

Nádia Marisa Guedes Dias

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do
Porto face à morte de um doente.”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Nádia Marisa Guedes Dias

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do
Porto face à morte de um doente.”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Nádia Marisa Guedes Dias

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do
Porto face à morte de um doente.”

O aluno:

Projecto apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção
do grau de licenciatura em Enfermagem.

Sumário

A morte é uma realidade da vida, com a qual se lida diariamente em meio hospitalar. Mesmo aqueles que pela sua profissão contactam mais directamente com o final da vida, revelam quase sempre uma incapacidade de lidar com a situação.

Este trabalho tem como objectivo, perceber a opinião dos alunos do 4ºano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.

Para a realização do mesmo pretendeu realizar-se um estudo do tipo descritivo, baseado numa abordagem quantitativa e transversal sobre o tema: “A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

Para a concretização e realização deste estudo foi feita uma pesquisa bibliográfica relacionada com o problema em causa, evidenciando não só os sentimentos experienciados, mas também a importância da formação dos alunos de Enfermagem, antes dos Ensinos Clínicos. Como método de colheita de dados foi utilizado o questionário.

A maior parte dos alunos inquiridos referiu que a formação obtida nas aulas não é suficiente face às suas necessidades em Ensino clínico, e temas como: o papel dos enfermeiros perante situações de morte e o papel do enfermeiro no apoio à família em situação de morte são aqueles que os alunos consideram que deveriam ser mais abordados nas aulas teóricas e nas teórico-práticas.

Os alunos referiram ainda que a tristeza, a perda, a angústia e a revolta são os sentimentos mais vivenciados perante situações de morte.

O presente estudo contribuiu para um crescimento humano e para a aquisição de conhecimentos em Enfermagem, sobretudo num contexto de morte, assim como aumentar a capacidade de reflexão crítica.

Summary

Death a reality of life with which we deal daily in hospital. Even those who by their professions more direct contact with the end of life, often show an inability to cope with the situation

This Work aims to understand the students' opinions of the 4th Degree in Nursing at the University Fernando Pessoa Porto face the death of patient.

To achieve the same desire to take up a descriptive study, based on a quantitative approach, about the theme: "Death: Meet the students of 4th year of Nursing Degree at the University Fernando Pessoa Porto against the death."

To the achievement and accomplishment of this study was a literature search related to the problem in question, highlighting not only the feelings experienced, but also the importance of training for nursing students, before Teaching Clinics. As a method of data collection we used a questionnaire.

Most part of students interviewed said that the training received in class is not sufficiently meet their needs in clinical education, and themes as the role of nurses in situations of death and the role of nurses in supporting families in situations of death are those that students feel should be further addressed in theoretical-class and theoretical-practices.

Students also reported that the sadness, loss, anguish and anger are the feelings experienced at death situations.

This study contributed to human growth and the acquisition of knowledge in nursing, particularly in a context of death, as well as our capacity for critical reflection.

Dedicatória

Dedico este projecto aos meus pais, ao meu namorado e à minha irmã, que estiveram comigo em todos os momentos e me ajudaram a ultrapassar todas as dificuldades existentes ao longo destes quatro anos.

Agradecimentos

Ao chegar ao fim desta etapa, não poderia deixar de prestar os meus agradecimentos a todos quantos me ajudaram e me apoiaram nesta caminhada da minha vida.

Agradeço do fundo do coração:

Aos meus Pais, pelo seu incessante estímulo e apoio incondicional desde a primeira hora, pela paciência e grande amizade com que sempre me ouviram, e sensatez com que sempre me ajudaram.

À minha irmã, que sempre confiou nos meus sonhos e sempre me ensinou acreditar que é possível realizá-los e apesar de mais nova, me ajudou a aprender que nada é impossível.

Ao meu namorado, pelo amor, carinho e pelo grande apoio que me tem dado.

À minha orientadora, Enfermeira Filomena Cardoso, pela amizade, paciência, disponibilidade, profissionalismo e simpatia que sempre demonstrou.

Aos meus amigos, por me ouvirem, me apoiarem e me ajudarem...

E por fim, não menos importante, a Deus. Não por isto ou por aquilo, mas sim, por tudo.

A todos o meu sincero obrigado.

Índice

0. Introdução.....	13
I. Fase Conceptual	16
1. Enquadramento teórico:	16
1.1. Morte	16
1.2. As religiões perante a Morte	19
1.3. Breve perspectiva da morte no Ocidente	21
1.4. A morte na Actualidade	26
2. Os sentimentos perante a morte	27
3. Formação em Enfermagem	30
3.1. O Enfermeiro Perante a morte.....	35
4. Os alunos de Enfermagem e o Ensino Clínico.....	37
II. Fase Metodológica.....	41
1. Tema e Justificação do tema	41
2. Questão de Investigação	42
3. Objectivos da Investigação	42
4. Tipo de Estudo	43
5. Variáveis em estudo.....	44
7. Instrumento de colheita de dados.....	46
8. Pré-teste	47
9. Princípios Éticos	47
10. Método de tratamento e análise de dados	50
III. Fase Empírica	50
1. Apresentação e análise dos dados	51
2. Discussão de Resultados	63
IV. Conclusão	68

