

Ana Isabel Azevedo Gregório

Os Enfermeiros e a vivência da morte em jovens dos 18-25 anos
no Serviço de Urgência

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto - 2018

Ana Isabel Azevedo Gregório

Os Enfermeiros e a vivência da morte em jovens dos 18-25 anos
no Serviço de Urgência

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto – 2018

Ana Isabel Azevedo Gregório

Os Enfermeiros e a vivência da morte em jovens dos 18-25 anos
no Serviço de Urgência

Atesto a originalidade do trabalho

A aluna:

(Ana Isabel Azevedo Gregório)

“Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de licenciado em
Enfermagem.”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2018

RESUMO

A morte é um acontecimento inevitável e comum a todos os seres vivos. Tudo o que nasce mais tarde ou mais cedo irá morrer. É uma condição da vida. A morte é um tema ainda muito misterioso e incompreendido, tendo a humanidade ainda muita dificuldade em falar sobre ele.

A morte é vista como um tabu: evita-se falar sobre ela, e sobre tudo o que a rodeia. Não queremos pensar na ideia de morrer pois este mero pensamento causa-nos angustia e sofrimento. A escolha do estudo do tema “Os Enfermeiros e a vivência da morte em jovens dos 18-25 anos no Serviço de Urgência” deveu-se ao interesse da investigadora em compreender como funciona o enfermeiro perante a morte em pessoas jovens no serviço de urgência.

Este projeto inclui um estudo do tipo misto, ou seja, tem uma vertente quantitativa e outra vertente qualitativa. O estudo é realizado por questionários respondidos por um grupo de 10 enfermeiros que trabalham no serviço de urgência do CHTMAD.

Espera-se com a elaboração deste trabalho, desvendar os sentimentos dos enfermeiros perante a morte do utente dos 18-25 anos no serviço de urgência.

Palavras-chave: morte, serviço de urgência, enfermeiros, sentimentos, estratégias.

SUMMARY

Death is an inevitable event common to all living things. Anything born sooner or later will die. It is a condition of life. Death is still a very mysterious and misunderstood subject, and mankind is still very difficult to talk about.

Death is seen as a taboo: it avoids talking about it, and about everything that surrounds it. We do not want to think about the idea of dying because this mere thought causes us anguish and suffering. The choice of the study of the topic "Nurses and the experience of death in young people aged 18-25 years in the Emergency Department" was due to the researcher's interest in understanding how the nurse works in the face of death in young people in the emergency department.

This project includes a mixed type study, that is, it has a quantitative and a qualitative aspect. The study is carried out by questionnaires answered by a group of 10 nurses working in the emergency department of the CHTMAD.

It is expected to elaborate this work, to unveil the feelings of the nurses before the death of the user of the 18-25 years in the emergency service

Keywords: death, emergency service, nurses, feelings, strategies.

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora deste Projeto de Graduação, Mestre Maria Filomena Cardoso a enorme ajuda e orientação do Projeto de Graduação, demonstrando sempre atenção, disponibilidade e confiança.

À minha família, que sempre acreditou em mim, especialmente aos meus pais, pelos grandes sacrifícios que fizeram em meu proveito e que nunca serão esquecidos. Sei que será difícil retribuir a dedicação, mas farei de tudo para que eles saibam o quanto foram importantes neste meu percurso.

A todos os enfermeiros que se disponibilizaram a participar neste estudo, sem a sua ajuda não seria possível a realização deste Projeto de Graduação.

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia à minha família, especialmente aos meus pais e irmã, por me terem apoiado desde sempre. Ao meu namorado Adriano, pela enorme paciência e pelos constantes incentivos que me fazem querer ser todos os dias uma pessoa melhor.

Um obrigado as todas as pessoas que me apoiaram durante toda esta vida académica e que estiveram lá nos piores momentos da minha vida, um obrigado a quem tornou estes dias mais leves e mais fáceis de tolerar. Houve momentos em que a vontade era desistir, mas essas pessoas incentivaram sempre a dar a volta por cima com as suas palavras de conforto.

Um obrigada a todos, pois de qualquer maneira fizeram de mim quem sou hoje! Uma Enfermeira muito orgulhosa.

PENSAMENTO

A Enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte,
requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,
quanto a obra de qualquer pintor ou escultor;
pois o que é tratar da tela morta ou da fria mármore,
comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?
É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CIPE- Classificação internacional para a prática de Enfermagem;

CNECV- Conselho nacional de ética para as ciências da vida;

CHTMAD- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro;

p.- página;

S.U.-Serviço de urgência.

ÍNDICE

RESUMO	5
SUMMARY	6
DEDICATÓRIA	8
PENSAMENTO	9
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	10
ÍNDICE	11
0-INTRODUÇÃO	13
I-FASE CONCEPTUAL	16
1.1-JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	16
1.2- PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	17
1.3 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	18
1.4 OBJETIVOS CIENTÍFICOS	18
1.5-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
I. DEFINIÇÃO DE VIVÊNCIAS	19
II. DEFINIÇÃO DE SENTIMENTOS	19
III. A MORTE	21
IV. SENTIMENTOS ESPERADOS PERANTE A MORTE	24
V . ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS PARA LIDAR COM A MORTE/PERDA	25
VI. A MORTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	27
VII. O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE	30
II. FASE METODOLÓGICA	32
2.1. - PERGUNTA DE PARTIDA	33
2.2. - TIPO DE ESTUDO	33
2.3. - POPULAÇÃO ALVO	33
2.4. - AMOSTRA, PROCESSO DE AMOSTRAGEM E VARIÁVEIS EM ESTUDO	34
2.5. - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	35
2.6. - PRÉ-TESTE	36
2.7. - TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	36
2.8. - PRINCÍPIOS ÉTICOS	36
III-FASE EMPÍRICA	39
3.1. -APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	39
3.1.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	40
3.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DADAS PELOS ENFERMEIROS NO INQUÉRITO FORNECIDO	46
IV-DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
V-CONCLUSÃO	55
VI- BIBLIOGRAFIA	57
VII-ANEXOS	61

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM VARIÁVEL “IDADE.”	40
TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A VARIÁVEL “GÉNERO.”	41
GRÁFICO Nº 1: DISTRIBUIÇÃO GRÁFICA DA AMOSTRA.....	41
DE ACORDO COM A VARIÁVEL “GÉNERO.”	41
TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A VARIÁVEL “HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS.”	41
GRÁFICO Nº2: DISTRIBUIÇÃO GRÁFICA DA AMOSTRA	41
DE ACORDO COM A VARIÁVEL.....	41
“HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS.”	41
TABELA Nº4: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A VARIÁVEL “ANOS DE SERVIÇO”.....	42
TABELA Nº5: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM “ANOS DE SERVIÇO DOS ENFERMEIROS DA AMOSTRA NO CHTMAD”.....	43
TABELA Nº6: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM “ANOS DE SERVIÇO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.”	44
TABELA 7: “NA SUA VIDA PESSOAL JÁ VIVENCIOU A MORTE DE ALGUÉM PRÓXIMO COM IDADE ENTRE OS 18-25 ANOS?” (N=10).	45
TABELA 8: “QUANTAS VEZES VIVENCIOU A MORTE NO GRUPO ETÁRIO 18-25 ANOS EM CONTEXTO HOSPITALAR?”	45

0-INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, é proposto a elaboração de um projeto de graduação para a obtenção da licenciatura em Enfermagem.

A escolha do tema “Os Enfermeiros e a vivência da morte em jovens dos 18-25 anos no Serviço de Urgência”, surgiu pelo interesse pessoal em perceber como os enfermeiros encaram a morte em contexto de urgência de pessoas jovens e quais as estratégias adotadas pelos enfermeiros para lidar com a mesma. A morte é um indutor de stress, de angústia e medo. Falar sobre a morte continua a ser um tema controverso, pois sendo um facto natural, cada um a vive e lida com ela à sua maneira.

A sociedade tem-se preocupado com questões com o viver e morrer, na busca da imortalidade. Mas apesar da moderna tecnologia e dos esforços constantes do controlo do inevitável, a morte continua a fazer parte da vida. Enfrentar o fim da vida é uma das perdas mais difíceis que o ser humano pode experimentar. As perdas associadas à morte podem ser opressivas e esgotam as capacidades de adaptação bem como da integridade do indivíduo, da família e da comunidade. Os pensamentos que as pessoas têm sobre a morte afetam as suas vidas de muitas formas. (Phipps,2003).

Os enfermeiros são quem vivência mais de perto os momentos finais das pessoas. Portanto os mesmos têm de ter uma preparação para lidar com a morte de modo a dar resposta às necessidades do doente e da sua família, mas nem sempre os profissionais conseguem lidar com esta vivência tão comum no seu local de trabalho.

“A vivência desta experiência é única para cada pessoa, e será enfrentada de acordo com o seu estado físico e emocional, os seus valores e crenças, expectativas de vida e o contexto onde está inserido”. (Moreira 2001,p.7).

