práticas, desumanização dos cuidados).

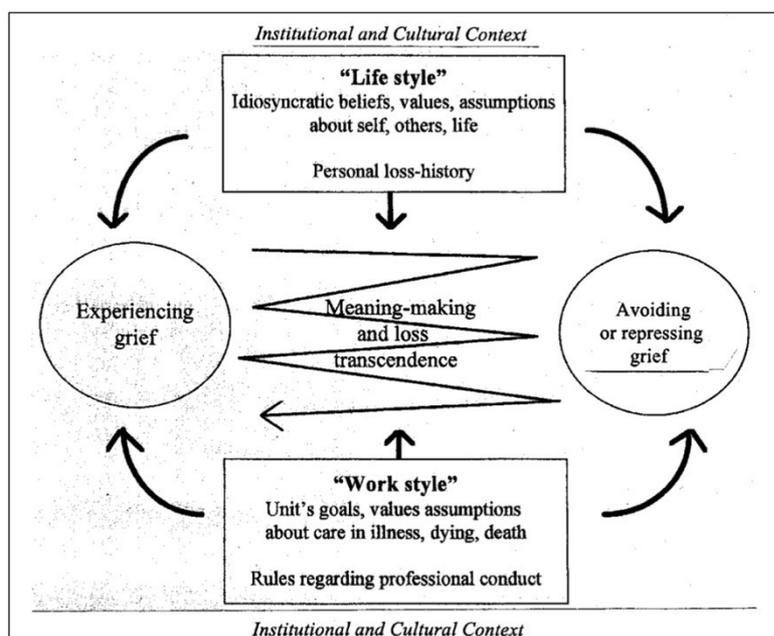


Figura 6 - Modelo de Luto Profissional proposto por Danai Papadatou (Papadatou, 2000, p. 70).

Este modelo realça a resposta como necessária, adaptativa e saudável, permitindo ao profissional dar sentido à morte das pessoas e ultrapassar estas perdas com investimento na vida e na forma de viver, nas relações, nos projetos profissionais e nas intervenções clínicas. Por outro lado, a ausência desta

oscilação leva a um efeito incapacitante do papel de cuidador profissional que, ou fica completamente absorvido e envolvido nas experiências, ou sistematicamente as reprime e afasta (Papadatou, 2000). No seu livro *"In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved"* (2009), a autora complementa o seu modelo de luto profissional baseado em sete pressupostos: i) os profissionais que vivenciam a morte de uma pessoa como uma perda pessoal, são suscetíveis de sofrimento; ii) a angústia envolve uma oscilação entre o experienciado e a tentativa de evitar a perda e o luto; iii) através do processo de luto, são atribuídos significados à morte, ao morrer e aos cuidados; iv) os conceitos pessoais de morte são afetados por significados, que são partilhados por colegas de trabalho mutuamente; v) podem advir complicações no processo perda/luto quando não existe oscilação entre o experienciado e o evitado; vi) o processo de luto profissional oferece uma oportunidade para o crescimento pessoal e vii) o processo de luto profissional é severamente influenciado por diversas variáveis (Papadatou, 2009).

## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA**

Neste capítulo enuncia-se o tipo de estudo, a população entrevistada e quais as medidas e procedimentos usados na recolha e análise dos dados. Abordar-se ainda, as considerações formais e éticas bem como as limitações do estudo.

### **1. TIPO DE ESTUDO**

No sentido de atingir os objetivos definidos foi realizado um estudo exploratório, descritivo do tipo fenomenológico de forma a obter informação mais precisa e mais completa do objeto em estudo, utilizando uma metodologia qualitativa.

A abordagem qualitativa possibilita a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos sujeitos da investigação e a recolha de dados ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, possibilitando o acesso à riqueza da experiência humana (Bogdan & Biklen, 2006).

Trata-se de um estudo exploratório porque pretende adaptar o investigador aos problemas, tornando-o mais claro, usando-os para conhecer as variáveis desconhecidas, necessárias a uma investigação mais profunda (Vilelas, 2020). No estudo descritivo, o método apoia-se em estratégias de pesquisa para observar e descrever os comportamentos, integrando a identificação de fatores que podem estar relacionados com um fenómeno em particular (Freixo, 2018). Este estudo aproxima-se ainda da fenomenologia porque pretende-se entender o sentido que as pessoas atribuem à experiência vivenciada. Em suma, pretende-se conhecer as vivências dos enfermeiros perante a morte de um jovem em contexto de urgência e de emergência e, deste modo, permitir explorar, conhecer, descrever, determinar a natureza e características de conceitos, populações ou fenómenos, permitindo traçar um retrato claro e preciso do objeto de estudo, que poderá constituir os alicerces para futuras investigações.

### **2. PARTICIPANTES**

Os participantes no estudo são enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica e de Adultos de um hospital da zona norte de Portugal, que acederam participar voluntariamente, e foram selecionados intencionalmente de acordo com os seguintes critérios: i) Enfermeiros que desenvolvam a sua atividade profissional há pelo menos 5 ou mais anos no contexto de urgência; ii) Que prestem cuidados na sala de emergência; iii) Que tenham vivenciado a experiência da morte de pelo menos um jovem no contexto de urgência e emergência.

No sentido da justificação destes critérios e no que diz respeito aos anos de serviço, Benner (2001) defende que os requisitos de perícia no desempenho da atividade profissional suportam-se na experiência e na educação. Sustentada no modelo “Aquisição de Perícia”, de Dreyfus, (modelo adaptado à Enfermagem que ajuda o enfermeiro a compreender as diferenças entre o enfermeiro experiente e o principiante), a autora refere que o profissional atravessa por cinco níveis de proficiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. A passagem de um nível para outro supõe alterações em dois aspetos, aumento da confiança em aspetos abstratos, conduzindo à utilização de experiências passadas e mudança na perceção e entendimento da exigência de uma determinada situação (Benner, 2001).

O conceito de jovem/juventude é polissêmico e interdisciplinar. A juventude constitui uma fase de vida socialmente construída e sujeita a diversas alterações ao longo do tempo (Doutor, 2016). É entendida como um período de transição da dependência da infância à independência da idade adulta (United Nations, 2021)

Para a Organização Mundial de Saúde (1989) jovens são os indivíduos com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos, sendo este também o intervalo de idades definido pela Direção Geral de Saúde (2006). No presente estudo considerou-se este limite de idades para os indivíduos jovens.

Tendo em conta o tipo de estudo e, de acordo com Bogdan & Biklen (2006) a amostra é pequena, contextual, não generalizável, não representativa estatisticamente e conseguida por saturação de dados, que, para os mesmos, é o ponto da recolha de dados a partir do qual a aquisição de informação se torna repetitiva.

### **3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS**

A entrevista semiestruturada foi a técnica selecionada para a recolha de dados, na medida em que pareceu ser aquela que melhor permitiria explorar, com maior profundidade, as reações dos sujeitos inerentes ao processo de morte dos jovens em contexto de urgência e porque pareceu também ir ao encontro dos objetivos delineados para este estudo. Este instrumento possibilita a obtenção de informações e respostas detalhadas sobre temas complexos e proporciona a recolha de “dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 2006, p. 103).

Streubert & Carpenter (2013) defendem que a entrevista semiestruturada permite que os participantes expliquem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse. E, nesta linha de pensamento os mesmos autores referem que a entrevista permite entrar no mundo da outra pessoa e compõe uma excelente fonte de dados.

Assim foi elaborado um guião de entrevista (Anexo 7) estruturado em duas partes: a primeira reporta à caracterização sociodemográfica dos participantes, e a segunda parte é constituída por questões abertas, desenvolvidas a partir dos constructos identificados na revisão dos saberes teóricos e empíricos a propósito da problemática em estudo.

No sentido de averiguar a eficácia e o valor do guião e se o mesmo conseguia dar resposta aos objetivos propostos, realizou-se uma entrevista teste a um enfermeiro que presta funções no hospital selecionado para o estudo, validando o instrumento. A análise na investigação qualitativa começa quando a colheita de dados se inicia, permitindo a revisão constante dos registos (Streubert & Carpenter, 2013).

Para se proceder à transcrição das entrevistas, a fim de manter o anonimato dos participantes, atribuiu-se uma codificação inicial com o seguinte registo: P – Participante, Numeração – ordem do entrevistado. Com base no desenvolvimento teórico e em consonância com a análise comparativa contínua, os dados foram tratados recorrendo-se aos pressupostos da análise de conteúdo propostos por Bardin (2016). De acordo com a autora, a organização da análise de conteúdo, decorre nas seguintes fases: i) a pré-análise que é a fase de organização, e corresponde a um período de intuições que tem por objetivo organizar e sistematizar as ideias tornando-as funcionais, de modo a orientar um esquema preciso para o desenvolvimento das operações seguintes; e a ii) exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos a inferência e a interpretação referem-se ao tratamento dos dados na sua totalidade de forma a serem significativos e válidos, etapa onde o investigador pode fazer inferências e desenvolver interpretações.

O tratamento e análise de dados foram efetuados com recurso ao software WebQDA® que permitiu estruturar e hierarquizar as Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias.

#### **4. QUESTÕES ÉTICAS**

A realização de estudos de investigação pressupõe efetuar, previamente, determinados procedimentos formais e éticos que a viabilizem.

Streubert & Carpenter (2013) referem que os investigadores norteiam as suas ações segundo os princípios éticos de forma a não lesarem os participantes. Deste modo, um investigador tem em conta

os princípios éticos. O princípio da não maleficência pressupõe que o investigador não prejudique o participante em qualquer fase do estudo; e o princípio da autonomia, o participante colabora no estudo de forma voluntária, obtendo-se o seu consentimento informado. O investigador assegura, ainda, que a confidencialidade e anonimato são respeitados favorecendo assim o princípio da beneficência e justiça. O consentimento informado e a proteção dos participantes contra qualquer espécie de dados são questões éticas que controlam a investigação com humanos (Bogdan & Biklen, 2006).

Tendo em conta o descrito anteriormente, e de acordo com Streubert & Carpenter (2013) o respeito pelo consentimento livre e esclarecido implica que cada participante tenha o direito a decidir por ele próprio a participar ou sair do percurso investigativo, salvaguardando assim o direito à autonomia.

Tendo em conta os princípios definidos pelos códigos de ética, todos os direitos foram salvaguardados pela investigadora. A cada participante, individualmente, foram expostos os objetivos do estudo, procedendo a uma explicação detalhada sobre a natureza, a duração da investigação e esclarecimento de alguns aspetos e eventuais questões colocadas pelos mesmos. Seguidamente, foi solicitada autorização para a realização da entrevista gravada, garantido o anonimato, a confidencialidade e privacidade dos dados e assegurados os respetivos termos de consentimento por escrito (Anexo 6). A obtenção do consentimento informado por parte dos participantes é uma das medidas que preserva os direitos e liberdades das pessoas que participam nos estudos de investigação.

Procurou-se zelar pela instauração de um clima de confiança, combinando previamente as circunstâncias que garantissem a privacidade necessária, bem como as condições favoráveis para a gravação da entrevista.

A participação no estudo foi voluntária podendo os sujeitos, a qualquer momento, não continuarem na participação no estudo, sem que daí resultasse qualquer prejuízo.

Os dados pessoais recolhidos foram sujeitos a um processo de pseudonimização de forma a não tornar identificáveis os participantes, sendo a anonimização totalmente garantida, cumprindo o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, com entrada em vigor em 25 de maio de 2018, Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

As gravações das entrevistas ficaram apenas na posse da investigadora, foram destruídas depois de completar a sua transcrição, da sua revisão estar concluída e dos participantes terem validado a informação, pelo que não ultrapassou um ano.

## **5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Uma limitação deste estudo poderá estar relacionada com o facto de ter sido direccionado a um contexto particular de cuidados o que transmite uma visão específica de um grupo de profissionais e que não permite perceber se existem outras perspetivas, outras vivências ou mesmo outras formas de lidar com a morte de jovens em contexto de urgência.

Algumas dificuldades foram também sentidas como sejam a falta de experiência da investigadora na área da investigação e a escassez de estudos sobre o tema, objeto de estudo, o que limitou o aprofundamento e riqueza da literatura. No entanto, durante a realização da investigação, todas estas dificuldades não foram entendidas pela investigadora como um entrave, mas sim como um estímulo para a procura de novo conhecimento e desenvolvimento de novas competências e deste modo poder contribuir para a melhoria dos cuidados.

Considera-se importante alargar a investigação a outros contextos de urgência e emergência, para que se possa contribuir para o desenvolvimento desta temática em contextos análogos.

## **CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo são apresentados e discutidos os dados obtidos nesta investigação. Começar-se-á por uma breve caracterização sociodemográfica dos participantes, de seguida apresentar-se-ão os dados sistematizados da entrevista semiestruturada. Por último, tendo presente a revisão da literatura, proceder-se-á à análise e discussão dos dados obtidos.