V. Bibliografía.....	70
VI. Anexos.....	75

Índice de Gráfico

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o género	51
Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo a idade.....	52
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a religião	53
Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo a vivência ou não com situações de morte em Ensino Clínico	53
Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo quantas vezes vivenciou a morte em Ensino Clínico	54
Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o que mais o impressionou na situação da morte	55
Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo os seus sentimentos perante uma situação de morte.....	57
Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo a vivência da morte, ter provocado ou não alterações nas atitudes face aos doentes	58
Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo a sua opinião sobre a morte ter ou não sofrido alterações depois de ter iniciado o curso de enfermagem	58
Gráfico 10 - Distribuição da amostra segundo a situação que mais significado teve para a alteração da opinião sobre a morte	59
Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo a informação fornecida pelos docentes durante as aulas (teóricas e teórico-práticas) ser ou não suficiente face às necessidades e perspectivas dos alunos em Ensino Clínico	60
Gráfico 12 - Distribuição da amostra segundo os temas considerados mais interessantes para serem abordados nas aulas teóricas ou teórico-práticas	61
Gráfico 13 - Distribuição da amostra segundo o apoio que gostariam de ter tido depois de vivenciar e experienciar a perda/ morte de alguém	62

Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo o género	51
Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a idade.....	52
Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo a religião	52
Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo a vivência ou não com situações de morte em Ensino Clínico	53
Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo quantas vezes vivenciou a morte em Ensino Clínico	54
Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo o que mais o impressionou na situação da morte	55
Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo os seus sentimentos perante uma situação de morte.....	56
Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo a vivência da morte, ter provocado ou não alterações nas atitudes face aos doentes	57
Quadro 9 - Distribuição da amostra segundo a sua opinião sobre a morte ter ou não sofrido alterações depois de ter iniciado o curso de Enfermagem.....	58
Quadro 10 - Distribuição da amostra segundo a situação que mais significado teve para a alteração da opinião sobre a morte	59
Quadro 11 - Distribuição da amostra segundo a informação fornecida pelos docentes durante as aulas (teóricas e teórico-práticas) ser ou não suficiente face às necessidades e perspectivas dos alunos em Ensino Clínico	60
Quadro 12 - Distribuição da amostra segundo os temas considerados mais interessantes para serem abordados nas aulas teóricas ou teórico-práticas	61
Quadro 13 - Distribuição da amostra segundo o apoio que gostariam de ter tido depois de vivenciar e experienciar a perda/ morte de alguém	62

0. Introdução

Entre as diversas actividades inerentes ao plano de estudos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, consta a realização de um projecto de investigação. Este tem como objectivos desenvolver e aprofundar os conhecimentos dos alunos sobre as exigências e dificuldades impostas pela metodologia de investigação, bem como a aquisição de técnicas para a elaboração de instrumentos de recolha, tratamento e apresentação de dados.

Em Enfermagem o processo de investigação apresenta-se como uma prioridade, pois permite o desenvolvimento de um trabalho eficaz e adequado à diversidade de situações com que os profissionais se deparam diariamente.

A investigação na área da Enfermagem tem vindo progressivamente a aumentar os seus conhecimentos constituindo um fundamento científico para a nossa prática, proporcionando uma melhor prestação de cuidados (Costa, 1998).

Segundo Fortin (2003, p.18) a investigação:

“ é um meio de demonstrar o campo de acção e de conhecimento de uma profissão. Cada profissão deve estar em posição de fornecer aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre o qual se apoia a sua prática.”

Neste âmbito o tema escolhido para realizar este trabalho foi: “A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

Falar do que nos marca é importante e uma das situações que me marcou ao longo dos vários Ensinos Clínicos, foi a forma como diferentes pessoas lidam com a morte, daí a escolha deste tema, que enquanto aluna de enfermagem, terá certamente importância para o meu percurso formativo como futura profissional.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

A morte é um acontecimento da vida, com o qual os enfermeiros, como profissionais de saúde, têm de lidar no seu dia-a-dia. Considerada actualmente, por muitos, como assunto tabu, era há algumas décadas atrás mais “natural” com o moribundo a morrer em casa, a despedir-se da família, a resolver os últimos compromissos em vida e todos assistirem a este acontecimento, num ambiente de profunda naturalidade.

Hoje morre-se num hospital muitas vezes de forma solitária. Actualmente e desde a década 60, os progressos na área da reanimação e do intensivismo médico, conduziu à hospitalização da morte (Nuland, 1993).

O trabalho realizado pretendeu, ser um contributo para os alunos de enfermagem, na medida em que os principais objectivos do trabalho são:

- Conhecer os sentimentos dos alunos, quando se deparam com a morte de um doente em Ensino Clínico;
- Verificar se a opinião dos alunos, perante a morte, se altera após a vivência da mesma em Ensino Clínico;
- Conhecer a opinião dos alunos sobre a importância da formação teórica e teórico-prática, para os ajudar a lidar com a vivência da morte.

Segundo Alba et al (1993):

“ Uma das situações mais difíceis para uma enfermeira, é cuidar das pessoas que estão perto da morte e se encontram num processo de agonia; constitui um verdadeiro desafio pessoal e profissional.”

Partindo dos pressupostos anteriores definiu-se como questões de investigação:

- Quais os sentimentos experienciados pelos alunos do 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente?
- Será que após a vivência da situação de morte em Ensino Clínico, a opinião dos alunos sobre a mesma muda?

- Será que a matéria leccionada na teoria é suficiente para apoiar/preparar os alunos para a morte em Ensino Clínico?

O presente estudo está dividido essencialmente em três partes.

A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico, onde são realçados temas pertinentes sobre a morte.

