

Anita Isabel da Costa Sampaio

Cuidar do doente em fase terminal: vivências e estratégias adoptadas pelos
enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Anita Isabel da Costa Sampaio

Cuidar do doente em fase terminal: vivências e estratégias adoptadas pelos
enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Anita Isabel da Costa Sampaio

Cuidar do doente em fase terminal: vivências e estratégias adoptadas pelos
enfermeiros

(Anita Isabel da Costa Sampaio)

“Projecto de Graduação apresentado á
Universidade Fernando Pessoa como parte
dos requisitos para obtenção do Grau de
Licenciatura em Enfermagem”

SUMÁRIO

A morte é um fenómeno extremamente complexo: por um lado parece estar presente ao longo de toda a nossa vida por outro parece manter-se radicalmente ausente enquanto vivemos. A morte é-nos simultaneamente próxima e distante. (Pacheco, 2004, p.1)

A morte faz parte intrínseca da condição humana. Morrer é a única certeza absoluta que todos temos na vida.

A definição de morte é controversa mas, independentemente de como se interpreta, é um facto natural ainda que cada um a vive e a interpreta à sua maneira.

Falar de morte continua a ser tabu e incómodo pois cada um de nós pensa ser imortal e inconscientemente não queremos aceitar a ideia de morrer porque, o simples pensamento causa angústia e sofrimento. O problema não reside somente em sermos mortais e que temos de morrer algum dia mas, que a morte parece algo irracional, ilógico e incompreensível. A mortalidade inclui além disto dois aspectos muito importantes: o ter necessariamente de morrer e o não saber como, nem quando.

A escolha deste tema deve-se ao interesse que o mesmo desperta, uma vez que é inerente a um aspecto que nos toca a todos profundamente a morte, (Hennezel, 2002) e por permitir a compreensão do modo como funciona o próprio enfermeiro, enquanto ser humano perante a morte das pessoas de quem cuida.

Através desta investigação verificou-se que os enfermeiros desenvolvem, efectivamente, distintos mecanismos de defesa ao cuidar do doente terminal. E, numa avaliação geral os enfermeiros acreditam que cuidar de doentes terminais torna-os mais sensíveis e humanos.

Os maiores desafios que se colocam aos enfermeiros, quer a nível pessoal, quer a nível profissional é o cuidar de doentes em fase terminal. O enfermeiro deverá ajudar o doente a viver o melhor possível até morrer. Isto passa por uma assistência humana e compreensiva, pelo estabelecimento de uma comunicação e relação empática. Se todos nós, e muito concretamente os enfermeiros pensássemos, ou melhor, começássemos a pensar na possibilidade da nossa morte, certamente seríamos capazes de realizar muitas coisas e uma das mais importantes seria, sem dúvida, conseguir um maior bem – estar, dos doentes e suas famílias.

Palavras-chave: cuidar; doente em fase terminal; vivências; estratégias

ABSTRACT

Death is an extremely complex phenomenon: on one hand seems to be present throughout our lives for others seem to stay away while we live radically. The death we are both close and distant (Pacheco, 2004, p.1)

Death is an intrinsic part of the human condition. Dying is the only absolute certainty that we all have in life.

The definition of death is controversial, but, regardless of how it is interpreted, it is still a natural fact that each of the lives and interpreted in various ways.

Talking about death is still taboo and cumbersome because each of us thinks he is immortal and do not want to unconsciously accept the idea of dying because the mere thought causes anguish and suffering. The problem lies not only in being mortal and that we have to die someday, but that death seems something irrational, illogical and incomprehensible. Mortality addition includes two important aspects: the necessarily having to die and not knowing how or when.

The choice of this theme is due to the interest that he wakes up, since it is inherent in an issue that deeply concerns us all to death (Hennezel, 2002) and enables understanding of how nurses work himself, while human beings to death of people he cares for.

Through this investigation it was found that nurses develop, indeed, different defense mechanisms to take care of the terminally ill. And, upon the whole the nurses believed that caring for terminally ill patients makes them more sensitive and human.

The major challenges to nurses, both at personal or professional level is caring for the terminally ill. The nurse should help the patient live the best you can until you die. This involves a comprehensive and human assistance, the establishment of a communication and empathic. If all of us, and specifically the nurses think, or better, we started to think about the possibility of our death, certainly we would be able to accomplish many things and one of the most important would undoubtedly achieve a greater good - being patient and their families.

Keywords: care, terminally ill, experiences, strategies

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para o que sou hoje. Especialmente aos meus pais, por todo o amor que me fez crescer com confiança e pelo apoio na conquista e concretização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço desde já a todos os que directamente e indirectamente contribuíram para a elaboração deste estudo.

À professora Amélia José pela sua disponibilidade, apoio, interesse, exigência e orientação ao longo deste trabalho.

Aos meus pais, Fernando e Lurdes, por serem para mim modelos de vida, pela presença, confiança, disponibilidade, apoio, pelas palavras sempre tão assertivas e pelos esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

Ao meu irmão, João por ter sempre acreditado em mim e depositado toda a força, paciência e amor.

Ao meu namorado, Fernando Jorge, por me ter ensinado a acreditar em mim, por toda a sua ajuda, pelas palavras de carinho, pela paciência, pelo amor, pela amizade e por todas as lágrimas convertidas em sorrisos... Agradeço o simples facto de estares ao meu lado, mesmo nos momentos de silêncio.

Aos meus avós por me fazerem sentir que sou um motivo de orgulho e alegria, e a toda a minha família.

Aos meus amigos, Sara Ribeiro, Carina Silva, Ana Raquel Faria, Maria Castro, Cátia Castro, Raquel Simão, Susana Ferreira, Maria de Fátima Silva, Cristina Gonçalves, Filipa Gonçalves e Marcos Ferreira por me ajudarem e estarem sempre presentes neste longo percurso, por todo apoio e pelos bons momentos que passamos juntos.

Aos docentes da Licenciatura em Enfermagem, principalmente à Prof. Júlia Rodrigues por toda a disponibilidade, bem como aos orientadores e enfermeiros de todos os ensinamentos clínicos, pelo profissionalismo, disponibilidade e ensinamento. Aos enfermeiros do serviço de medicina oncológica do IPO por fazerem parte deste estudo.

A todos aqueles que não mencionei mas que também contribuíram para o que irei ser, Enfermeira.

A todos, Muito Obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. – Páginas

cit. - Citado

nº - Número

ÍNDICE

0.	Introdução.....	12
I.	FASE CONCEPTUAL.....	13
1.1	Justificação do tema.....	13
1.2	Problema de Investigação	14
1.3	Questão de Investigação	15
1.4	Objectivos	15
1.5	Revisão Bibliográfica	16
i.	O cuidar e o curar em enfermagem.....	17
ii.	Relação de ajuda no cuidar em enfermagem	19
iii.	O doente em fase terminal	21
iv.	Estádios ou fases que o doente terminal vivencia.....	23
v.	Vivência dos enfermeiros perante a morte	26
vi.	Mecanismos de defesa e estratégias de adaptação dos que prestam cuidados. 27	
II.	FASE METODOLÓGICA	31
2.1.	Tipo de estudo.....	31
2.2.	Meio	33
2.3.	População.....	33
2.4.	Amostra.....	34
2.5.	Instrumento de colheita de dados.....	34
2.6.	Pré-teste	36
2.7.	Tratamento e análise dos dados	36
2.8.	Princípios éticos	37
III.	FASE EMPÍRICA	39
3.1.	Apresentação e interpretação dos resultados	39
3.1.1.	Caracterização da amostra.....	39
3.1.2.	Análise de conteúdo: das entrevistas á categorização dos dados	41

3.2. Discussão dos resultados	42
Conclusão	57
Bibliografia.....	59

Anexos

Anexo I – Unidades de registo

Anexo II – Direitos da pessoa em fim de vida

Anexo III - Pedido de autorização de recolha de dados

Anexo IV – Instrumento de recolha de dados

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Dados que caracterizam a amostra

Quadro nº 2 – Categorias e sub categorias

0. Introdução

No contexto do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, insere-se a realização de um projecto de graduação o qual constitui a última etapa do referido curso, de modo a obter a licenciatura em enfermagem.

A escolha do tema “cuidar do doente em fase terminal: vivências e estratégias adoptadas pelos enfermeiros” surgiu após uma reflexão sobre os conteúdos programáticos do curso da Licenciatura em Enfermagem, já que somos ensinados a reanimar a pessoa no intuito de lhe salvar a vida, no entanto não nos é ensinado a cuidar da pessoa em fim de vida e a acompanhar alguém na fase final da sua vida.

Assim, surgiu a ideia e inquietação pessoal em perceber, quais são as estratégias adoptadas pelos enfermeiros em cuidar de doentes em fase terminal?

O tema deste projecto de graduação tem grande importância para a enfermagem, pois permite o alargamento e a consolidação de conhecimentos úteis na prática de enfermagem em casos de doentes que sofram de uma patologia ou condição em que a morte é previsível num curto espaço de tempo.

O presente estudo poderá ser uma mais-valia para o desenvolvimento de cursos e técnicas de aconselhamento bem como de teorias emocionais e específicas para estes profissionais.

Este projecto encontra-se dividido em duas partes: uma fase conceptual e uma fase metodológica. Na fase conceptual aborda-se o tema, o problema de investigação, as questões, os objectivos e a revisão bibliográfica. Na fase metodológica aborda-se o tipo de estudo, a população alvo, a amostra e o processo de colheita de dados. Culminando na discussão dos resultados e conclusão.

Ao longo do trabalho foi utilizada uma abordagem qualitativa, de carácter descritivo exploratório para uma melhor análise e descrição das respostas em estudo. Procurou-se utilizar uma linguagem adequada, clara, concisa e uma ordem lógica de ideias. O método escolhido para a colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada.

Assim, pretendo descrever os factos e fenómenos de uma realidade.

I. FASE CONCEPTUAL

A enfermagem tem vindo a adquirir um lugar de destaque na investigação qualitativa e por isso Watson (1988, cit. por Frias, 2003) refere que “a enfermagem deve explorar a sua herança, comprometer-se com os seus valores e explorar métodos de investigação consistentes com a sua natureza.”

1.1 Justificação do tema

Para a elaboração deste projecto de graduação escolhi o tema “cuidar do doente em fase terminal: vivências e estratégias adoptadas pelos enfermeiros” por ser uma temática com a qual os enfermeiros são frequentemente confrontados, o que provoca um grande sentimento de impotência sobretudo na ausência de conhecimentos sobre o mesmo.

O facto de cuidar de um doente em fase terminal é extremamente stressante na medida em que contribui para o desequilíbrio bio-psico-social do enfermeiro.

Embora faça parte do ciclo natural da vida, a morte é, ainda, nos dias actuais, um assunto pouco discutido sendo ela inevitável e frequente nos serviços de saúde. A perspectiva com que se encara a morte é relativa e pessoal pelo que penso que é importante estudar as vivências e estratégias adoptadas pelos enfermeiros no processo de cuidar do doente em fase terminal.

Para além dos motivos supracitados, verifica-se que cresceu ao observar a forma como os alunos lidavam com as situações de morte nos vários campos de estágio que fazem parte do plano curricular da Licenciatura em Enfermagem.

Assim, pode dizer-se que o tema foi escolhido por se tratar de uma questão que merece todo o nosso conhecimento, pois na nossa sociedade cada vez mais se tende para situações limite com doentes em fase terminal e que carecem de toda a nossa preocupação e empenho. Pode dizer-se ainda que o cuidar é fundamental nesta sociedade que pensa que todos têm direito a uma morte digna, e por outro lado, não se consciencializou que nem todas as situações têm cura.

1.2 Problema de Investigação

Uma das melhores formas de se iniciar um estudo é tentar perceber a fundamentação da investigação científica. A investigação consiste na resolução de problemas, inteiramente ligados ao conhecimento de factos reais. Permite a aquisição de conhecimentos organizados e sistemáticos, de forma a descobrir respostas que necessitam de uma investigação (Fortin, 2000).

Kirlinger (1973, citado por Fortin, 2000, p.17) definiu investigação como um “método sistemático, controlado, empírico e crítico que serve para confirmar hipóteses sobre as relações presumidas entre fenómenos naturais”.

A investigação é, portanto, um método de aquisição de novos conhecimentos quer pelo desenvolvimento da teoria, quer pela verificação da mesma. A escolha e formulação de um problema é a etapa inicial do processo de investigação, que consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse e preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina (Fortin, 2000).

Segundo Fortin (2000, p.39)

“A formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender”.

Ao longo do curso de Enfermagem a formação académica sobre a morte deixa algumas lacunas e estas fazem com que o profissional de Enfermagem acredite que apenas a cura e o restabelecimento são características de boas práticas, a morte é então vista como um fracasso do enfermeiro que foi ensinado a salvar vidas.

A responsabilidade do Enfermeiro é diminuir o sofrimento, aliviar a dor e fazer com que o doente se sinta melhor possível, ajudando-o a morrer em paz e dando todo o apoio à família.

Como afirma Loft (2000, p.41 – 49)

“Não há dúvida que ao profissional de saúde, neste caso o enfermeiro, se torna difícil lidar com a morte porque ela representa o fracasso, a derrota, perante o objectivo de cuidar, tratar e curar, objectivos para os quais estes profissionais

foram preparados... O contacto constante com várias derrotas têm um certo peso psicossocial, e este é o maior risco dos técnicos que assistem doentes terminais”.

1.3 Questão de Investigação

Segundo Fortin (1999, 4p.51), a questão de investigação é:

“Uma interrogação relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos – chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica”.

As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação. De acordo com o mesmo autor “são aquelas que necessitam do recurso a metodologia científica e que produzem informação susceptível de ser generalizada”.

Portanto, depois de escolhido o tema para o presente projecto cabe agora enunciar as questões de investigação para as quais nos propomos a obter respostas:

- Quais as vivências dos enfermeiros que cuidam o doente em fase terminal?
- Quais os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante um doente em fase terminal?
- Quais as estratégias adoptadas pelos enfermeiros no sentido de lidar com as dificuldades e/ou sentimentos, resultantes do processo de cuidar o doente em fase terminal?

Assim, as questões anteriormente referidas vão ajudar-nos a adquirir respostas que orientarão este trabalho de modo a atingir os nossos objectivos.

1.4 Objectivos

Perante as questões formalizadas surgiu a necessidade de traçar os objectivos deste estudo.

Segundo Fortin (2000, p.100):

“O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis - chave, a população alvo e o contexto do estudo”.

Sendo assim, os objectivos do presente estudo de graduação são:

- Conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam o doente em fase terminal;
- Identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante um doente em fase terminal;
- Identificar as estratégias adoptadas pelos enfermeiros no sentido de lidar com as dificuldades e/ou sentimentos, resultantes do processo de cuidar o doente em fase terminal.

1.5 Revisão Bibliográfica

Morrer é, muitas vezes, quaisquer que sejam as convicções filosóficas ou religiosas que se teve durante a vida, um confronto com a interrogação do pós – vida.