### **1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

#### **1.1. Caracterização sociodemográfica**

Neste estudo foram convidados a participar enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão, tendo sido realizadas sete entrevistas, tendo em conta o procedimento de recolha dos dados. Dos sete participantes, cinco são do género feminino e dois participantes do género masculino. No que se refere ao estado civil, três participantes são casados e quatro participantes não são casados. A idade média dos participantes é de 41,3 anos. A maioria dos participantes tem pelo menos um filho, apenas um participante não tem filhos. Quanto ao nível de formação, três têm uma pós-licenciatura de especialização em enfermagem e um tem mestrado. Relativamente ao tempo de experiência profissional no SU, seis dos participantes trabalha há mais de 10 anos neste contexto (dois participantes entre 10 e 15 anos, um participante entre 15 e 20 anos e três participantes há mais de 20 anos), enquanto apenas um trabalha há mais de 5 anos mas menos que 10 anos, conforme evidenciado no Quadro 2 que se segue.

**Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes**

<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Género</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Nº de Filhos</b>	<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Tempo de Exercício Profissional no Serviço de Urgência</b>
<b>P1</b>	34	F	Casado	1	Pós-Licenciatura	Entre 10 – 15 anos
<b>P2</b>	32	F	Não Casado	0	Pós-Licenciatura	Entre 5 – 10 anos
<b>P3</b>	51	F	Casado	1	Licenciatura	≥ 20 anos
<b>P4</b>	38	F	Não Casado	1	Licenciatura	Entre 10 e 15 anos
<b>P5</b>	51	F	Não Casado	1	Licenciatura	≥ 20 anos
<b>P6</b>	39	M	Casado	2	Pós-Licenciatura	Entre 15 – 20 anos

---

<b>P7</b>	44	M	Não Casado	2	Mestrado	≥ 20 anos
-----------	----	---	------------	---	----------	-----------

---

Na seleção dos participantes procurou-se a diversidade tanto de experiência profissional, como de idade e género para promover maior riqueza e diversidade de achados.

## **1.2. Entrevista Semiestruturada**

Através da análise dos achados qualitativos é possível identificar sentimentos, conhecer dificuldades e necessidades, conhecer os efeitos ao nível pessoal, identificar estratégias de adaptação e sugestões. Os participantes foram incentivados a expressar as suas vivências, existindo a necessidade em algum momento reformular as questões sempre que solicitado ou que se verificou a sua pertinência. Para facilitar a compreensão do conteúdo da mesma, em algumas entrevistas as questões não seguiram a ordem pré-estabelecida, tendo sido realizadas adaptações consideradas necessárias durante o seu decurso. Esta seria uma forma de entender os pontos de vista dos sujeitos e as razões que os levam a assumir, e, não modificar os pontos de vista dos participantes (Bogdan & Biklen, 2006).

A entrevista semiestruturada constituiu uma técnica de colheita de dados exigente, mas enriquecedora para as pessoas envolvidas, pelo que permitiu explorar de forma mais aprofundada os conteúdos necessários ao estudo. As entrevistas foram efetuadas num gabinete resguardado o que permitiu um clima de confiança e privacidade e os depoimentos dos participantes foram gravados em suporte áudio para posterior transcrição e análise, constituindo esta o *corpus* de análise do presente estudo. Face às experiências vividas marcantes, e como forma de controlar as emoções, dois participantes optaram pelo relato escrito dos seus depoimentos.

A análise de conteúdo efetuada aos discursos produzidos pelos participantes do estudo permitiu identificar um conjunto de palavras mais frequentes, e espectáveis, conforme ilustrado pela Figura 7 que se segue.



- 
- Dor

- Transição da situação para o contexto pessoal

---

**Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para enfrentar a morte de jovens.**

- Discussão de situações vivenciadas e partilha de emoções e sentimentos com colegas de equipa
- Apoio familiar
- Afastamento dos cuidados/Fuga/ Distanciamento

---

**Informação Complementar**

- Necessidade de apoio psicológico à equipa/ *Debriefing*
- 

Após a breve caracterização sociodemográfica dos participantes bem como a apresentação síntese das áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo, apresentam-se de seguida e, pela mesma ordem, os discursos produzidos pelos enfermeiros, através da entrevista.

### **1.2.1. Experiências dos enfermeiros perante a morte de um jovem**

Nesta unidade temática são apresentados os achados das entrevistas, e respetivas categorias. Para todos os participantes do presente estudo a morte de um jovem, é um acontecimento trágico, contranatura, difícil de aceitar. Face às suas experiências marcantes, por serem acontecimentos que os acompanham por um longo período, parece ser normal e expectável que a equipa insista em manter o jovem com vida (equipa orientada para a cura).

Todos os participantes consideraram a faixa etária juvenil como uma idade de construção e desenvolvimento e uma idade prematura para se morrer, como se verifica pelas falas dos participantes no quadro 4.

#### **Quadro 4 - Achados na categoria acontecimento contranatura**

##### Acontecimento contranatura

---

Participante 1: *“Como é que alguém tão jovem pode morrer? Não é normal, tem uma vida pela frente...”*

---

Participante 3: *“(...) como é que alguém desta idade morre? Não é nada normal...”*

---

---

Participante 4: *“Estas mortes são prematuras, têm vidas a construir (...) todas deixam marcas em nós, mas claro que com esta idade e sem antecedentes, com uma vida pela frente”.*

---

Participante 5: *“(...) é o término de uma fase de vida que mal começou...”*

---

Participante 7: *“(...) porque o normal não é morrer jovem, é morrer já com alguma idade.”*

---

Dos participantes no estudo, quatro realçaram que, e a equipa está orientada para a cura e que desistir não é uma opção (Quadro 5). Os participantes identificaram que a sua missão é cuidar, intervindo perante o jovem em situação crítica com o objetivo de lhe salvar a vida.

#### **Quadro 5 - Achados na categoria equipa de saúde orientada para a cura**

##### Equipa de saúde orientada para a cura

---

Participante 2: *“(...) na altura nós tentamos tudo, são reanimações, muito, muito demoradas, que nos levam muitas vezes até à exaustão física e depois no final psicológica, porque tentamos tudo (...)”*

---

Participante 4: *“Tentamos tudo, tudo mesmo... ninguém conseguia parar(...)”*

---

Participante 6: *“Tive várias experiências e de facto sim, quando é preciso parar, ou é o enfermeiro que quer investir mais, ou é o médico que quer investir mais, há sempre alguém a fazer mais além, mais alguma coisa, de facto acontece, parar não é assunto”*

---

Participante 7: *“(...) há uma pessoa que está ali e precisa que façamos tudo para a salvar, (...) é preciso fazer determinados procedimentos (...) diria que há todo um empenho (...) numa criança ou num jovem é diferente a postura (...) é uma coisa intrínseca a nós mesmos, é uma situação que marca mais e que se põe mais para tentar reverter e evitar uma tragédia”.*

---

As vivências dos participantes reconhecem-se pelas suas narrativas. Considera-se assim uma vivência marcante, que de alguma forma levam para a sua vida, as recordações relativas a aspetos simbólicos do momento, tais como, a cor do cabelo, o dia, o tom de pele, a reação da família, entre outros (Quadro 6).

## Quadro 6 - Achados na categoria vivência marcante

### Vivência marcante

---

Participante 1: *"(...) foi num acidente de viação, a jovem estaria a passar na passadeira, o autocarro parou e um carro ultrapassou e bateu na jovem, foi um acidente, o mecanismo da lesão foi muito violento, ela foi projetada, é uma morte que me marca para a vida (...) o rosto da jovem, ela era ruiva, muito branquinha, não tinha um único arranhão"*

---

Participante 3: *"Lembro-me como se fosse hoje... foi a minha primeira morte na urgência pediátrica e nunca mais me esqueci da reação daquela família, daquela mãe..."*

---

Participante 4: *"É difícil ultrapassar, a verdade é que nem sei se isso é possível, até hoje lembro-me de tudo, tudo..."*

---

Participante 5: *"(...) muitas vezes me lembro (...)"*

---

Participante 6: *"Lembro-me da cara da rapariga, era muito gordinha, tinha uma cara redondinha e chamava-se (...) a gente nunca esquece..."*

---

Participante 7: *"Nunca mais me esquece no primeiro dia que estive na sala de emergência, um domingo de manhã e foi quando tudo aconteceu (...)"*

---

### 1.2.1. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de um jovem

As dificuldades sentidas pelos participantes perante a morte de um jovem constituem outra das unidades temáticas, a qual se evidenciam aqui com as categorias e subcategorias emergentes. De notar que, todos os participantes admitiram pelo menos uma dificuldade.

A tomada de decisão, foi referida por três participantes como é evidente no quadro 7.

## Quadro 7 - Achados na categoria tomada de decisão

### Tomada de decisão

---

Participante 1: *"As tomadas de decisão... essas custam muito... parar, ou não parar..."*

---

Participante 2: *"Quando nós pensamos é quando a equipa decide parar e não continuar mais, esta é a decisão mais difícil"*

---

---

Participante 6: *"(...) assumir quando parar é uma dificuldade."*

---

A comunicação de más notícias, informação e cuidado à família são também dificuldades sentidas por todos os participantes do estudo, e estão inteiramente relacionadas com a complexidade que sentem no contacto com a família, quer no que diz respeito à informação sobre a morte, quer no que diz respeito à gestão das emoções (Quadro 8).

### **Quadro 8 - Achados na categoria comunicação de más notícias, informação e cuidado à família**

#### Comunicação de más notícias, informação e cuidado à família

---

Participante 1: *"(...) a comunicação à mãe, que foi o momento para mim mais marcante e difícil para mim (...) as palavras da mãe, quando o Dr. lhe disse que a jovem estava morta e não havia nada a fazer, recordo-me que aquilo me marcou imenso, eu tive que sair da sala, porque a senhora agarrou-se ao médico a dizer-lhe que dava a vida dela, a casa, mas que tinha de salvar a filha"*

---

Participante 2: *"(...) entrar com os pais e com o namorado dentro da sala, para eles verem o corpo, e acho que foi uma coisa... estava aqui encostada, acho que foi dos turnos mais difíceis (...) custa-nos muito ir dar as notícias, custa-nos muito trazê-los cá dentro"*

---

Participante 3: *"(...) tento ser o mais humana possível com os pais quando lhes vou transmitir a notícia, é o mais difícil, porque ninguém está preparado para perder um filho."*

---

Participante 4: *"(...) dificuldade em lidar com os pais. Como explicar a um pai/mãe que apesar de termos tentado tudo, não conseguimos salvar o seu filho?"*

---

Participante 5: *"A dificuldade em lidar com os pais é desgastante."*

---

Participante 6: *"É difícil lidar com os pais, porque o mundo deles desaparece, eles não querem acreditar (...) vê-los a chegar e ver aquela fúria, negação, é difícil, é preciso alguém com grande estofo para poder falar com eles, para dar a volta, para enfrentar aquela situação."*

---

Participante 7: *"A família depois, chegou aqui mais tarde, passadas algumas horas, ele ainda estava ali na sala de emergência, vieram depois os peritos da polícia, toda essa peritagem que é obrigatória fazer nesses casos, a abordagem à família foi custosa."*

---

A identificação das necessidades efetivas da família é também uma dificuldade, mencionada por quatro participantes como se verifica no quadro 9.

### **Quadro 9 - Achados na categoria identificação das necessidades efetivas da família**

#### Identificação das necessidades efetivas da família

---

Participante 2: *"(...) ver a família em sofrimento não saber o que precisam..."*

---

Participante 3: *"(...) choro e rezo com eles e por eles, se eles assim o desejarem, nunca saberei o que precisam concretamente..."*

---

Participante 5: *"Travar apoio moral com os pais, por assimilação de sentimentos é difícil, nunca se sabe o que dizer, como dizer e aquilo que eles precisam no momento"*

---

Participante 7: *"(...) pensar nas implicações que aquilo vai ter na família daquele jovem, que nem sabemos muito bem do que precisa naquele momento..."*

---

O envolvimento emocional/gestão de sentimentos, divide-se em seis subcategorias: Tristeza/Choro, Frustração, Angústia, Impotência, Dor e Sentimento de Culpa/Derrota. Nos discursos dos participantes estas subcategorias parecem estar sempre presentes, todos eles o demonstraram como uma dificuldade, utilizando para isso diferentes emoções. Nesta categoria verifica-se predominância de sentimentos negativos, caracterizando bem o que os participantes experienciam, vivenciam e sentem perante situações de morte de jovens, sendo-lhes difícil e complexo lidar com estas situações no seu quotidiano.

A tristeza surge como sentimento vivenciado e difícil de gerir em dois participantes, e surge também associada ao choro em três participantes (Quadro 10).

### **Quadro 10 - Achados na categoria envolvimento emocional/ gestão de sentimentos e subcategoria tristeza/choro.**

#### Tristeza/Choro

---

Participante 1: *"(...) recordo-me que chorei muito essa noite, foi triste (...)"*

---

Participante 2: *"(...) fechar a porta da sala de emergência e deixar as lágrimas cair..."*

---

Participante 3: *"Foi muito doloroso, muito triste..."*

---

---

Participante 6: *“Despertou tristeza (...) chorava, tocou-me bastante.”*

---

Participante 7: *“(...) entrar num processo deste é o que me deixa triste (...)”*

---

A frustração é também um sentimento que surge associado aos discursos de três participantes (Quadro 11).