A segunda parte consiste na fase metodológica, onde se explicita a justificação do tema, assim como as questões e objectivos de investigação, o tipo de estudo, as variáveis em estudo, a população, amostra e o processo de amostragem, instrumento de colheita de dados, pré-teste e questões éticas.

Na terceira parte é feita a apresentação dos resultados obtidos, a análise e a discussão dos mesmos.

Para além disto é apresentada uma conclusão, assim como toda a bibliografia utilizada ao longo do trabalho. No final apresentam-se em anexo, um cronograma (Anexo I) que serviu de guia orientador, para a execução deste estudo, em termos tempo – espaço; e um questionário (Anexo II) que foi o instrumento utilizado no estudo para colheita de dados.

Em relação ao grupo de alunos inquirido, a maioria são do sexo feminino, a idade predominante varia entre os 21-23 anos, sendo que os sentimentos mais referenciados são a tristeza, a perda, a angústia e a revolta.

Segundo os alunos a formação fornecida nas aulas não é suficiente face às necessidades em Ensino Clínico e a maior parte deles refere ainda que as opiniões que tinham antes de vivenciarem situações de morte sofreram alterações após vivenciadas tais situações.

A elaboração do trabalho foi baseada numa pesquisa bibliográfica, na análise e tratamento de dados e na investigação.

I. Fase Conceptual

Segundo Fortin (2003, p.39):

“(…) a fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. (…) A importância da fase conceptual é frequentemente subestimada no processo de investigação. Contudo, ela é verdadeiramente uma fase crucial, visto que a análise de uma situação problemática necessita de uma questão de investigação bem depurada (…)”.

1. Enquadramento teórico:

O enquadramento teórico é a parte do estudo que deve servir como suporte teórico, para a prática da investigação. Para além disso tem como função: dar apoio, dar respostas e fundamentar a problemática em estudo.

1.1. Morte

A morte faz parte do desenvolvimento humano, mas falar sobre este tema ainda é um tabu, embora problemas como: o suicídio, a violência, a solidão, o desespero, e ainda doenças como: o cancro, a leucemia, o HIV; constantemente nos remetam a pensar sobre ele, enquanto pessoas e mais particularmente enquanto profissionais de saúde.

“O tema morte é frequentemente discutido por médicos, padres, psicólogos mas pouco mais. Na realidade, é um tema socialmente evitado. Mas, apesar de evitado, é inevitável” (Nunes, 1991, p.18).

“ As sociedades (…) todas mantêm certos tabus, tabus relacionados com (…) a morte” (Martiner, cit in Subtil e Gomes, 1997, p.18).

Apesar de muitos evitarem falar sobre a morte, vários foram aqueles que desde a antiguidade tentaram falar sobre o tema e ao mesmo tempo definir o conceito de morte, ainda hoje muitos se dedicam a estudar este assunto.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

Rui Faria (1996, p.372), citando Anchor et al diz que: “ A morte é um processo biológico complexo, cujo momento exacto pode ser difícil de determinar”. Por sua vez, Elizari (1996, p.175) afirma que: “ a etapa final da vida humana aparece com características diferentes, segundo os tempos, os lugares e as pessoas”.

Hennezel, na obra que partilhou com Leloup (1998, p.40) refere:

“ A morte não é um revés. Ela faz parte da vida. É um conhecimento que se tem de viver. Uma «realidade vigorosa» (...) uma realidade que nos desperta, nos obriga a tomar consciência dos nossos valores mais profundos, uma realidade que nos convida a criar, a pensar, a procurar um sentido”.

Para Manuila et al (2004, p.406) a morte é definida como:

“Paragem completa e definitiva das funções vitais de um organismo vivo, com desaparecimento da sua coerência funcional e nomeadamente da actividade eléctrica do cérebro e destruição progressiva das suas unidades teciduais e celulares”.

Já Serrão (1998, p.84) define o conceito clássico de morte como:

“ paragem cardíaca e/ou respiratória (...). A morte corporal é (...) desorganização e desarticulação das células, dos tecidos e dos órgãos pela falência dos grandes sistemas de integração e associação”.

Também a CIPE (2000, p.47), apresenta uma definição de morte:

“Cessaçã da vida, diminuição gradual ou mais súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessaçã da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiraçã e da actividade cerebral”.

“ A morte é um processo que embora biológico, constrói-se cultural e socialmente” (Subtil e Gomes, 1997, p.18).

“ Na sociedade ocidental (...) perderam-se alguns ritos, conservam-se tabus relacionados com (...) a morte” (Subtil, 1995, p. 27).

Também Xavier (1999, p.78) diz que na sociedade ocidental, neste final de século, predomina: “ uma atitude que (...) a morte é o fim de vida. É a interrupção de um funcionamento biopsíquico ou neurofisiológico”.

No entanto, pode dizer-se que, actualmente, apesar dos tabus referidos anteriormente, a sociedade interpreta o fenómeno da morte, de maneira diferente. Podemos ver claramente que a morte do passado não é a mesma de hoje. Houve mudanças do conceito de morte na sociedade. Tal como refere Serrão (1998, p.86):

“ Tudo mudou e a mudança foi radical. A morte deixou de ter expressão familiar e social (...) o processo de morrer passasse do hospital e é envolvido em terapêuticas médicas e/ou cirúrgicas, mesmo quando não há qualquer possibilidade de cura ou de dar mais tempo à vida, ou melhorar a qualidade de vida no tempo que resta até à morte inevitável. A morte ocorre no hospital (actualmente, estima-se que em Portugal, 80% dos óbitos ocorrem nos hospitais) e dificilmente poderá ser considerada uma morte em solidão efectiva”.