Na perspectiva de Kovács (1995, p.14), “o medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independente da idade, sexo, nível socioeconómico e credo religioso.”

O medo da morte pode compreender o medo da solidão, da separação de quem se ama, o medo do desconhecido, o medo do julgamento pelos actos terrenos, o medo da interrupção dos planos e fracasso em realizar os objectivos mais importantes da pessoa (Kovács, 1995, p.16).

O pensar na morte poderá criar ansiedade, medos, sentimentos de raiva e de impotência perante ela (...) mas poderá também dar sentido á vida, levando-nos a querer preenchê-la “mais e melhor” (Pacheco, 2004, p.16).

Não é portanto, só o corpo que morre; quem morre é a pessoa. A morte diz respeito á totalidade do homem e não devemos pensá-la como sendo apenas a morte do corpo, uma vez que o ser humano é espírito também (Pacheco, 2004, p.25).

Na perspectiva de Oliveira (2008, p.9):

“A morte é sempre, um momentu, uma transformação, uma passagem, um final e um começo. Morte e vida complementam-se, equilibram-se, e uma não pode ser estudada, sem a outra. Há um ponto essencial que as une: a vida é movimento, é energia e, como tal, mesmo na morte há vida, em algum modo ou forma de manifestação”.

i. O cuidar e o curar em enfermagem

Segundo Pacheco (2004), “É da responsabilidade do enfermeiro prestar cuidados de saúde ao indivíduo, à família e à comunidade ao nível da promoção da saúde, da prevenção da doença, da recuperação da saúde e do alívio do sofrimento”.

Há «pequenas coisas» que constituem aquilo que são os cuidados de enfermagem, de todas essas «pequenas coisas» da vida, aquelas que, para uma determinada pessoa, dão sentido à vida e são importantes. A atenção a essas «pequenas coisas» mostra a preocupação do profissional com o outro, na sua existência. Participa totalmente na sua saúde (Hesbeen 2000, p.47).

Essas pequenas coisas, são desde já, o seu bem – estar dado pelo enfermeiro nos doentes, um sorriso, um toque na mão, uma palavra de conforto, uma fricção (Hesbeen 2000, p.47).

Cuidar é amar e segundo Caetano Veloso no tema *Sozinho*:

“Quando a gente gosta; claro que a gente cuida”

A distinção entre o “cuidar” e o tratar, ou entre o “cuidar” e o “curar” é essencial, na medida em que no âmbito dos serviços de saúde nem sempre existe uniformidade de atitudes e muitas vezes se confundem os dois termos (Pacheco, 2004, p.27).

Cuidar – o prestar atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa. A pessoa do doente é sempre vista como o centro da atenção do que cuida e, por isso, nunca são esquecidos todos os cuidados físicos, psicológicos, espirituais de que precisa, para além dos cuidados de saúde exigidos pela doença em si (Pacheco, 2004, p.28).

Tratar – prestação de cuidados técnicos e especializados apenas à doença e que tem como principal finalidade “reparar” o órgão ou órgãos doentes – “cuidados de reparação” – e obter a cura (Pacheco, 2004, p.28).

É possível tratar sem cuidar, tratar e cuidar simultaneamente e ainda cuidar sem tratar.

Mayeroff citado por Pacheco (2004, p.29), considera que: “cuidar tem um papel primordial nas nossas vidas e é essencial à condição humana”.

Segundo Collière (1999 cit. por Frias, 2003, p.49 e Cerqueira 2005, p.237) podemos distinguir dois tipos de cuidados:

- Os cuidados quotidianos e habituais (care), ligados às funções de manutenção, de continuidade de vida. São cuidados necessários como beber, comer, evacuar, lavar-se, levantar-se, mexer-se, deslocar-se, bem como tudo o que é indispensável para o desenvolvimento da vida;
- Os cuidados de reparação (cure), ligados á necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida. São cuidados de reparação, o que significa tudo o que depende do tratamento da doença. Referem-se á continuidade da vida que se depara com obstáculos como a doença.

Para os que se preocupam em tratar e cuidar simultaneamente, a principal preocupação é a pessoa doente, sempre tida em consideração como um ser único e insubstituível que é. Ou seja, o ser que é cuidado não é visto como um objecto ou um número, mas sim como uma pessoa singular numa situação particular, a quem se devem prestar cuidados individualizados, e cujos direitos e necessidades devem ser sempre respeitados. (Collière, 1989 cit. por Cerqueira, 2005)

Foi Florence Nightingale quem primeiro salientou o cuidar, como sendo um acto rodeado de humanidade e profundidade, sentindo, uma necessidade de criar uma profissão voltada para cuidar de pessoas. (Cerqueira, 2005, p.23)

Já perspectiva de Hesbeen (2000, p.110), “o cuidado tem, assim, a ver com a *atenção*. O cuidado designa o facto de *estar atento* a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem – estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento”.

Pela natureza da própria profissão, os enfermeiros dispõem de trunfos suplementares e de oportunidades para exercerem a arte de cuidar. Mediante o internamento, têm a possibilidade de estar mais próximos dos doentes. (Hesbeen, 2000, p.46 e Frias, 2003, p.45)

Através de Pacheco (2004, p.33), Reich considera que, “o verdadeiro profissional de saúde cuidador é aquele que se preocupa com os seus doentes, especialmente aqueles que não podem cuidar de si próprios.” E ainda, “nos cuidados de saúde, a atenção do cuidar é talvez mais evidente na enfermagem”.

Segundo Watson cit. por Frias (2003, p, 46):

“o cuidar em enfermagem está relacionado com a resposta humana intersubjectiva às condições de saúde - doença e das interacções pessoa – ambiente; um conhecimento do processo de cuidado de enfermagem: um auto – conhecimento, um conhecimento do poder pessoal e as limitações na relação transpessoal”

Desta forma, os enfermeiros têm principalmente de começar a cuidar, a respeitar e a amarem-se a si próprios, antes de poderem cuidar, respeitar e amar os outros. O enfermeiro vê a pessoa com amor e sabe apreciar a sua diversidade e individualidade, ajudando-a a respeitar as diferenças, não “julgando” de acordo com a sua perspectiva (Frias, 2003, p.56-57).

Assim, pode dizer-se que cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta que combina os seus sentimentos, de destreza manual, de saber – ser e de intuição que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular (Hesbeen, 2000, p.37).

Assim sendo, conclui-se que na doença em fase terminal, quando o tratar já não pode ter lugar, é o cuidar que se torna fundamental.

ii. Relação de ajuda no cuidar em enfermagem

O enfermeiro é o elemento da equipa que mantém uma relação mais íntima com o doente, não só por permanecer nos serviços de saúde durante um período longo, mas também porque é ele que presta mais cuidados directos.

Segundo Pacheco (2004, p.122), é o enfermeiro que está mais próximo do doente, é geralmente o enfermeiro que melhor conhece e compreende o doente na sua singularidade.

Pacheco (2004) e Neves, Pavan e Lannebere (2000) referem que o diálogo, a atenção e o acompanhamento assumem uma grande importância quando o doente se encontra em fase terminal. A actuação do enfermeiro deve ser mais do que nunca, cuidar do doente, o que nestes casos deve consistir essencialmente numa verdadeira relação de ajuda. Esta relação deve ser pautada por um respeito pelo doente e uma atenção constante, que nunca se deve limitar à simples presença física. Também deve basear-se numa verdadeira escuta e na congruência. Em suma, num leque de sentimentos genuínos.

A empatia não se restringe apenas às palavras utilizadas e é importante recordar mais uma vez que não só a voz fala mas também o gesto, os olhos, o silêncio, o ouvir, o apertar a mão com ternura. (Pacheco, 2004, p.133).

A relação de ajuda deve ainda basear-se na “congruência”, isto é o enfermeiro deve ser autêntico e verdadeiramente ele próprio, o que corresponde a viver e exprimir os seus próprios sentimentos sem que existam diferenças entre a comunicação verbal e não verbal. Assim, o enfermeiro numa postura de escuta nunca esquece que a comunicação não verbal é fundamental na compreensão do doente. (Pacheco, 2004, p.133)

A autenticidade implica ainda, que o enfermeiro tenha coragem de também se manter em silêncio quando não sabe o que dizer, ou de confessar com humildade que também ele não entende muitas vezes as coisas e que, deste modo, não conhece a solução de muitos dos problemas. (Pacheco, 2004, p.134)

As atitudes de receptividade e de partilha são simultaneamente verbais e não verbais, representam todos os comportamentos do enfermeiro na capacidade de escuta. O olhar tem também uma incidência sobre a relação. A posição corporal participa na interacção tal como o olhar. (Neves, Pavan e Lannebere, 2000, p.81)

Há muitos enfermeiros que não estão preparados para enfrentarem a morte e não têm uma formação suficiente que lhes permita compreender a importância de cuidar o doente em fase terminal.

Até meados do século XX, os enfermeiros limitavam-se a tratar as pessoas que adoeciam com compaixão e caridade, baseando-se no princípio de agir em benefício do doente. (Pacheco, 2004)

Na infância, as aprendizagens que os enfermeiros adquirem para lidar com a morte sustentam-se na transmissão de representações precisas do mundo em que vivem, pois, as referências e os critérios dessas aprendizagens são objectivos universais. Assim, a formação que vão adquirindo para cuidar de pessoas em fim de vida, apenas ocorre em locais específicos – as escolas e organizações de saúde (Frias, 2003, p. XXI).

Segundo Pinto (1991, p.14 citado por Frias (2003, p. XXIII), “os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros sentem-se desarmados perante a angústia das pessoas em fim de vida, com os quais têm dificuldade em estabelecer uma relação de ajuda”

Para concluir, a relação de ajuda não implica necessariamente uma presença constante mas sim uma presença atenta, o que significa que todas as atitudes do enfermeiro deverão ser orientadas para a escuta, para a empatia e para a congruência. (Pacheco, 2004, p. 134)

iii. O doente em fase terminal

Segundo a CIPE Morrer é um processo Corporal com as características específicas: Interrupção da vida, diminuição gradual ou súbita das funções corporais que conduzem ao fim dos processos corporais de manutenção da vida.

Para Pacheco (2004, p.50) existem dois tipos de morte: morte anunciada – expressão que designa o conhecimento antecipado da proximidade da morte; morte antecipada - assim designada por se considerar que ocorre prematuramente como, por exemplo, em pessoas muito jovens.

Assim, no que respeita à morte anunciada, Báron e Félio (1996, citado por Frias, 2003, p.59), referem que o doente terminal insere-se nesta categoria porque é “aquele que apresenta um estado clínico que provoca uma expectativa de morte a curto prazo.”

Os mesmos autores, elaboram os seguintes critérios que definem a pessoa em fim de vida:

- a) Doença de causa evolutiva;
- b) Estado geral grave;
- c) Perspectiva de vida não superior a 2 meses;
- d) Insuficiência de órgãos;
- e) Ineficiência comprovada dos tratamentos;
- f) Ausência de tratamentos alternativos úteis para a cura ou sobrevivência;
- g) Complicações finais irreversíveis.

Assim, a designação de “doente terminal” é atribuída a uma pessoa que, por circunstância da vida, adquiriu uma doença cujo desenlace final é a morte. Portanto, terminal é característico da doença e não da pessoa (Frias, 2004, p.60). Usando-se a expressão “doente em fase terminal” para as pessoas com uma doença crónica e/ou incurável com indícios da proximidade da morte.

Quando se fala em doentes em fase terminal percebe-se a importância para os cuidados paliativos. Segundo Person e Fisher (1991, cit. por Lopes, 2002, p.58):

“entende-se por cuidados paliativos, os cuidados prestados aos doentes nos quais já não é possível actuar curativamente e que visam, mais do que assegurar ou proporcionar uma boa morte, ajudar a viver melhor com a doença”.

Assim, segundo a OMS (1990) cuidados paliativos são

“O objectivo principal dos cuidados paliativos é manter a qualidade de vida a um nível óptimo, para os doentes e para a sua família.”

Importa referir que um doente em fase terminal é um doente com uma ampla e profunda perturbação psico-motora individual, que corre o risco de ser incompreendido e rejeitado, porque é alguém que vai inexoravelmente morrer num certo período de tempo (Nunes, 1998, cit. por Cerqueira 2005, p.27). Na maior parte das vezes, o doente toma conhecimento, a pouco a pouco do seu diagnóstico fatal. Esta descoberta precipita-o numa situação crítica com, conforme os casos, uma componente mais ou menos importante de tristeza, agressividade, isolamento (Abiven, 2001, p.27)

Neste caso, a tarefa do prestador de cuidados deve ser ajudar a gerir esta crise, tanto nos planos afectivos, familiares, sociais e espirituais, como no plano fisiológico pois morrer não é só parar de respirar ou ter um electroencefalograma plano, é também e, em primeiro lugar, ter de romper laços de amor, o apego às coisas, aos lugares de que se gosta. (Abiven, 2001)

A dignidade e o conforto das pessoas em fim de vida tem sido uma preocupação, pelo que alguns autores defendem a carta da pessoa em fim de vida (ver anexo II)

Desta forma, embora os enfermeiros reconheçam a importância dos direitos da pessoa em fim de vida, enquanto “pessoa que vive a sua morte”, estes confrontam-se sistematicamente com a incurabilidade, o sofrimento e a morte, o que pode levar a uma relação distante ou inexistente entre estes e a pessoa em fim de vida. (Frias, 2003, p.62)

Resumindo, para Pacheco (2004, p.106), os cuidados paliativos baseiam-se no respeito pela pessoa humana e pela sua dignidade e têm como lema colocar sempre a pessoa em primeiro lugar e portanto, acima de toda a ciência e tecnologia.

iv. Estádios ou fases que o doente terminal vivencia

Ao longo do avanço da doença, o doente vai atravessando vários períodos de alteração que podem ser uma melhoria de sintomas, uma certa estabilização bem como períodos de agravamento e progressão. Desta forma, passa por fases em que se sente tão bem que acaba por se iludir com a possibilidade de cura e quase não acredita estar doente (Pacheco, 2004, p.53).

Kubler – Ross (1969, cit. por Lopes, 2002) identificou cinco estádios que o doente terminal vivência, que a nosso ver podem ser transpostos para o âmbito da doença oncológica. “São estádios de duração variável que podem surgir simultaneamente, linearmente ou tendem a sofrer um retrocesso mas que depois seguem um processo de evolução psíquica de preparo para a morte.”

É importante realçar que essas defesas têm carácter transitório, não eliminam a morte, o homem não poderá deixar de encará-la em várias etapas do seu desenvolvimento (Kovács, 1995, p.24).

1. Fase de negação e isolamento: “Não, não pode ser verdade”

A negação é uma fase caracterizada por uma recusa temporária da realidade, que é mais tarde substituída por uma aceitação parcial (Kubler – Ross, 1969, cit. por Lopes, 2002).