**Quadro 11 - Achados na categoria envolvimento emocional/ gestão de sentimentos e subcategoria frustração**

Frustração

---

Participante 2: *“Sabemos que já não há mais volta a dar, aí já nos começa a dar uma descarga muito grande, é frustrante (...)”*

---

Participante 4: *“(...)e frustração (...)”*

---

Participante 5: *“Existe um despertar de sentimentos de frustração.”*

---

A angústia nestas narrativas é o sentimento menos citado, embora um participante o tenha mencionado (Quadro 12).

**Quadro 12 - Achados na categoria envolvimento emocional/gestão de sentimentos e subcategoria angústia**

Angústia

---

Participante 1: *“(...) foi uma angústia muito grande...”*

---

A impotência surge também nos discursos dos participantes, apenas dois participantes apontam este sentimento (Quadro 13).

**Quadro 13 - Achados na categoria envolvimento emocional/ gestão de sentimentos e subcategoria  
impotência**

Impotência

---

Participante 4: *“Esta vivência despertou em mim sentimentos de impotência...”*

---

Participante 5: *“Existe um despertar de sentimentos de (...) impotência”*

---

A dor está presente nos discursos de dois participantes que vivenciam este processo de morte de jovens como uma situação dolorosa (Quadro 14).

**Quadro 14 - Achados na categoria envolvimento emocional/ gestão de sentimentos e subcategoria dor**

Dor

---

Participante 4: *“Sem palavras para tamanha dor (...)”*

---

Participante 5: *“(...) é tão doloroso...”*

---

Sentimentos de culpa e derrota são também comuns nestes profissionais. Tendo em conta os seus discursos, quatro participantes abordaram especificamente estes sentimentos como se pode observar no quadro 15.

**Quadro 15 - Achados na categoria envolvimento emocional/ gestão de sentimentos e subcategoria  
sentimento de culpa/derrota**

Sentimento de culpa/Derrota

---

Participante 1: *“(...) nenhuma situação se iguala a isto que eu vivi nesse dia, é como que um fracasso...”*

---

Participante 2: *“(...) parece que existe uma culpa (...)”*

---

---

Participante 4: *"(...) sentimento de culpa (...)"*

---

Participante 7: *"Quando finalmente há decisão que o doente está morto, desistimos, é quando se para, é como que cai um peso em cima das costas(...)"*

---

A transição da situação para o contexto pessoal também é notória, cinco participantes referiram transferir o que acontece com o jovem para os próprios filhos ou até mesmo para outros membros da família, mesmo que tenham idades distintas (Quadro 16).

#### **Quadro 16 - Achados na categoria transição da situação para o contexto pessoal**

Transição da situação para o contexto pessoal

---

Participante 1: *"(...) é muito complicado eu estar lá até ao final, prestar os cuidados que prestei à jovem, pós-mortem, sendo mãe, é muito pior, transfiro todo e qualquer sentimento para a minha vida pessoal."*

---

Participante 2: *"(...) estar na reanimação e pensar que poderia ser um dos meus"*

---

Participante 3: *"(...) imaginei que da minha filha se tratasse..."*

---

Participante 6: *"tudo o que é faixas etárias parecidas com os nossos ou até sendo um pouco mais velhos, situações de vida que acontecem, isto pode acontecer a qualquer pessoa, pode-me acontecer a mim, e isso mexe."*

---

Participante 7: *"(...) começa-se a pensar se fosse eu, se fossem os meus filhos ou o meu primo ou um familiar meu (...)"*

---

#### **1.2.2. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para enfrentar a morte de jovens**

Esta unidade temática circunscreve-se às estratégias utilizadas pelos participantes quando são confrontados com a situação de morte prematura de um jovem, sendo evidenciada pelas categorias que a constituem, discussão de situações vivenciadas e partilha de emoções e sentimentos com colegas de equipa; o apoio familiar e o afastamento dos cuidados/fuga/distanciamento,

A partilha de vivências e a discussão e partilha de emoções e sentimentos em contexto de equipa é vista por quatro participantes como uma estratégia para minimizar o impacto das perdas nestas idades (Quadro 17).

**Quadro 17 - Achados na categoria discussão de situações vivenciadas e partilha de emoções e sentimentos com colegas de equipa**

Discussão de situações vivenciadas e partilha de emoções e sentimentos com colegas de equipa

---

Participante 1: *“(...) somos nós próprios, uns aos outros, vamos desabafando (...) vamos tentando, acho que passa um bocadinho por aí, tentamos todos preencher um bocadinho o vazio que cada um sente quando vive estas situações.”*

---

Participante 2: *“(...) as únicas estratégias de partilha é mesmo entre nós, nós falamos entre nós, nós falamos do que aconteceu, falamos do que estamos a sentir naquele momento”*

---

Participante 4: *“A equipa e as conversas que temos entre nós ajudam muito também...”*

---

Participante 7: *“A equipa que está a trabalhar poderá naquele momento, se for uma equipa que esteja mais entrosada, poderá falar a seguir. Depois nos turnos seguintes eventualmente poderá haver uma conversa, há situações que nos marcam mais e isso pode acontecer (...) há muito esse hábito na equipa, de discutir mesmo com os médicos, com toda a gente, se havia alguma coisa que se podia ter feito melhor, mas é tudo entre nós, nada formal.”*

---

O apoio familiar é encarado por dois participantes como forma de aliviar o sofrimento causado por perdas de pessoas jovens e demonstrado através dos discursos presentes no quadro 18.

**Quadro 18 - Achados na categoria apoio familiar**

Apoio familiar

---

Participante 1: *“O apoio do marido foi uma ajuda...”*

---

Participante 3: *“Nesse dia só queria chegar a casa o mais rápido possível e poder abraçar a minha filha (...) a minha família é o meu refúgio, é com eles que tento diminuir o impacto destas perdas”*

---

O distanciamento, a fuga e o afastamento dos cuidados emerge em quatro narrativas e é considerado pelos participantes uma estratégia face às perdas nestas faixas etárias (Quadro 19).

#### **Quadro 19 - Achados na categoria afastamento dos cuidados/fuga/distanciamento**

##### Afastamento dos cuidados/Fuga/ Distanciamento

---

Participante 2: *“Na altura, quando acaba vou sempre arejar um bocado lá fora...”*

---

Participante 5: *“(…) mantenho-me calada o resto do turno, não partilho emoções, para não partilhar a dor.”*

---

Participante 6: *“fui para o carro, estive no carro isolado, a pensar, um bocadinho, muito muito em baixo e não conseguia fazer mais nada, o pensamento estava bloqueado, foi a primeira morte nestas idades”*

---

Participante 7: *“(…) eu habitualmente a seguir fico em silêncio, não falo, normalmente sou uma pessoa mais faladora, até por defesa (...)”*

---

### **1.2.3. Informação Complementar**

Por último surge esta unidade temática que abarca a informação complementar que os participantes consideraram necessária para completar os seus discursos, seis participantes referiram a necessidade de apoio psicológico e *debriefing* em equipa aos profissionais do serviço de urgência na tentativa de melhorar os cuidados prestados e diminuir o impacte da perda na equipa (Quadro 20).

#### **Quadro 20 - Achados na categoria necessidade de apoio psicológico/ *debriefing***

##### Necessidade de apoio psicológico à equipa/ *Debriefing*

---

Participante 1: *“Um apoio psicológico aqui no serviço de urgência.”*

---

Participante 3: *“Seria importante o apoio psicológico aos profissionais do serviço de urgência”*

---

Participante 5: *“(…) apoio psicológico permanente seria bastante pertinente no serviço de urgência.”*

---

---

Participante 6: *“Eu acho que o apoio psicológico pode ajudar (...) importante sim também seria uma conversa com a equipa e discutir o que aconteceu, a equipa médica, de enfermagem, de auxiliares, juntar para falar uns com os outros, se correu bem, se fizemos as coisas bem, o chamado debriefing”*

---

Participante 7: *“Acredito que seria importante o apoio de um profissional aqui, nas situações mais marcantes, de mortes mais violentas, o que inclui multivítimas, situações que trazem muitas emoções atrás, a vantagem de ter um especialista a gerir, a tentar ajudar-nos a gerir as emoções acho que seria uma boa experiência (...) nós não temos (...) e seria importante o debriefing em equipa de forma mais formal e com estratégias definidas.”*

---

Terminada a apresentação e a análise dos dados obtidos por meio dos instrumentos de recolha utilizados, passa-se para o ponto seguinte onde se procede à discussão destes mesmos dados.

## **2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Da análise do conteúdo reconhece-se que o acompanhamento do fim de vida de um jovem, não sendo efetivamente tão frequente, é perturbador na prática diária no serviço de urgência, assim como marca o momento para sempre na memória e na prática profissional de cada enfermeiro.

A discussão dos resultados centra-se essencialmente em quatro dimensões de análise, ou áreas temáticas, de acordo com os objetivos delineados para o estudo.

### **2.1. Experiências dos enfermeiros perante a morte de um jovem**

A morte de um jovem é assumida como um dos maiores desafios encarados pelos profissionais de saúde (Lima, Pinto, et al., 2018).

A atuação do enfermeiro nos serviços de urgência envolve um conjunto de áreas diversificadas, visando a cura, sendo que a sua intervenção se encontra direcionada para o restabelecimento da saúde. Neste estudo verifica-se a procura da cura e o controlo das situações, os profissionais de saúde tendem a sobrevalorizar as tarefas essencialmente técnicas, como evidenciado no relato do Participante 6 *“Tive várias experiências e de facto sim, quando é preciso parar, ou é o enfermeiro que quer investir mais, ou é o médico que quer investir mais, há sempre alguém a fazer mais além, mais alguma coisa, de facto acontece, parar não é assunto”*. Resultados do estudo efetuado por Lima e colaboradores corroboram estes achados, os autores referem esta atuação direcionada para a cura como consequência da evolução científica e tecnológica no domínio da saúde (Lima et al., 2018). Prestam-se cuidados pluridimensionais que se distinguem pela multiplicidade de saberes exigidos, tendo em conta a pessoa e os processos de doença.

Os serviços de urgência dão resposta à população em geral e a diversidade cultural, nomeadamente em Portugal, evidencia o aumento dos desafios relacionados com a necessidade de individualização dos cuidados de saúde e muito particularmente com o conhecimento relacionado com crenças, valores e práticas de saúde associadas a cada cultura específica da população. Esta diversidade do cuidar imposta pelo aumento da diversidade cultural é o melhor exemplo da universalidade e diversidade do cuidar defendida por Leininger (1991). De acordo com esta teórica o enfermeiro, neste contexto, compreende a pessoa como “diferente” e respeita, escuta, conhece as manifestações específicas de dor, a forma de luto, a recusa alimentar, entre inúmeros outros aspetos. Ele tem a competência para avaliar, intervir e cuidar, quer de forma mais geral, quer de forma mais específica, sendo o seu propósito assegurar e salvar vidas.

Neste sentido, verifica-se que existe um conflito entre o dever de prestar cuidados à pessoa que se encontra em processo de morte e o desejo de assegurar a cura dessa pessoa, mesmo não sendo possível. Também, em alguns momentos os enfermeiros perante situações de doença grave substituem o doente na satisfação das suas necessidades humanas básicas (Souza & Reis, 2019). Esta realidade vivenciada pelos enfermeiros parece estar próxima da concepção de Virgínia Henderson (2007) que sustenta a intervenção destes profissionais na substituição da pessoa que, durante um determinado período de tempo, não possa realizar por si própria certas atividades relacionadas com a saúde e ajudá-la a recuperar o mais rápido possível a sua independência e a satisfação das suas necessidades fundamentais, ou por outro lado, assegurar uma morte pacífica.

A morte de uma pessoa é sentida, pela equipa, como uma derrota, pelo legado deixado pela formação. Estes profissionais parecem ser preparados para recuperar a saúde e preservar a vida (Silva et al., 2018; Martins et al., 2019).

Quando se trata de um jovem, emerge neste estudo o reconhecimento por parte dos enfermeiros que estes momentos são tão marcantes e deixam na sua memória a marca dessas vivências, “*Lembro-me da cara da rapariga, era muito gordinha, tinha uma cara redondinha e chamava-se (...) a gente nunca esquece...*” (Participante 6). “*Como é que alguém tão jovem pode morrer? Não é normal, tem uma vida pela frente...*”, Participante 1. A morte de um jovem não é bem aceite, pelos profissionais que tentam tudo para salvar a vida e porque consideram acima de tudo que a morte é precoce. Foi perceptível nos relatos dos enfermeiros o sentimento de fracasso perante a perda não esperada da morte de um jovem, o que representam, como referem diversos autores, momentos de dor que ficarão nas suas memórias para sempre (Lima, Gonçalves, et al., 2018; Souza & Reis, 2019).

## **2.2. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de um jovem**

Os enfermeiros deparam-se muitas vezes com as situações de fim de vida, que são consequência de decisões médicas referentes à suspensão medicamentosa e procedimentos terapêuticos. No entanto, este estudo demonstra que existe dificuldade nas tomadas de decisão em equipa no que se refere ao momento de parar de investir, por serem situações de difícil decisão e porque se investem todos os recursos terapêuticos disponíveis, não se pensando que a morte seja uma possibilidade, o que parece ser resultado da concepção de que a morte só deveria acontecer numa idade avançada (Rodrigues e Costa et al., 2017). Este processo de tomada de decisão, sendo uma situação difícil que os profissionais de saúde enfrentam, é encarado como uma dificuldade pelos participantes deste estudo, como refere o Participante 1 no seu discurso “*As tomadas de decisão... essas custam muito... parar, ou não parar...*”.