Também Fernandes (1999, p.39) diz: “ A morte transferiu-se, hoje em dia, para o hospital, tendo sido completamente dessocializada...”

Segundo Morin (1970, p.19) na actualidade o Homem encara a morte como:

“ (...) uma morte alheia, da qual conjectura, apenas, os seus efeitos, mas cuja a realidade viverá. E ainda não compreendeu que o mistério não é a morte, mas a sua atitude para com a morte. Tomou em mãos essa atitude, em vez de lhe pesquisar os segredos.”

Segundo Pacheco (2002) a morte é um fenómeno muito completo, pois está ao mesmo tempo distante e próxima de nós, ou seja, por um lado mantém-se próxima ao longo da vida, por outro lado mantém-se ausente enquanto vivemos.

Quando morre alguém da nossa família que nos é muito querido, vivemos a morte de uma forma próxima e mais intensa, quando por outro lado, ouvimos falar da morte de alguém da nossa idade, ou ainda mais nova, ficamos preocupados, inquietos e a pensar que poderia ter sido connosco ou com um familiar querido e próximo.

Contudo temos que encarar a realidade, uma vez que fomos criados, ou seja, tivemos um início, também teremos um fim, como nos diz Silva (2004, p.63): “ (...) se nascemos, obrigatoriamente iremos morrer”.

Segundo Neves (cit in Gomes 1998, p.57):

“(…) a interiorização da morte pode e deve ser factor de realização do Homem; a humanização da morte, humaniza a vida. Por isso, atender à morte é atender à vida; aprender a morrer é aprender a viver e é na dimensão ética da morte que a morte adquire também sentido na vida dos Homens”.

Mas segundo nos diz Neto (2004), o sofrimento e a morte, são os últimos tabus na nossa sociedade, esta encontra-se muito mal preparada para lidar com o sofrimento e com a morte, inevitáveis realidades da vida.

“Desde que nasce o ser vivo encaminha-se para a morte. Qual dia? Pode ser hoje. A morte está invisível, mas perto!” (Conde, 2000, p.19).

Ao longo da história, várias foram as maneiras de encarar a questão da morte. O percurso das concepções e das práticas, das atitudes e dos ritos no Ocidente, desde a Idade Média até à Actualidade foram vistas segundo diferentes perspectivas, que serão abordadas seguidamente.

1.2. As religiões perante a Morte

As religiões têm um papel muito importante para a humanidade, principalmente quando o sofrimento e a dor estão presentes, ofertando acolhida e reflexão nestes momentos, encaminhando para uma vida responsável, garantindo uma vida repleta de felicidade. De uma forma ou de outra, todas estão relacionadas com o sentido da vida, liberdade, justiça e da própria consciência. Com excepção da religião budista, que considera a vida como um bem precioso, mas não de âmbito divino, em todas as outras religiões ela é vista como sagrada (Pacheco, 2002).

No Budismo, não há uma autoridade central, sendo o objectivo de todos os budistas a iluminação e, assim, como o próprio Buda procurou o seu caminho, cada uma das pessoas pode delinear o seu. É uma filosofia de vida, o caminho da sabedoria. A vida é transitória e a morte inevitável, é importante deixar que siga o seu percurso natural (Macedo, 2002).

Os crentes pertencentes a esta religião, crêem que a morte e o sofrimento são ilusórios. A morte não é o final da vida, mas o final de uma ilusão, o final da libertação de um sofrimento, do encadeamento das causas e dos efeitos. É por isso que a morte é considerada um momento abençoado, o momento mais sagrado da existência, pois oferece facilmente o desejo de entrar num espaço ilimitado, é o momento em que a realidade se revela (Rinpoche, 1998).

Segundo Macedo (2002, p.141):

“ O Islamismo significa literalmente submissão a Deus. A vida humana é sagrada e tudo deve ser feito para protege-la; o mesmo vale para o corpo, que não deve ser mutilado em vida ou depois da morte. É importante lavá-lo e envolve-lo em pano próprio, orar e depois enterrá-lo.”

Para os judeus a morte é encarada como uma passagem para um estado diferente. A vida, o sofrimento, a doença e a morte são considerados como lugares de passagem, como tempo de provocações. Segundo eles, esta passagem deve ser acompanhada de muito respeito e confiança nas circunstâncias, muito embora com dor e sofrimento, muitas vezes mesmo intolerável (Carreiras, 2002).

Segundo o mesmo autor, os judeus defendem, que mesmo que a cura não seja possível, não se deve deixar de cuidar e que a pessoa não deve ser deixada sozinha quando estiver a morrer.

Para o povo ateu, a morte é o fechar dos olhos. E o simples término da vida, o fim da existência boa e gozada ou má e acabrunhada sem mais problemas (Ariés, 1988).

Segundo S. Francisco, cit in Miserey (1990), para aqueles que crêem em Deus e na eternidade, a morte é um limiar, uma porta de fronteira ou de passagem entre a vida terrena que termina e a vida eterna que começa.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

Para Miserey (1990, p.31):

“ No Cristianismo, a possibilidade de superação do tempo humano, está contida no processo de apropriação do espiritual, apesar do espiritual não ser singularidade das religiões, através da fé teística para além da morte (...).”