Com isto surgiu a pergunta de partida: Como vivenciam os enfermeiros a morte de jovens entre os 18-25 anos em serviço de urgência?

O presente estudo poderá também a partir dos resultados, dar respostas para esta e outras perguntas que surgirão no decorrer do mesmo, e indicar estratégias ou atitudes a tomar para se desenvolverem competências para superar medos e constrangimentos face à morte.

O tema deste projeto de graduação será muito importante para se conhecer a realidade a que estão sujeitos estes profissionais no seu quotidiano, consolidar e alargar conhecimentos na prática de Enfermagem.

Este projeto encontra-se dividido em três partes: Fase Conceptual, Fase Metodológica e Fase Empírica. Na Fase Conceptual é mencionado o tema, o problema de investigação, as questões, os objetivos e a revisão bibliográfica. Na Fase Metodológica aborda-se a metodologia da investigação, onde são apresentados a população e a amostra de estudo, os instrumentos utilizados para a recolha de dados e considerações éticas para recolha e tratamento dos mesmos. Por fim na Fase Empírica são apresentados os dados e será feita uma interpretação dos resultados dos inquéritos realizados.

Os sentimentos e angústias que este mesmo processo de morrer causam nos enfermeiros e noutros profissionais de saúde mesmo com vastos anos de serviço e ampla experiência profissional, encontram-se bem explícitas nas conclusões deste estudo, observando-se nos enfermeiros um desgaste emocional e pessoal, sendo muitas vezes a gestão do luto uma tarefa árdua. No entanto evidenciam-se também as estratégias usadas para minimizar as dificuldades sentidas sem pôr em causa a sua prestação.

Outro aspeto muito importante que se pode verificar neste estudo é um défice de formação, sendo muito importante que as instituições académicas apostem nesta área para minimizar danos a nível psicológico e físico bem como para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente e respetivas famílias.

Espera-se contribuir com este trabalho monográfico para a comunidade escolar, dando a conhecer um pouco sobre o modo como os enfermeiros vivenciam a morte e o processo de morrer em jovens dos 18-25 anos.

I-FASE CONCEPTUAL

“Apesar da origem modesta, a enfermagem percorreu um longo caminho até adquirir a notabilidade e a importância de que desfruta atualmente. Para tal terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação.”

“Simultaneamente, reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social. “(citado por Martins, Jose,2008, p.62-63).

1.1-Justificação do tema

Para a realização deste projeto de graduação, a investigadora optou pelo tema devido a fatores de ordem pessoal e também de ordem académica. Escolheu o tema “Os Enfermeiros e a vivencia da morte de jovens entre os 18-25 anos no serviço de urgência” por ser uma temática que pessoalmente sempre perturbou e ainda perturba a investigadora.

Todos nós sabemos que, desde o momento em que nascemos, estamos a “gastar” um tempo que teremos nesta vida e nenhum de nós sabe quando se esgotará. Ainda assim, as pessoas vivem como se fossem imortais, sofrem por coisas banais, andam angustiadas por assuntos sem importância, mas que no dia-a-dia, tomam enormes proporções.

Como aluna de Enfermagem em formação, interessa à mesma, além dos motivos supra-citados, aprofundar o seu conhecimento intelectual e poder contribuir para a Enfermagem com o presente trabalho monográfico.

1.2- Problema de investigação

Qualquer investigação tem o seu início com a escolha de um domínio particular de interesse para uma questão de investigação que poderá ser estudada. (Fortin,1999).

O termo “investigação” deriva do latim “investigatio” (in+vestigium), “in” significando uma ação de entrar e “vestigium” correspondendo a vestígio, marca, sinal” (Sousa, 2005, p. 11). Ainda segundo este autor (Sousa, 2005), “investigar” refere-se, em termos etimológicos, em entrar nos vestígios, em procurar nos sinais o conhecimento daquilo que os provocou.”

Para Kemmis e McTaggart, (1988) referido por Matos (2004), "A investigação-ação constitui uma forma de questionamento reflexivo e coletivo de situações sociais, realizado pelos participantes, com vista a melhorar a racionalidade e a justiça das suas próprias práticas sociais ou educacionais bem como a compreensão dessas práticas e as situações nas quais aquelas práticas são desenvolvidas; trata-se de investigação-ação quando a investigação é colaborativa, por isso é importante reconhecer que a investigação-ação é desenvolvida através da ação (analisada criticamente) dos membros do grupo".

O cuidado é parte integrante da vida do ser humano desde o começo da humanidade como resposta às suas necessidades. O enfermeiro como membro integrante de uma equipa multidisciplinar, utiliza um vasto conjunto de conhecimentos no ato de cuidar, com a finalidade de obter resolução para os problemas de saúde.

Neste mesmo ato de cuidar, o profissional de Enfermagem desenvolve estratégias para e com o paciente no sentido de promover, manter ou recuperar a totalidade e a dignidade humana.

Quando não é possível evitar a morte, o Enfermeiro deve ter a responsabilidade de aliviar a dor, diminuir o sofrimento do doente, ajudando o mesmo a ter uma morte serena. Sendo o acontecimento de morte uma contradição ao objetivo desta profissão,

gera-se nos enfermeiros um sentimento de fracasso e derrota como declara 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 objetivo de cuidar, tratar e curar, objetivos para os quais estes profissionais foram preparados...”.

1.3- Questões de investigação

As perguntas de investigação são as premissas onde se apoiam os resultados da investigação. De acordo com Fortin (1999, p.51) “Uma interrogação relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica.”

Sendo assim depois de selecionado o tema para o presente projeto de graduação, serão enunciadas seguidamente as questões de investigação para as quais se propõe obter respostas, que orientarão este trabalho de maneira a atingir os objetivos propostos.

- Quais os sentimentos vivenciados pelos Enfermeiros perante a morte de um doente jovem com idade entre os 18-25 anos?
- Quais as estratégias adotadas pelos Enfermeiros no sentido de lidar com as dificuldades ou sentimentos resultantes de uma morte precoce?

1.4- Objetivos científicos

“O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação.” Fortin (2000, p.100)

Os objetivos que foram traçados para este estudo são:

- Identificar quais os sentimentos vivenciados pelos Enfermeiros perante a morte de um doente jovem com idade entre os 18-25 anos.

- Identificar quais as estratégias adotadas pelos Enfermeiros no sentido de lidar com as dificuldades ou sentimentos resultantes de uma morte precoce.

Para um entendimento da problemática abordada, da construção das questões e objetivos deste projeto de graduação, houve necessidade de se fazer uma pesquisa intensa de vários autores, explorando teorias e ler outras investigações, para se realizar a revisão literária e construir a estrutura teórica da investigação.

1.5-Enquadramento teórico

i. Definição de vivências

O termo vivência refere-se a uma experiência de vida que deixa nas pessoas uma marca permanente. As vivências podem ser variadas e diversas. As vivências pessoais ou perdas anteriores influenciarão a atuação perante a morte de um doente.

Os enfermeiros podem apresentar dificuldades pessoais de adaptação ao processo da morte, e na relação com os doentes em fase final de vida, as quais condicionam a interação com estes. Estas dificuldades podem estar associadas a três aspetos: a falta de formação, a incapacidade para lidar com os seus próprios medos e a instabilidade emocional da equipa de saúde (Barbosa & Neto, 2010).

ii. Definição de sentimentos

Um sentimento é um estado afetivo. Surge como resultado de uma emoção que permite que o sujeito esteja consciente do seu estado anímico. Os sentimentos estão vinculados à dinâmica cerebral e determinam de que forma uma pessoa reage perante distintos acontecimentos.

Por outras palavras, os sentimentos são emoções conceptualizadas que determinam o estado afetivo. Sempre que os sentimentos são saudáveis, o estado anímico alcança a felicidade e a dinâmica cerebral flui com normalidade. Caso contrário, o estado anímico

não está em equilíbrio e podem surgir perturbações como a depressão. As alterações nas cargas emocionais determinam as características dos sentimentos. As emoções podem ser breves no tempo, embora possam gerar sentimentos que se mantêm durante períodos bastante extensos.

iii. A morte

A morte ainda é um conceito que se encontra em estudo e que gera muitas discussões no mundo inteiro, sendo o mais aceite como “sendo a cessação permanente do funcionamento do organismo como um todo.” (Martins et al, 2004; p.143).

A definição de morte varia conforme a sociedade onde se insere. Este fator vai determinar a ideia que cada pessoa tem sobre este evento. Enfrentar o fim da vida é uma das perdas mais difíceis que o ser humano pode experimentar. Embora a perda e o luto sejam comuns a qualquer estágio de desenvolvimento ou transição, em todas as culturas a morte é finita. (Phipps,2003,p.185).

Antigamente a morte da pessoa era um acontecimento que juntava os familiares, amigos, vizinhos, e por isso dizia-se que era uma “morte pública”. Nos tempos de hoje e derivado dos avanços científicos e das mudanças sociais, a morte passa a ocorrer nos hospitais e não em casa.