A primeira entrevista num doente em fase terminal permite frequentemente entender a negação da sua doença na qual o doente faz questão em se manter. (Abiven, 2001, p.48)

Dependendo de como se informa o doente, do tempo do inevitável desfecho e de como se preparou durante a vida, aos poucos ele se desligará da sua negação, utilizando mecanismos de defesa menos radicais. (Kubler – Ross, 1998, p.47)

Na perspectiva de Marques (1994, cit. por Lopes, 2002), “Muitas vezes a negação vai dar lugar, de um modo subtil, a uma forma de isolamento onde o doente fala da doença, do seu cancro sem que tenha integrado a ideia da morte”

O enfermeiro deve tentar não contradizer o paciente directamente, deve manter sempre um canal de comunicação aberto com o paciente e não deve evitá-lo. Se o paciente começar a falar em termos realísticos sobre a sua doença, o enfermeiro deve ouvi-lo com atenção (Ferreira, 2004, p.32).

2. Fase de raiva/revolta: “Porquê eu?”

Na perspectiva de Kubler – Ross (1998, p.55), “quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento.”

Segundo Marques (1994, cit. por Lopes, 2002):

“Se o doente ultrapassa o estado de negação e começa a confrontar-se com a morte, reage da forma típica com raiva e exprime a sua ira perante a sua má sorte. Este estado é geralmente difícil para os que rodeiam, pois o doente tem tendência a deslocar e projectar a sua raiva contra o medico que não diagnosticou a tempo a sua doença, os enfermeiros que não são suficientemente rápidos a responder aos seus pedidos e não se ocupam dele como deveriam, contra Deus que lhe impõe a sentença de morte”.

O enfermeiro tem de saber ouvir os doentes e até, às vezes, superar alguma raiva irracional, sabendo que o alívio proveniente do facto de tê-la exteriorizado contribuirá para melhor aceitar as horas finais (Kubler – Ross, 1998, p.59).

O enfermeiro deve tentar não levar as agressões ou críticas dos pacientes pessoalmente. O doente tem raiva de estar a morrer, não do enfermeiro, por isso o enfermeiro deve manter o contacto com ele e não evitá-lo (Ferreira, 2004, p.32).

É importante que esta raiva seja exteriorizada uma vez que esta reacção é quase inevitável.

3. Fase de negociação: “sim, sou eu, mas...”

Nesta fase, o doente gradualmente aceita o facto de estar prestes a morrer mas tenta conseguir um prolongamento do tempo de vida, uma diminuição da dor, melhores cuidados e estar capaz de negociar o seu bom comportamento com Deus, com os que o rodeiam e, inclusive com os profissionais de saúde (Kubler – Ross, 1969, cit. por Lopes, 2002).

O enfermeiro não deve prometer mais tempo de vida, caso o doente conte a sua negociação ao enfermeiro, este deve ouvi-lo sem o julgar e sem lhe dar qualquer garantia (Ferreira, 2004, p.32).

4. Fase de depressão: “sim, sou eu...”

A revolta e o alheamento cederam agora a um sofrimento de grande parte. O doente gradualmente toma consciência das consequências reais da sua doença e passa por um período depressivo.

Kubler – Ross (1969, cit. por Lopes, 2002) define 2 tipos de depressão neste tipo de pacientes:

- a) A depressão reactiva – aparece face a um sentimento de importância em que os doentes começam a sentir-se sem esperança perante o seu estado de saúde.
- b) A depressão preparatória – é uma experiência de perda iminente de todos os objectos amados com o objectivo de facilitar o estado de aceitação.

A comunicação neste estado é sobretudo não verbal e o doente apenas deseja uma presença, o toque de uma mão.

5. Fase de aceitação: “a minha hora chegou...”

Na perspectiva de Kubler – Ross (1998, p.117), “um paciente que tiver tido tempo necessário e tiver recebido alguma ajuda para superar tudo conforme foi descrito anteriormente, atingirá um estágio em que não mais sentirá depressão nem raiva quanto ao seu “destino”.

Na maioria dos casos o doente está cansado e muito fraco, deseja que o deixem só ou pelo menos que não o perturbem com notícias ou problemas do mundo exterior.

É frequente deixar de ter vergonha de conversar, no entanto é reconfortante para ele que não deixem de o visitar para que não sinta que foi esquecido, quando nada mais pode ser feito por ele. (Kubler – Ross, 1969, cit. por Lopes, 2002)

Para Kubler – Ross (1998, p.118), esta fase:

“É quase uma fuga de sentimentos. É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do “repouso derradeiro antes da longa viagem”, no dizer de um paciente. É também um período em que a família geralmente carece de ajuda, compreensão e apoio, mais do que o próprio paciente; à medida que ele, às vésperas da morte, encontra uma certa paz e aceitação, seu círculo de interesse diminui. (...) Nossas conversas, então, passam

de verbais a não - verbais. O paciente já indica com um gesto de mão que nos sentemos um pouco. É provável que só segure nossa mão num pedido velado de que fiquemos em silêncio. Para quem não se perturba diante de quem está prestes a morrer, estes momentos de silêncio podem encerrar as comunicações mais significativas”.

Nesta última fase, o doente aceitou a morte como algo inevitável e, o enfermeiro que conseguir o mesmo será aquele que lhe poderá dar conforto nos últimos momentos. O enfermeiro deverá prestar a assistência à família, e estes deverão permanecer ao lado do doente, mantendo um contacto físico até à morte (Ferreira, 2004, p.32).

v. Vivência dos enfermeiros perante a morte

Com muita frequência, nos hospitais, a pessoa morrer sozinha, não tem ninguém, com quem partilhar o medo, a angústia, a alegria ou o que é importante para ela. Frequentemente, os profissionais sentem-se impotentes perante a morte da pessoa e, para se protegerem das suas próprias emoções, deixam-na morrer em profunda solidão. (Frias, 2003, p.27)

Os enfermeiros sentem-se impotentes face ao sofrimento do doente e é por causa desse medo que impõe silêncio ao mesmo, àquele que sofre e de quem nos protegemos de diferentes formas, como a fuga, a denegação, resguardando-nos atrás de gestos técnicos ou de um discurso de superioridade intelectual, inibindo o desencadear de carinho, que destrói o carácter íntimo. Cada uma destas atitudes contribui para que nos afastemos de uma experiência profunda e íntima (Frias, 2003, p.29).

Se por vezes os profissionais de saúde, podem prever o dia em que morrerá um doente, na sequência da sua trajectória de morte, há um equilíbrio no meio hospitalar e as potenciais perturbações emocionais nem sequer são evidenciadas pois há um tempo para a aceitação daquela morte. Mas, se o doente morrer sem avisar isso perturba e despoleta emoções que alteram o normal funcionamento da equipa (Frias, 2003, p.28).

Na perspectiva de Neves, Pavan & Lannebere (2000, p.42) “os enfermeiros exprimem muito bem vários sentimento ao dizerem que também cuidam com o coração. O risco de cansaço profissional é tanto maior quanto a parte de afectividade comportada pela relação entre o que é cuidado e aquele que cuida.”

Assim, acredita-se no incentivo aos profissionais de cuidados, a identificarem a sua parte afectiva, os sentimentos que os pode fragilizar, e ensiná-los a trabalhar com ela, ou seja, abrir-se com a equipa para assegurar um equilíbrio na relação.

Para além de lidar com o sofrimento do doente, o profissional de saúde tem de apoiar a família e gerar também o seu próprio sentimento, a angústia e o medo (Lopes, 2002, p.94).

Pode-se então referir em jeito de conclusão que a morte pode gerar sentimentos ambivalentes naquele que cuida, surgindo o desejo de que o doente morra para aliviar o sofrimento de ambos despertando a culpa por estes sentimentos. Ver a dor e sentir-se impotente para promover o seu alívio e o bem – estar da pessoa é causa de muito sofrimento. Portanto, a morte do doente pode trazer um certo alívio, mas também, incitar sentimentos de culpa, pois a pessoa acredita que não tratou o outro da melhor forma possível e com isso não evitou a sua morte.

vi. Mecanismos de defesa e estratégias de adaptação dos que prestam cuidados

Para Pacheco (2004, p. 128 – 129) muitos enfermeiros sentem dificuldade em lidar de tão perto com o morrer e em comunicar quer com o doente quer com a família do mesmo. Desse modo, a atitude mais habitual do enfermeiro é muitas vezes desligar-se do doente e da própria morte, desenvolvendo assim mecanismos de defesa e os mais variados comportamentos de fuga.

Segundo Lopes (2002, p.94), “... os profissionais de saúde não ficam indiferentes à morte de um doente, eles próprios criam defesas para lidarem com essa situação e todas as problemáticas a ela inerentes.”

Frente a estas situações que se consideram *stressantes*, o profissional de saúde, neste caso os enfermeiros, utilizam mecanismos psicológicos para reduzir o impacto dos factores *stressores* e assim, retomar o equilíbrio. Estes mecanismos ou estratégias são, na realidade opções cognitivas elaboradas através da avaliação da situação, do ambiente, de experiências anteriores bem sucedidas e da maturidade do seu aparelho psíquico, e são definidas como estratégias de coping ou estratégias de enfrentamento. (Grazziano & Ferraz, 2010, p.3)

Tal como refere Stedeford (1986, cit. por Lopes, 2002, p.57),

“os profissionais de saúde não têm tempo para os doentes terminais, no entanto, este comportamento pode ser interpretado como um mecanismo de defesa, cujo objectivo final é poupar o profissional da ansiedade em se confrontar com a morte em geral e a sua, em particular”.

Segundo o mesmo autor, para não ser tão afectado, o profissional de saúde tenta manter uma certa distância, diminuir as visitas, responder com frases feitas, conselhos fácieis e autoritários no sentido de tornar a relação o mais profissional possível para que a emoção não se sobreponha ao racional.

Os enfermeiros, confrontados com a doença grave e com a morte vão tentar proteger-se da angústia que elas geram (Neves, Pavan & Lannebere, 2000, p. 43).

Segundo os autores (Neves, Pavan & Lannebere, 2000, p.43) os enfermeiros “vão munir-se, à partida, de estratégias de adaptação conscientes ou inconscientes chamadas mecanismos de defesa”, sendo estes:

A mentira – *“Falar de inflamação em vez de cancro ou de abcesso em vez de tumor”.* *“Este mecanismo permite ao enfermeiro sair de uma situação geradora de angústia, mas é muito prejudicial para o doente”.*

O fugir para a frente – *“trata-se de se libertar de um segredo angustiante, não partilhado”.*

A falsa esperança – *“consiste em manter uma esperança artificial quando o doente não acredita nisso”.*

A racionalização – *“utilizando termos complicados o enfermeiro está tranquilo por não mentir ao doente e pensa ser menos violento para ele. Evita assim envolver-se na dimensão emocional da sua relação com o doente.”.*

O evitamento – *“é um comportamento de fuga, de afastamento do doente enquanto indivíduo e sujeito em sofrimento. Enquanto o médico pode estar num evitamento físico, o enfermeiro não pode escapar, pelo seu papel, a um contacto directo”.*

A identificação projectiva – “ *este mecanismo defensivo consiste em entrar numa proximidade relacional extrema que faz desaparecer toda e qualquer distância protectora. (...) Tenta proteger-se da sua angústia através de um mecanismo de projecção que o leva a emprestar ao doente os seus próprios sentimentos e emoções, pensando então que não é ele quem sofre, mas sim o doente*”.

Ainda para Neves, Pavan & Lannebere (2000, p. 45):

“A identificação dos seus próprios mecanismos de defesa pode ajudar o enfermeiro a aceitá-los como uma resposta legítima à sua própria angústia. É na medida em que o enfermeiro é capaz de os reconhecer e de os aceitar que poderá identificar melhor os do doente”.

As estratégias de coping que parecem ser as mais adequadas para minimizar o impacto da situação da doença são as que permitem ao profissional de saúde auto – observar-se e reconhece os sintomas de mudança ao ritmo da vida (Lopes, 2002, p.97).

Uma outra estratégia eficaz é a discussão dos problemas de trabalho com os colegas e a disponibilidade para estar aberto a novos métodos de trabalho. O suporte organizacional é também uma das formas de redução de stress (Lopes, 2002, p.97).

Maslach (1979), Wortman e Dunkel – Schetlen (1979) cit. por Lopes (2002):

“recomendam que os profissionais de saúde «partilhem os seus sentimentos pessoais com os colegas, o que lhes permitirá, por um lado, aprender que tais sentimentos são uma consequência normal de trabalhar com doentes graves, e por outro lado, receber feedback construtivo para lidar com o stress».”

Na perspectiva de Lopes (2002), os profissionais de saúde têm revelado algumas estratégias podem ajudar a preservar a saúde emocional e física, e evitar o esgotamento (Burnout):

- a) Trabalhar em equipa (partilhar decisões e responsabilidades; apoiar-se mutuamente);
- b) Boa comunicação dentro da equipa;
- c) Recursos adequados e serviços de apoio;
- d) Metas realistas;

- e) Folga/alimentação/repouso adequados;
- f) Tempo disponível para a recreação (hobbies, restauração espiritual).

Assim, o termo Burnout é definido por Freudenberger (1975, cit. por Queirós, 1998, p.17), “como um conjunto de sintomas médico – biológicos e psicossociais inespecíficos, produto de uma exigência de energia de trabalho” que ocorre particularmente nas profissões envolvidas numa relação de ajuda

O profissional de saúde com Burnout passa a ter aspectos na sua vida comprometidos, desde a sua saúde física (fadiga crónica, exaustão, desmaios ou perdas de consciência momentânea, cefaleias frequentes, dores musculares, hipertensão arterial, imunodeficiência, distúrbios cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórios, sexuais e do sono), cognitiva e emocional (falta de concentração e de atenção, alterações de memória, perda do senso de humor, sentimentos de alienação e solidão, impaciência, labilidade emocional, baixa auto – estima, ansiedade, depressão, vulnerabilidade, medo) e comportamental (conflitos familiares e conjugais, frustração, irritação, hostilidade, intolerância, rigidez, inflexibilidade, perda de iniciativa, dúvida do próprio julgamento, trabalho prolongado com pouco rendimento) (Grazziano & Ferraz, 2010; Lacerda & Hueb, 2005).

Num estudo realizado por Leiter, Harvier e Frizzle (1998) cujo tema era “Analisar a correspondência entre o Burnout da enfermeira e a satisfação do paciente com o cuidado prestado” concluiu-se que os pacientes internados em unidades nas quais as enfermeiras consideravam o seu trabalho mais significativo, estavam mais satisfeitos com todos os aspectos relacionados à sua permanência no hospital. Os pacientes que se encontravam em unidades em que as enfermeiras se sentiam exaustas, relataram estar menos satisfeitos com os vários componentes do cuidado (Grazziano e Ferraz, 2010, p. 10).

Conclui-se então que, lidar com doentes em fase terminal submete os profissionais de saúde a muitos factores de *stress*. Estes incluem: a comunicação das más notícias; a adaptação à inexistência de cura; exposição repetida à morte de pessoas com as quais estabeleça uma relação; envolvimento em conflitos emocionais; absorção da cólera e da mágoa expressa pelo paciente e pelos familiares; desafios do sistema de crenças pessoal. (Twycross, 1999, cit. por Lopes, 2002)

II. FASE METODOLÓGICA

Na perspectiva de Fortin (2003, p.254), a fase metodológica “ (...) diz respeito às etapas no decurso das quais foram tomadas pelo investigador sobre a matéria de responder às questões de investigação (...)”.