Decidir é fazer uma escolha, o que leva, inevitavelmente, a que os profissionais da saúde reflitam sobre as suas orientações e decisões (Moura, 2017). No que diz respeito à aceitação do jovem em fim de vida, não parece existir preparação por parte dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, o que leva a que a relação direta enfermeiro/jovem em situação crítica, estendendo-se também à família, esteja dificultada.

A comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde, constituindo-se uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais (Prado et al., 2019). Perante esta realidade verifica-se que uma das maiores dificuldades sentidas pelos enfermeiros é a comunicação da notícia de morte e cuidado à família, por ser uma tarefa árdua, stressante e dolorosa (Lamba et al., 2015), pois requer competências de comunicação, principalmente quando a família não está à espera nem preparada para receber uma notícia trágica. Algumas das narrativas compreendem as dificuldades sentidas pelos enfermeiros quando estes são os interlocutores e gestores das más notícias, por serem ações que aumentam o medo dos participantes (Khalaf et al., 2018), como é exemplo a narrativa do Participante 4 *"(...) dificuldade em lidar com os pais. Como explicar a um pai/mãe que apesar de termos tentado tudo, não conseguimos salvar o seu filho?"*. Outros estudos também evidenciam essa dificuldade como o estudo desenvolvido por Pereira et al. (2017) e o estudo desenvolvido por Silva et al. (2018).

Seja qual for a causa, a perda de um familiar é sempre uma fonte de sofrimento, dor e solidão, não apenas para os familiares, mas também para os profissionais que têm a tarefa de comunicar a ocorrência do falecimento (De Leo et al., 2015). Estes profissionais sabem que para aqueles pais que vivenciam a morte de um filho, sendo a morte inesperada e violenta, conseqüentemente, podem ser expostos a um processo de luto prolongado (De Leo et al., 2015).

A identificação das necessidades da família também é uma das dificuldades sentidas e apresentadas, os participantes descrevem esta dificuldade como uma impossibilidade de perceber o sentimento que as famílias estão a vivenciar e de ser impossível descrever esta dor tão violenta, como é transmitido pelo Participante 2 num excerto do seu discurso *"(...) ver a família em sofrimento não saber o que precisam..."*. Como consequência sentem-se limitados no seu papel no cuidado à família, tendem a disponibilizar o acompanhamento da família até ao momento de visualizarem o corpo, e fornecer informações sobre o que fazer após a morte e meios de apoio disponíveis (Walker & Trapani, 2018).

A vivência de situações que alteram a rotina quotidiana das pessoas e das suas famílias, podem transtornar o seu equilíbrio ou, precipitar uma eventual descompensação. A este propósito e tendo em conta a conceção de Meleis (2010), a prática da Enfermagem baseia-se no cuidado à pessoa e família

para que se encontrem capazes de lidar com os problemas decorrentes do processo de transição que é a morte, mas também implementar e adequar intervenções que proporcionem ajuda efetiva às pessoas promovendo a estabilidade e sensação de bem-estar. Desta forma, poderão alcançar processos de transição saudáveis cabendo aos enfermeiros facilitar estas transições.

A reação emocional da família à morte perpetua-se nas memórias dos enfermeiros como refere o Participante 1 “(...) a comunicação à mãe, que foi o momento para mim mais marcante e difícil para mim (...) as palavras da mãe, quando o Dr. lhe disse que a jovem estava morta e não havia nada a fazer, recordo-me que aquilo me marcou imenso, eu tive que sair da sala, porque a senhora agarrou-se ao médico a dizer-lhe que dava a vida dela, a casa, mas que tinha de salvar a filha”, e conforme demonstrado noutras pesquisas (Howes, 2015; Lima, Gonçalves, et al., 2018). Neste relato foi notória a dificuldade dos enfermeiros em falar sobre as reações dos familiares face à perda do jovem. Durante as entrevistas houve pausas nos discursos, mudanças do olhar, alterações da voz o que expressa a impotência sentida pelos profissionais perante a abordagem à família, remetendo para os momentos difíceis de gerir.

O acompanhamento dos jovens, por parte dos enfermeiros, em morte iminente no serviço de urgência pressupõe envolvimento emocional perante a situação e o confronto familiar, que por sua vez se reconhecem como dificuldades sentidas por parte destes profissionais.

A rotina acelerada de atendimento dos serviços de urgência provoca um ambiente significativamente tenso, gerador de stress, que é vivenciado pelos profissionais de saúde, mas também pelas pessoas e por todos os seus familiares, estando, conseqüentemente, vulneráveis à ansiedade e à angústia (Radaelli et al., 2019).

A morte é considerada por alguns participantes um fracasso profissional, levando os enfermeiros a vivenciarem sentimentos de impotência, frustração e culpa, quando não é possível reverter a situação clínica das pessoas ou até mesmo evitar-lhes a morte. O relato da dificuldade de gerir os sentimentos e emoções apareceram em todos os discursos dos participantes, todos eles se referem a uma situação difícil de ser vivida e abordada, o que gera sentimentos negativos. Os discursos surgem representados por um simbolismo afetivo e emocional como diz o seguinte participante: “*Sem palavras para tamanha dor (...)*” (Participante 4). Sentimentos como tristeza com choro associado, frustração, angústia e impotência foram relatados expressamente, como refere o Participante 1 “(...) foi uma angústia muito grande...”. Estes achados relacionam-se com o que foi defendido noutros estudos, em que os autores mencionaram que os enfermeiros apresentam sentimentos negativos quando vivenciam o óbito crianças ou jovens (Lima, Gonçalves, et al., 2018; Martins et al., 2019; O’Meara & Trethewie, 2016; Souza & Reis, 2019). Para os enfermeiros, o sentimento de impotência é no fundo a sensação de que os seus

cuidados não tiveram o efeito que estes desejavam, o que poderá confirmar que nem sempre se consegue combater a morte. Consequentemente a necessidade de chorar referida por alguns participantes “(...) fechar a porta da sala de emergência e deixar as lágrimas cair...” (Participante 2) pode ser uma forma do profissional expressar as suas emoções e de lidar com a morte (Lima, Pinto, et al., 2018; R. Silva et al., 2018).

O sentimento de culpa e a derrota que alguns participantes apontaram também surgem representados, como diz o seguinte participante “(...) nenhuma situação se iguala a isto que eu vivi nesse dia, é como que um fracasso...” (Participante 1). Em alguns participantes reconhecem-se manifestações e sentimentos de autorreprovação que podem ser resultado do facto destes não se sentirem preparados para lidar com a morte, tendo uma visão de que a morte é sinónimo de fracasso e impotência o que poderá despertar neles estes sentimentos (Elidivânia & Camboim, 2016).

Já os sentimentos como dor, sofrimento, angústia e a não aceitação por parte da família fazem com que o enfermeiro, como ser humano dotado de sentimentos possa transferir os mais negativos para a sua vida familiar e pessoal e ter dificuldade em diferenciar o pessoal do profissional (Souza & Reis, 2019). Verifica-se neste estudo que os participantes com filhos, mesmo que com idades distintas, transitam as vivências para o contexto pessoal, “(...) começa-se a pensar se fosse eu, se fossem os meus filhos ou o meu primo ou um familiar meu (...)” (Participante 7), como já é conhecido de noutros estudos (Lima, Gonçalves, et al., 2018; Souza & Reis, 2019).

### **2.3. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para enfrentar a morte de jovens**

Dos achados presentes neste estudo pode depreender-se que a morte de um jovem é um acontecimento desconcertante, porque ocorre no início do desenvolvimento humano. Face aos acontecimentos que os enfermeiros vivenciam estes têm a necessidade de encontrar estratégias para enfrentar e gerir as situações mais marcantes, o que é reconhecido neste estudo.

Resultante da análise das entrevistas foram identificadas várias estratégias que os enfermeiros utilizam para enfrentar estes momentos. A discussão de situações vivenciadas e partilha de emoções e sentimentos com colegas de equipa é uma das estratégias que alguns participantes evidenciam, “(...) as únicas estratégias de partilha é mesmo entre nós, nós falamos entre nós do que aconteceu, falamos do que estamos a sentir naquele momento” (Participante 2); “(...) somos nós próprios, uns aos outros, vamos desabafando (...) vamos tentando, acho que passa um bocadinho por aí, tentarmos todos preencher um bocadinho o vazio que cada um sente quando vive estas situações” (Participante 1). A

partilha e discussão de experiências emocionais entre colegas surge como estratégia facilitadora para enfrentar a morte de jovens, uma vez que possibilitam a validação da experiência ao permitir identificar também o impacto negativo que tem nos seus pares (Forster & Hafiz, 2015). Sendo estes momentos de partilha comuns, neste estudo percebe-se que é um processo informal, tal como evidenciado no estudo de Khalaf et al. (2018). No entanto verifica-se em alguns estudos que o *debriefing* formal deve acontecer de forma programada, podendo cooperar na reflexão da parte mais humanista do cuidar (Farr & Barker, 2017). Em contrapartida, no estudo efetuado por Lima, Pinto, et al. (2018) é referido que o apoio dos colegas também pode ser negativo e pode exacerbar o stress.

O apoio familiar é também evidenciado por alguns participantes que se mostram acolhidos e compreendidos no seio familiar “*Nesse dia só queria chegar a casa o mais rápido possível e poder abraçar a minha filha (...) a minha família é o meu refúgio, é com eles que tento diminuir o impacto destas perdas*” (Participante 3); “*O apoio do marido foi uma ajuda...*” (Participante 1). Este achado corrobora com o achado de um estudo efetuado por Aoun et al. (2018), que identifica a família e os amigos como provedores de suporte face às experiências do luto. Por sua vez, num estudo efetuado por Isa et al., (2019) que pretendia identificar estratégias utilizadas por enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos para enfrentar o stress no trabalho demonstra que os participantes que eram casados sentiam-se mais capazes de desenvolver estratégias para enfrentar situações de stress. Por outro lado Tavares et al. (2017) defendem que o reconhecimento do trabalho dos enfermeiros por parte da sociedade, da família e dos colegas de trabalho é capaz de gerar estímulo e motivação.

Vários são os estudos que defendem o afastamento dos cuidados, a fuga e o distanciamento como uma estratégia de adaptação e um mecanismo de defesa, perante uma morte iminente. Estes profissionais evitam o contato verbal com a família da pessoa em fim de vida ou com os colegas e adotam condutas de fuga e evitamento uma vez que ao distanciar-se, é considerada por estes como uma forma de não partilhar emoções, inclusive a dor, como relata o Participante 5 “*(...) mantenho-me calada o resto do turno, não partilho emoções, para não partilhar a dor*”, o que corrobora com alguns estudos, ou seja *a priori* o profissional protege-se, evitando o sentimento de dor (Cardoso et al., 2021; Lazzaroto et al., 2018; Zheng et al., 2018). Estes comportamentos de fuga surgem também como forma dos profissionais se defenderem do processo de morte da pessoa e do sofrimento vivido pela família, como é evidente no estudo desenvolvido por Silva et al. (2018). Compreende-se que os enfermeiros têm enorme dificuldade em aceitar os seus próprios limites, utilizando mecanismos de defesa para negar um acontecimento natural e inevitável da vida assim como, para estar à altura deste desafio. A negação da morte, nas falas,

é explícita, principalmente, quando há evidências de que se chegou ao fim, procurando formas de a ocultar.

#### **2.4. Informação Complementar**

Dos achados das entrevistas surge como necessidade dos profissionais a existência de um sistema de apoio emocional no serviço de urgência, implementado pela organização de saúde. Uma outra informação relevante que emerge dos discursos dos participantes é a utilização do *debriefing* como uma estratégia a implementar que permitirá uma reflexão estruturada pós-experiência e que contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança da pessoa que necessita de cuidados.

Iniciando pelo primeiro achado, os profissionais da saúde estão entre os grupos mais vulneráveis às consequências emocionais e psicológicas no decorrer do seu trabalho. Encaram rotinas exaustivas, onde o foco é cuidar da pessoa que necessita de cuidados. Relativamente a esta informação destacada pelos participantes, também a literatura evidencia o apoio emocional, devido à carga emocional envolvida nos serviços de saúde (Khalaf et al., 2018; Silva et al., 2019). Os enfermeiros reconhecem que possuem dificuldades para gerir as emoções perante a morte da pessoa (Gómez-Díaz et al., 2017), e que quando não é possível gerir essas emoções a qualidade dos cuidados prestados é afetada (Becker et al., 2017). A falta de apoio psicológico surge nos estudos como um fator comprometedor tanto da vida profissional como pessoal dos enfermeiros, cujas vivências desgastantes no ambiente de trabalho podem desencadear a instalação de doenças (Souza & Reis, 2019), sendo uma delas é a Síndrome de *Burnout* (Martins et al., 2019; Souza & Reis, 2019). Outros estudos apontam para a necessidade do mesmo apoio, onde os profissionais lidam com mortes de forma recorrente, como é o caso dos serviços de urgência (Lazaroto et al., 2018). A evidência mostra também a existência de um desgaste emocional associado a estes contextos, por parte dos enfermeiros, que pode ser evidenciado como consequência de situações inesperadas que envolvem tensão, medo, sofrimento e morte, e como resultado provocar stress ocupacional (Florêncio et al., 2018). Os enfermeiros quando munidos de estratégias que os ajudam a gerir as emoções perante o sofrimento revelaram *coping* com a morte dos outros e a própria morte, utilizando as capacidades na gestão das suas emoções perante a morte (Pais et al., 2020).