Segundo Casmarrinha (2008), “a morte é um fenómeno que está presente ao longo da vida humana, estando simultaneamente próxima e distante. A vivência da morte muda de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família e de pessoa para pessoa. Cada pessoa reage de forma diferente à morte e está dependente da multiplicidade de fatores que se conjugam e se diferenciam entre si. Porém também se relacionam, principalmente, com os aspetos espaço temporais, socioculturais, pessoais e educacionais.”

No entender da CIPE a morte é a cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência de batimentos cardíacos, da respiração e da atividade cerebral.

A morte é vista como um fenómeno natural, embora atualmente, tenha deixado de ser encarada dessa forma, passando a ser vista como um fenómeno contrário à vida. O ato de morrer tornou-se uma doença social: esconde-se e evita-se falar sobre ela, tudo o que a rodeia, numa tentativa de fazer prevalecer a ideia de que somos imortais.

A morte é a perda mais significativa experimentada por um indivíduo ou uma família na sociedade dos nossos dias. Representa não só separação de uma relação importante, mas também uma inevitabilidade que todos nós enfrentamos. Apesar de cientes da nossa mortalidade, a morte na nossa cultura, geralmente é sentida como extemporânea e incongruente com as leis da natureza, especialmente quando provocada por uma doença ou acidente. (Phipps,2003,p.188).

“(...) é o temor pela própria partida que cria a perspectiva de continuidade, como uma atribuição de uma imortalidade. A alma pode ser vista então como um *outro* que acompanha o *eu* já em vida, e que alcança sua existência legítima a partir da desvinculação do corpo. (Freire, 2006, p.43-44).

“(...) escondemos a morte como se ela fosse vergonhosa e suja. Vemos nela apenas horror, absurdo, sofrimento inútil e penoso, escândalo insuportável(...) continuando a ser(...) um mistério, um grande ponto de interrogação que transportamos no mais íntimo de nós mesmos”. (Hennezel, 1998, p.11).

As questões sobre a morte estão fora do conhecimento humano. Nunca iremos saber quando a morte chegará para cada um de nós. No entanto devemos aceitar a sua inevitabilidade e aprender a lidar com ela, se bem que todos temos maneiras diferentes de encará-la.

Durante muitos anos, o critério de morte aceite pela maioria das pessoas era a cessação da função cardio-respiratória. Com os avanços na área da tecnologia e da medicina este critério revelou-se obsoleto, dada a reversibilidade de algumas destas situações.

O conceito de morte na atualidade engloba os seguintes aspetos:

- Definição de morte clínica: a cessação irreversível e irreparável de uma função vital (CNECV, 1995);
- Definição de morte cerebral: diz respeito à irreversibilidade das funções do tronco cerebral (que, dado o seu desempenho na receção, descodificação e integração de aferências internas e externas e na decisão eferente para os diferentes órgãos, é essencial à harmonização global do cérebro) ou deve entender-se que se trata da morte de todo o cérebro (CNECV, 1995);

- Testes de determinação de paragem cardio-respiratória (uma vez que esta conduz inevitavelmente à morte cerebral) e os testes neurológicos que incluem o estabelecimento da causa, o diagnóstico do coma e a ausência de reflexos do tronco cerebral.

O enfermeiro como ser humano que é, possui sentimentos e emoções. Por isso sempre que ocorre a morte de um utente, gera-se uma situação de stress, ocorrendo sentimentos negativos como frustração, culpa, ansiedade, revolta. A forma como cada enfermeiro lida com este evento depende muito da sua estabilidade emocional e da sua atitude perante a morte.

Quando o profissional da saúde é habilitado adequadamente, há uma preparação melhor para lidar com as situações de morte, como por exemplo, nas grandes catástrofes em que ocorrem mortes, podendo realizar acompanhamento aos familiares no reconhecimento dos cadáveres. Um dos objetivos é auxiliar como suporte emocional os familiares e no processo de luto. O profissional com melhores condições de compreender e apoiar as famílias na dor permite-lhes o sentimento de amparo, bem como proporciona a validação dos sentimentos e emoções do enlutado (Ramírez, 2011; Reverte, García, Penas, & Barahona, 2014).

Mas então porque esta preparação é tão rara? Pode haver várias razões como as do tipo histórico-culturais (Incontri & Santos, 2011), mas a principal parece relacionar-se com a educação e formação que evita falar da morte (Kovács, 2008; Percival & Jonhson, 2013). Lima e Buys (2008), e Santos e Bueno (2011) identificaram essas atitudes criando instrumentos de educação para a morte:

1- O aumento das discussões sobre a morte/luto nas universidades (principalmente) por meio de conferências, projetos, vivências e rodas de conversa; com abordagem total do ser humano, nas dimensões emocional, social, espiritual e física, e não apenas nesta última;

2- O aprofundamento do contato com quem está a morrer, bem como os medos, as alegrias, as dores e as necessidades do paciente;

Finalmente;

3- Uma maior divulgação dos trabalhos realizados na área da tanatologia (estudo científico da morte), não só para os profissionais da saúde, como também para toda a sociedade.

iv. Sentimentos esperados perante a morte

Cada ser humano é particular e único, aplicando-se também aos enfermeiros que antes de serem profissionais de saúde são acima de tudo seres humanos. De acordo com Garcia e Timmermans (como citado em Sapeta e Lopes, 2006, p. 36) defendem que “(...) os profissionais de saúde que cuidam de doentes em fim de vida possuem habilidades e competências que dependem da influência da sociedade e dos valores aprendidos no curso das suas vidas, e que reagem com emoções e sentimentos negativos, de rejeição face à morte e doentes moribundos”.

Para Potter e Perry (2006, p. 579) “o papel do enfermeiro nestes cuidados é satisfazer as vontades do doente e estar atento aos seus desejos individuais”. A vivência da morte é única para cada pessoa que a vai enfrentar, de acordo com seu estado físico e emocional, a idade, os valores e as crenças.

Os enfermeiros afirmam que a sua formação base inicial é insuficiente na preparação dos profissionais para lidar com as emoções. É importante as instituições de ensino prepararem os seus alunos e futuros enfermeiros para uma melhor gestão das emoções e vivências.

Goleman (2000) considera que o analfabetismo emocional pode tornar ineficaz o apoio psicológico necessário na atividade terapêutica, podendo colocar em causa todo o processo terapêutico.

Confrontados com a morte os enfermeiros podem exprimir sentimentos de incerteza, desespero e angústia. O sentimento de incerteza aparece devido ao fato de não existir uma certeza de que se está a fazer os possíveis ao cuidar da pessoa. O sentimento de desespero surge porque o enfermeiro se sente incapaz de fazer qualquer coisa que suporte a vida, e a angústia irrompe pois existem limitações na forma como comunicar efetivamente com doente e seus familiares (Stederford, como citado em nursing, 2006).

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

Realizados alguns estudos, foi nitidamente evidente que os profissionais são acompanhados por sentimentos angustiantes quando ocorre a morte. Os enfermeiros muitas das vezes evitam os doentes em fim de vida, mantendo um escudo perante a situação que relembre a morte e lhe cause mal-estar. Silva (1995) no estudo “Cuidar em fim de vida” identificou os sentimentos de impotência, envolvimento, frustração, tristeza, alívio, angústia, stress, revolta, cansaço físico e psicológico nos profissionais de saúde.

v . Estratégias dos enfermeiros para lidar com a morte/perda

Os enfermeiros muitas vezes desenvolvem estratégias para lidar com o acontecimento traumático que é a morte. Neves (2000) descreve as estratégias adotadas pelos enfermeiros quando confrontados com doença grave e com a morte.

- **A mentira** - mecanismo que permite ao enfermeiro sair de uma situação geradora de angústia, mas que é muito prejudicial para o doente. Por exemplo o enfermeiro fala de um abcesso em vez de um tumor.

- **O fugir para a frente** - consiste em manter uma esperança artificial quando nem o doente acredita nisso.
- **A racionalização** - é um mecanismo de defesa que permite que os profissionais se escondam atrás do discurso técnico, incompreensível para o doente. Evita assim envolver-se emocionalmente com o doente.
- **O evitamento** - é um comportamento de fuga, de afastamento do doente enquanto indivíduo e sujeito em sofrimento. O enfermeiro encara o doente unicamente como um objeto de cuidados, protegendo-se por este processo muito técnico, de qualquer relação com ele.
- **A identificação projetiva** - consiste em entrar numa proximidade relacional extrema que faz desaparecer toda e qualquer distância protetora. O enfermeiro identifica-se de tal modo com o utente que deixa de conseguir diferenciar os seus sentimentos dos do doente.