A fase metodológica é um dos aspectos mais importantes para um trabalho de investigação. Assim, os resultados finais do estudo dependerão do tipo de estudo e da forma como se vão colher os dados necessários.

Deste modo, perante aquilo que nos foi ensinado, a metodologia refere-se a aspectos importantes como o desenho de estudo, a amostra, as técnicas e instrumentos para colheita de dados tal como a análise de dados.

Os métodos de colheita de dados devem ser os mais precisos e adequados possíveis para que o trabalho de investigação atinja os objectivos iniciais.

No decurso da fase metodológica “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2003, p.40)

Neste capítulo procede-se á apresentação da metodologia adoptada para tornar exequível este estudo. As opções metodológicas advêm dos objectivos e tipo de estudo.

2.1. Tipo de estudo

A escolha do método de estudo depende da questão que esta a ser colocada. (Streubert e Carpenter, 2006, p.20)

Quando se investiga um problema a escolha e o tipo de estudo é bastante importante pois descreve a estrutura a utilizar para atingir os objectivos. (Fortin, 2003)

Para o presente projecto de graduação, consideramos mais apropriada a utilização de uma abordagem qualitativa.

Segundo Fortin (2000, p. 248) “na abordagem qualitativa o investigador não se coloca como perito dado que é de uma relação sujeito – objecto que se trata”

Na perspectiva de Fortin (2000):

“o método de investigação qualitativo implica o interesse de uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno a estudar. O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. A abordagem qualitativa pretende descrever ou interpretar mais do que avaliar.”

Optamos então por uma abordagem qualitativa, do tipo descritivo – exploratório de cariz fenomenológico cuja finalidade é conhecer as características de uma determinada realidade.

Encontra-se inserida no nível I de investigação, que como afirma Fortin (2000, p. 52):

“...a descoberta de factores consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento de modo a torná-lo conhecido, o que corresponde à investigação exploratória - descritiva” e “Quando existem poucos ou nenhuns conhecimentos sobre um fenómeno, o objectivo da investigação é responder á questão «O que é?» utilizando para o efeito um desenho exploratório – descritivo”

Segundo Fortin (2000, p.148) um estudo fenomenológico “visa compreender um fenómeno para extrair a sua essência do ponto de vista daqueles que vivem ou viveram essa experiência (...) o estudo fenomenológico toma o indivíduo como unidade de referência”.

Benner (1994, cit. por Fortin, 2000, p.149):

“o estudo dos fenómenos consiste, portanto, em descrever o universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação, em explicitá-la da forma mais fiel possível e em comunicá-la”.

Segundo (Streubert & Carpenter, 2006) “o propósito da fenomenologia é explorar as experiências vividas pelos enfermeiros. A fenomenologia possibilita aos investigadores o enquadramento para descobrir como é viver a experiência”.

O estudo é descritivo, pois pretende identificar, discriminar e compreender as estratégias adoptadas pelos Enfermeiros ao cuidar de um doente em fase terminal.

2.2. Meio

Tendo em conta a natureza deste projecto de graduação, considera-se pertinente esclarecer o meio em que este se desenvolveu. Segundo Fortin (2003, p.123) “(...) os estudos conduzidos fora dos laboratórios tomam o nome de estudos em meio natural”

Os critérios utilizados para a escolha do meio, o meio natural, prendem-se com o facto de se localizar na região do Porto, local de ensino do trabalho em questão, o que facilitou a acessibilidade na recolha de dados, de modo a obter uma descrição do fenómeno em estudo. Deste modo é de grande importância o pedido prévio da autorização á instituição.

Sendo assim, o meio seleccionado para a recolha de dados será o serviço de Medicina Oncológica 3 do Instituto Português de Oncologia do Porto, instituição à qual foi feito o pedido para a realização das entrevistas e obtida a necessária autorização.

2.3. População

Qualquer que seja o estudo, necessita de uma determinada população, onde o investigador vai colher os dados, testando assim as suas hipóteses e confirmando ou não a relação que se estabelece entre as variáveis.

Para Fortin (2000, p.202) “uma população é a colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

A população alvo segundo o mesmo autor é “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos, antecipadamente e para os quais o investigador deseja generalizações”.

No presente estudo a população são os Enfermeiros do serviço de Medicina Oncológica 3 do Instituto de Português de Oncologia do Porto.

Porem, foi pertinente elaborar o estudo com uma amostra na medida em que permite uma análise dos dados mais profunda. Realço ainda que as características da população estão presentes na amostra escolhida.

2.4. Amostra

Conforme Fortin (2000, p, 202) “A amostra é um sub – conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. Deve ser representativa da população visada, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”.

O método de selecção dos indivíduos foi a amostra não probabilística ou intencional onde “... cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 2000, p.208).

Este método de selecção “... baseia-se no seu conhecimento específico de um determinado fenómeno com a finalidade de partilhar esse conhecimento” (Streubert e Carpenter, 2006).

O principal método de investigação é a amostragem acidental. Segundo Fortin (2000, p. 208) “a amostragem acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso”. “A amostra acidental tem a vantagem de ser simples de organizar e pouco onerosa”

Assim, a nossa amostra é constituída por 12 enfermeiros do serviço de Medicina Oncológica 3 do Instituto Português de Oncologia do Porto, que aceitaram responder às nossas questões.

2.5. Instrumento de colheita de dados

O método de recolha de dados constitui uma etapa importante para o desenvolvimento de investigação.

Segundo Fortin (2000, p.260) ”logo que os métodos de colheita de dados foram elaborados e adaptado e a amostra de sujeitos foi escolhida, estão reunidos os dois componentes para iniciar o processo de colheita de dados sobre as variáveis”.

Assim, ainda para o mesmo autor, o “processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos da medicina escolhida para este fim (Fortin 2000, p, 261).

De volta ao mesmo autor, para Fortin (2003, p.249) “os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de

instrumento de medida que melhor convêm ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

Por isso cabe ao investigador deste trabalho elaborar um instrumento de colheita de dados fidedigno, viável e imprescindível a fim desenvolver a investigação.

Deste modo, o instrumento de recolha de dados que mais se adapta a este estudo é a entrevista semi-estruturada que inclui questões fundamentais.

A entrevista permite entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de dados. A completa concentração e a participação rigorosa no processo de entrevista aumentam o rigor, a confiança e a autenticidade dos dados. Contudo, o investigador deve concentrar-se nas respostas, ouvir atentamente e evitar interrogar os participantes, tratando-os com respeito e sinceridade face à experiência partilhada. (Carpenter e Streubert, 2002).

Decidiu-se optar por uma entrevista semidirigida ou semi – estruturada pois segundo Fortin (2009, p.376):

“o investigador recorre à entrevista semidirigida nos casos em que deseja obter mais informações particulares sobre um tema. A entrevista semidirigida é principalmente utilizada nos estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vividos pelos participantes”.

Para o mesmo autor “neste tipo de entrevista, o entrevistador determina uma lista de temas a abordar, formula questões respeitantes a estes temas e apresenta-se ao respondente numa ordem que ele julga apropriado”.

Ainda para Fortin (2009, p.377):

“A entrevista semidirigida fornece ao respondente a ocasião de exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado. O objectivo é compreender o ponto de vista do respondente. (...) No final da entrevista, todos os temas que faziam parte da lista devem ter sido tratados”.

Foi realizado um guião, que tem como principal função servir de fio condutor à entrevista, facilitando a recolha de informação útil de forma a orientar as respostas para

o tema a abordar. O guião é constituído por questões abertas e são dirigidas aos enfermeiros.

O guião é constituído por duas partes: a primeira parte é composta por três questões que caracterizam a amostra, e a segunda parte engloba quatro questões orientadas para o estudo em si. O guião da entrevista encontra-se em anexo.

Foram assim realizadas as entrevistas a doze enfermeiros do serviço de Medicina Oncológica 3 do Instituto Português de Oncologia do Porto compreendendo os dias 10 de Janeiro a 14 de Janeiro de 2011.

A todos os participantes foi explicada a finalidade da entrevista, os objectivos do estudo, e foi solicitada a participação e autorização para a gravação da mesma.

2.6. Pré-teste

Para garantir que a entrevista seja aplicável e que efectivamente correspondesse às questões colocadas submeteu-se o instrumento de dados a um pré – teste.

Conforme Fortin (1999, p.53), “ (...) esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar a entrevista, resolver problemas e imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões”.

O pré – teste foi realizado a dois enfermeiros do serviço de Medicina Oncológica 3 no dia 6 de Janeiro entre as 10 horas e as 12 horas. É de grande relevância referir que os elementos que participaram no pré – teste não podem fazer parte da amostra.

Verificou-se que a entrevista não levantou questões, no que diz respeito à interpretação das perguntas. Desta forma, não foi necessário proceder a nenhuma alteração.

2.7. Tratamento e análise dos dados

Para efectuar o tratamento e análise de dados recolhidos elegeu-se a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é o que mais se adapta aos objectivos deste estudo, foca os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana e analisa os dados de uma forma mais organizada e profunda. Optou-se pelo método de análise de

conteúdo pois facilita o estudo das motivações, crenças, valores e tendências vivenciadas num contexto.

Segundo Fortin (1999, p, 364) a análise de conteúdo é uma estratégia que possibilita “ (...) identificar um conjunto de características essenciais à significação ou à definição de um conceito”.

Para Bardin (2006, p. 16) “a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

Visando as orientações do autor citado, vai-se procurar reunir os aspectos relevantes por ordem temática, em categorias e sub – categorias, tendo em conta as ideias reais.

Para o mesmo autor, Bardin (2006, p.32)

“é o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação de significação constitutiva da mensagem. É portanto um método taxonómico bem concebido para satisfazer os colecionadores preocupados em introduzir uma ordem, segundo certos critérios, na desordem aparente”.

Após a realização da categorização, iremos proceder á interpretação das categorias e sub – categorias.

2.8. Princípios éticos

Os investigadores devem ser responsáveis pelas decisões éticas tomadas na produção de qualquer investigação, devem obter consentimento informado e a participação do informante deve ser voluntária, devem assegurar aos participantes que a confidencialidade e o anonimato serão respeitados e que os participantes serão tratados com dignidade e respeito, devem permanecer sensíveis e estar conscientes das possibilidades e assuntos éticos que surjam e que podem não ter sido previstos.

Para Fortin (2000, pp. 116 – 119), os direitos fundamentais das pessoas são:

Direito à autodeterminação: baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar

conta do seu próprio destino. Decorre deste princípio que o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.

Direito à Intimidade: qualquer investigação junto de seres humanos constitui uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos. O investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos esta protegida.

Direito ao anonimato e à confidencialidade: é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador, os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido pelo investigador, nem pelo leitor do relatório da investigação.

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo: corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Este direito é baseado no princípio do «benefício» segundo o qual os membros da sociedade desempenham um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do maior bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam (Frankena, 1973 cit. por Fortin, 2000)

Direito a um tratamento justo e equitativo: refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados num estudo.

III. FASE EMPÍRICA

Segundo Fortin, (2003, p. 41) “Esta fase inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. Para fazer isto, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análises de conteúdo. Em seguida, passa-se à interpretação, depois à comunicação dos resultados.”

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

Para Fortin (2003) analisar significa decompor o todo nos seus elementos constituintes, isto é, o espírito vai do complexo para o simples, a fim de examinar cada um dos seus componentes, sempre com o objectivo de propor uma explicação para um determinado fenómeno.”

Para o mesmo autor (2003, p. 330), “ (...) apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação (...)”. Para tal o investigador “ (...) deve limitar-se estritamente a uma apresentação sob a forma narrativa dos resultados que ele produziu nos quadros e nas figuras”.

Realizadas as entrevistas e as etapas preconizadas pela análise de conteúdo, nesta fase, pretendeu-se reagrupar e reintegrar os depoimentos obtidos através das mesmas.

3.1.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por doze enfermeiros que exercem funções no respectivo serviço de Medicina Oncológica 3 do Instituto Português de Oncologia do Porto., que cuidam de doentes em fase terminal.

Os dados que serão mencionados foram escolhidos por entendermos serem os mais pertinentes para o presente estudo.

Os entrevistados serão identificados através de um código e, atribuído a cada entrevista, que irá desde 1 ao 12.

Apresentamos um quadro (Quadro nº3) com os dados que caracterizam a nossa amostra

Quadro nº2 – Caracterização da amostra

Género	Tempo de Carreira Profissional	Tempo de serviço	Opção Pessoal ou Direcção de Enfermagem
Feminino	12 Anos	12 Anos	Colocação de Direcção de Enfermagem
Feminino	15 Anos	15 Anos	Opção pessoal
Feminino	7 Anos	7 Anos	Opção pessoal
Feminino	36 Anos	20 Anos	Colocação de Direcção de Enfermagem
Feminino	1 Ano e meio	1 Anos	Colocação de Direcção de Enfermagem
Feminino	17 Anos e 4 meses	17 Anos e 4 meses	Opção pessoal
Feminino	6 Anos	6 Anos	Opção pessoal
Feminino	15 Anos	12 Anos	Opção pessoal
Feminino	6 Anos	6 Anos	Opção pessoal e Colocação de Direcção de Enfermagem
Feminino	12 Anos	7 Anos	Colocação de Direcção de Enfermagem
Masculino	11 Anos	11 Anos	Colocação de Direcção de Enfermagem
Feminino	18 Anos	14 Anos	Opção pessoal

Pela análise do quadro que caracteriza a nossa amostra podemos concluir que:

- A maior parte dos enfermeiros entrevistados são do género feminino, o que mostra que, independentemente do serviço, a profissão de enfermagem é predominantemente feminina;
- Dos doze entrevistados, pode concluir-se que a média de anos de exercício profissional dos enfermeiros da amostra é de 10,7 anos, com um mínimo de 1 ano e um máximo de 20 anos.

- O tempo de carreira profissional de oito enfermeiros entrevistados, coincide com o tempo de exercício profissional neste serviço, pelo que mais de metade dos enfermeiros gostam de trabalhar no serviço onde começaram a sua carreira profissional;
- Dos doze enfermeiros, seis foram colocados no serviço por opção pessoal, onde quatro deles correspondem aos enfermeiros com mais anos de serviço;
- Dos doze enfermeiros, cinco foram colocados no serviço através da Direcção de Enfermagem, sendo que quatro têm o mesmo tempo de carreira profissional e tempo no serviço;
- Dos doze enfermeiros, apenas um foi colocado através de ambas as opções. Isto deve-se ao facto de ser o primeiro emprego e de na altura o serviço necessitar de um membro na sua equipa de enfermagem.

3.1.2. Análise de conteúdo: das entrevistas á categorização dos dados

Após a transcrição das entrevistas efectuaram-se várias leituras com o intuito de conhecer quais são as estratégias adoptadas pelos enfermeiros no cuidar do doente em fase terminal.