Relativamente ao segundo achado, neste estudo surge a necessidade destes profissionais adotarem práticas de *debriefing* como estratégia. Alguns deles conheciam alguns dos programas, pouco comuns em Portugal, e, reconheceram-nos como uma mais-valia para o serviço. As competências não técnicas tais como as competências cognitivas e sociais são importantes no desempenho das equipas em

situações de emergência. Estas incluem as competências para a tomada de decisão, liderança, comunicação, capacidade de cooperação com outros membros, entre outras (Maignan et al., 2016). Neste sentido, quer os indivíduos, quer as equipas beneficiariam com a prática sistematizada do *debriefing*, pois através desta estratégia seria possível uma reflexão profunda sobre os conhecimentos postos em prática, as atitudes, as competências individuais e sobre o trabalho de equipa durante o evento, sendo possível reconhecer e perceber o que pode ser melhorado e modificado (Kessler et al., 2015), emergindo *insights* úteis para a melhoria da qualidade dos cuidados (Coggins et al., 2020).

Em suma, os programas de *debriefing* são importantes para melhorar os cuidados à pessoa que necessita de cuidados, identificar lacunas na atuação dos profissionais de saúde, melhorar a moral da equipa, fornecer apoio à equipa, preservando o bem-estar da equipa e, dando suporte à mesma numa perspetiva de oportunidade para identificação e controlo pessoal (Hammerle et al., 2017; O'Meara & Trethewie, 2016).

Importa perceber que a vivência cotidiana dos enfermeiros não é suficiente para prepará-los para a morte, e apesar de diversos autores reconhecerem a importância da abordagem desta temática na formação inicial e contínua dos profissionais de saúde, com o objetivo de diminuir o impacto das vivências negativas decorrentes dos processos de morte (Cogo et al., 2020; Sartori & Battistel, 2017), curiosamente, neste estudo nenhum participante abordou esta questão o que de acordo com os mesmos autores chega a ser escassa ou inexistente em alguns contextos.

## CONCLUSÃO

A atuação do enfermeiro perante a morte de um jovem requer o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas de modo a garantir um apropriado nível de intervenção. Diariamente, nos hospitais, os enfermeiros são confrontados com jovens em situação crítica e, muitos destes, em risco de morte iminente. Consequentemente, estes profissionais, enfrentam inúmeras dificuldades nomeadamente quando o local é a sala de emergência, lugar esse onde o objetivo é *life saving*.

Ao longo da realização deste estudo, foi possível refletir acerca das vivências dos enfermeiros que cuidam do jovens e famílias em morte iminente, o que experienciam, as suas dificuldades, e as estratégias que utilizam para minimizar o impacte das perdas.

Dos discursos dos participantes face à morte de jovens foi possível extrair as seguintes conclusões: i) os enfermeiros centram o seu cuidado onde vigoram os modelos que se orientam para a cura e no *life saving* dos jovens; ii) as experiência de mortes prematuras deixam marcas ao longo dos anos; iii) os relatos das dificuldades perante a morte de jovens são evidentes e causam sofrimento sempre que ocorre, sendo a comunicação de más notícias, a informação e o cuidado à família reveladas como sendo as maiores dificuldades sentidas pelos enfermeiros, pois exigem envolvimento emocional; iv) todos os enfermeiros reconhecem um “turbilhão” de sentimentos negativos ao depararem-se com um óbito em idade juvenil. Neste estudo fica claro que estes profissionais estão expostos aos impactes causados pela morte na idade juvenil nos serviços de urgência e perante os seus discursos reconhece-se a necessidade da existência de um sistema, implementado na organização, que os apoie ao nível emocional. Também implementar as sessões de *debriefing* no serviço de urgência seria uma estratégia que permitiria o desenvolvimento profissional das equipas neste domínio. Outro aspeto que relevou o estudo, e que foi possível apurar pelos entrevistados, é que a morte de jovens é uma tarefa difícil de gerir, pelos sentimentos e emoções que envolvem o enfermeiro e o jovem/família.

Em suma, reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da Enfermagem enquanto profissão e ciência, para a tomada de decisões adequadas, para a prestação dos melhores cuidados às pessoas que deles necessitam e para a fundamentar e consolidar ao nível do saber e da ciência.

O enfermeiro tem um papel socialmente reconhecido que suscita expectativas e deveres, mas é também uma pessoa, um ser humano com sentimentos e emoções que não estando preparado, pode prejudicar o seu cuidado à pessoa/família que necessita de cuidados, particularmente se não existir o suporte organizacional adequado.

A partir das descrições das experiências vivenciadas pelos enfermeiros, algumas medidas, a par da reflexão e discussão realizadas podem incentivar melhorias ao nível do cuidar, particularmente em contextos análogos.

A produção científica referente à temática do estudo é recomendada com o intuito de se desenvolverem estratégias para auxiliar os profissionais a enfrentarem a morte de jovens, e para que se possa contribuir para o desenvolvimento da temática da morte nesta faixa etária, uma vez que na revisão da literatura efetuada foram poucos os estudos encontrados.

Concluindo, os resultados deste estudo sugerem desafios para a prática de enfermagem. Recomenda-se o suporte emocional às equipas que vivenciem situações de morte juvenil, como medida a implementar pelas organizações de saúde, e o *debriefing* como estratégia a adotar em equipa, de modo a permitir a partilha de experiências, através da reflexão sobre os eventos clínicos e eventuais mudanças das práticas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2016). To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, *38*, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>
- Aoun, S. M., Breen, L. J., White, I., Rumbold, B., & Kellehear, A. (2018). What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. *Palliative Medicine*, *32*(8), 1378–1388. <https://doi.org/10.1177/0269216318774995>
- Arbour, R. B., & Wiegand, D. L. (2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *30*(4), 211–218. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.002>
- Bailey, C. J., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments. *Social Science and Medicine*, *73*(9), 1371–1377. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.036>
- Baptista, M., Santos, R., Duarte, S., Comassetto, I., & Trezza, M. (2017). O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, *21*(4), 1–9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0064>
- Barata, L. (2020). *A morte e a eutanásia*. Faculdade de Medicina Da Universidade de Lisboa. <https://www.medicina.ulisboa.pt/newsfmul-artigo/98/morte-e-eutanasia>
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed). Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Batista, T. (2012). *A Morte Inesperada no Serviço de Urgência Um Olhar ao Vivido pelos Enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.

- Boer, J., Rikxoort, S., Bakker, A. B., & Smit, B. J. (2014). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: Explorative interviews. *Nursing in Critical Care, 19*(4), 166–174. <https://doi.org/10.1111/nicc.12020>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2006). *Qualitative Research For Education - An Introduction To Theories And Methods* (5th Editio). Pearson Education US.
- Bonnie, R., Stroud, C., & Breiner, H. (2015). Young adults in the 21st century. In *Investing in the health and well-being of young adults*. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK284787/pdf/Bookshelf\\_NBK284787.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK284787/pdf/Bookshelf_NBK284787.pdf)
- Butler, A., Hall, H., Willetts, G., & Copnell, B. (2015). Parents' experiences of healthcare provider actions when their child dies: an integrative review of the literature. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing: JSPN, 20*(1), 5–20. <https://doi.org/10.1111/jspn.12097>
- Caio, R., Santos, S., Yamamoto, Y. M., Matheus, L., & Custódio, G. (2017). *Aspectos Teóricos Sobre O Processo De Luto E a Vivência Do Luto Antecipatório*. 1–18. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1161.pdf>
- Cardoso, M. F. P. T., Martins, M. M. F. P. da S., Ribeiro, O. M. P. L., & Fonseca, E. F. (2021). Atitudes dos enfermeiros frente à morte no contexto hospitalar: diferenciação por unidades de cuidados. *Escola Anna Nery, 25*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0100>
- Cardoso, M. F. P. T., Ribeiro, O. M. P. L., & Martins, M. M. F. P. da S. (2019). A morte e o morrer: contributos para uma prática sustentada em referenciais teóricos de enfermagem. *Revista Gaucha de Enfermagem, 40*, e20180139. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180139>
- Coggins, A., Santos, A. D. L., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: An observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine, 20*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>
- Cogo, S., Silva, K., Sehnem, G., Reisdorfer, A., Ilha, A., Malheiros, L., Boff, N., Nietsch, E., Antunes, A., Packaeser, M., & Badke, M. (2020). O profissional de Enfermagem diante do processo de morte e morrer do doente em fase final de vida. *Research, Society and Development, 9*(7), 1–20. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4752>

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2015* (Ordem dos Enfermeiros (ed.)).
- Costa, F., & Gomes, L. (2018). Cancro Pediátrico: Impacto Do Adoecer Da Criança Em Cuidadores. *Actas Do 12º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde*, 321–328.
- de la Fuente-Martos, C., Rojas-Amezcuca, M., Gómez-Espejo, M. R., Lara-Aguayo, P., Morán-Fernandez, E., & Aguilar-Alonso, E. (2018). Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. *Medicina Intensiva*, 42(2), 99–109. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002>
- De Leo, D., Anile, C., & Ziliotto, A. (2015). Violent Deaths and Traumatic Bereavement: The Importance of Appropriate Death Notification. *Humanities*, 4(4), 702–713. <https://doi.org/10.3390/h4040702>
- Dempers, J., Burger, E., Toit-Prinsloo, L., & Verster, J. (2018). SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future: Chapter 17 A South African Perspective. In *SIDS Sudden infant and early childhood death: The past, the present and the future*.
- Despacho Normativo n° 11/2002 -. (2002). Criação do serviço de urgência hospitalar. *Diário Da República, Série I - B - N°55 de 6 de Março*, 1865–1866. [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Direção de Serviços de Informação e Análise e Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. (2018). Saúde Infantil e Juvenil - Portugal. *Direção-Geral Da Saúde*, 47–48.
- Direção Geral de Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-dos-jovens-pdf.aspx>
- Doutor, C. (2016). Um olhar sociológico sobre os conceitos de juventude e de práticas culturais: Perspetivas e reflexões. *Ultima Década*, 24(45), 159–174. <https://doi.org/10.4067/s0718-22362016000200009>
- Elidivânia, F., & Camboim, D. F. (2016). O LIDAR COM A MORTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA : dificuldades relatadas por enfermeiros. *Revista Eletrônica Da Fainor*, 9(July 2017), 173–184.
- ERC. (2015). *Summary of the main changes in the Resuscitation Guidelines*. 1–24. [www.erc.edu%5Cnwww.CPRguidelines.eu](http://www.erc.edu%5Cnwww.CPRguidelines.eu)

- Eurostat. (2020). *Being young in Europe today - health*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Being\\_young\\_in\\_Europe\\_today\\_-\\_health](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Being_young_in_Europe_today_-_health)
- Farr, M., & Barker, R. (2017). Can Staff Be Supported to Deliver Compassionate Care Through Implementing Schwartz Rounds in Community and Mental Health Services? *Qualitative Health Research, 27*(11), 1652–1663. <https://doi.org/10.1177/1049732317702101>
- Florêncio, F. C., Neto, G. V. N., Silva, Y. L. F., & Guerra, M. C. G. C. (2018). Riscos ocupacionais evidenciados nos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de urgência e emergência. *Enfermagem Brasil, 17*(5), 535–541. <https://doi.org/https://doi.org/10.33233/eb.v17i5.2175>
- Forster, E. M., & Hafiz, A. (2015). Paediatric death and dying: Exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *International Journal of Palliative Nursing, 21*, 294–301. <https://doi.org/http://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.6.294>
- Freitas, J. de L. (2018). Bereavement, pathos, and clinical psychology: A phenomenological reading. *Psicologia USP, 29*(1), 50–57. <https://doi.org/10.1590/0103-656420160151>
- Freixo, M. J. V. (2018). *Metodologia Científica - Fundamentos, métodos e técnicas* (5ª Edição). Instituto Piaget.
- Galinha de Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem, 19*(1), 31–46. [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ªed). Artmed.
- Gois, A. R. da S., Abrão, F. M. da S., & França, I. S. (2019). Cuidado Com Pacientes E Famílias Que Vivenciam O Processo De Morte: Representações Sociais Do Enfermeiro. *Revista de Atenção à Saúde, 17*(59), 44–52. <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n59.5772>
- Göriş, S., Taşçı, S., Özkan, B., Ceyhan, Ö., Kartın, P. T., Çeliksoy, A., Elmali, F., & Eser, B. (2017). Effect of Terminal Patient Care Training on the Nurses' Attitudes Toward Death in an Oncology Hospital in Turkey. *Journal of Cancer Education, 32*(1), 65–71. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0929-6>