Harper (como citado em Rodrigues,1999) desenvolveu uma escala, de progressão e crescimento esquemático, da forma como os profissionais enfrentam a situação:

Estadio I: intelectualização-conhecimento e ansiedade: na primeira experiência do enfermeiro face ao doente em fim de vida, este focaliza a sua atenção sobre os conhecimentos de índole profissional e factual, ou sobre assuntos de carácter filosófico. Nesta fase os contactos com estes doentes, tendem a ser superficiais e impessoais. A morte é ainda inaceitável para o enfermeiro, levando ao aparecimento de períodos de grande ansiedade, na medida em que este tenta resolver as suas inquietações através da compreensão do meio ambiente, das políticas e dos procedimentos específicos que definem esta situação.

Estadio II: sobrevivência emocional-trauma: neste estadio o enfermeiro sente-se frustrado e culpado. O profissional enfrenta a realidade da morte enquanto acontecimento inevitável e inexorável passando a enfrentar o espectro da sua própria morte, ao compreender que o sofrimento dos doentes e a sua própria morte são

inevitáveis, transita de uma fase de intelectualização para uma fase de envolvimento emocional.

O Estadio III: caracteriza-se por depressão-dor, desgosto e pesar: é o principal estadio na medida em que permite, ou não, a resolução dos conflitos e a progressão, ou a regressão no processo de "adaptação". O enfermeiro poderá conformar-se com o desenrolar da evolução terminal e a inevitabilidade da morte, ou perante a situação de inadaptação transitar de serviço ou mesmo de instituição salvaguardando o bem-estar e proficiência dos cuidados prestados enquanto profissional. A conformação provém de um período de dor e de pesar.

O Estadio IV: desenlace emocional - moderação, adaptação e acomodação: marcado por uma sensação de liberdade emocional, propiciada pela libertação face a sentimentos de identificação, depressão e receio despoletados pelo contacto constante com a morte. A dor psicológica é permanente na vida do profissional de saúde, que apenas a experiência profissional e o crescimento pessoal poderão apaziguar.

Estadio V: compreensão profunda, autorrealização, auto-capacidade e atualização: constitui o culminar dos anteriores, na medida em que o enfermeiro desenvolveu as suas capacidades de encarar a situação, ele já consegue relacionar-se com o doente terminal, de uma forma profunda, numa perspetiva de completa aceitação da sua morte.

A experiência da morte pode representar um desafio. Sabe-se que cada enfermeiro encara a morte de forma distinta, por isso desenvolver confiança nas suas competências e capacidades, serem retribuídos afetivamente por parte de alguns doentes e familiares, torna possível que os mesmos atinjam um patamar de maturidade, no qual se pode admitir que os seus momentos de angústia e sofrimento se transformaram em motivos enriquecedores do seu caminho pessoal e profissional.

vi. A morte no serviço de urgência

Os serviços de urgência são multidisciplinares e com o mais variado número de profissionais de saúde, onde a prestação de cuidados é muito diferenciada de acordo

com as situações urgentes e emergentes de saúde. São locais que possuem horários rotativos e cuidados muito tecnicistas. Exigem uma constante atualização face à tecnologia e no que diz respeito aos conhecimentos científicos. Os Enfermeiros que trabalham nestes serviços devem saber dar resposta a várias situações de saúde. Entretanto, também necessitam de ter a capacidade de avaliar, intervir e cuidar de forma geral e também específica, devido ao facto de num serviço de urgência estar presente uma diversidade de doentes e processos de doença.

“Manter uma comunicação efetiva, em qualquer instituição clínica é um desafio. E no serviço de urgência o desafio é múltiplo devido ao número de profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao doente e à situação de urgência. É fundamental que todos os prestadores de cuidados tenham sempre presente que a comunicação é o processo pelo qual se desenvolve a relação doente-médico. O doente poderá fundamentar a sua perceção dos cuidados recebidos nas capacidades de comunicação de carácter interpessoal, demonstradas pelo enfermeiro; também o nível de competência deste pode ser aferido por essa demonstração.” (Phipps,2003, p.620)

Alguns acontecimentos vivenciados no SU, por exemplo a morte de um jovem, podem ser experienciados pelos enfermeiros como traumáticos, desencadeando situações de stress, obrigando o enfermeiro a recorrer a estratégias para enfrentar essas situações de crise. A formação de base não confere competências que permitam fazer face a estas situações stressantes, tendo que ser o mesmo enfermeiro a ter a capacidade de saber lidar com elas, para que possa continuar a prestar cuidados sem chegar a um estado de esgotamento emocional.

Esta capacidade de reconhecer e gerir os sentimentos e emoções relaciona-se com uma competência emocional que o enfermeiro necessita adquirir para que a repercussão no seu desempenho e qualidade de vida seja positiva, aumentando a satisfação no trabalho e das necessidades pessoais. (Rodrigues,2005).

“A morte de um paciente é duramente vivenciada por todos os técnicos de saúde, mas as emoções são sempre mais visíveis nos enfermeiros.” (Oliveira, 1999, p.171).

Quando se dá o óbito do doente o enfermeiro tem uma dura tarefa a seu cargo, que é dar a má notícia à família.

“Suavizar os momentos de perda e luto é cuidar, é exercer enfermagem (Cunha,2003, p.38). Preparar as famílias ou pessoas significativas é essencial para minimizar o impacto de uma informação muito dolorosa. O enfermeiro deve desenvolver uma aliança com a família para a preparar e para que seja menos doloroso a possível morte do ser amado.

“Transmitir uma notícia destas aos familiares do doente, nunca é um procedimento simples, sendo uma situação extremamente desconfortável e penosa para os enfermeiros. É importante comunicar a mesma num ambiente tranquilo e o mais calmo possível. (...)”. Para uma assistência com qualidade e adequada à família é essencial, no momento da morte, conduzir os entes queridos a um lugar privativo onde possam permanecer juntos e exporem as suas emoções. (Júnior, 2005).

Deve-se “tentar explorar se a pessoa está ou não só e qual a relação de afetividade com o falecido;(…), nunca comunicar o facto a uma criança ou pessoa emocionalmente instável (...)” (Cunha, 2003, p.35).

As informações devem ser fragmentadas de maneira a que possam ser transmitidas de forma simples, sem muitos detalhes técnicos. (Cunha, 2003).

Cunha também defende a necessidade de falar de aspetos positivos como por exemplo “(...) assegurar que tudo foi feito da parte médica e de enfermagem, efetuando o alívio da dor, que o doente não sofreu, que foi confortado e que lhe foi feita a sua última vontade expressa antes de falecer. (Cunha, 2003, p.38).

É também uma obrigação dar tempo aos familiares para assimilarem a notícia da morte, dar espaço para manifestarem os seus sentimentos e que coloquem questões complementares para o processo de luto. Deste modo devemos “perguntar à família se nos fizemos entender, e se necessita de informações adicionais.” (Cunha, 2003, p.35).

Por fim a família deve ser confortada, oferecendo apoio, permanecer ao lado, e fazendo uso do toque terapêutico, por exemplo segurando a mão, se assim o permitirem. Se estes expressarem a vontade de despedir do corpo já sem vida, o enfermeiro tem como dever

facilitar esse desejo, tornando o espaço à volta do falecido, o mais agradável possível. (Cunha, 2003, p.35).

vii. O Enfermeiro perante a morte

O medo da morte presente na nossa sociedade também atinge os profissionais de saúde, como por exemplo os enfermeiros. São estes quem mais lidam com o fim da vida. Este acontecimento torna-se muito angustiante pois eles têm medo de não saber o que dizer, sentindo-se pouco preparados para lidar com a morte. Frequentemente o enfermeiro adota mecanismos de defesa, como os comportamentos de fuga em que o mesmo se afasta do doente e da própria morte, realizando procedimentos técnicos de maneira apressada.

De acordo com Pacheco (2002), os enfermeiros adotam estes comportamentos para controlarem os seus sentimentos e emoções.

Quando o doente morre, o enfermeiro passa por um processo de luto, uma vez que sente essa perda da pessoa, como uma derrota pessoal, que o leva ao confronto com a sua própria mortalidade. Também surgem “reações emocionais como impotência, culpa, frustração, ansiedade, insegurança, revolta e embaraço.” (Henriques, 1993, p.12). Sendo assim “é importante que ele tenha ajuda e apoio para lidar com estas dificuldades.” (Hennezel e Leloup, 1998).

Gomes (1992), partilha da mesma opinião em que para além daquelas reações podem surgir igualmente alguns comportamentos e atitudes como: dificuldade de concentração, fadiga, agressividade, sinais de desmotivação, absentismo, desejo de mudança de serviço, comportamentos de fuga, alcoolismo e conflitos familiares. Todas estas atitudes podem ser sinais de esgotamento, mais conhecido como burnout. O termo “burnout” é definido por Freudenberg (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.”

Esta é uma dificuldade que desperta curiosidade e que está a ser bastante estudada pelo mundo fora, tanto na comunidade científica, como nas organizações, instituições e empresas, principalmente devido às consequências para o trabalhador e para a organização. O “burnout” compromete a vida dos enfermeiros com a exaustão, decepção, esgotamento e conseqüente perda de interesse pelo trabalho e tem ainda associado infelicidade para o trabalhador, consequências na sua saúde, no seu desempenho profissional e também pessoal.