Segundo o mesmo autor, o crente apoia-se na fé, num Deus que merece confiança e que foi solidário connosco na morte, em Jesus Cristo, que muitos experienciam como vivente. Só o amor pode vencer a morte, por isto, a melhor maneira de vencer os temores da mesma é superar o egoísmo em direcção ao amor comprometido.

Como refere Pacheco (2002, p.15):

“ Para o Cristianismo, a morte representa uma passagem de uma corporalidade limitada e biológica, num determinado espaço e tempo físico, para outro tipo de corporalidade, ilimitada e eterna”.

Para Morin (1970), o homem tem ao longo dos tempos tentado minorar os efeitos psicológicos que a morte de uma pessoa próxima pode causar, através do conforto da religião, através de uma crença espiritual para além da vida terrena. Efectivamente, desde há muito tempo que o homem realiza rituais fúnebres que mostram em si próprios a mística da morte.

Segundo Carreiras (2002), o enfermeiro precisa de dimensionar as suas atitudes perante a morte e o morrer para que possa proporcionar a cada doente e família o apoio necessário, de acordo com o seu modo de pensar. Cada pessoa precisa de ser escutada e acolhida tal como é, respeitando a sua posição quer religiosa quer filosófica, assim como, as suas convicções e perspectivas de eternidade.

1.3. Breve perspectiva da morte no Ocidente

Segundo Oliveira (1999, p.29):

“ As atitudes perante a morte permanecem quase inalteradas durante décadas ou séculos. As modificações são lentas e quase imperceptíveis”.

Para Morin (1970) as atitudes do Homem perante a morte ou são muito lentas ou situam-se em longos períodos de imobilidade.

Para Ariés (1989) existem quatro épocas distintas em termos de atitudes face à morte, são estas: a baixa idade média, a primeira época, em que é apresentada a morte domesticada ou familiarizada; a segunda época, explica a morte de si próprio; a terceira e quarta épocas, salientam, a morte do outro (da pessoa próxima ou amada) e a morte interdita (a morte envergonhada ou interdita).

1.3.1. A morte domesticada ou familiarizada

Segundo Ariés (1989), na baixa idade média, a morte era encarada como um acontecimento simples e do qual ninguém tinha medo. Nesta época, os humanos aceitavam a sua condição de mortais e ninguém morria sem ser prevenido, a preocupação, era o facto de poderem não ser prevenidos a tempo, e acabarem por morrer na solidão.

Para Oliveira (1999) nesta época todos reconheciam e respeitavam a sua mortalidade, ninguém morria sem saber que ia morrer, as pessoas preparavam-se para a morte e receavam a morte repentina, como a morte por acidente, por causa súbita ou em situação de combate.

A pessoa preparava-se e aguardava a morte serenamente na cama ou no chão, mas não sozinha, o momento era transformado num momento de cerimónia pública, estava rodeada de amigos, familiares vizinhos e até mesmo de crianças.

Após fazer uma retrospectiva da sua vida, o moribundo, lastimava-se das injustiças que esta lhe havia proporcionado e a seguir pedia perdão aos que o rodeavam e que eram sempre em grande número.

De seguida, despedia-se do mundo e declamava uma oração em voz alta a Deus, na qual confessava os seus pecados e pedia a salvação para a sua alma e para os que o rodeavam, neste momento religioso o padre absolvía-lhe os pecados, lia os salmos, deitava-lhe água benta sobre o corpo e incensava-lhe o corpo.

Feijó et al, cit in Oliveira (1999,p.36): diz: “Morrer bem tal como viver bem não se considerava uma actividade solitária”.

Segundo Frias (2003) nesta época, os cemitérios, para além de serem um lugar de sepulturas, serviam também de asilo, neste local era permitida a construção de casas. Mas no final do século XVII, aparecem sinais de intolerância, os ossos dos mortos muitas vezes encontravam-se expostos à superfície, os corpos não totalmente decompostos exalavam odores nauseabundos e os vivos foram deixando de tolerar toda aquela promiscuidade e de se sentirem familiarizados com a ideia da sua própria morte.

1.3.2. A morte de si próprio

A partir do século XI – XII ocorrem modificações que conferem um sentido mais dramático e pessoal à morte (Oliveira, 1999).

O Homem começa aperceber-se da existência de fenómenos entre os quais, a representação do juízo final, este sofre alterações até ao século XII, o Homem não era julgado em relação às boas e más acções. A partir desse mesmo século o Homem é julgado em relação às suas acções (Ariés, 1989).

Segundo Oliveira (1999), nos primeiros séculos do cristianismo, no momento da morte o Homem não é julgado nem condenado, acredita-se na ressurreição dos mortos. Mas no século XII já ocorre um julgamento e pesagem das almas, a separação dos justos e dos pecadores, mais tarde no século XIII o juízo é representado por um tribunal, onde ocorre o julgamento de cada um, pela pesagem das boas e das más acções.

Cada Homem é julgado pelo “*balanço da sua vida*” e tudo é anotado no “*liber vitae*”, inicialmente concebido como o recenseamento do universo, um livro cósmico, no final da Idade Média, converteu-se no livro de contas individuais (Frias, 2003).

Ariés (1989, p.33) diz que, o Juízo Final, pode estar ligado à biografia individual, que só acaba no fim dos tempos e não na hora da morte.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

Para Margarida Carvalho (1996, p.84): “Após a morte existiriam reinos de paz, reencontros com pessoas queridas, volta à terra em outras encarnações e outras tantas formas de explicações culturais, filosóficas e religiosas”.