- Greenstreet, W. (2005). *Loss , grief and bereavement in interprofessional education , an example of process : Anecdotes and accounts*. 281–288. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2005.02.003>
- Hall, C. (2014). Bereavement theory: recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*, 33(1), 7–12. <https://doi.org/10.1080/02682621.2014.902610>
- Hammerle, A., Devendorf, C., Murray, C., & McGhee, T. (2017). Critical incidents in the ED. *Nursing Management*, 48(9), 9–11. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000522180.69005.1e>
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusodidacta, Lda.
- Holt, G. E., Sarmiento, B., Kett, D., & Goodman, K. W. (2017). An Unconscious Patient with a DNR Tattoo. *New England Journal of Medicine*, 377(22), 2192–2193. <https://doi.org/10.1056/nejmc1713344>
- Hooyman, N., & Kramer, B. (2006). *Living Through Loss: Interventions Across the Life Span*. Columbia University Press.
- Howes, C. (2015). Caring until the end: A systematic literature review exploring paediatric intensive care unit end-of-life care. *Nursing in Critical Care*, 20(1), 41–51. <https://doi.org/10.1111/nicc.12123>
- Hulme, J., Sheikh, H., Xie, E., Gatov, E., Nagamuthu, C., & Kurdyak, P. (2020). Mortality among patients with frequent emergency department use for alcohol-related reasons in Ontario: A population-based cohort study. *Cmaj*, 192(47), E1522–E1531. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191730>
- INE. (2020). *Estatísticas Demográficas 2019*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=71882686&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=71882686&PUBLICACOESmodo=2)
- Ingles, J., Spinks, C., Yeates, L., McGeechan, K., Kasparian, N., & Semsarian, C. (2016). Posttraumatic stress and prolonged grief after the sudden cardiac death of a young relative. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 402–405. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7808>
- Isa, K. Q., Ibrahim, M. A., Abdul-Manan, H. H., Mohd-Salleh, Z. A. H., Abdul-Mumin, K. H., & Rahman, H. A. (2019). Strategies used to cope with stress by emergency and critical care nurses. *British Journal of Nursing*, 28(1), 38–42. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.1.38>

- Jackson, B. L. (2017). Bereavement in the pediatric emergency department: Caring for those who care for others. *Pediatric Nursing*, 43(3), 113–119.
- Kérouac, S., Pépin, J., & Bourbonnais, A. (2017). *La pensée infirmière* (4<sup>e</sup> Edição). Chenelière Éducation.
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: A practical guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Khalaf, I. A., Al-Dweik, G., Abu-Snieneh, H., Al-Daken, L., Musallam, R. M., BaniYounis, M., AL-Rimawi, R., Khatib, A. H., “Habeeb Allah,” A., Atoum, M. H., & Masadeh, A. (2018). Nurses’ Experiences of Grief Following Patient Death: A Qualitative Approach. *Journal of Holistic Nursing*, 36(3), 228–240. <https://doi.org/10.1177/0898010117720341>
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo Da Saúde*, 34(4), 420–429. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20104420429>
- Lamba, S., Nagurka, R., Offin, M., & Scott, S. R. (2015). Structured communication: Teaching delivery of difficult news with simulated resuscitations in an emergency medicine clerkship. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(2), 344–352. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.1.24147>
- Lau, J. S., Adams, S. H., Boscardin, W. J., & Irwin, C. E. (2014). Young adults’ health care utilization and expenditures prior to the affordable care act. *Journal of Adolescent Health*, 54(6), 663–671. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.03.001>
- Lazzaroto, P. K., Celich, K. L. S., Souza, S. S. de, Léo, M. M. F. de, Silva, T. G. da, & Zenevicz, L. T. (2018). Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico e família. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 8(3), 560. <https://doi.org/10.5902/2179769229408>
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: a theory of Nursing*. National League for Nursing Press.

- Lekalakala-Mokgele, E. (2018). Death and dying: elderly persons' experiences of grief over the loss of family members. *South African Family Practice*, 60(5), 151–154. <https://doi.org/10.1080/20786190.2018.1475882>
- Lima, L., Gonçalves, S., & Pinto, C. (2018). Sudden death in paediatrics as a traumatic experience for critical care nurses. *Nursing in Critical Care*, 23(1), 42–47. <https://doi.org/10.1111/nicc.12326>
- Lima, L., Pinto, C., & Gonçalves, S. (2018). Processos de confronto dos enfermeiros face à morte inesperada de crianças e adolescentes. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 19. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933087>
- Macedo, E. S., Marques, I. M., Pinheiro, M. D. M., Garcia, F., & Góes, B. (2010). *The perception of nurses faced with the death of adult ICU patients*. 2(2), 690–703.
- Magalhães, S., & Melo, M. (2015). Morte e Luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e Saúde Em Debate*, 1(1), 65–77.
- Maignan, M., Koch, F. X., Chaix, J., Phellouzat, P., Binauld, G., Collomb Muret, R., Cooper, S. J., Labarère, J., Danel, V., Viglino, D., & Debaty, G. (2016). Team Emergency Assessment Measure (TEAM) for the assessment of non-technical skills during resuscitation: Validation of the french version. *Resuscitation*, 101, 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.11.024>
- Marcucci, F. C. I., & Cabrera, M. A. S. (2015). Death in hospital and at home: Population and health policy influences in Londrina, State of Paraná, Brazil (1996-2010). *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(3), 833–840. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04302014>
- Marinho, M. (2019). *Processo de Luto: Na Perspectiva do Cuidador Enlutado*. Universidade do Porto.
- Martínez Díaz, J. D., Ortega Chacón, V., & Muñoz Ronda, F. J. (2016). Design of clinical questions in evidence-based practice. Formulation models. *Enfermeria Global*, 15(3), 431–438. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.239221>
- Martins, L. A., Cunha, J. H. D. S., Ferreira, L. A., Frizzo, H. C. F., & Carvalho, L. B. de C. P. (2019). Significado da morte de pacientes para os profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde No Contexto Social*, 7(4), 448. <https://doi.org/10.18554/refacs.v7i4.3671>

- McEwen, M., & Wills, E. M. (2016). *Bases teóricas de enfermagem* (4ª Edição). Artmed.
- Mealer, B. M., Jones, J., & Meek, P. (2017). FACTORS AFFECTING RESILIENCE AND DEVELOPMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN CRITICAL CARE NURSES. *American Journal of Critical Care, 26*(3).
- Medeiros, K. dos S., Costa, E. S. da, & Oliveira, M. R. de. (2019). Morte: O Processo Do Luto. *Psicologia.Pt, 1*–10.
- Meleis, A, Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science. Advances in Nursing Science, 23*(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, Afaf. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Menin, G. E., & Pettenon, M. (2015). Terminally child life: perceptions and feelings of nurses. *Revista Bioética, 23*(3), 6011–6017.
- Menzies, R. E., Zuccala, M., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2018). The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders, 59*, 64–73. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.09.004>
- Mirel, M., & Hartjes, T. (2013). Bringing palliative care to the surgical intensive care unit. *Critical Care Nurse, 33*(1), 71–74. <https://doi.org/10.4037/ccn2013124>
- Morris, S., Fletcher, K., & Goldstein, R. (2019). The Grief of Parents After the Death of a Young Child. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 26*(3), 321–338. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9590-7>
- Moura, L. (2017). *A pessoa em fim de vida no serviço de urgência: abordagem terapêutica dos profissionais de saúde*. IPVC.
- National Cancer Institute. (2018). *Grief, Bereavement, and Coping With Loss –Health Professional Version*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/caregivers/planning/bereavement-pdq>

- Netto, A., & Silva, A. (2019). Dossiê morte e emoções: um diálogo sobre as expressões culturais do morrer e do sentir - Apresentação. In *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção* (Vol. 18, Issue 53). [https://www.researchgate.net/publication/335013125\\_Dossie\\_morte\\_e\\_emocoes](https://www.researchgate.net/publication/335013125_Dossie_morte_e_emocoes)
- O'Meara, M., & Trethewie, S. (2016). Managing paediatric death in the emergency department. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *52*(2), 164–167. <https://doi.org/10.1111/jpc.12957>
- October, T., Dryden-Palmer, K., Copnell, B., & Meert, K. L. (2018). Caring for Parents After the Death of a Child. *Pediatric Critical Care Medicine : A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, *19*(8S Suppl 2), S61–S68. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001466>
- Oliveira, E., Agra, G., Morais, M., Feitosa, I., Gouveia, B., & Costa, M. (2016). O Processo De Morte E Morrer Na Percepção De Acadêmicos De Enfermagem. *Rev Enferm UFPE Online*, *10*(5), 1709–1716. <https://doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201617>
- OMS. (1989). *Health of Youth*. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/172242>
- OMS. (2020). *Road traffic injuries*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Pacheco, S. (2014). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal - Perspectiva ética*. Lusodidacta, Lda.
- Pais, N. J., Costeira, C. R. B., Silva, A. M. M., & Moreira, I. M. P. B. (2020). Effectiveness of a training program for nurses' emotional management of patient death. *Revista de Enfermagem Referencia*, *2020*(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20023>
- Papadatou, D. (2000). A proposed model of health professionals' grieving process. *Omega*, *41*(1), 59–77. <https://doi.org/10.2190/TV6M-8YNA-5DYW-3C1E>
- Papadatou, D. (2009). *In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved*. Springer Publishing Company, LLC.
- Paterson, J., & Zderad, L. (1988). *Humanistic nursing* (2nd ed.). National League for Nursing.

- Pereira, C. R., Calônego, M. A. M., Lemonica, L., & Barros, G. A. M. de. (2017). The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 63(1), 43–49. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>
- Prado, R. T., Leite, J. L., Silva, Í. R., & Silva, L. J. da. (2019). Comunicação No Gerenciamento Do. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1–14. [https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt\\_1980-265X-tce-28-e20170336.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20170336.pdf)
- Radaelli, C., Costa, A. E. K. da, & Pissaia, L. F. (2019). O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 8(7). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i6.1057>
- Raymond, A., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2017). Understanding the bereavement care roles of nurses within acute care: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13–14), 1787–1800. <https://doi.org/10.1111/jocn.13503>
- Rocha, P. K., Prado, M. L. do, Cabral, P. F. de A., Souza, A. I. J. de, & Anders, J. C. (2013). El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. *Index Enfermería*, 22(3). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200009>
- Rodrigues e Costa, M., Teixeira, I., Guimarães, R., Freire Baliza, M., Bousso, R. S., & Poles, K. (2017). *SOFRIMENTO MORAL DOS ENFERMEIROS, EM SITUAÇÕES DE FINAL DE VIDA, EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA*. 11, 3607–3623. <https://doi.org/10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201714>
- Sartori, A. V., & Battistel, A. L. H. T. (2017). A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(3), 497–508. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao0770>
- Schäfer, T., Lunardi, V., Silva, P., Carvalho, K., & Algeri, S. (2020). Cuidados paliativos e teoria humanística na enfermagem. *Revista Enfermagem Atual*, 27–32. <https://doi.org/https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.467>
- Scott, T. (2013). Sudden death liminality: Dehumanisation and disengagement. *International Emergency Nursing*, 21(1), 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.11.005>

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação. (2019). Relatório Anual 2018 - A Situação do País em Matéria de Álcool. *Serviço de Intervenção Nos Comportamentos Aditivos e Nas Dependências*, 1689–1699.
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (Lusodidacta (ed.); 6ª Edição).
- Silva, P., Novais, M., & Rosa, I. (2019). A função do psicólogo no pronto atendimento. *Revista Da SBPH*, 22(2), 149–169. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Silva, R., Lage, I., & Macedo, E. (2018). Vivências dos enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20(20), 34–42. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0224>
- Siqueira Perboni, J., Zilli, F., & Oliveira, S. G. (2018). Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Persona y Bioética*, 22(2), 288–302. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>
- Souza, F. F., & Reis, F. P. (2019). O enfermeiro em face ao processo de morte do paciente pediátrico. *Journal of Health & Biological Sciences*, 7(3), 277. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i3.2235.p277-283.2019>
- Streubert, H., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. Lusodidacta, Lda.
- Tareco, E., & Madeira, A. (2013). DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS AO CUIDAR DOENTES EM FIM DE VIDA. *Onco.News*, 6(23), 17. <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3A%2F%2Fsearch.ebscohost.com%2Flogin.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26AuthType%3Dip%2Ccookie%2Cshib%2Cuid%26db%3Dedb%26AN%3D91614975%26lang%3Dpt-pt%26site%3Deds-live%26sc>
- Tavares, T. Y., Santana, J. C. B., Eloy, M. D., Oliveira, R. D. de, & Paula, R. F. de. (2017). O cotidiano dos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 7. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1466>

- UNIESEP - Núcleo de investigação em Saúde e Qualidade de Vida. (2011). *Saúde e Qualidade de vida: uma meta a atingir* (Escola Superior de Enfermagem do Porto (ed.)). [https://www.esenf.pt/fotos/editor2/saude\\_e\\_qualidade\\_de\\_vida\\_uma\\_meta\\_a\\_attingir.pdf](https://www.esenf.pt/fotos/editor2/saude_e_qualidade_de_vida_uma_meta_a_attingir.pdf)
- United Nations. (2021). *Definition of Youth*. <https://www.un.org/en/global-issues/youth>
- Velarde-García, J. F., Luengo-González, R., González-Hervías, R., González-Cervantes, S., Álvarez-Embarba, B., & Palacios-Ceña, D. (2017). Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Gaceta Sanitaria*, *31*(4), 299–304. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª Edição). Edições Sílabo.
- Walker, W., & Trapani, J. (2018). Spotlight on Bereavement Care. *Nursing in Critical Care*, *23*(4), 169–171. <https://doi.org/10.1111/nicc.12362>
- Walsh, D. (2010). *Medicina Paliativa*. Elsevier España.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed). Springer Publishing Company, LLC.
- Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(1–2), e39–e49. <https://doi.org/10.1111/jocn.13975>
- Zheng, R. S., Guo, Q. H., Dong, F. Q., & Owens, R. G. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(1), 288–296. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Carta de Apoio Institucional da Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho



**UNIVERSIDADE DO MINHO**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM**

Braga, 09 de fevereiro de 2019

**CARTA DE APOIO INSTITUCIONAL DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DA UMINHO**

Prezados(as) Senhores(as),

Como Presidente da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (ESE-UMinho) venho manifestar e atestar o apoio institucional da ESE-UMinho ao projeto da estudante Diana Fernandes Teixeira, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, intitulado "A morte de jovens em contexto de urgência: vivências dos enfermeiros", sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e Professora Doutora Professora Doutora Maria Goreti Silva Ramos Mendes, tal como requerido pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

A Presidente

ANA PAULA  
MORAIS DE  
CARVALHO  
MACEDO

Assinado de forma  
digital por ANA PAULA  
MORAIS DE CARVALHO  
MACEDO  
Dados: 2019.02.09  
23:10:07 Z

Ana Paula Macedo

## **ANEXO 2**

Pedido de parecer da investigação à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde –  
Comissão de Ética da Universidade do Minho

Exma. Senhora Presidente do CEUMinho,  
Professora Doutora Graciete Tavares Dias

**Assunto:** Pedido de apreciação e parecer

**Nome do Proponente:** Diana Fernandes Teixeira

**Nome das Orientadoras:** Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e Professora Doutora Maria Goreti Silva Ramos Mendes

**Título do projeto de investigação:** A morte de jovens em contexto de urgência: vivências dos enfermeiros

**Contexto do Projeto:** Serviço de Urgência do Hospital de Braga

Pretendendo realizar o projeto de investigação identificado em epígrafe, solicito a V. Exa., a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer.

Para o efeito, anexo toda a documentação referenciada no Guião para submissão de processos a apreciar pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS).

Com os melhores cumprimentos.

Braga, 15 de março de 2019

A Proponente,

### **ANEXO 3**

Deferimento do parecer da investigação à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde – Comissão de Ética da Universidade do Minho e adenda ao parecer



Universidade do Minho

Conselho de Ética

**Conselho de Ética**  
**Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)**

**1. Identificação do documento:** CEICVS 018/2019

**2. Título do projeto:** *A morte de jovens em contexto de urgência: vivências dos enfermeiros*

**3. Equipa de investigação:** Diana Fernandes Teixeira, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e Professora Doutora Maria Goreti Silva Ramos Mendes (Orientadoras) Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

**4. Unidade Orgânica Promotora:** Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

**5. Outras Unidades:** Serviço de Urgência Pediátrica e de Adultos do Hospital de Braga

**6. Âmbito e objetivos do projeto:** De acordo com a documentação apresentada, o projeto insere-se no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo do tipo fenomenológico, cuja recolha de dados será efetuada no Serviço de Urgência do Hospital de Braga com recurso à entrevista semiestruturada.

Os participantes do estudo serão enfermeiros que cumpram os critérios definidos (pelo menos 5 anos em contexto de urgência, prestem cuidados na sala de emergência e tenham vivenciado a morte de pelo menos um jovem no contexto de urgência/emergência).

Objetivos: "Compreender como os enfermeiros vivenciam o processo de morte dos jovens/família no contexto de urgência/emergência. Conhecer a perspetiva dos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência. Explorar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência. Conhecer a existência de estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as dificuldades sentidas perante a morte eminente de um jovem em contexto de urgência/emergência."

## 7. Grelha de verificação e de avaliação ética

(Processo submetido em suporte eletrónico - documentos recebidos assinalados com X e respetiva avaliação ética)

Documentos	Sim	Não	Não se aplica	Avaliação Técnico-ética
Requerimento e/ou ofício e/ou pedido de apreciação de projeto *				Adequado
Informação do Responsável pela Unidade/Diretor de Serviço sobre apoio e/ou enquadramento/cabimento do projeto na Unidade/Serviço em que decorrerá *				Pedidos assinados, do Diretor de Serviço e Enfermeiro Chefe do SU
Protocolo do estudo, incluindo, se aplicável, os instrumentos de recolha de dados e/ou informação para o participante **	x			Adequado; guião de entrevista no apêndice 1
Curriculum Vitae abreviado do Investigador Responsável *	x			Presentes os CV's do IR e orientadoras
Modelo de Consentimento Informado**	x			Adequado (apêndice 2 do projeto)
Declaração de Compromisso de Confidencialidade	x			Presente e adequada
Informação sobre financiamento para o cumprimento do projeto, incluindo, se aplicável, cabimento/inscrição no orçamento da Unidade/Serviço em que decorrerá e/ou com fonte de financiamento nacional/internacional			x	
Requerimento dirigido ao Presidente da CE				
<b>Outros</b>				
Autorizações e/ou Pareceres de Comissões de Ética			x	
Acordo Financeiro			x	
Apólice de Seguro			x	
Informação do Orientador da Tese sobre apoio e/ou enquadramento do projeto	x			Carta de apoio institucional

\* Documentos obrigatórios de acordo com as normas orientadoras para submissão de processos a apreciar pelo Conselho de Ética da UMinho.

\*\* Documentos obrigatórios de acordo com o funcionamento da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB).

\*\*\* Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia, a Convenção de Oviedo e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Guião na elaboração do consentimento informado é disponibilizado pela ARSN e através do "Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica". Acessos via:

†[http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinqia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinqia_2008.pdf)

††<http://dre.pt/pdf1sdp/2001/01/002A00/00140036.pdf>

†††<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

††††<http://www.arsnorte.min-saude.pt/consentimento-informado/>

†††††[http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29\\_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b](http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b)

## 8. Parecer

Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre o projeto em apreço, a que reporta sumariamente a "Grelha de verificação e avaliação ética" acima apresentada, considera-se que (i) o processo está devidamente instruído, (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos e (iii) estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

**Relatora:** Lucília Nunes (Professora Coordenadora com Agregação, IPS)

Face ao exposto, a CEICVS nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável.

A Presidente da CEICVS

MARIA CECÍLIA  
DE LEMOS PINTO  
ESTRELA LEÃO

Assinado de forma digital por  
MARIA CECÍLIA DE LEMOS  
PINTO ESTRELA LEÃO  
Dados: 2019.04.30 16:17:58  
+01'00"

**Anexos:**

- **Justificação do Parecer**

- **Considerações e orientações gerais**

### **Justificação do Parecer**

O(a)(s) Investigador(a)(s) Responsável(eis) (IRs), têm formação clínica e/ou académica e/ou técnica e experiência solidificada nas áreas de base do projeto, e/ou o apoio de uma equipa de investigação com experiência.

Objetivos: Trata-se de um estudo exploratório, descritivo do tipo fenomenológico, cuja recolha de dados será efetuada no serviço de urgência do Hospital de Braga com recurso à entrevista semiestruturada. Os participantes do estudo serão enfermeiros que cumpram os critérios.

O projeto não envolve a dádiva, e/ou colheita, análise laboratorial e/ou imagiológica, e/ou processamento, e/ou preservação, e/ou armazenamento, e/ou distribuição e/ou aplicação de tecidos e/ou células de origem humana.

Os participantes serão informados dos procedimentos, da garantia de confidencialidade dos dados assim como do direito a abandonar o estudo.

Não estão previstos quaisquer abuso(s) de recursos institucionais, hospitalares e/ou outros, como aplicável, para a realização do projeto.

Não se declaram existirem conflitos de interesse.

Não se declara a investigação envolver diretamente indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, menores, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia).

### **Considerações/Orientações gerais de natureza formativa**

A realização de projetos de investigação deverá ter em consideração as regras de conduta e diretivas de boas práticas no âmbito da investigação clínica com seres humanos. Deverá ser solicitado Parecer e/ou Autorização da entidade onde o projeto será realizado, e deverão ser seguidas as diretivas nacionais e/ou locais, de cada lugar de recolha, como aplicável, incluindo de Unidades Hospitalares e/ou Unidades de Saúde onde será realizado o estudo, e/ou onde serão recolhidas as amostras e/ou dados e/ou aplicados os questionários. Deverá ser seguido o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, com entrada em vigor em 25 de maio de 2018, que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. O Regulamento (UE) 2016/679 é o novo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia (UE) relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, estabelecendo as regras relativas ao tratamento, por uma pessoa, uma empresa ou uma organização, de dados pessoais relativos a pessoas na EU.

Salienta-se o respeito pelas normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Directiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Directrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Directrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República n.º1/2001.

Quando aplicável o Consentimento Informado, recomenda-se as normas e/ou documentos-guia da Direção Geral de Saúde e/ou da ARS Norte na elaboração do mesmo. A inclusão dos participantes em qualquer um dos âmbitos de investigação considerados num Projeto de Investigação está subjacente o seu consentimento escrito (Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro; Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto). O preenchimento e assinatura do formulário de consentimento informado, livre e esclarecido, deverá ser feito em duplicado, garantindo a privacidade e confidencialidade dos dados pessoais e o direito a recusar/abandonar o estudo sem sofrer qualquer penalização.

Os participantes não deverão incorrer em qualquer custo acrescido, incluindo pagamento de taxas moderadoras, pela sua participação no projeto. Qualquer meio complementar de diagnóstico que não seja suportado pelo centro hospitalar, e/ou outro, onde for realizado o estudo, como parte da prática clínica corrente no processo de diagnóstico ou tratamento, deverá ser apoiado através de financiamento próprio do estudo.

Se se pretende que o(s) questionário(s) e/ou colheita de dados seja aplicado(s) via contato telefónico, e/ou que o consentimento informado seja verbal, do próprio e do adulto responsável, o guião da entrevista deverá ser fornecido em anexo ao processo. O guião deverá encontrar-se em conformidade com as guidelines fornecidas por Singer & Frankel (1982) (Informed consent procedures in telephone interviews. *Am Sociol Rev*, 47(3), 416-427), não violando os preceitos da WHO ou CIOMS. O procedimento será aceitável se a investigação não envolver o mínimo risco para os intervenientes, a alteração do processo de consentimento informado não vai prejudicar os direitos e bem-estar dos indivíduos, e sempre que necessário e/ou solicitado, serão fornecidas informações pertinentes adicionais aos indivíduos após a participação e/ou o envio do Consentimento Informado.

Se forem realizadas entrevistas gravadas (vídeo ou áudio) estas deverão ser mantidas durante um tempo limitado à sua transcrição e devida análise e deverão ser subsequentemente destruídas, não sendo utilizadas para outros fins.

Se tiver lugar a recolha de produtos biológicos, esta deverá ter em conta os princípios para obtenção e conservação de material biológico (Art. 18.º) da Lei 12/2005 de 26 de janeiro. O tratamento das informações de saúde recolhidas terá em consideração os princípios aplicáveis aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica, definidos pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e decorrentes da Deliberação n.º 1704/2015.

Informações pessoais tratadas não deverão ser identificáveis, mas sim irreversivelmente anonimizadas (Art. 3.º da LPDP), e todos os dados obtidos no âmbito de um Projeto de Investigação estão ao abrigo de medidas técnicas e organizativas adequadas que dão cumprimento ao disposto no Art. 14.º e Art. 15.º da LPDP. Aplica-se ainda o disposto no n.º 1 do Art. 17.º da LPDP relativamente ao sigilo profissional. Quando não for possível a anonimização dos dados, estes deverão codificados de acordo com uma chave específica, acessível apenas aos investigadores do estudo, e que dificulta a identificabilidade dos participantes, tal como especificado na Deliberação n.º 1704/2015 da CNPD e complementado pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), com entrada em vigor em 25 de Maio de 2018, e que substitui a atual diretiva e lei de proteção de dados (o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. Os dados obtidos deverão ser conservados de forma a permitir a identificação dos seus titulares apenas durante o período necessário para a prossecução das finalidades da recolha ou do tratamento posterior, tal como definido no Art. 5.º, n.º 1, alínea e), da LPDP.

O Modelo de declaração de compromisso e confidencialidade utilizado pelo IR deverá ser seguido e assinado por outros investigadores ou colaboradores na investigação, conforme aplicável, destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas práticas dadas pelo(a) IR Sempre que necessário, os membros da equipa de investigação deverão assinar uma Declaração de Interesses e Incompatibilidades de acordo com o Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro.

Neste contexto, assume-se que os investigadores que trabalham com registos ou amostras humanas, ou com a análise de dados, estão obrigados a manter sigilo profissional sobre os dados pessoais e sobre os resultados ou demais obtidos, segundo a ética profissional, nunca devendo, por isso, fazer uso dos mesmos a não ser para o fim a que se destinam. Esta obrigação mantém-se em efeito após término do projeto de investigação.