Das entrevistas surgiram 4 categorias e 15 sub – categorias, às quais se pode visualizar no Quadro nº4

Quadro nº3 – Categorias e sub categorias

Categorias	Sub-categorias
Vivências do enfermeiro	A nível pessoal A nível do cuidar Adaptação Mudança de comportamentos
Sentimentos vivenciados	Alívio Tristeza Impotência Revolta Angústia
Estratégias dos enfermeiros	Ajuda psicológica Técnicas de Relaxamento Abstracção da situação vivida

Satisfação profissional	Boa relação com a equipa Estabilidade Vontade de mudança
-------------------------	--

As unidades de registo para assim fundamentar as categorias e sub – categorias encontram-se em anexo. (ANEXO I).

3.2. Discussão dos resultados

A próxima etapa será interpretar e discutir os resultados tendo em conta as questões de investigação.

A primeira categoria a ser identificada foi as “Vivências dos enfermeiros” perante um doente em fase terminal. Esta categoria, foi dividida em quatro sub – categorias: A nível pessoal, A nível do cuidar, Adaptação e Mudança de comportamentos.

A nível pessoal

Aba et al (1941 cit. por Oliveira, 2008) referem que para qualquer técnico de saúde (em especial os enfermeiros) é muito difícil cuidar de doentes em fase terminal, o que constitui um enorme desafio profissional e pessoal. Devem ser capazes de observar, tratar e cuidar de todos os doentes com o mesmo respeito, atenção e dignidade independentemente do seu estado, idade, profissão e atractivo.

Assim, tal como se pode constatar pelo sujeito abaixo citado, há sempre um envolvimento profissional e pessoal ao cuidar deste tipo de doentes, pois o panorama de sofrimento influencia por mais pequeno que seja a prática dos profissionais de saúde:

“...cuidar de um doente terminal acaba sempre por influenciar a nossa prática porque somos seres humanos” (E1)

No processo de cuidar do doente em fase terminal regista-se um envolvimento natural e involuntário por parte dos profissionais de enfermagem. Não só se afectam a nível profissional como a nível pessoal.

Relativamente ao envolvimento pessoal Potter e Perry (1999, cit. por Santos, 2008) referem que, é bastante normal que os enfermeiros chorem as suas perdas. Por vezes, é necessário que isso aconteça pois é uma forma de se livrarem de todo o sofrimento.

A situação referida por Potter e Perry verifica-se na prática:

“... eu já chorei muitas vezes com eles” (E4).

Na perspectiva de Oliveira (2008), a morte pode levar-nos à auto – reflexão, torna-nos mais fortes, altruístas e empenhados. Assim, o mesmo autor, questiona-se “se a culpa, o sofrimento, a dor e a morte são tantas vezes inevitáveis, porque não aprendemos com elas quando estamos bem?”

Na prática foi possível constatar que quando a morte se torna uma rotina a nível pessoal, é possível aprender com ela:

“...fazem-nos pensar que não devemos ser tão picuinhas, digamos assim, damos importância aquelas coisas pequenas da vida e é muito importante” (E9).

Na perspectiva de Serra (1991, p.31) “ (...) a forma como cada profissional encara esta situação depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face à morte, e das suas próprias experiências prévias.”

“...uma pessoa às vezes chega a casa e leva os problemas deles, durante a noite uma pessoa acorda a pensar neles” (E4).

A nível do cuidar

Tal como defende Neves, Pavan & Lannebere (2000, p.79), o enfermeiro desenvolve atitudes de receptividade de escuta e de partilha para encorajar o doente a exprimir os seus sentimentos ou necessidades. Ferreira (2004) reitera o mesmo argumento, referindo que diante do doente terminal, o enfermeiro terá de mostrar disponibilidade, acompanhar, aproximar, escutar, dar a mão, partilhar e acolher o sofrimento da pessoa que vai morrer enquanto tarefa humana.

Essa informação foi validada na prática através dos seguintes comentários:

“...estar mais perto dele” (E1)

“...sentirem que estão acompanhados” (E1)

Ainda para Ferreira (2004), os enfermeiros devem apoiar a família no sentido da aceitação dos seus sentimentos e compreensão da vivência presente, devem promover o silêncio na fase em que já é tarde para intervenções, mas ainda é cedo para a separação salientando que por vezes basta um carinho, um gesto, uma mão, a partilha de uma lágrima e principalmente paciência para transmitir paz e serenidade ao doente.

O mesmo constitui uma preocupação para o conjunto de entrevistados:

“...máximo de atenção possível, mais disponibilidade, mais um contacto directo. Dou o máximo de apoio à família para que os familiares estejam mais presentes e em contacto com o doente”. (E3)

Desta forma o enfermeiro não deve esquecer a importância da colaboração dos familiares mais próximos e dos amigos mais queridos em todo o apoio ao doente, pelo que deve empenhar-se no sentido de os envolver em todo o processo (Pacheco, 2004).

“Tentamos também, tranquilizar a família, nós damos a mão ao doente para o tentarmos tranquilizar...” (E6).

Para Cerqueira (2005, p.61) é necessário que o enfermeiro interiorize que um simples toque de mãos ou uma presença silenciosa facilita ao doente e seu cuidador oportunidades de verbalizarem os seus medos e angústias e de sentirem mais confiantes, seguros e acompanhados, tal como podemos verificar na citação seguinte:

“...o apoio, ouvindo, conversando com eles ...” (E7).

Na perspectiva de Chalifour (1993, cit. por Melo, 2008), o silêncio não consiste apenas em não falar, ele é feito de interesse e atenção para que o doente comunique, é também feito de presença de si e de disponibilidade.

“apoio, o apoio à família, o esclarecer a situação, parar 5 minutos para conversar com eles, porque não têm ninguém para falar, a gente sabe ouvir” (E11).

Já Pacheco (2004) defende que as necessidades psicológicas e espirituais do doente são raramente tidas em linha de conta. Contrariamente ao que Pacheco sustenta, os sujeitos da amostra defendem que:

“os cuidados são desde a parte mental, espiritual, tentar ajudar a nível psicológico...”
(E12)

A dor é uma sensação física desagradável e regra geral localizada e normalmente decorrente de uma lesão orgânica ou de uma alteração funcional (Pacheco, 2004, p.61).

Sendo assim é fundamental que os enfermeiros se preocupem em minimizar a dor para assim garantir uma melhor qualidade de vida para estes doentes.

“...administrar medicação para a dor” (E2).

“A este tipo de doentes, os cuidados são essencialmente o conforto, minimizar a dor e outros sintomas.” (E3).

Segundo Waldow e Luzzatto (1999, através de Santos, 2008), o principal objectivo do cuidado de enfermagem é aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer.

Uma das maiores preocupações do doente terminal é o controlo da dor aguda ou crónica. Por isso é fulcral que o doente tenha qualidade de vida até ao final da sua vida. Sendo assim é importante que os enfermeiros administrem analgésicos para a diminuição da dor, acarinhem o doente com massagens terapêuticas, tal como é possível constatar de seguida:

“...cuidados de conforto, massagem, qualquer forma de aliviar a dor” (E7).

“...manter os doentes confortáveis, calmos e sem dor...” (E10).

O profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro que trabalha com doentes em fase terminal, terá de assumir uma atitude empática, em que deve ver e sentir o mundo do doente como se fosse o seu próprio mundo.

A relação empática é assim a relação de ajuda que se estabelece com o outro, representa a forma mais nobre e exima do cuidar. Por vezes apenas se traduz numa mera e simples mensagem de cariz não verbal, expressada ou materializada por intermédio de uma linguagem transparente do corpo: gestos, postura, tom de voz, toque e expressões faciais (Santos, 2003, pp. 9-10).

“Ao cuidar de um doente em fase terminal nós temos sempre que nos colocar no lado do doente e da família do doente, havendo sempre um respeito máximo pela dignidade do doente” (E2).

“isso com facilidade me reporto para a família do doente e por isso o que queria que me fizessem a mim eu tento fazer-lhes com maior dignidade” (E2).

Adaptação

Como já foi referido, lidar com doentes em fim de vida influencia psicologicamente e socialmente o Enfermeiro, no entanto este acaba por se adaptar à sua realidade profissional. Assim, o enfermeiro acaba por criar uma barreira entre a vida profissional da vida pessoal no entanto há uma relação entre estas, tal como se pode verificar em seguida:

“No inicio achava que sensibilizava um bocadinho, mas depois é o nosso dia-a-dia” (E5).

“...pessoa depois ao longo vai-se habituando a afastar o trabalho da vida pessoal mas mesmo assim não quer dizer que não haja uma certa relação...” (E6).

Segundo Lopes (2002, p.94 os profissionais de saúde não ficam indiferentes, eles próprios criam defesas para lidarem com esta situação e todas as problemáticas a ela inerentes:

“Nós por sistema temos de criar um bocadinho de barreira, mas não quer dizer que não sentimos e não sofremos muito com isso” (E6).

“A nível pessoal não mudou nada a minha vida, continuo igual, a mesma pessoa, saio daqui e desligo disto” (E11)

Mudança de comportamentos

Relativamente à mudança de comportamento, Sousa et al referem que (2009), a morte de um paciente causa grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipa envolvida no seu cuidado, em especial nos enfermeiros. O modo com o enfermeiro compreende o conceito de morte, bem como a forma que relaciona este conceito com o seu próprio existir e as suas vivências pessoais de perdas anteriores

dentro e fora do âmbito profissional, são aspectos que influenciarão na sua actuação diante da morte.

Assim, o facto de lidarem com doentes terminais causa nos enfermeiros uma mudança de comportamentos. Ou seja, os enfermeiros dão mais importância a coisas que aparentemente são insignificantes, como podemos verificar nos relatos seguintes:

“Ficamos muito mais sensíveis, muito mais receptivos a outras coisas, a nossa vida muda um bocadinho porque vemos muito sofrimento e evoluímos muito como pessoas” (E7).

“Com isso mudei um bocadinho a minha forma de ser lá fora, com a família e com os amigos” (E7).

“Há certas coisas que a gente dá mais importância, como demonstrar certos carinhos aos nossos familiares, porque de um dia para o outro a nossa vida fica da mesma forma como aqueles doentes ...” (E9).

A segunda categoria identificada após a categorização das entrevistas é os “Sentimentos vivenciados” pelos enfermeiros perante a morte de um doente com doença terminal. Esta categoria divide-se em cinco sub – categorias: Alívio, Tristeza, Impotência, Revolta e Angústia.

Para Damásio (2000, através de Frias, 2003, p. XXIV) o termo *sentimento* deve ser reservado para a experiência mortal e privada de uma emoção, enquanto o termo *emoção* deve ser usado para designar o conjunto de respostas que constitui uma emoção, muitas vezes das quais são publicamente observáveis.

Alívio

Na perspectiva de Sousa *et al* (2009) o enfermeiro por estar completamente envolvido com o doente, a morte para ele pode ser vista como alívio para o sofrimento, uma vez que por mais que o enfermeiro sofra com a morte do seu paciente, ele também não se sente à vontade ao visualizar o sofrimento do paciente em fase terminal, fora das possibilidades terapêuticas.

“Os doentes de uma faixa etária mais avançada, quando eles morrem é o alívio, estão em sofrimento a maior parte deles e por isso é o alívio que sinto...” (E7).

“Tenho pena e por um lado também alívio porque eles estão numa fase de sofrimento.”
(E10).

Para Martins *et al* (1999, através de Santos, 2008), determinadas situações vivenciadas pelos enfermeiros são descritas como sendo o óbito um alívio e outras uma surpresa.

“...muitas vezes nós sentimos o alívio porque a gente vê-o a sofrer, já é a hora final, tenho pena de toda a envolvimento de toda a família, quando há filhos, é mais por toda a envolvimento do família, não pelo doente em si” (E11).

Tristeza

Segundo Sousa *et al* (2009), há profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, que chegam a afirmar que podem existir doentes com os quais se estabelece uma relação diferenciada e ao vivenciarem o processo de morte, envergam sentimentos de tristeza e sensação de vazio, pois a preservação e o prolongamento da vida são os seus objectivos.

“Tristeza, é só mesmo tristeza porque eu tenho a consciência que tudo que tínhamos para oferecer nos oferecemos, tenho consciência que há um limite e chegando a esse limite já não há para a fazer” (E1).

“Quando estamos mais próximos de um doente experienciamos sentimentos de dor, tristeza mas acabamos por aceitar a situação pois a vida é mesmo assim e às vezes é preferível que o doente morra do que o vemos a sofrer” (E3).

“...a gente querendo ou não ganha algum sentimento por eles, um carinho especial. Há uma tristeza...” (E9).

Avanci (2009) defende que o tratamento de doentes sem possibilidades de cura leva o profissional a confrontar a sua finitude com as suas limitações. Os sentimentos gerados variam entre culpas, desprezo, tristeza, ansiedade, e identificação com o doente.

“...muita pena, é uma tristeza, e isso entristece-nos também, não saímos daqui e não esquecemos as situações” (E6).

É muito mais sofrida a perda de uma criança que a de um idoso, uma vez que uma criança tem uma vida pela frente. São despertados sentimentos de não-aceitação,

impotência, de perda, de finitude do enfermeiro e de toda a sua família (Haddad, 2006, cit. por Oliveira, Santos e Oliveira, 2009).

McNamara et al (1995) referem que a idade é um elemento central ao nível da aceitação da morte. Num estudo feito por Hilário (2008) intitulado por “Enfrentado o fantasma da morte: estratégias negociadas e lógicas partilhadas pelos enfermeiros de um serviço de cuidados paliativos” a maioria dos enfermeiros referem que é mais fácil aceitar a morte de um doente mais velho do que de um doente jovem.

“Claro que custa mais ver um jovem do que ver uma pessoa mais idosa mas o sentimento é triste seja qual for a faixa etária, é triste ver as pessoas a sofrer e chegar a este ponto” (E10).

“Quando morrem principalmente essas pessoas jovens, fico triste, às vezes vou para casa a chorar e depois quando vejo os pais, os familiares fico muito triste (E12).

Impotência

O confronto permanente com a morte deixa em muitos profissionais de saúde um sentimento de impotência, de fracasso e de revolta. Pela sua repetição causa um esgotamento ao enfermeiro (Neves, Pavan & Lannebere, 2000)

“Quando há uma intervenção de urgência e o doente acaba por morrer lá esta o sentimento de incapacidade, podia ter feito mais e não consegui...” (E2)

Ainda para Neves, Pavan & Lannebere (2000), o facto de os cuidados de qualidade aos doentes terminais, não culminarem na cura mas, pelo contrário, no agravamento e na morte, expõe o enfermeiro a sentimentos de impotência.

“Quando acontece uma situação de emergência e o doente não cede ao tratamento podemos sentir sentimentos de impotência, mas tudo passa com a experiência” (E3).

O sentimento de impotência é para os enfermeiros a impressão de que os seus actos, ou seja os seus cuidados não tiveram efeito, é o certificado de que são seres pequenos e que nada podem fazer para combater a morte.