Citada por Schaufeli e Buunk (2003), Christina Maslach em 1976, referiu que o “burnout” estava associado a trabalhadores com profissões de ajuda. O facto de os indivíduos terem demasiadas solicitações ao nível emocional, condiciona-os a uma vivência de fracasso profissional, considerando que o local de trabalho tinha uma elevada carga emocional. Em 1986 a mesma autora, juntamente com Jackson, referem um conceito ligeiramente diferente, multidimensional e caracterizado por esgotamento emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional, que ocorre em trabalhadores que lidam com pessoas.

Uma das formas de ajudar a gerir estas dificuldades será apostar na formação contínua em serviço para se obterem conhecimentos e desenvolver competências para se enfrentar os problemas.

Outra forma será também o trabalho em equipa onde se partilhe sentimentos, se expressem as angústias de cada um, e se façam análises de reações a determinadas situações. “Trabalhar com e sobre as situações problemáticas (recorrendo à partilha, diálogo e à reflexão, sobre o que se observa, vive e sente,) conduz a uma construção criativa e ativa do conhecimento na ação gerando a necessidade de uma nova reflexão na ação”. (Manso e Velho, 2004, p.25).

Conclui-se então que é essencial que os profissionais de saúde tenham consciência do sentido da naturalidade da morte, encarando-a como uma etapa natural da condição humana. É importante que se faça uma reflexão sobre como é vivida a morte e os sentimentos que esta provoca para que se possa fazer a promoção de atitudes diferentes desdramatizando-a e desmitificando-a.

II. FASE METODOLÓGICA

No ponto de vista 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 rumos mais significativos a tomar para realizar um trabalho de investigação. Portanto, o estudo e a forma como serão colhidos os dados necessários, irão influenciar os resultados finais do mesmo.

Nesta fase irá ser apresentada a metodologia adotada para se tornar possível a execução deste estudo. As opções metodológicas escolhidas advêm dos objetivos e tipo de estudo.

Deste modo a metodologia refere-se a aspetos relevantes como o desenho de estudo, a amostra, as técnicas e instrumentos utilizados para a colheita de dados, e a análise dos mesmos. A forma como se colhe os dados deve ser a mais concreta e apropriada para que o trabalho de investigação alcance os objetivos delineados inicialmente.

No desenrolar 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).

2.1. - Pergunta de partida

Uma questão de investigação “(...) é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chaves, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.” (Fortin, 2003, p.51).

Através da pergunta de partida, pode-se definir o fenómeno em estudo que apresenta-se sobre a forma de uma pergunta: “Como os enfermeiros vivenciam a morte de jovens dos 18-25 anos no Serviço de Urgência?”.

2.2. - Tipo de estudo

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

Segundo 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.”

2.3. - População alvo

Qualquer investigador que queira realizar um estudo, necessita de uma determinada população onde possa colher os dados, para testar as suas hipóteses e confirmar ou não a relação que se estabelece entre as variáveis.

Segundo Fortin (2000, p.202) “uma população é a coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Fortin afirma ainda que a população-alvo é “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos, antecipadamente e para os quais o investigador deseja generalizações.”

2.4. - Amostra, Processo de amostragem e Variáveis em estudo

De acordo com Fortin (2000, p.202) “A amostra é um sub-conjunto de uma população ou grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. Deve representar a população visada, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada.”

Sendo assim a investigadora deste estudo não considerou uma população, mas apenas uma amostra, devido ao fato de ser temporalmente inviável, estatisticamente desnecessária e humanamente impossível.

A investigadora teve em conta os seguintes critérios de inclusão para efetuar a seleção da amostra, pois estes irão definir as características principais da população alvo. (Hulley, S.B.; Cummings, S.R.; Browner, W.S.; et. al; 2003). Deste modo para tornar o estudo exequível, e verdadeiro, os critérios foram:

- Trabalharem num serviço de urgência.
- Terem vivenciado a morte de pessoas jovens entre os 18-25 anos, pelo menos uma vez.

Assim desta amostra fizeram parte dez enfermeiros, tendo sido entregues dez inquéritos. Estes enfermeiros eram de ambos os sexos, com idades entre os 30 e os 53 anos.

Para este estudo foram selecionadas as variáveis que me pareceram mais adequadas, atendendo aos objetivos, às características da amostra e à particularidade do instrumento de colheita de dados utilizado.

Neste estudo foram identificadas as variáveis atributo:

- Idade;
- Sexo;
- Experiências de contato com a morte;
- Tempo de exercício profissional na profissão, na instituição e no atual serviço (serviço de urgência);
- Habilitações académicas.

2.5. - Instrumento de recolha de dados

O método de recolha dos dados é uma etapa crucial para o desenvolvimento da investigação. Fortin (2000, p.260) afirma que “logo que os métodos de colheita de dados forem elaborados e adaptados, e a amostra de sujeitos escolhida, estão reunidos os dois componentes para se dar início ao processo de colheita de dados sobre as variáveis.

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

Cabe à investigadora do presente estudo com base na bibliografia estudada, elaborar um instrumento de recolha de dados fidedigno, realizável e fundamental com o objetivo de desenvolver a investigação.

2.6. - Pré-teste

Fortin (1999) refere que o pré-teste permite verificar se os termos utilizados são facilmente compreendidos por parte dos participantes, se a forma como estão estruturadas as questões permitem obter a informação desejada, e se o tipo de perguntas não provoca desinteresse por parte dos sujeitos, assim como, se as questões colocadas apresentam alguma ambiguidade.

Para testar o instrumento de colheita de dados, apresentaram-se questões de fácil compreensão que encaminhavam o questionado para as respostas das mesmas. Realizou-se o questionário a quatro enfermeiros do serviço de urgência do CHTMAD com as mesmas características da população selecionada para o estudo. Uma vez que não apresentaram dificuldades de resposta às questões efetuadas, avançou-se para o estudo na amostra pretendida.

2.7. - Tratamento e apresentação dos dados

Os dados foram tratados com recurso ao programa Microsoft Office Excel 2016. O Excel é uma poderosa ferramenta que pode ser utilizada para analisar, comunicar-se e gerir informações. Ajuda a divulgar análises em relatórios e gráficos com aparência de profissional, sendo mais fácil a sua criação. Utiliza-se a estatística descritiva através da média e desvio padrão.

Para Fortin o tratamento de dados (2003, p.135) “deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho do estudo, segundo este vise descrever relações, verificar relações entre as variáveis ou comparar grupos”.

2.8. - Princípios éticos

Um investigador tem de ser responsável pelas decisões éticas que toma durante a elaboração de qualquer investigação. Devem obter um consentimento informado e o informante tem de ter uma participação voluntária, devem assegurar aos participantes a

confidencialidade e o anonimato, e também tratar os participantes com dignidade e respeito.

Polit, Beck e Hungler (2004, p.87) consideram que “os informantes potenciais apenas podem tomar a decisão de participar ou não no estudo depois de serem totalmente informados acerca da natureza da pesquisa, das exigências que lhes serão feitas e dos potenciais custos e benefícios.” O consentimento autorizado significa que os informantes possuem informação suficiente em relação à pesquisa, sendo capazes de compreender as informações possuindo o poder da livre escolha, o que lhes permite decidir participar ou não na pesquisa.

Ainda Polit, Beck e Hungler (2004, p.83) referem que:

“(...) Existem situações nas quais os direitos dos participantes e as exigências do projeto de pesquisa são colocados em conflito direto (...). Os pesquisadores (...) devem aderir aos ditames das regras éticas que foram desenvolvidas para proteger os direitos dos participantes do estudo (...).”

Fortin (2000, pp.116-119) afirma que 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 está 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 proteção contra o desconforto e prejuízo: corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis 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 ativo 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.

Considerando os princípios éticos mencionados, procedeu-se face aos sujeitos em estudo, da seguinte forma:

- Foi fornecida informação sobre identidade e habilitações do investigador, dos objetivos em estudo e em que consiste a participação do sujeito no mesmo;
- Foi garantido o anonimato, a confidencialidade dos dados e o respeito pela privacidade;
- Foi solicitada a autorização por escrito para a recolha de dados e explícito o carácter voluntário da participação no estudo, através de consentimento informado.

A participação dos enfermeiros no estudo foi voluntária e não foi utilizado nenhum método para influenciar a sua decisão. Foi explicado aos mesmos que poderiam deixar de participar no estudo a qualquer momento. Todo o material recolhido tem apenas os fins acordados e não outros.

III-FASE EMPÍRICA

3.1. -Apresentação, análise e interpretação de dados

Neste capítulo irá se proceder à apresentação e análise dos dados obtidos através dos inquéritos. Esta etapa considera-se de extrema importância uma vez que é nesta parte que se lê, analisa e se reflete sobre os dados encontrados nos referidos inquéritos.