Segundo Oliveira (1999) o moribundo no seu leito revê toda a sua vida, as suas faltas, os seus pecados cometidos, ao revelar arrependimento poderá ir para o céu, se por outro lado, se anular as suas boas acções rumará ao inferno.

“ A preparação da boa morte implicava a reconciliação com Deus e um real investimento no além, através de sacramentos, testamentos ou doações (...)” (Oliveira, 1999,p.39).

Segundo Ariés (1989) existe uma presença de seres sobrenaturais no quarto do moribundo, a Virgem e o Satanás. Irá ocorrer uma luta entre o bem e o mal em que disputam o moribundo.

1.3.3. A morte do outro

Desde a segunda metade do século XVI até ao século XVIII, segundo Oliveira (1999, p.41) a morte é:

“ teatralizada, exaltada e dramatizada de modo exuberante e pomposo. Simultaneamente, o Homem preocupa-se cada vez menos com a sua própria morte e mais com a morte do outro, da pessoa próxima ou amada, dando-lhe um sentido romântico e retórico (...) a morte torna-se mórbida e o luto é quase permanente”.

Como diz Ariés (1989, p.48): “os sobreviventes aceitam a morte do próximo mais dificilmente do que noutros tempos”.

As pessoas preocupavam-se cada vez menos com a sua própria morte e mais com a morte dos outros; a morte de quem lhes está próximo, a morte da pessoa amada ou próxima, atribuindo desta forma, um sentido romântico à morte, estas emocionavam-se, choravam, rezavam, revelavam uma grande intolerância perante a separação, tornando a morte comovente.

É este sentimento que leva ao surgimento do culto moderno dos túmulos e dos cemitérios, muito diferente dos cultos antigos. Como refere Oliveira (1999, p.43): “ Os nossos cemitérios tornaram-se eloquentes”.

O culto dos cemitérios, abriu-se nesta altura, ao indivíduo e à sociedade; o cemitério é o local onde se vai visitar os familiares ou os ente queridos, tendo-se ganho o hábito de enfeitar as sepulturas com flores, que ainda perdura até aos nossos dias.

1.3.4. A morte interdita

Em meados do século XX, dá-se uma grande ruptura nas mentalidades que culmina numa grande recusa da morte, que é a chamada de morte interdita como refere Oliveira (1999) na sua obra.

Para essa recusa, a que se refere o autor citado anteriormente, deve-se em boa parte aos avanços da medicina e dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, deixa de se morrer em casa na companhia de outras pessoas e passa muitas vezes a morrer-se nos hospitais, de uma forma solitária, algumas vezes.

Para Kováks (1992, p. 38):

“A morte não é mais considerada um fenómeno natural, e sim fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada. O triunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio”.

Segundo Oliveira (1999, p.45):

“ (...) agora são os médicos os «senhores da morte», que controlam o momento e as circunstâncias da mesma e se esforçam por torná-la aceitável ou, no mínimo, tolerável para os sobreviventes”.

Para além disso, a própria cerimónia, é realizada de uma maneira menos próxima em relação aos familiares, amigos ou próximos daqueles que morrem. Como afirma Oliveira (1999,p.45):

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

“ As cerimónias fúnebres e quase todas as formalidades ficam nas mãos de profissionais da morte, capazes de as realizar de forma discreta e asséptica”.

As cerimónias fúnebres são então entregues, às agências funerárias, que se encarregam de realizar a cerimónia de uma forma discreta. No seio das famílias evita-se exteriorizar a dor, a fim de não impressionar as crianças.

Mas, segundo Frias (2003, p.20):

” Apesar de tudo (...), a morte continua a ser muito sentida no seio da família. O que mudou foi o direito de o confessar e de o demonstrar. O que outrora era obrigatório, agora tornou-se proibido”.

1.4. A morte na Actualidade

Falar actualmente da morte, é ainda para muitas pessoas, um assunto rodeado de muitos tabus. Há algum tempo, nas cidades do Ocidente as pessoas morriam nos seus próprios leitos, a morte da pessoa era um acontecimento social, envolvia familiares, amigos, vizinhos e as taxas de mortalidade eram altas em todas as faixas etárias e as crianças, vivenciavam a morte, estas não eram protegidas dos rituais fúnebres.

Segundo Oliveira (1999) a morte, tem vindo a ocupar um espaço menos íntimo: o Hospital. A morte cidadina ideal é aquela morte, que ocorre no hospital, longe da família e das crianças.

Ariés (1989, p.182) afirma:

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

Hoje em dia, devido à valorização da saúde e da vida e também à evolução científica face à morte, um doente em fase terminal é transferido para o hospital. O doente vai perdendo o direito de ser acautelado da gravidade da sua doença e da proximidade da sua última etapa de

vida, a morte. Como as famílias, querem manter a sua organização, para não ocorrer alterações dos papéis familiares, encaminham o doente para o hospital, tornando a sua vida numa solidão e num ambiente estranho (Oliveira et al, 2000).

Para Oliveira et al (2000, p.36), o doente vive a última etapa da sua vida rodeado por “ (...) uma série de aparelhos que só sabem apitar. Enfim a morte vence toda a ciência e tecnologia, significa o fracasso e não o êxito terapêutico tão esperado”.

Com muita frequência, nos hospitais, as pessoas morrem sozinhas, não têm ninguém com quem possam partilhar o medo, a angústia, a alegria ou o que é importante para essas mesmas pessoas. Muitas vezes, os profissionais de saúde, sentem-se impotentes perante a morte de um doente e, para se protegerem das suas próprias emoções, deixam-no morrer em profunda solidão como refere Frias (2003).