“Não posso evidenciar nenhum sentimento em concreto porque é uma mistura muito grande de sentimentos mas o que me ressalta mais quando se trata de um óbito jovem é

sem dúvida a impotência, primeiro é o atestado que somos seres limitados, não podemos fazer mais, chegou o nosso limite...” (E8).

“Temos também o sentimento de impotência, queremos fazer mais mas às vezes isso é impossível por isso há sempre esse sentimento de impotência principalmente” (E10).

Segundo Frias (2003, p.29), os enfermeiros sentem-se impotentes face ao sofrimento do outro e é por causa desse medo que eles impõe silêncio ao doente.

“Impotência muitas vezes, mais a nível quando tens de dizer a um familiar que não há mais nada a fazer, as pessoas procuram outra resposta mas nós temos mesmo de dizer que não há mais nada a fazer” (E11).

Revolta

Na perspectiva de Henriques et al (1995 cit. por Saraiva, 2009), surgem nos enfermeiros sentimentos de insegurança, revolta, impotência perante a situação e mesmo uma agressividade interior que eles próprios se esforçam em ignorar, assim como o sentimento de fracasso que a morte por si representa para estes profissionais.

“Às vezes até sentimos alguma revolta pelo que acontece, mas já não vale a pena estarmos a pensar, temos de ter aquela distância entre o doente e nós” (E5.)

Qualquer contacto com a morte ou com o processo de morte, desperta no enfermeiro uma inevitável resposta geradora de tensão, tristeza e principalmente revolta (Stedeford, 1986 cit. por Saraiva, 2009).

Segundo Sousa et al (2009) o sentimento de perda em relação ao doente torna-se mais profundo quando se trata de uma criança, onde há um envolvimento maior com o enfermeiro, talvez pela própria singularidade da infância ou por se considerar esta perda como uma morte inapropriada. O facto de estarem a lidar com crianças traz aos enfermeiros que cuidam delas um sentimento de revolta superior. Muitos enfermeiros defendem que esta revolta minimiza com a experiência profissional.

“...muitas vezes de revolta porque temos muita gente nova com filhos e que nos custa muito ver partir porque os filhos precisam deles, ou uma mãe que perde um filho é uma dor terrível e a gente não conseguir fazer nada, é contra-natura uma mãe perder um filho...” (E9).

“...e daí vem a revolta, mas isso nota-se quando somos jovens a trabalhar, porque eu lembro-me quando esta aqui à pouquinho tempo, chegava a casa e chorava muitas vezes” (E12).

Angústia

Ao assistir o doente em fase terminal em seu processo de morte e morrer, o enfermeiro vivencia situações permeadas por sofrimento, angústia, medo, dor e revolta por parte do doente e de seus familiares, e como um ser humano dotado, de emoções e sentimentos manifesta em alguns momentos estas mesmas reacções diante deste processo (Sousa et al, 2009).

“Fico muito angustiada, como disse choro com os familiares, uma pessoa fica muito abatida, mas depois erguemos logo para cima, temos de ser apoio a esta família” (E4).

“Quando um rapazinho tem 16/17 anos, aí sinto muita angústia” (E7).

Contrariamente para Loft (2000), não é a morte que provoca angustia nos prestadores de cuidados, mas sim o facto de ela poder ser acompanhada de violência, de revolta, de lágrimas, de emoções insustentáveis, despoletando uma multiplicidade de atitudes.

“Às vezes o doente está numa constante angústia entre ir e o não ir, é um sofrimento e uma angústia...” (E8).

“É uma angústia, ele está numa luta constante e muitas vezes a solução é a morte” (E8)

A terceira categoria que foi identificada é as “Estratégias dos enfermeiros” para se defenderem de todas as vivências perante o cuidar do doente em fase terminal. Esta categoria dói dividida em três sub – categorias: Ajuda psicológica, Técnicas de relaxamento e Afastamento da realidade.

Ajuda psicológica

A identificação por parte dos enfermeiros dos seus próprios mecanismos de defesa pode ajudar o enfermeiro a aceitá-los como uma resposta legítima à sua própria angústia.

“Não. Na minha opinião devíamos ter um apoio psicológico, mensal ou assim, uma reunião se calhar até para todos desabafarmos, pormos as cartas na mesa e até desanuviarmos a alma, mas nunca tivemos” (E6).

Num estudo feito por Santos (2008) intitulado por “*a morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva*” concluiu-se que os enfermeiros que são afectados com a morte do paciente precisam ter acompanhamento psicológico; terapia em grupo ou um apoio para a superação do óbito. Dependendo de como o enfermeiro supera esta questão, pode gerar *stress* que muitas vezes afecta o desempenho do profissional.

“...devíamos ter realmente um suporte a nível psicológico, um psicólogo de vez em quando vir falar connosco, realmente nós sofremos muito com o sofrimento dos outros e muitas vezes as nossas barreiras também vão a baixo” (E6).

“Não, não temos nenhum tipo de apoio ou ajuda. Já conversámos que realmente precisávamos se calhar de uma terapia de grupo para ajudar a expressar um bocadinho os nossos sentimentos...” (E7).

Na perspectiva de Rockembach, Casarium & Siqueira (2010) é necessário que os enfermeiros quebrem o silêncio e ousem falar de suas dores, medos do luto que deve ser elaborado, a fim de que suas demandas sejam atendidas e consigam melhorar o cuidado a ser oferecido quando a morte se apresenta iminente.

“...era muito importante e fundamental termos algum acompanhamento a nível de psicólogo porque as vezes há aqueles momentos que entram familiares revoltados e tristes e às vezes temos alguma dificuldade em lidar com isso porque nós somos pessoa, e às vezes temos dificuldades enormes” (E12).

Técnicas de Relaxamento

Com o propósito de diminuir o impacto das situações de stress e reduzir as ameaças ao seu sistema de valores, os profissionais de saúde desenvolvem estratégias e lógicas de apoio (McNamara et al 1995).

Da análise dos discursos dos sujeitos entrevistados num estudo feito por Hilário (2008) intitulado por “*enfrentando o fantasma da morte: as estratégias negociadas e as lógicas partilhadas pelos enfermeiros de um serviço de cuidados paliativos*” sobressai a ideia que os profissionais adoptam determinados comportamentos de forma a minimizar o impacto dos momentos de tensão.

“...fazer o jantar, arrumar a cozinha, ir até ao facebook, já relaxa um bocadinho, ver as novelas, estar com o meu marido, com a minha família já é o meu mecanismo de defesa mental” (E6).

“...quero ir para o YOGA porque dizem que ajuda a relaxar e dizem que é uma fuga e se calhar é bom. Mas eu apoio-me mais na família, converso mais com a família, mas acho que isso não é um tipo de apoio porque é uma descarga emocional muito grande e estamos a transportar isso para outra pessoa” (E7).

McNamara et al (1995), salientam que os profissionais de saúde optam por diminuir a quantidade de informação disponibilizada aos seus próprios familiares e amigos, com o objectivo de usar a casa e os tempos livres enquanto lugares que lhes permite estabelecer o corte com o seu trabalho.

Num estudo feito por Hilário (2008) os enfermeiros entrevistados referiram que pretendem criar um espaço próprio fora do seu ambiente de trabalho como fuga aos seus sentimentos e vivências.

“Para mim sinto que a parte de desporto ajuda a relaxar e a distrair mas acho que uma pessoa chega a um ponto que faz parte da rotina, já é normal para nós, custa um bocadinho no início mas depois uma pessoa habitua-se” (E10).

Afastamento da realidade

Ainda no estudo supracitado (Hilário, 2008) alguns sujeitos entrevistados admitem uma certa dificuldade em lidar com a morte do doente, pelo que optam por não criar uma relação próxima com os doentes e familiares, limitando o seu contacto na prestação de cuidados.

Às vezes tentamos não nos envolver demasiado com o doente ou assim e criar aquela distancia” (E5).

Para Rockembach, Casarium e Siqueira (2010), o processo de morte é uma situação particular para o profissional de saúde, pois as questões relacionadas a perdas reais ou potenciais e o medo da própria morte podem levá-lo a manter uma distância emocional do que acontece com frequência no meio de seu trabalho utilizando, dessa forma, um mecanismo de protecção.

“Eu venho para um teatro em que eu visto o corpo de um autor quando venho para aqui e em casa visto outra. São mundos que fazem parte de mim, em que eu sou personalidades diferentes e tem de ser” (E8).

Oliveira, Brêtas e Yamaguti (2007) entendem que o distanciamento como um mecanismo de defesa e protecção contra o sofrimento, o processo de morrer e de morte passa a ser visto como banal, sendo o distanciamento e o endurecimento das relações frente á morte e ao paciente terminal algo natural e considerado comum e rotineiro.

“Ao fim destes anos todos cria-se defesas, cria-se mecanismos que nos tornam um bocadinho mais frios ou seja que nos fazem afastar daquele sofrimento e a gente defende-se um bocado. Nos primeiros anos era solteiro e o apoio era sair com os amigos para me distrair, agora é como eu te digo, saio daqui e desligo, vou para casa e não comento, os meus problemas são as minhas filhas, a minha mulher e pagar as contas” (E11).

Para concluir esta sub-categoria, Rockembach, Casarium e Siqueira (2010) o sentimento de indiferença pode ser entendido como um mecanismo de protecção e de defesa, contra o processo de finitude. Assim a morte a ser um acontecimento banal.

A quinta e última categoria a ser reconhecida é a “Satisfação profissional”. Esta categoria é também dividida em três sub – categorias: Boa relação com a equipa, estabilidade e vontade de mudança.

Para Seco (*in* Amaro e Jesus, 2008, p.34) a satisfação profissional deve-se ao facto da mesma poder ser “perspectivada como um fim em si própria, já que o bem-estar, em todas as esferas, é o objectivo primeiro da vida”.

Boa relação com a equipa

Os nossos sujeitos entrevistados referem que gostam de trabalhar no serviço de oncologia pela boa relação que mantém com a equipa. Este é um dos motivos pelos quais a maior parte dos entrevistados não trocariam de serviço.

“...gosto de trabalhar aqui também com estes colegas...” (E5).

“Já pensei em trocar, até porque já sou uma enfermeira muito velha no serviço, mas já estou de tal maneira habituada ao serviço em si, às minhas colegas e tudo isso muitas vezes pesa. Não trocaria, gosto deste serviço e gosto do que faço” (E6).

Estabilidade

A maioria dos enfermeiros entrevistados estão já habituados à rotina e a lidarem com doentes terminais, que não trocariam de serviço. Apesar de terem de lidar constantemente com a morte, estes enfermeiros gostam daquilo que fazem e sentem-se bem no serviço de oncologia. Para muitos, o cuidar de doentes em fim de vida é muito importante uma vez que se tornaram mais humanos e sentem que por mais pequeno gesto que façam, cooperaram numa morte digna.

“Gosto muito de trabalhar cá e sinto-me bem. Gosto deste ambiente de trabalho” (E2).

“Não, porque aprendi muito neste serviço e gosto muito de trabalhar com os doentes em fase terminal” (E3).

“O IPO para mim é a dimensão da minha vida, não a mais importante mas sim uma das mais importantes” (E8).

Segundo Santos (2008) os enfermeiros ao se expressarem em relação à morte, deixam claro que o facto de lutar contra a mesma diariamente e, algumas vezes, perderem, não faz com que, alguns deles queiram trocar de serviço para um que não tenham de lidar com doentes em fase terminal, “pelo contrário, eles têm a certeza que foram treinados para salvar vidas e quando perdem doentes é porque chegou o tempo de Deus”.

“Como profissional ajudou-me a crescer mas nomeadamente como pessoa porque eu sinto-me útil com aquilo que faço. Eu saio daqui sempre com ideia que participei num pequeno que fosse, numa pequena porção que fosse, isso é muito bom” (E8).

“Eu gosto de trabalhar aqui em oncologia por todas as inovações que dá, pelo tipo de doentes que é... não, não trocava” (E11).

Vontade de Mudança

Por fim, alguns dos nossos entrevistados referem que trocariam de serviço, os sentimentos vivenciados são de tal forma intensos que não suportam toda esta

envolvência. Apesar da intensidade referem também que lidar com os doentes em fase terminal torna-se muito pesado não só para eles mas para o próprio serviço, assim sendo estes enfermeiros referem que não têm qualidade de vida.

“Sim trocava, foram seis anos muito intensos porque eu tenho naquele turno uma pessoa que está a sofrer e o meu turno acaba às nove horas, eu não vou embora, fico mais um bocadinho até porque o doente prefere...” (E7).

“Isto não dá qualidade de vida aos enfermeiros, é muito pesado fisicamente e emocionalmente” (E7).

“Isto é desgastante e á medida que o tempo passa verifico isso, é um serviço que exige muito nomeadamente não só a nível físico mas psicológico” (E8).

Conclusão

Chegado a esta fase, torna-se imprescindível reflectir sobre tudo que foi realizado e daí tirar as devidas conclusões, que por um lado viabilizaram este estudo e por outro lado, se tornaram gratificantes para quem o realizou.

A enfermagem como profissão, reconhece a investigação científica, como uma forma de ampliar o conhecimento científico que, por sua vez, se torna indispensável para a sua prática.

Ao longo deste projecto foi possível verificar que os sentimentos mais frequentemente vivenciados pelos sujeitos entrevistados durante o cuidado ao doente terminal, que são: alívio, tristeza, impotência, revolta e angústia.

Os cuidados a este tipo de doentes são essencialmente cuidados que promovem o conforto e o bem-estar dos doentes, assim como a relação de ajuda, o saber ouvir, o saber demonstrar disponibilidade entre outros.

Na opinião da maioria dos entrevistados, estes referem que necessitam de um apoio a nível psicológico, terapia de grupo ou algum outro apoio para a superação do óbito. Assim, a prevenção da integridade emocional dos enfermeiros por parte das instituições é um facto que carece de estudos para melhor compreensão.

Relativamente aos mecanismos mentais e de defesa, o suporte emocional é o mais utilizado pelos entrevistados. O suporte dos amigos e a discussão com os colegas de trabalho são mecanismos que permite ao profissional de saúde lidar com os sentimentos e dificuldades que emergem dos cuidados do doente terminal. O afastamento, embora não aconselhável, é também um mecanismo de defesa, visto que permite, ao profissional de saúde manter um certo distanciamento com o doente, para desta forma evitar um excesso de emoções.

A morte continua a ser um desafio para o enfermeiro, pois nem todas as escolas de enfermagem se dedicam atentamente a oferecer ao estudante formação mais acurada relativamente à morte.

Podemos observar no presente estudo que há enfermeiros que compreendem a importância dos cuidados em fase final da vida, mas sentem muitas dificuldades em lidar de perto com a morte, e sobretudo, em comunicar com o doente e família.

Pensa-se ter conseguido atingir os objectivos propostos no início da realização deste trabalho de investigação. A elaboração do presente estudo permitiu uma aprendizagem dos conhecimentos fundamentais à elaboração de um trabalho científico, bem como interrogar sobre o próprio conceito do cuidar de um doente em fase terminal.