Os dados são apresentados por meio de quadros e gráficos e abordados conforme a ordem do questionário, pelo que inicialmente faz-se a caracterização da amostra e posteriormente as respostas referentes aos sentimentos e a morte.

O investigador pretende nesta fase apresentar a análise estatística dos dados, realizada por diferentes testes e considerar em pormenor os resultados obtidos, destacando o essencial (Fortin, 2009).

Nesta apresentação dos dados é importante realçar que a investigadora optou por efetuar em simultâneo a apresentação e discussão dos mesmos, tendo esta preferência por base três aspetos fundamentais:

- Facilitar uma melhor articulação da apresentação e interpretação;
- Evitar prováveis falhas na discussão;
- Proporcionar ao leitor uma melhor compreensão dos resultados obtidos neste estudo.

A finalidade de fazer uma observação dos dados independentemente do tipo de dados e da pesquisa feita, é organizar, fornecer uma estrutura e obter significado dos dados da pesquisa. Bardin (2000) considera a análise de conteúdo como sendo “(...)um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e obedece a três etapas ou fases: a pré-análise; a exploração do material e finalmente, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.”

3.1.1 Caracterização da amostra

No serviço de urgência do CHTMAD, trabalham 54 enfermeiros. Foi selecionada uma amostra de dez enfermeiros e que foi caracterizada de acordo com as seguintes categorias: Idade, Género, Habilitações académicas, Tempo de exercício profissional na profissão, Instituição e Serviço.

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com variável “Idade.”

Idade	nº	%
34	1	10
48	1	10
32	1	10
34	1	10
33	1	10
53	1	10
31	1	10
53	1	10
30	1	10
42	1	10
Total	10	100

De acordo com os dados dispostos na tabela nº1 pode verificar-se que o enfermeiro mais jovem da amostra tinha 30 anos, enquanto que os dois mais velhos tinham 53 anos. A média de idades foi de 39 anos e o desvio-padrão de 9.19 anos.

Tabela 2: Distribuição da amostra de acordo com a variável “Género.”

Género	nº	%
Feminino	6	60
Masculino	4	40
Total	10	100

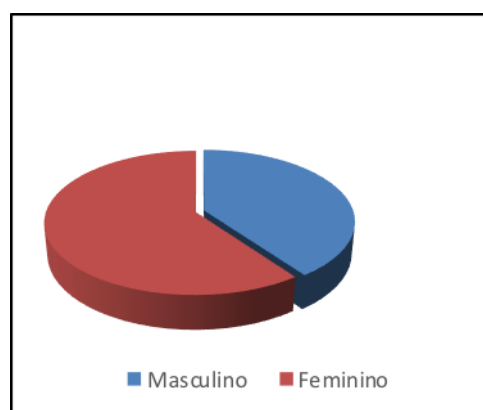


Gráfico nº 1: Distribuição gráfica da amostra de acordo com a variável “Género.”

Após a observação dos dados acima pode-se constatar que 60% da amostra(n=10) é do sexo feminino (6) e os restantes 40% (4) são do sexo masculino.

Tabela 3: Distribuição da amostra de acordo com a variável “Habilitações Profissionais.”

Habilitações profissionais	Nº	%
Licenciatura	7	70
Pós-licenciatura/Especialização	2	20
Mestrado	1	10
Total	10	100

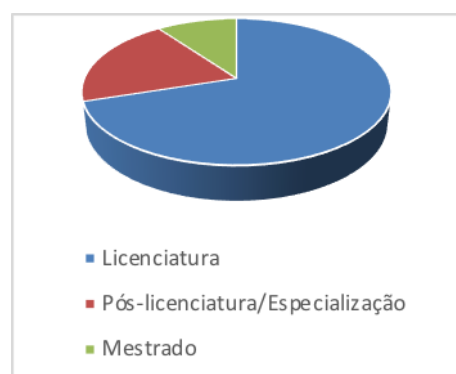


Gráfico nº2: Distribuição gráfica da amostra de acordo com a variável“Habilitações profissionais.”

Relativamente às habilitações profissionais desta amostra, verificou-se de acordo com a tabela e gráfico nº 2, que 70% dos enfermeiros (7) tinham o curso de licenciatura em Enfermagem, 20% dos enfermeiros (2) possuem o curso de pós-licenciatura ou especialização e 1 enfermeiro (10%) possui um Mestrado em Enfermagem.

Tabela nº4: Distribuição da amostra de acordo com a variável “Anos de serviço”.

Anos de serviço	Nº	%
7	1	10
9	1	10
10	1	10
11	2	20
12	1	10
20	1	10
22	1	10
28	1	10
30	1	10
Total	10	100

Através dos dados dispostos na tabela nº4 pode verificar-se que o enfermeiro com menos tempo de exercício de profissão era um, (7 anos.) enquanto que o enfermeiro com mais anos de exercício de profissão era igualmente um, com 30 anos de serviço. A média de anos de serviço na profissão foi de 16 anos e o desvio-padrão de 8.32 anos.

Tabela nº5: Distribuição da amostra de acordo com “Anos de serviço dos enfermeiros da amostra no CHTMAD”.

Anos de serviço no CHTMAD	Nº	%
2	2	20
3	1	10
4	1	10
5	1	10
7	1	10
12	1	10
15	2	20
29	1	10
Total	10	100

Na tabela nº5 pode verificar-se que os enfermeiros com menos tempo de serviço no CHTMAD, eram dois (2 anos) enquanto que o enfermeiro com mais tempo de serviço nesta instituição hospitalar era de 29 anos. A média de anos de serviço na profissão foi de 9.62 anos e o desvio-padrão de 7.97 anos.

Anos de serviço no S.U.	Nº	%
2	3	30
4	1	10
5	1	10
6	2	20
9	1	10
15	2	20
Total	10	100

Tabela nº6: Distribuição da amostra de acordo com “Anos de serviço no Serviço de Urgência.”

Na tabela nº6 pode verificar-se que os enfermeiros com menos tempo de serviço no serviço de urgência eram três (2 anos), enquanto que os enfermeiros com mais tempo de profissão neste serviço eram dois. (15 anos.) A média de anos a trabalhar neste serviço foi de 6.83 anos e o desvio-padrão de 3.45 anos.

Tabela 7: “Na sua vida pessoal já vivenciou a morte de alguém próximo com idade entre os 18-25 anos?” (n=10).

	n	%
Vivência da morte de alguém próximo com idade entre os 18-25 anos?	10	100

Família	2	20 %
Amigos	2	20 %
Outros	1	10 %

No que diz respeito à vivência da morte de alguém próximo com idade entre os 18-25 anos por parte dos 10 enfermeiros da amostra, dois (20%) enfermeiros afirmaram que tinha vivenciado a morte de familiares com esta idade. Igualmente outros 20% da amostra (2 enfermeiros) afirmaram que tinham vivenciado a morte de amigos com a idade acima referida; enquanto que um enfermeiro (10%) vivenciou esta experiência com outros.

Tabela 8: “Quantas vezes vivenciou a morte no grupo etário 18-25 anos em contexto hospitalar?”

	n	%
Vivência da morte no grupo etário “18-25 anos” em contexto hospitalar?	10	100
1 vez	3	30
2 a 3 vezes	1	10
Mais de 3 vezes	6	60

Dos 10 enfermeiros pertencentes à amostra deste estudo, 60 % dos enfermeiros (6) já vivenciou a morte no grupo etário 18-25 anos em contexto hospitalar, mais de 3 vezes. Outros 30 % dos enfermeiros (3) vivenciaram a morte neste grupo etário apenas uma vez, enquanto que somente um enfermeiro (10%)vivenciou a morte duas a três vezes no grupo etário acima referido.

3.2 Análise das respostas dadas pelos enfermeiros no inquérito fornecido

Os dados serão apresentados através de tabelas síntese para cada uma das questões de investigação, através destas foram identificadas nas respostas dadas pelos participantes as respetivas áreas temáticas das quais emergiram as categorias deste estudo e consequentemente as unidades de registo e de contexto assim como as unidades de frequência, o que permitiu construir com coerência a interpretação dos resultados.

Apresenta-se de seguida as diferentes temáticas que emergiram após a análise de conteúdo efetuada aos inquéritos fornecidos aos 10 enfermeiros.

- Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante a morte de jovens dos 18-25 anos no serviço de urgência.
- Estratégias adotadas pelo enfermeiro perante a morte dos jovens dos 18-25 anos no serviço de urgência.
- Auto-avaliação dos enfermeiros em relação à formação sobre o modo de como lidar com a morte de jovens no grupo etário de 18-25 anos.

1-Temática: Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros aquando a morte em jovens dos 18-25 anos no S.U.

Emoções e sentimentos experienciados	Unidade de registo	Score
	Frustração	4
	Impotência	7
	Tristeza	4
	Dor	3
	Angústia	3
	Pena	1
	Vazio	2
	Sofrimento	4
Desalento	2	
Incapacidade	1	
Família	1	
Desgosto	1	
Mal-estar	1	
Desânimo	1	
Injustiça	2	
Paz	1	

Em relação à sub-categoria **Sensações e emoções experienciadas**, averiguou-se que na sua maioria os participantes deste estudo conseguiram identificar as principais emoções internas referenciadas na literatura tais como Frustração (score 4), Impotência (score 7) e Angústia (score 3).