Os profissionais de saúde, necessitam de estar integrados numa equipa motivada, formada e apoiada, a melhor forma de estarem perante a morte é vive-la de forma desarmada.

A maneira como a morte é encarada ou abordada por muitos depende de diversos factores, entre eles, “(...) religiosidade do individuo, hábitos e crenças, ritmo de vida e horário de trabalho, medo e ansiedade, experiências ou contacto anterior com doentes que caminham para a morte, serviço que trabalham” (Fontes, 1995, p.7).

Segundo Oliveira cit in Frias (2003, p. 28):

“ (...) vivenciar a morte do outro é, simplesmente, olhar e não interiorizar, numa organização pública, que os mantém afectivamente afastados em relação às pessoas em fim de vida”.

2. Os sentimentos perante a morte

A diferença entre as pessoas em geral e os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, é que na vida destes, a morte faz parte do seu quotidiano e pode tornar-se sua companheira de trabalho diária e desencadear diferentes tipos de sentimentos.

Segundo Almeida (1997, p.101):

“Os sentimentos são o que de mais belo e distintivo nós temos. Por um sentimento em relação a um ideal ou pessoa fazemos todos os sacrifícios imagináveis. São os sentimentos que dão sentido à nossa vida e que foram e serão responsáveis por todas as grandes mudanças da Humanidade”.

A morte desencadeia um conjunto de sentimentos e emoções que devem ser aceites e compreendidos, pois geram reacções e atitudes únicas que devem ser integradas na história de cada um de nós.

Para Júnior et al (2000, p.177):

“O sentimento é um estado de alma radicado nas tendências, imaginação no temperamento do sujeito, mas é também uma reacção a determinada situação, reacção reguladora que implica a adaptação do sujeito à realidade, ausente ou menos presente na emoção”.

Scheider cit in Ballone (2003), considera os sentimentos como um estado do “Eu” que não podem ser controlados pela vontade e que são despertados pelas nossas representações pessoais, pelos estímulos provenientes do mundo exterior ou por alterações sucedidas no interior do organismo.

Ballone (2003), considera que os sentimentos, comparativamente com as emoções, são estados afectivos mais duráveis, mais atenuados na sua intensidade vivencial, geralmente revestidos de ricas e nobres tonalidades intelectuais e morais e nem sempre são acompanhados de alterações somáticas dignas de respeito.

Para Max Scheler cit in Ballone (2003), os sentimentos são divididos em quatro grupos: sentimentos sensoriais, sentimentos vitais, sentimentos anímicos ou psíquicos e por fim em sentimentos espirituais ou da personalidade.

- Sentimentos sensoriais: Os sentimentos sensoriais estão localizados em determinados pontos do organismo. Estes têm origem periférica e traduzem o estado morfológico e funcional dos órgãos e tecidos como por exemplo, a dor, o prurido, a opressão e o gosto.

- Sentimentos vitais: Os sentimentos vitais afectam o plano somático e também o plano psíquico. São sensações corporais mais difusas, mais abstractas, subjectivas e generalizadas, como por exemplo, o bem-estar e o mal-estar, a saúde ou a enfermidade, a calma e a tensão, a alegria e a tristeza.

São estes sentimentos que dão o colorido ao conjunto das nossas relações com o mundo exterior, neles existe continuidade, duração e intencionalidade.

- Sentimentos anímicos ou psíquicos: Os sentimentos anímicos ou psíquicos são quase totalmente desligados do corpo. Estes constituem formas afectivas de reacção aos acontecimentos externos. Não são percepções, mas sim o significado dado ao percebido.

A tristeza, o medo e a alegria são formas universais de sentimentos anímicos ou psíquicos, também chamados de reactivos, motivados e de dirigidos.

- Sentimentos espirituais ou da personalidade: Os sentimentos espirituais ou da personalidade, situam-se no “Eu” profundo. Representam as tendências valorativas da pessoa. Estes possuem conteúdo religioso, metafísico, cultural e transcendem a motivação concreta.

O desespero, o remorso, a paz, o amor, o arrependimento, o perdão e a serenidade espiritual são exemplos deste tipo sentimento.

Segundo Carreiras (2002), os enfermeiros ao lidarem com doentes em fase terminal sentem dor, desconforto e uma sensação de inutilidade. Podem experimentar sentimentos ou emoções tão adversos que impeçam o cuidar autêntico. Para se cuidar do outro é necessário enfrentar as próprias dúvidas e conhecer as necessidades e as resistências.

O enfermeiro tem um papel muito importante na fase terminal do doente transmitindo-lhe apoio e partilhando o momento, por vezes os enfermeiros experimentam a paz, a serenidade e a sensação de ter dado o seu melhor, sensação de “amenizar” um momento tão exigente como a morte. Experimentam sentimentos de utilidade e gratidão.

Segundo Oliveira et al (2000), o enfermeiro valoriza os doentes que consegue curar, fazendo sentir-se útil enquanto profissional de saúde, mas no entanto, prolongar a vida não implica melhoria da qualidade desta, para estes autores o mais importante é proporcionar paz quando a morte se aproxima.

“Por vezes ajudo as pessoas a viver, às vezes ajudo-as a morrer, porém ajudo-as sempre, sou enfermeira” (Reggy cit in Ferreira, 2004, p.49).