Pretende-se a divulgação do presente estudo junto dos profissionais de saúde onde foram colhidos os dados, uma vez que estes não estão muitas vezes, preparados para lidar com tal realidade. Desta forma, torna-se imperioso que os enfermeiros que trabalham com tais doentes, estejam informados acerca das dificuldades e sentimentos que possam vir a sentir no processo de cuidar do doente em fase terminal. Assim, é necessário que estes proporcionem um cuidado mais humanizado e de maior qualidade, tendo em consideração o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual destes doentes. Não menos importante, é o facto de que os enfermeiros possuam conhecimentos sobre quais as estratégias/recursos a que devem recorrer, para prevenirem o risco psicossocial inerente ao processo de cuidar do doente em final de vida, com o mesmo objectivo, isto é, a prestação do melhor cuidado possível promovendo assim o conforto e bem-estar desta população.

Para finalizar, afirma-se o deslumbramento que causou a sensação de descoberta, mas mais importante foi constatar a evolução ao longo deste trabalho, mantendo-se um saber verdadeiramente científico e inovador. A investigação é uma peça fundamental no contributo para a enfermagem e na construção de um campo de conhecimentos comprovados cientificamente. Além do aumento de conhecimentos, a investigação é importante na autonomia profissional, no reconhecimento por parte dos outros e na melhoria dos cuidados prestados. A motivação é o principal elemento que nos desperta, a seguir em frente, em benefício da profissão do cuidar.

Espera-se que este trabalho seja o começo de muitos e deste se possam retirar ideias úteis que levadas à prática possam enriquecer a formação dos enfermeiros. No futuro espero ter a oportunidade de aprofundar esta temática de outra forma.

Sugere-se assim, que haja mais acções de formação/seminários/palestras sobre o presente tema, bem como lançaremos desafios para novos trabalhos de investigação que abordem o cuidar de doentes em fase terminal.

Bibliografia

Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. Loures: Lusociência.

Amaro, H., & Jesus, S. (2008). Satisfação profissional e Burnout nos enfermeiros: Que relação? *Revista Portuguesa de Enfermagem* , pp. 33-39.

Avanci, B., Carolino, F., Goes, F., & Netto, N. (Dezembro de 2009). Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a óptica do cuidar em enfermagem. *Redalyc - Sistema de informação científica - Esc Anna Nery Rev Enferm* .

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

Cerqueira, M. M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau.

Ferreira, C. F. (Setembro de 2004). Morrer na Presença de Quem Cuida. *Revista Sinais Vitais* , pp. 30-33.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidactica.

Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

Frias, C. d. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.

Grazziano, E., & Ferraz, B. E. (Fevereiro de 2010). Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. *Enfermeira Global* .

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hilário, A. P. (2008). Enfrentando o fantasma da morte: as estratégias negociadas e as lógicas partilhadas pelos enfermeiros de um serviço de cuidados paliativos. *IV Congresso Português de sociologia - Mundos sociais: saberes e práticas*.

Kubler Ross, E. (1998). *Sobre a Morte e o Morrer*. Livraria Martins Fontes Editora Lda.

Lacerda, P., & Hueb, M. (Junho de 2005). A avaliação da síndrome de burnout com enfermeiros de um hospital geral. *Revista Electronica da Sociedade de Psicologia do Tinguulo* , pp. 102 -109.

Loft, A. (2000). *Cuidados Paliativos*. Coimbra: Formasau - Coleção Sinais Vitais.

Loft, A. (2000). Que riscos para o enfermeiro que presta cuidados ao doente terminal? *In cuidados paliativos - Dossier Sinais Vitais, 4* , 41 - 45.

Lopes, M. (2002). *O doente oncológico na fase terminal*. Lisboa: Climepsi.

Madeira, A., Abecasis, L., & Leal, T. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; Versão 1.0*. Lisboa : IGIP - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saude, APE - Associação Portuguesa de Enfermeiros.

McNamara, B., Waddel, C., & Colvin, M. (1995). Threats to the good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses. *Sociology of Health and illness* , pp. 122 - 244.

Melo, R. P. (Setembro de 2008). Relação de ajuda - Uma experiência vivenciada. *Pensar Enfermagem* .

Neves, C. j., Pavan, E. M., & Lannebere, M. N. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: «cuidar» ética e práticas*. Loures: Lusociência.

Oliveira, A. (2008). *O desafio da morte*. Lisboa: Âncora.

Oliveira, J., Brêtas, J., & Yamaguti, L. (2007). A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* .

Oliveira, M., Santos, D., & L., O. (2009). A enfermagem e a morte: análise dos sentimentos de enfermeiras perante a morte em uma UTI Pediátrica. *61º Congresso Brasileiro de enfermagem*.

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. Loures: Lusociência.

Queirós, P. (Janeiro de 1998). Burnout em Enfermeiros. *Revista Sinais Vitais* , pp. 17 - 21.

Rockembach, J., Casarium, S., & Siqueira, H. (Junho de 2010). Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Rev. Rene. Fortaleza* .

Santos, H. P. (Junho de 2003). Porque o cuidar, cuida...!!! *Revista Sinais Vitais* , pp. 9 -10.

Santos, I. C. (2008). A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Faculdade Alvorada* .

Saraiva, D. M. (2009). Atitude do enfermeiro perante a morte. *Nursing* .

Sousa, D., Soares, E., Costa, K., & Parente, A. (Março de 2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm - Florianópolis*, pp. 41-47.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2006). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I

Unidades de registro

Quadro nº 1 – Apresentação das unidades de registo para a categoria “Vivências do enfermeiro”

Sub – Categoria	Unidade de registo
<p>A nível pessoal</p>	<p><i>“...cuidar de um doente terminal acaba sempre por influenciar a nossa prática porque somos seres humanos” (E1)</i></p> <p><i>“...uma pessoa às vezes chega a casa e leva os problemas deles, durante a noite uma pessoa acorda a pensar neles” (E4)</i></p> <p><i>“...psicologicamente uma pessoa abala mais” (E4)</i></p> <p><i>“...eu já chorei muitas vezes com eles” (E4)</i></p> <p><i>“...já me senti com dificuldade entrar num quarto de um doente, nomeadamente cujas faixas etárias são muito jovens...” (E8)</i></p> <p><i>“... fazem-nos pensar que não devemos ser tão picuinhas, digamos assim, damos importância aquelas coisas pequenas da vida e é muito importante” (E9)</i></p>
<p>A nível do cuidar</p>	<p><i>“...estar mais perto dele” (E1)</i></p> <p><i>“...sentirem que estão acompanhados...” (E1)</i></p> <p><i>“...os cuidados de conforto, alívio de sintomas” (E1)</i></p> <p><i>“...temos de os ouvir, pô-los naquilo que é confortável para eles e dar-lhes um sorriso” (E2)</i></p> <p><i>“...administrar medicação para a dor” (E2)</i></p> <p><i>“...temos sempre que nos colocar no lado do doente e da família do doente, havendo sempre um respeito máximo pela dignidade do doente” (E2)</i></p> <p><i>“...facilidade me reposito para a família do doente e por isso o que queria que me fizessem a mim eu tento fazer-lhes com maior dignidade” (E2).</i></p>

<p>A nível do cuidar (continuação)</p>	<p><i>“...o máximo de atenção possível, mais disponibilidade, mais um contacto directo. Dou o máximo de apoio á família para que os familiares estejam mais presentes e em contacto com o doente”</i> (E3)</p> <p><i>“...conforto, minimizar a dor e outros sintomas”</i> (E3)</p> <p><i>“...converso com eles, converso com a família, passo a mãozinha, tenho todo o cuidado, toda a paciência, com eles e com os familiares.”</i> (E4)</p> <p><i>“...cuidados de conforto...”</i> (E5)</p> <p><i>“Tentamos também, tranquilizar a família, nós damos a mão ao doente para o tentarmos tranquilizar...”</i> (E6)</p> <p><i>“...dar o apoio, ouvindo, conversando com eles”</i> (E7)</p> <p><i>“...cuidados de conforto, massagem, qualquer forma de aliviar a dor...”</i> (E7)</p> <p><i>“Reflecte-se na empatia com o doente”</i> (E10)</p> <p><i>“...manter os doentes confortáveis, calmos e sem dor...”</i> (E10)</p> <p><i>“...apoio, o apoio á família, o esclarecer a situação, parar 5 minutos para conversar com eles...”</i> (E11)</p> <p><i>“...os cuidados são desde a parte mental, espiritual, tentar ajudar a nível psicológico...”</i> (E12)</p> <p><i>“...há o respeito, a tal empatia, o cuidar o mais profissional possível”</i> (E12)</p>
<p>Adaptação</p>	<p><i>“No inicio achava que sensibilizava um bocadinho, mas depois é o nosso dia-a-dia”</i> (E5)</p> <p><i>“...uma pessoa depois ao longo vai-se habituando a afastar o trabalho da vida pessoal mas mesmo assim não quer dizer que</i></p>

<p>Adaptação (continuação)</p>	<p><i>não haja uma certa relação... ” (E6)</i></p> <p><i>“Nós por sistema temos de criar um bocadinho de barreira, mas não quer dizer que não sentimos e não sofremos muito com isso” (E6)</i></p> <p><i>“A nível pessoal não mudou nada a minha vida, continuo igual, a mesma pessoa, saio daqui e desligo disto” (E11)</i></p>
<p>Mudança de comportamentos</p>	<p><i>“Ficamos muito mais sensíveis, muito mais receptivos a outras coisas, a nossa vida muda um bocadinho porque vemos muito sofrimento e evoluímos muito como pessoas” (E7)</i></p> <p><i>“Com isso mudei um bocadinho a minha forma de ser lá fora, com a família e com os amigos” (E7)</i></p> <p><i>“Mas a minha maneira de ser mudou um bocadinho, é inevitável eu entrar por aquela porta e desligar” (E9)</i></p> <p><i>“Há certas coisas que a gente dá mais importância, como demonstrar certos carinhos aos nossos familiares, porque de um dia para o outro a nossa vida fica da mesma forma como aqueles doentes...” (E9)</i></p>

Quadro nº 2 – Apresentação das unidades de registo para a categoria “Sentimentos vivenciados”

Sub – categoria	Unidade de Registo
<p>Alívio</p>	<p><i>“Os doentes de uma faixa etária mais avançada, quando eles morrem é o alívio, estão em sofrimento a maior parte deles e por isso é o alívio que sinto...” (E7).</i></p> <p><i>“Tenho pena e por um lado também alívio porque eles estão numa fase de sofrimento” (E10).</i></p>

<p>Alívio (continuação)</p>	<p><i>“...muitas vezes nós sentimos o alívio porque a gente vê-o a sofrer, já é a hora final, tenho pena de toda a envolvimento de toda a família, quando há filhos, é mais por toda a envolvimento da família, não pelo doente em si” (E11).</i></p>
<p>Sub – categoria</p>	<p>Unidade de Registo</p>
<p>Tristeza</p>	<p><i>“Tristeza, é só mesmo tristeza porque eu tenho a consciência que tudo que tínhamos para oferecer nos oferecemos, tenho consciência que há um limite e chegando a esse limite já não há para a fazer” (E1).</i></p> <p><i>“...já me aconteceu algumas vezes em doentes muitos jovens que acabam por falecer aqui no serviço eu chorar com os familiares, por vezes temos mesmo essa necessidade porque também somos humanos e não conseguimos estar completamente indiferentes” (E1).</i></p> <p><i>“Tristeza, e às vezes levamos para casa esses sentimentos, por menos que não queiramos em casa há aquela tristeza funda, devemos pensar, reflectir um bocadinho” (E2).</i></p> <p><i>“Tristeza e desilusão, sei que foi feito tudo tanto da parte médica como de enfermagem” (E3).</i></p> <p><i>“Quando estamos mais próximos de um doente experienciamos sentimentos de dor, tristeza mas acabamos por aceitar a situação pois a vida é mesmo assim e às vezes é preferível que o doente morra do que o vemos a sofrer” (E3).</i></p> <p><i>“...alguma tristeza...” (E5).</i></p> <p><i>“...muita pena, é uma tristeza, e isso entristece-nos também, não saímos daqui e não esquecemos as situações” (E6)</i></p> <p><i>“Nos casos de uma pessoa mais idosa a impotência já não é tão grande, a tristeza sim. Se me questionarem numa escala de 0 a 10,</i></p>

<p>Tristeza (continuação)</p>	<p><i>enquanto num jovem é 10, num idoso é 4” (E8).</i></p> <p><i>“É um resíduo de tristeza...” (E8).</i></p> <p><i>“...a gente querendo ou não ganha algum sentimento por eles, um carinho especial. Há uma tristeza...” (E9).</i></p> <p><i>“Claro que custa mais ver um jovem do que ver uma pessoa mais idosa mas o sentimento é triste seja qual for a faixa etária, é triste ver as pessoas a sofrer e chegar a este ponto” (E10).</i></p> <p><i>“ Quando morrem principalmente essas pessoas jovens, fico triste, as vezes vou para casa a chorar e depois quando vejo os pais, os familiares fico muito triste (E12).</i></p>
<p>Sub – categoria</p>	<p>Unidade de Registo</p>
<p>Impotência</p>	<p><i>Impotência também quando às vezes não se consegue dar mais e ajudar o doente” (E2).</i></p> <p><i>“Quando há uma intervenção de urgência e o doente acaba por morrer lá esta o sentimento de incapacidade, podia ter feito mais e não consegui...” (E2).</i></p> <p><i>“Quando acontece uma situação de emergência e o doente não cede ao tratamento podemos sentir sentimentos de impotência, mas tudo passa com a experiencia” (E3).</i></p> <p><i>“... até impotência porque não podemos fazer nada mas depois habituamo-nos” (E5).</i></p> <p><i>“...às vezes impotência, queremos ajudar e não podemos nem conseguimos fazer nada” (E6).</i></p> <p><i>“Não posso evidenciar nenhum sentimento em concreto porque é uma mistura muito grande de sentimentos mas o que me ressalta mais quando se trata de um óbito jovem é sem dúvida a impotência, primeiro é o atestado que somos seres limitados, não podemos fazer</i></p>

<p>Impotência (continuação)</p>	<p><i>mais, chegou o nosso limite...” (E8).</i></p> <p><i>“...é um sentimento de impotência muitas vezes, ver o doente a sofrer e a gente não poder fazer mais nada” (E9).</i></p> <p><i>“Temos também o sentimento de impotência, queremos fazer mais mas às vezes isso é impossível por isso há sempre esse sentimento de impotência principalmente” (E10).</i></p> <p><i>“Já senti impotência algumas vezes, raiva não, raiva uma pessoa sente quando acha que podia ter feito mais alguma coisa, pelo menos para aliviar o sofrimento da pessoa” (E11).</i></p> <p><i>“Impotência muitas vezes, mais a nível quando tens de dizer a um familiar que não há mais nada a fazer, as pessoas procuram outra resposta mas nós temos mesmo de dizer que não há mais nada a fazer” (E11).</i></p>
<p>Sub – categoria</p>	<p>Unidade de Registo</p>
<p>Revolta</p>	<p><i>“Fico revoltada...” (E4).</i></p> <p><i>“Às vezes até sentimos alguma revolta pelo que acontece, mas já não vale a pena estarmos a pensar, temos de ter aquela distância entre o doente e nós” (E5).</i></p> <p><i>“Há doentes que tenho mais afinidade do que outros e é claro que é uma revolta” (E9).</i></p> <p><i>“...muitas vezes de revolta porque temos muita gente nova com filhos e que nos custa muito ver partir porque os filhos precisam deles, ou uma mãe que perde um filho é uma dor terrível e a gente não conseguir fazer nada, é contra-natura uma mãe perder um filho...” (E9).</i></p> <p><i>“...a única coisa que nos suscita é mesmo a revolta e um bocado de carinho e compaixão pelos familiares” (E9).</i></p>