Em relação ao **Sufrimento** (score 4), Neves (2000, p.19) também justifica esta sensação, pois acredita que “acompanhar as pessoas em fim de vida será sempre um desafio, rico em ensinamentos e em sofrimento”.

2-Temática: Estratégias usadas para lidar com a vivência da morte em jovens dos 18-25 anos no S.U.

Sub-categoria	Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Estratégias	Distanciamento	“Tento ocupar-me com outras tarefas e não me envolver emocionalmente.” (Q.1)	1
		“Quando acaba o turno, tento pensar que o que se passou ficou ali, e não levo pensamentos nem emoções para casa. Tento separar o trabalho da vida pessoal.” (Q.3)	1
	Partilha de sentimentos	“Procuro falar com as pessoas mais próximas de mim ou colegas, para desabafar e não ficar a remoer no que aconteceu”.(Q.7)	1

Ocupação com atividades de lazer	“Quando acabo o turno por vezes vou ao cinema para distrair, outras vezes combino estar com amigos para me abstrair do que aconteceu no turno.”(Q.4)	1
	“Saio do hospital e vou fazer uma atividade que me dê prazer para esquecer o que passou.”(Q.8)	1

No que respeita à sub-categoria **Estratégias**, relativamente às estratégias usadas pelos enfermeiros para lidar com a vivência da morte em jovens dos 18-25 anos no S.U. emergiram as unidades de registo “**Distanciamento**”, “**Partilha de sentimentos**” e por fim “**Ocupação com atividades de lazer**”. Estas três unidades de registo, obtiveram um score de dois.

3-Temática: Auto-avaliação dos enfermeiros em relação à formação sobre o modo de como lidar com a morte de jovens no grupo etário de 18-25 anos.

Sub-categoria	Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
<p>Tipo de formação</p>	<p>Formação insuficiente ou formação escolar inadequada</p>	<p>“Acho que nunca estamos preparados para lidar com a morte, cada caso é um caso.”(Q.6)</p>	<p>5</p>
		<p>“Cada vivência da morte é diferente por isso é difícil ser preparado para um acontecimento destes.”(Q.7)</p>	
		<p>“A morte é sempre algo para o qual ninguém esta preparado, apesar dos conhecimentos adquiridos.”(Q.9).</p>	
		<p>“Nunca haverá uma disciplina que nos ensine como lidar com a morte, devido à individualidade que cada morte representa.”(Q.1)</p>	
		<p>“Nenhum curso nos pode preparar para o fim de uma vida tão jovem e com tanto que fica por viver”.(Q.2)</p>	

No que respeita à sub-categoria **Tipo de formação**, relativamente à noção da formação sobre a morte em doentes jovens, emergiu a unidade de registo **Formação Insuficiente ou Formação Escolar inadequada** com um score de cinco. Nesta unidade de registo apoia-se a afirmação de Sousa (1996, p.40) que afirma que a formação profissional de base não responde às necessidades sentidas pelos profissionais.”

IV-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A investigadora deste estudo achou pertinente efetuar uma análise crítica dos dados que foram analisados e tratados, evocando nesta fase as questões de investigação deste estudo. Sendo assim a mesma tentará com os dados que obteve, fornecer uma resposta a cada uma delas, tornando-se mais fácil indicar estratégias para colmatar alguns constrangimentos

➤ **Quais os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante a morte de jovens dos 18-25 anos no serviço de urgência?**

De acordo com a análise efetuada, os resultados obtidos permitiram entender que a morte de jovens no S.U. no âmbito geral é vista como um acontecimento muito triste e angustiante, pois o fato do paciente ser um jovem, faz com que o enfermeiro não aceite tão bem esta morte uma vez que é uma morte súbita e inesperada, vista por muitos enfermeiros como um acontecimento contranatura. A vivência dos enfermeiros com a morte neste ciclo vital não é uma ocorrência tranquila, e não é isenta de sentimentos de culpa, frustração e tristeza, ocorrendo um inconformismo entre os enfermeiros, pois a morte de um paciente jovem é muitas vezes encarada como algo injusto.

Casarin (2009), afirma que enfrentar a morte de alguém que iniciou há pouco tempo a vida, é deparar-se com a impotência, tanto para a família como para a equipa de saúde. Portanto, o inconformismo e a incompreensão da morte precoce são acentuados, pois pensam que o jovem não teve tempo suficiente para passar pelos ciclos vitais que são esperados em todos.

A investigadora pode concluir que a morte de jovens dos 18-25 anos no S.U. provoca nos enfermeiros pertencentes a este estudo, um grande impacto a nível emocional e psicológico, indo de encontro aos estudos já existentes na literatura.

➤ **Estratégias adotadas pelo enfermeiro perante a morte dos jovens dos 18-25 anos no serviço de urgência.**

Um dos objetivos deste estudo era em identificar as estratégias mais utilizadas pela amostra de 10 enfermeiros do S.U. do CHTMAD. Foi possível identificar estratégias tais como: o «distanciamento», «ocupação com atividades de lazer», e a partilha de sentimentos podendo-se inserir em «recurso emocional».

Segundo Folkman e Lazarus (1988) as estratégias mais usadas são: o confronto, o distanciamento, o autocontrolo, a procura de suporte social, a aceitação da responsabilidade, a fuga-evitamento, a resolução de problemas e a reavaliação positiva. Neste estudo foram encontradas estratégias que corroboram os estudos, uma vez que foi possível encontrar duas das estratégias presentes nos estudos de Folkman e Lazarus (1988) o distanciamento e a procura de suporte social inserindo nesta estratégia a ocupação com atividades de lazer. As estratégias são esforços cognitivos e comportamentais destinados a dominar, reduzir ou tolerar as exigências envolvidas aquando a morte do doente.

No entanto, não existem estratégias efetivas, pois a escolha das diferentes estratégias depende das pessoas em si, as quais podem agir de modo diversificado diante de um mesmo evento stressante. Portanto é fundamental respeitar as características de cada um (Guido et al.,2011). Ainda fomentado por Oliveira (2008) o enfermeiro sente-se melhor preparado para tratar da pessoa, do que encarar a morte como uma fase natural do ciclo vital. Portanto, a morte é um acontecimento desgastante no dia-a-dia do hospital, e será considerado sempre pelos enfermeiros como frustrante uma vez que os resultados obtidos não estão em conformidade com os esforços dos cuidados prestados contra a morte.

➤ **Auto-avaliação dos enfermeiros em relação à formação sobre o modo de lidar com a morte de jovens no grupo etário de 18-25 anos.**

Considera-se uma tarefa muito árdua preparar os enfermeiros no período académico e no percurso profissional para vivenciarem a morte dos pacientes, pois a morte é sempre um acontecimento único e impossível de simular, mas é de extrema importância que se aborde e reflita sobre este assunto para que o processo de morte não se torne desumano e frio.

No que diz respeito à formação dos enfermeiros, a investigadora acredita que a falta de formação vai de encontro às carências enunciadas pelos enfermeiros da amostra deste estudo. O tema morte e acompanhamento de doentes em fim de vida, deverá ser um tema explorado de forma mais profunda na formação inicial dos alunos de enfermagem, de maneira a prepará-los o melhor possível para este domínio. É importante que as instituições de ensino tenham um maior investimento neste tema, e que a realização de formações em serviço, assente na criação de espaços de reflexão e partilha de sentimentos, representando a formação de adultos, levando a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente.

V-CONCLUSÃO

Depois da realização desta monografia, pode-se concluir que este trabalho certamente contribuiu para aprofundar os conhecimentos da investigadora na elaboração deste tipo de trabalhos científicos. No entanto houve alguma dificuldade na elaboração deste projeto e ao longo de todas as fases, especialmente pela inexperiência na realização de trabalhos deste género. Outra das limitações encontradas foi gerir o tempo, tendo este sido limitado, uma vez que este projeto decorreu simultaneamente com outros trabalhos curriculares.

Quanto à pesquisa, foi determinante para chegar a determinadas conclusões que permitiram à investigadora proporcionar um maior conhecimento acerca da temática, nomeadamente as estratégias que os enfermeiros mais usam para ultrapassar o impacto que a morte de um doente lhes causa.

A vivência da morte é uma experiência real e pode ser uma ameaça ao enfermeiro, atingindo-o de uma forma considerável. Sendo assim a investigadora acredita que a importância da formação contínua em serviço, a troca de experiências pessoais ou de grupo sobre a morte, poderá contribuir para uma melhor preparação de como lidar com este tema tao sensível. No entanto apesar das limitações os resultados desta investigação foram de encontro aos objetivos propostos no início deste estudo.

Por se tratar de investigação com indivíduos e comportamentos humanos, não foram controladas as variáveis parasitas, inerentes a este tipo de estudo.