Universidade do Minho  
Conselho de Ética

### Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)

**Identificação do documento:** CEICVS 018/2019 (Adenda)

**Relatora:** Lucília Nunes

**Título do projeto:** *A morte de jovens em contexto de urgência: vivências dos enfermeiros*

**Equipa de investigação:** Diana Fernandes Teixeira, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e Professora Doutora Maria Goreti Silva Ramos Mendes (Orientadoras), Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

**Unidade Orgânica da UMinho:** Escola de Enfermagem da Universidade do Minho

**Outras Unidades:** Serviço de Urgência Pediátrica e de Adultos do Hospital de Braga

### PARECER

Trata-se de um pedido de alteração/adenda ao protocolo inicial do estudo "A morte de jovens em contexto de urgência: vivências dos enfermeiros" que foi alvo de Deliberação da Comissão de ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, a 30 de abril de 2019, com Parecer favorável.

Foi submetido novo protocolo de investigação, sendo efetuadas as seguintes alterações ao protocolo inicial:

- Alteração do cronograma de realização do estudo. O estudo será realizado entre janeiro e junho de 2021.

A alteração ao protocolo não altera o protocolo previamente submetido. Asseguram-se que os compromissos de boas práticas na investigação dadas pelo IR do estudo, e por outros investigadores ou colaboradores na investigação, incluindo garantias de confidencialidade, que continuarão a ser seguidas. Apresentou-se o protocolo de investigação e cronograma atualizado.

Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre a Adenda ao projeto em apreço, considera-se que (i) o processo está devidamente instruído, (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos e (iii) estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade dos seus membros.

Braga, 18 de janeiro de 2021.

A Presidente da CEICVS

(Maria Cecília Lemos Pinto Estrela Leão)

## **ANEXO 4**

Pedido de parecer da investigação à Comissão de Ética do Hospital de Braga

Exmo. Senhor Presidente Comissão de Ética  
para a Saúde do Hospital de Braga

Eu, Diana Fernandes Teixeira, estudante do Mestrado em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pretendo efetuar um estudo de investigação com o tema “A morte de jovens em contexto de urgência: vivências dos enfermeiros” orientado pela Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e pela Professora Doutora Maria Goreti Silva Ramos Mendes.

O estudo tem como objetivos (1) compreender como os enfermeiros vivenciam o processo de morte dos jovens/família no contexto de urgência/emergência; (2) conhecer a perspetiva dos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência; (3) explorar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência; e (4) Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as dificuldades sentidas perante a morte iminente de um jovem em contexto de urgência/emergência.

Compreendendo V. Exa. a importância deste estudo, solicito a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer.

Para o efeito, anexo toda a documentação necessária para submissão à CESHB (Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga).

Com os melhores cumprimentos.

Braga, 15 de março de 2019

A proponente,

## **ANEXO 5**

Deferimento do parecer da investigação à Comissão de Ética do Hospital de Braga

14 de Junho de 2019

Ref<sup>o</sup> 73/2019

Relator: Idalina Russell

*Nada a opor à redigação  
do Estudo. Fátima Faria, Ex-Diretora  
2019-06-14*

*Apovado.  
Fátima  
17/6/19*

Parecer emitido em reunião plenária de 13 de Junho 2019

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga emite o seguinte parecer sobre o estudo clínico: "**A morte de jovens em contexto de urgência: vivências dos enfermeiros**", tendo como investigador principal Diana Fernandes Teixeira, Enfermeira do Hospital de Braga, e como investigador responsável/orientador as sras: Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e Professora Doutora Maria Goreti Silva Ramos Mendes, Professoras ESE UMinho;

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo do tipo fenomenológico enquadrado num trabalho Académico de Investigação em contexto de mestrado, institucional e realizado no Serviço de Urgência do Hospital de Braga. Os participantes no estudo são enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica e de Adultos do Hospital de Braga, que participem voluntariamente, selecionados intencionalmente segundo critérios específicos

Critérios de inclusão e exclusão devidamente definidos;

Data prevista para o início do estudo :01012019

Data prevista para a conclusão do estudo :01062019;

O estudo clínico é pertinente e a sua conceção é adequada, assim foi elaborado um guião de entrevista, e, tem como objetivos:

- Compreender como os enfermeiros vivenciam o processo de morte dos jovens/família no contexto de urgência/emergência.
- Conhecer a perspetiva dos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência.

- Explorar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência.
- Conhecer a existência de estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as dificuldades sentidas perante a morte eminente de um jovem em contexto de urgência/emergência;
- O protocolo do estudo é adequado;

Como plano de divulgação do estudo será apresentado como parte de uma tese de mestrado; A investigadora principal, e as orientadoras possuem aptidão para a sua realização;

O projeto não implica retribuição ou compensação dos participantes ou investigadores e não acarretará despesa nem abuso de recursos da instituição;

Não foram referidas situações de conflito de interesses por parte da investigadora principal, ou das orientadoras;

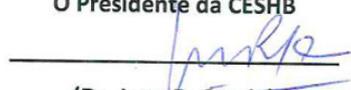
O estudo não contempla o acompanhamento clínico dos participantes;

O modelo de consentimento informado é adequado;

Está garantida a confidencialidade dos dados . Assim, todos os dados recolhidos serão utilizados de forma pseudoanonimizada, o nome do enfermeiro não será identificado. As gravações das entrevistas ficarão apenas na posse da investigadora e serão destruídas depois de completar da análise do conteúdo não devendo ultrapassar um ano;

Concluindo, o estudo cumpre os princípios da Bioética e nada há a opor à sua realização.

O Presidente da CESHB

---

(Dr. Juan R. Garcia)

## **ANEXO 6**

Consentimento Informado

**Declaração de Consentimento considerando as recomendações da "Declaração de Helsínquia" 1964; (Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)**

**Nome do Estudo:** "A morte de jovens em contexto de urgência: vivências dos enfermeiros"

O meu nome é Diana Fernandes Teixeira e estou a desenvolver um projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e da Professora Doutora Professora Doutora Maria Goreti Silva Ramos Mendes.

O estudo em questão tem como objetivos (1) compreender como os enfermeiros vivenciam o processo de morte dos jovens/família no contexto de urgência/emergência; (2) conhecer a perspetiva dos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência; (3) explorar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na abordagem à morte de jovens em contexto de urgência/emergência; e (4) Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as dificuldades sentidas perante a morte iminente de um jovem em contexto de urgência/emergência.

O interesse neste estudo surge perante a necessidade de desenvolver o conhecimento da problemática da morte de jovens que está em crescimento na investigação na Enfermagem em Portugal, e consequentemente contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados às pessoas/famílias, indo ao encontro das suas necessidades e tendo em conta a saúde e bem-estar dos profissionais.

Desta forma, espera-se que cada participante, através de uma entrevista semiestruturada, disserte sobre as suas vivências face à morte de um jovem em contexto de urgência/emergência, com base na sua reflexão e experiência pessoal e profissional. Neste sentido, e de modo a sustentar o estudo, solicito a recolha de alguns dados demográficos do participante (ex. idade, sexo...).

Solicito, ainda, a autorização para a realização da entrevista gravada, garantido o anonimato, a confidencialidade e privacidade dos dados. Os dados recolhidos serão sujeitos a um processo de pseudonimização de forma a não tornar identificáveis os participantes em qualquer etapa do desenvolvimento do estudo, sendo no final a anonimização totalmente garantida.

Deste estudo, poderá resultar uma publicação científica, no entanto, os resultados serão sempre tratados de forma anónima.

Os dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão conservados até à análise de conteúdo, não devendo ultrapassar o prazo de 1 ano.

A participação neste estudo é de carácter voluntário.

Garante-se ao titular dos dados o direito de acesso, atualização e retificação dos seus dados pessoais, mediante contacto direto ou mediante pedido escrito dirigido à investigadora principal.

Garante-se ao titular dos dados o direito de acesso, atualização e retificação dos seus dados pessoais, mediante contacto direto ou mediante pedido escrito dirigido à investigadora principal.

Nos termos da lei, é-lhe garantido o direito de, através de pedido escrito dirigido à investigadora principal, revogar o seu consentimento para o tratamento dos dados para as finalidades referidas, o que não invalida, no entanto, o tratamento dos dados efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

Caso pretenda notificar algum aspeto relativo à proteção dos seus dados, deverá fazê-lo por escrito dirigido ao Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga ([dpo@hospitaldebraga.pt](mailto:dpo@hospitaldebraga.pt)) ou através de queixa dirigida à autoridade nacional de controlo ([www.cnpd.pt](http://www.cnpd.pt)).

Agradeço a sua colaboração.

Para qualquer esclarecimento, contactar Diana Fernandes Teixeira pelo telemóvel: +351916599516 ou email: [teixeiradiana90@gmail.com](mailto:teixeiradiana90@gmail.com)

Tomei conhecimento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO - de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>**

Assine este documento caso admitida participar na presente investigação.

Declaro ter sido informado(a) por Diana Fernandes Teixeira sobre o objetivo e finalidade do projeto de investigação ***A morte de jovens em contexto de urgência: vivências dos enfermeiros***, que está a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e da Professora Doutora Professora Doutora Maria Goreti Silva Ramos Mendes.

Compreendi que os dados são recolhidos através de uma entrevista semiestruturada aberta, cuja gravação autorizo.

A minha participação consiste em dissertar sobre as minhas vivências face à morte de um jovem em contexto de urgência/emergência, com base na minha reflexão e experiência pessoal e profissional.

Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados e que me foram asseguradas. Fui também notificado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, renunciar do meu consentimento, sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações.

Li e compreendi todas as informações que me foram fornecidas pelas pessoas que abaixo assinam, considerando-me esclarecido(a).

Este documento existe em duplicado, assinado pela investigadora, orientadoras e participante.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diana Fernandes Teixeira

\_\_\_\_\_  
Dr.ª Ana Paula Morais de Carvalho Macedo (Orientadora)

\_\_\_\_\_  
Dr.ª Maria Goreti Silva Ramos Mendes (Orientadora)

<sup>1</sup> Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial - Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Acesso via: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/navegacional/ABS/Norte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/navegacional/ABS/Norte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina aberta à assinatura dos Estados Membros em Oviedo, em 4 de abril de 1997, aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. Acesso via: <http://dre.pt/pdf1sdipl/2001/01/002A00/00140036.pdf>

## **ANEXO 7**

Guião da Entrevista

## GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**Tema:** “A morte de jovens em contexto de urgência: vivências dos enfermeiros”

**Participantes:** Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica e de Adultos

**Objetivos:** (1) explorar como os enfermeiros vivenciam o processo de morte dos jovens/família no contexto de urgência/emergência; (2) identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência e (3) identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as dificuldades sentidas perante a morte iminente de um jovem em contexto de urgência/emergência.

**Local:** Serviço de Urgência do Hospital de Braga

**Dia e Hora:** a definir com os participantes do estudo

### 1ª Parte – Questionário Sociodemográfico

<p><b>Idade:</b> ____ anos</p> <p><b>Sexo:</b> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/></p> <p><b>Estado Civil:</b> Casado <input type="checkbox"/> Não casado <input type="checkbox"/></p> <p><b>Número de filhos:</b> ____</p>	<p><b>Habilitações Literárias:</b></p> <p>Licenciatura <input type="checkbox"/></p> <p>Pós-Licenciatura <input type="checkbox"/></p> <p>Mestrado <input type="checkbox"/></p> <p>Doutoramento <input type="checkbox"/></p> <p>Pós-Doutoramento <input type="checkbox"/></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<b>Tempo de Exercício Profissional no Serviço de Urgência (&gt; 5anos)</b>			
	Entre 5 - 10 anos	<input type="checkbox"/>	Entre 15 - 20 anos	<input type="checkbox"/>
	Entre 10 - 15 anos	<input type="checkbox"/>	≥ 20 anos	<input type="checkbox"/>

**2ª Parte – Questões de Resposta Aberta**

<b>Objetivos</b>	<b>Bloco Temático</b>	<b>Questões</b>
	Validação da Entrevista Fundamentos e Intensões do Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da investigação e da Investigadora</li> <li>• Consentimento Informado</li> </ul> <p>Solicitar aos participantes a colaboração voluntária no estudo e autorização para proceder à sua gravação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir a confidencialidade e proteção de dados.</li> </ul>
Explorar como os enfermeiros vivenciam o processo de morte dos jovens/família no contexto de urgência/emergência;	Experiências dos enfermeiros perante a morte de um jovem	<p>Relembre um processo de morte de um jovem numa situação de urgência/emergência que tenha experienciado. Qual a causa da morte?</p> <p>Que sentimentos ou emoções despertou esse acontecimento? Fale-me do que vivenciou.</p>
identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de jovens em contexto de urgência/emergência	Dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de um jovem	<p>Reconhece dificuldades em lidar com a morte de jovens neste contexto?</p> <p>Se sim, que consequências ou implicações têm essas dificuldades.</p>
Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as dificuldades sentidas perante a morte iminente de um jovem em contexto de urgência/emergência.	Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para enfrentar a morte de jovens.	<p>Quais as estratégias que utiliza para diminuir o impacte deste acontecimento?</p> <p>A partir da sua experiência tem alguma sugestão de estratégias que gostaria de partilhar?</p>

	Informação Complementar	Gostaria de acrescentar algo mais ao seu discurso, tendo em conta os objetivos da investigação?
	Agradecimento pela colaboração	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agradecimento pela colaboração e disponibilidade do entrevistado.</li></ul>