Revolta (continuação)	<i>“...e daí vem a revolta, mas isso nota-se quando somos jovens a trabalhar, porque eu lembro-me quando esta aqui à pouquinho tempo, chegava a casa e chorava muitas vezes” (E12).</i>
Sub – categoria	Unidade de Registo
Angústia	<p><i>“Fico muito angustiada, como disse choro com os familiares, uma pessoa fica muito abatida, mas depois erguemos logo para cima, temos de ser apoio a esta família” (E4).</i></p> <p><i>“Sinto alguma angústia...” (E5).</i></p> <p><i>“...quando vejo um jovem a morrer, sinto angústia” (E6).</i></p> <p><i>“Quando um rapazinho tem 16/17 anos, aí sinto muita angústia” (E7).</i></p> <p><i>“Às vezes o doente está numa constante angústia entre ir e o não ir, é um sofrimento e uma angústia...” (E8).</i></p> <p><i>“É uma angústia, ele está numa luta constante e muitas vezes a solução é a morte” (E8).</i></p>

Quadro nº 4 – Apresentação das unidades de registo para a categoria “Estratégias dos enfermeiros”

Sub – categoria	Unidade de Registo
Ajuda psicológica	<p><i>“Não. Na minha opinião devíamos ter um apoio psicológico, mensal ou assim, uma reunião se calhar até para todos desabafarmos, pormos as cartas na mesa e até desanuviarmos a alma, mas nunca tivemos” (E6).</i></p> <p><i>“...na minha opinião, devíamos ter realmente um suporte a nível psicológico, um psicólogo de vez em quando vir falar connosco, realmente nós sofremos muito com o sofrimento dos outros e muitas</i></p>

<p>Ajuda psicológica (continuação)</p>	<p><i>vezes as nossas barreiras também vão a baixo” (E6).</i></p> <p><i>“Não, não temos nenhum tipo de apoio ou ajuda. Já conversámos que realmente precisávamos se calhar de uma terapia de grupo para ajudar a expressar um bocadinho os nossos sentimentos...” (E7).</i></p> <p><i>“Não, não temos nenhuma ajuda... Mas acho que era necessário, é assim ao fim de 11 anos tu crias as tuas imunidades e crias sistemas que já não sofres. Agora se calhar há aqui pessoas que trabalham há 1 ano e que se calhar precisam de alguém para os ajudar” (E11).</i></p> <p><i>“Mas era muito importante e fundamental termos algum acompanhamento a nível de psicólogo porque as vezes há aqueles momentos que entram familiares revoltados e tristes e às vezes temos alguma dificuldade em lidar com isso porque nos somos pessoas e às vezes temos dificuldades enormes” (E12).</i></p>
<p>Sub – categoria</p>	<p>Unidade de Registo</p>
<p>Técnicas de Relaxamento</p>	<p><i>“O mecanismo que adoptei para tentar aliviar esse tipo de sentimentos é o diálogo com os colegas, lá para fora é muito raro levar alguma coisa. Vou ao cinema e estou com a minha família para tentar não pensar” (E3).</i></p> <p><i>“O facto de fazer o jantar, arrumar a cozinha, ir até ao facebook, já relaxa um bocadinho, ver as novelas, estar com o meu marido, com a minha família já é o meu mecanismo de defesa mental” (E6).</i></p> <p><i>“...quero ir para o YOGA porque dizem que ajuda a relaxar e dizem que é uma fuga e se calhar é bom. Mas eu apoio-me mais na família, converso mais com a família, mas acho que isso não é um tipo de apoio porque é uma descarga emocional muito grande e estamos a transportar isso para outra pessoa” (E7).</i></p> <p><i>“...mesmo que vá ao shopping só para distrair não resulta porque</i></p>

<p>Técnicas de Relaxamento (continuação)</p>	<p><i>distrair não é a mesma coisa que ter um apoio mental” (E7).</i></p> <p><i>“Para mim sinto que a parte de desporto ajuda a relaxar e a distrair mas acho que uma pessoa chega a um ponto que faz parte da rotina, já é normal para nós, custa um bocadinho no inicio mas depois uma pessoa habitua-se” (E10).</i></p> <p><i>“A própria família também já é um mecanismo, um apoio. Aqui a equipa é também um apoio, conversamos muito sobre estas situações, às vezes choramos juntos ou se tivermos essa necessidade ou ate nos revoltamos juntas, também é um mecanismo que nos temos, ou rimo-nos juntas porque também há situações caricatas, que também acontecem” (E12).</i></p>
<p>Sub – categoria</p>	<p>Unidade de Registo</p>
<p>Afastamento da realidade</p>	<p><i>“Vou ao shopping e saio para não pensar nas situações” (E1).</i></p> <p><i>“Às vezes tentamos não nos envolver demasiado com o doente ou assim e criar aquela distancia” (E5).</i></p> <p><i>“Eu venho para um teatro em que eu visto o corpo de um autor quando venho para aqui e em casa visto outra. São mundos que fazem parte de mim, em que eu sou personalidades diferentes e tem de ser” (E8).</i></p> <p><i>“Ao fim destes anos todos cria-se defesas, cria-se mecanismos que nos tornam um bocadinho mais frios ou seja que nos fazem afastar daquele sofrimento e a gente defende-se um bocado. Nos primeiros anos era solteiro e o apoio era sair com os amigos para me distrair, agora é como eu te digo, saio daqui e desligo, vou para casa e não comento, os meus problemas são as minhas filhas, a minha mulher e pagar as contas” (E11).</i></p>

Quadro nº 4 – Apresentação das unidades de registo para a categoria “Satisfação Profissional”

Sub – categoria	Unidade de Registo
<p>Boa relação com a equipa</p>	<p><i>“A...gosto de trabalhar aqui também com estes colegas...” (E5).</i></p> <p><i>“Já pensei em trocar, até porque já sou uma enfermeira muito velha no serviço, mas já estou de tal maneira habituada ao serviço em si, às minhas colegas e tudo isso muitas vezes pesa. Não trocaria, gosto deste serviço e gosto do que faço” (E6).</i></p>
Sub – categoria	Unidade de Registo
<p>Estabilidade</p>	<p><i>“Gosto muito de trabalhar cá e sinto-me bem. Gosto deste ambiente de trabalho” (E2).</i></p> <p><i>“Neste momento não, continuo a gostar de estar aqui, ainda agora estive de férias e já estava com falta do serviço” (E2).</i></p> <p><i>“Não, porque aprendi muito neste serviço e gosto muito de trabalhar com os doentes em fase terminal” (E3).</i></p> <p><i>“Não, já estou aqui há vinte e tal anos, não trocaria” (E4).</i></p> <p><i>“O IPO para mim é a dimensão da minha vida, não a mais importante mas sim uma das mais importantes” (E8).</i></p> <p><i>“Como profissional ajudou-me a crescer mas nomeadamente como pessoa porque eu sinto-me útil com aquilo que faço. Eu saio daqui sempre com ideia que participei num pequeno que fosse, numa pequena porção que fosse, isso é muito bom” (E8).</i></p> <p><i>“Nesta fase tenho o pedido de transferência para trocar, mas por motivos pessoais. Mas se não fosse isso não trocava, porque eu gosto de trabalhar aqui e sei que me dou mais como enfermeira a trabalhar com este tipo de pessoas” (E10).</i></p> <p><i>“Eu gosto de trabalhar aqui em oncologia por todas as inovações</i></p>

Estabilidade (continuação)	<i>que dá, pelo tipo de doentes que é... não, não trocava” (E11).</i>
Sub – categoria	Unidade de Registo
Vontade de mudança	<p><i>“Sim trocaria, foram seis anos muito intensos porque eu tenho naquele turno uma pessoa que esta a sofrer e o meu turno acaba às nove horas, eu não vou embora, fico mais um bocadinho até porque o doente prefere...” (E7).</i></p> <p><i>“Isto não dá qualidade de vida aos enfermeiros, é muito pesado fisicamente e emocionalmente” (E7).</i></p> <p><i>“Isto é desgastante e á medida que o tempo passa verifico isso, é um serviço que exige muito nomeadamente não só a nível físico mas psicológico” (E8).</i></p> <p><i>“Neste momento dizia que sim, porque o nosso serviço mudou muito, aqui neste serviço os doentes vinham cá só para fazer tratamentos, não era de doentes em fase terminal. E é um sentimento de impotência muito grande, e são quase todos em fase terminal e isso está a custar-me muito neste momento. Se tivesse oportunidade de sair neste momento eu saia” (E9).</i></p>

ANEXO II

Direitos da pessoa em fim de vida

Direitos da pessoa em fim de vida

A pessoa em fim de vida percebe a sua situação pois está iminente um confronto com uma realidade muito próxima. É uma situação que será influenciada pelos aspectos culturais, pela sua personalidade, pelo tipo de aprendizagem anterior que teve e pelas mensagens que obtém dos profissionais. Deste modo, cada elemento da equipa deve tomar consciência das mensagens que envia no processo de cuidar e dos direitos que a pessoa dispõe.

No quadro III, verificámos a descrição dos direitos da pessoa em fim de vida que podem construir um guia de orientação, análise e reflexão para os profissionais que lidam com estas pessoas.

- 1 – Tenho direito a ser tratado como um ser humano vivo até ao momento da minha morte.
- 2 – Tenho o direito de manter uma esperança, qualquer que seja esta.
- 3 – Tenho o direito de expressar a minha maneira, os meus sofrimentos e as minhas emoções no que respeita à aproximação da minha morte.
- 4 – Tenho o direito de obter a atenção dos médicos e enfermeiros, mesmo que os objectivos de tratamento sejam substituídos por objectivos de conforto.
- 5 – Tenho o direito de não morrer sozinho.
- 6 – Tenho o direito de ser aliviado da dor.
- 7 – Tenho o direito de obter uma resposta honesta, qualquer que seja a minha pergunta.
- 8 – Tenho o direito de não ser enganado.
- 9 – Tenho o direito de receber ajuda da minha família e para a minha família na aceitação da minha morte.
- 10 – Tenho o direito de morrer em paz e com dignidade.
- 11 – Tenho o direito de conservar a minha individualidade e de não ser julgado pelas minhas decisões que podem ser contrárias às crenças dos outros.

Quadro III – Direitos da pessoa com doença terminal. Adaptado de Frias, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte – um desígnio do enfermeiro em formação*. 1.^a Edição, Lusociência. Loures. p.61.

Anexo III

Pedido de autorização para recolha de dados

Porto, 7 de Dezembro 2010

Exmo. Sr. Director do Instituto Português de Oncologia do Porto

Sou a aluna, *Anita Sampaio*, do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto. Encontro-me a realizar um Projecto de Graduação cujo tema é “*Cuidar do doente em fase terminal: estratégias adoptadas pelos enfermeiros*” que tem como objectivos:

- Identificar as dificuldades do enfermeiro no processo de cuidar o doente em fase terminal;
- Identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante um doente em fase terminal;
- Identificar as estratégias adoptadas pelos enfermeiros no sentido de lidar com as dificuldades e/ou sentimentos, resultantes do processo de cuidar o doente em fase terminal.

Assim, venho por este meio pedir a sua autorização, no sentido de permitir a realização da recolha de dados junto dos Enfermeiros do vosso Hospital.

O método a utilizar será o método qualitativo de carácter descritivo – exploratório para uma melhor análise e descrição das respostas em estudo. O método escolhido para a colheita de dados será a entrevista semi – estruturada tendo como tempo médio de aplicação, 30 minutos.

Saliento que cada participante tem o direito de recusar a aplicação da prova, inicialmente ou durante a sua administração, e a todos será solicitado o Consentimento Informado. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais.

Para eventuais dúvidas ou esclarecimentos, disponho os meus contactos:

Tlm: 912333516

Email: anita_isabel_7@hotmail.com

Na esperança de uma resposta favorável, agradeço que preencha os dados abaixo indicados.

Agradecida desde já pela sua atenção e disponibilidade.

Sem mais assunto, respeitosamente,

(Anita Sampaio)

Eu, _____, Director Técnico da Instituição: _____, aceito em ____ / ____ / 2010, a recolha de dados da aluna Anita Sampaio, com a finalidade de realização de um projecto de Graduação “*Cuidar do doente em fase terminal: estratégias adoptadas pelos enfermeiros*”

Assinado: _____

ANEXO IV

Instrumento de recolha de dados

Apresentação e Instruções

Sou a aluna, Anita Sampaio, do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (Porto). Estou a realizar um Projecto de Graduação sobre “*Cuidar do doente em fase terminal: vivências e estratégias adoptadas pelos enfermeiros*”.

O método a utilizar será o método qualitativo de carácter descritivo – exploratório para uma melhor análise e descrição das respostas em estudo. O método escolhido para a colheita de dados será a entrevista semi – estruturada tendo como tempo médio de aplicação, 30 minutos.

Relativamente aos dados extraídos, são confidenciais e estritamente anónimos, tendo como finalidade apenas a minha investigação científica.

Ao decidir colaborar neste estudo, deverá marcar com uma cruz no quadrado abaixo indicado (*Consentimento Informado*), confirmando dessa forma que aceita participar.

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração com este estudo.

(Anita Sampaio, aluna de Enfermagem)

Consentimento Informado

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar neste Projecto de Graduação do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (Porto).

Declaro que, antes de optar por participar, foram-me prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir.

Especificamente, fui informado/a do objectivo, da duração esperada e dos procedimentos de estudo, assim como do anonimato e da confidencialidade dos dados, e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Sim, aceito participar. Data: ___/___/2010

Entrevista Semi – estruturada

Dados relativos aos enfermeiros

- 1) Há quanto tempo é enfermeiro?
- 2) Há quanto tempo exerce funções no respectivo serviço?
- 3) O trabalho neste serviço é por opção pessoal ou por respectiva colocação da Direcção de enfermagem?

Questões orientadoras:

- 4) Em que medida, o cuidar de um doente em fase terminal, se reflecte no seu dia-a-dia, como profissional de enfermagem?
- 5) Que sentimentos vivencia nos casos em que ocorre a morte de um doente com doença terminal?
- 6) Usufri de algum tipo de ajuda/apoio, suporte ou mecanismo mental e de defesa para lidar com esses sentimentos e/ou dificuldades? (Se sim) Quais?
- 7) Se houvesse oportunidade de trocar de serviço para um em que não tivesse de lidar com doentes em fase terminal trocaria? Porquê?