Em última análise, cada interveniente tem uma visão muito própria e única sobre a morte, em que a mesma se constitui como um elemento integrante do percurso de vida.

Portanto, são necessárias mais investigações que nos permitam aprofundar esta temática, bem como replicar estudo a outros locais, realizando estudos longitudinais sobre este tema, enriquecendo assim a comunidade científica.

Por fim, resta referir que foi com grande empenho e dedicação que este trabalho monográfico foi realizado, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e intelectual da autora, permitindo também à mesma, a aquisição de capacidades e conhecimentos que de certo serão aplicados no futuro como enfermeira e como pessoa.

VI- BIBLIOGRAFIA

http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética* José Carlos Amado Martins. Licenciado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Pós-Graduado em Urgências/ Emergências. Mestre em Bioética. *Dout/ Pensar Enfermagem Vol. 12 N.º 2 2º Semestre de 2008*. [Consultado em 25/01/2018].

BARBOSA, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

CASARIN, R. G. *O Paciente Terminal Pediátrico e a Resposta Emocional da Equipe*. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) - Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2009.

CASMARRINHA, Manuela – *Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2008.

CUNHA, M. [et. al] (Jan. 2003)- Cuidados Pós-Mortem. “*Sinais Vitais*”. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º46.

DIOGO, P. M. J. (2006). *A Vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra:Formasau.

FOLKMAN, S. Lazarus, R.S., Pimley, S.,& Novacek, J. (1987). *Age differences in stress and coping processes. Psychology and Aging*, 2(2), pp. 171-184.

FOLKMAN S. Lazarus, R.S.(1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto. CA, Consulting Psychologists Press.

FORTIN, M. F.(2000)- *O processo de investigação: da concepção à realização*.
2ª ed.Loures: Lusociência,ISBN 972-8383-10.

FORTIN, Marie-Fabiene - *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3º
ed. Loures: Lusociência - Ed. Técnicas e Científicas, 2003. 388 p.ISBN 972-8383-10-x.

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

FREUDENBERGER, H.J. (1974). *Staff burn-out*. *Journal of Social Issues*, 30, 1974.
159-165.

GOLEMAN, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e debates.

GOMES, L. (Jul.1992)- Stress em Enfermagem. “*Divulgação*” Porto. Ano 6, nº23.

GUIDO, L.A., Linch, G.F.C, Pitthen, L.O., Umann, J. (2011). *Estresse, coping e estado
de saúde entre enfermeiros hospitalares*. Rev Esc Enferm USP, 45(6), p. 1434.

HENNEZEL, M. [et al] (1998)- *Viver A Morte: Abordagem Antropológica e
Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina, ISBN 972-46-1274-8.

HENRIQUES, Marília [et al] (1983) -*Psicologia da morte*. São Paulo: Editora
Universidade de São Paulo.

HULLEY, SB, Cummings SR, Browner WS [et al] - *Delineando a Pesquisa Clínica:
Uma Abordagem epidemiológica*. 2ª Ed, Porto Alegre: Artmed, 2003.

INCONTRI, D., & Santos, F. S. (2010). *Educação para a vida e para a morte do ensino
fundamental à universidade*. In F. S. Santos, *A arte de morrer: Visões plurais (Vol. 3)*.
Bragança Paulista: Comenius.

GIACOIA, JUNIOR, O. *A visão da morte ao longo do tempo*. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 38, n. 1, p. 13-19. 2005.

KOVÁCS, M. J. (2008). *Desenvolvimento da tanatologia: Estudos sobre a morte e o morrer*. Paidéia, 18(41), 457-468.

LIMA, V. R., & Buys, R. (2008). *Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 60(3), 52-63.

LOFT, A. (2000). *Cuidados paliativos*. Coimbra: Formasau. Coleção Sinais Vitais.

MANSO, Francisco Roberto; VELHO, Lúcia Vaz.- *Fim da vida e suas implicações*. Nursing. ISSN:0871-6196. Nº 186. (2004).

MARTINS C., Franco, M. P. & Fernandes, P. (2004). *A morte e os profissionais de saúde*. Servir.

MATOS, J. F. (2000) – *Investigação-acção*. Acedido em 18 de fevereiro de 2018, em [Phttp://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jfmatos/mestrados/ucp/investigacao%20acao.ppt](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jfmatos/mestrados/ucp/investigacao%20acao.ppt).

MOREIRA I. M. P. B. (2001). *O doente Terminal em Contexto Familiar. Uma Análise de Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.

OLIVEIRA, Wia, Amorin RC. *A Morte e o Morrer no processo de formação do Enfermeiro*. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 2(3):191-8.

PACHECO, S. - *Cuidar a pessoa em fase terminal – perspectivas éticas*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-30-4.

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

PINTO, Vitor Feytor (Jan.-Fev.1991)- *Entre a vida e a morte, a razão da esperança*. “Servir”. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol.39.

POLIT, Denise F.; Beck, Cheryl Tatano; Hungler, Bernadette P.-*Fundamentos da pesquisa em enfermagem – Métodos, Avaliação e Utilização*.5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 487p. ISBN 85-7307-984-3.

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

RAMÍREZ, D. S. (2011). *Acompanhamento para reconhecimento de vítimas. In Conselho Federal de Psicologia (CFP). Psicologia de emergências e desastres na América Latina: Promoção de direitos e construção de estratégias de atuação* (pp. 63-71). Brasília: CFP

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

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

SCHAUFELI e Bunk (2003) – *The Handbook of work and health psychology*. Edited by MjSchabracq J.A.M Winnubst, 2003. 384 – 387.

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

SOUSA, A. (2005). *Investigação em educação*. Lisboa: Livros Horizonte.

SOUSA, PAULINO, A. (Abril 1997) - *A Morte e o processo de Morrer. “Enfermagem Oncológica”*.Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, nº2.

STEDFORD, Averil (1986) *Encarando a morte*. Artes Médicas.

VII-ANEXOS

Instrumento de recolha de dados

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Chamo-me Ana Gregório, sou aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa.

Estou a realizar um estudo cujo tema é: “Os Enfermeiros e a vivência da morte de jovens dos 18-25 anos no Serviço de Urgência”.

A sua colaboração na concretização deste estudo é fundamental.

Se entender que pode e/ou quer colaborar nele, solicito-lhe que responda às diferentes questões com maior rigor, se possível não deixando qualquer questão por responder.

Comprometo-me desde já a garantir anonimato e sigilo das suas respostas.

Peço que também colabore, não escrevendo o nome em nenhum local deste documento.

Disponibilizo-me ainda para, se assim o desejar, lhe dar conhecimento dos resultados.

Este questionário é constituído por questões abertas e fechadas.

Nas respostas fechadas deverá assinalar um (X), caso seja necessário poderá assinalar mais que uma opção;

Nas respostas abertas deverá escrever a sua opinião sobre a questão em causa.

A aluna: _____

(Ana Gregório)

Questionário

Parte I

Responda assinalando com um X as respetivas quadrículas ou escrevendo nos espaços assinalados para o efeito:

1. Género

1.1 Masculino

1.2 Feminino

2. Idade _____ (em anos)

3. Tempo de Exercício Profissional

3.1- Na profissão: _____

3.2 Na instituição: _____

3.3 No serviço de urgência: _____

4. Habilitações académicas

1- Bacharelato

2- Licenciatura

3- Pós-Licenciatura/Especialização. Área: _____

4- Mestrado

5- Outra. Qual? _____

5. Na sua vida pessoal já vivenciou a morte de alguém próximo com idade entre os 18-25 anos?

Não

Sim

5.1 Se sim, especifique.

Família

Amigos

Outros

Os Enfermeiros e a vivência da morte em jovens dos 18-25 anos no Serviço de Urgência

5.2 – Quantas vezes vivenciou a morte de jovens no grupo etário 18-25 anos em contexto hospitalar?

5.3 1 vez

5.4 2 a 3 vezes

5.5 Mais de 3 vezes

Parte II

Esta parte do questionário destina-se a recolher a sua opinião pessoal sobre a vivência da morte em contexto de trabalho.

1. Quando pensa no utente com idade entre 18 e 25 anos, no serviço de urgência, em processo de morte, exponha em 4 palavras o que lhe ocorre em sobre esse momento?

2. Quando presenciou a morte de um utente com idade entre os 18-25 anos no serviço de urgência, diga, até quatro estratégias que usou para lidar com essa vivência?

3. Caso tenha vivenciado mais do que uma vez a morte de utentes referidos na alínea anterior, considera que utilizou sempre as mesmas estratégias?

Sim Não

Explique sucintamente:

4. Acha que o curso de licenciatura em enfermagem lhe concedeu os melhores conhecimentos para lidar com o processo de morte?

Sim Não

Porquê?

5. Acha adequado abordar alguma área que não esteja presente ao longo do curso?

Sim Não

Qual e porquê?

Obrigado por ter respondido a este questionário.

Ana Gregório.