3. Formação em Enfermagem

A transferência do local da morte, do domicílio para o hospital, implica um reajuste da estrutura hospitalar que, concebida para prestar cuidados a fim de curar a doença, não encontra, muitas vezes, resposta para pessoas no fim de vida, muitas vezes devido também à falta de camas e de pessoal especializado.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sentem-se muitas vezes desarmados perante a angústia vivida aquando de uma situação de morte.

Desta forma, a formação dos enfermeiros deve prepará-los para assumirem um papel determinante como educadores e orientadores no contexto das Organizações de Saúde.

Assim, deve haver uma articulação das escolas de enfermagem com as Organizações de Saúde, pois ambos os locais são locais de formação.

Neste contexto, as aprendizagens surgem como uma estrutura articulada de diferentes momentos experienciados do sujeito que permitem formalizar saberes, como refere Canário (1999) cit in Frias (2003, p.63).

O conceito de formação é bastante complexo e pode ser visto de diferentes formas, ou seja, pode ser visto sobre diferentes interpretações. É um conceito ambíguo, sendo por isso, muitas vezes confundido com educação.

Segundo Nóvoa (1999) cit in Frias (2003, p. 64), a educação devera passar pelas componentes do tempo, lugares e saberes da escola. A formação ocorre tanto em espaços formais como informais.

Mas cada vez mais os conceitos de formação e educação estão interligados, o que deveria reflectir-se ao nível da criação dos currículos, a nível escolar, bem como ao nível dos programas de formação profissional.

Para Frias (2003, p.64): “Se as escolas têm grande responsabilidade no crescimento da profissão então ela só poderá ser desenvolvida com a participação activa dos enfermeiros da prática”. Nesta perspectiva a colaboração da escola com os serviços de saúde é muito importante para a formação dos alunos. Para isso é necessário uma aproximação entre as organizações (escola/serviço) como por exemplo, através de reuniões entre os profissionais, com o objectivo de orientar cada vez melhor os estudantes.

Segundo Josso (1987) cit in Frias (2003), a formação considera tanto a actividade no seu desempenho temporal, como no respectivo resultado. Esta palavra designa várias realidades, tais como: acção de uma instituição, o conjunto das modalidades dessa acção, acção de inoculação, acção própria à pessoa, pode também designar um atributo do sujeito e ainda qualificações gerais assim como específicas, relativas a saberes, saber-fazer.

A construção de saberes é um processo contínuo e desenvolve-se sobre a influência de diversos agentes de socialização, como por exemplo, a escola, a família, as organizações tanto escolares como de saúde e ainda os grupos culturais (Frias, 2003).

Existem diferentes interpretações do conceito de formação, e para melhor se perceber este conceito, será abordada a designada, formação experiencial, bem como a teoria tripolar da formação, a auto-formação, e ainda, os diferentes paradigmas para uma formação.

Habitualmente no dia-a-dia, as pessoas recorrem a esquemas de acção mentalmente elaborados para resolver problemas com os quais são confrontadas. Estes esquemas exigem

uma grande experiência da prática e têm a ver, por exemplo, com a sua experiência profissional.

Por isso como refere Canário (1999) cit in Frias (2003, p.67); no próprio local de trabalho devem existir as: “condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens”.

Já Pineau (1999) cit in Frias (2003, p.68) define a formação experiencial:

“como uma formação por contacto directo mas reflectido”, (...), “o objecto ou a situação está lá, impõe-se surgindo como um acontecimento. O acontecimento pode durar, importunar, precisamente pela sua proximidade, desembaraçando-o sem intermediário e, por vezes, sem interrupção”.

Os acontecimentos e as experiências estão na base da formação do sujeito, e esta formação prolonga-se ao longo do seu ciclo de vida. Mas para esta experiência ser formadora necessita de ser reflectida, ou seja, submetida a um processo de reorganização, de reconstrução, de modificação e de interiorização mental.

Então, a formação de um futuro profissional, deve incluir na sua aprendizagem uma componente de reflexão, através de situações práticas.

Pineau (1991) cit in Frias (2003) apresenta a teoria tripolar da formação. Este autor salienta que a experiência pode ser: auto-formadora, eco-formadora ou co-formadora, dependendo do mestre dominante. Segundo este a formação depende de três mestres, sendo eles, a “própria pessoa”, os “outros” ou as “coisas”.

Na auto-formação, o sujeito tem uma dupla apropriação do poder de se formar. Como refere Pineau (1988) cit in Frias (2003, p. 71): “ é tomar em mãos este poder - tornar-se sujeito - mas, é também aplicá-lo a si mesmo: tornar-se objecto de formação para si mesmo”.

É então, necessário que o sujeito, se submeta a uma acção reflexiva sobre si próprio, de uma forma autónoma e com uma identidade própria e singular.

Na eco-formação são necessárias as “coisas”, ou seja, os mestres são as “coisas”, a interacção está subjacente à relação que o sujeito estabelece com o meio físico, com o que o rodeia, e que são necessárias à sua sobrevivência.

Como refere Pineau (1991) cit in Frias (2003, p. 71): “ dependemos sem dúvida da natureza”.

A co-formação implica a existência dos outros, os mestres são os “outros”, a experiência do outro pode ser transformada em conhecimentos pessoais e sociais, através da intimidade, da troca de experiências e da interacção que temos com outros sujeitos.

Considerando estes pressupostos, Josso (1991) cit in Frias (2003, p. 72) apresenta um modelo para a formação experiencial:

“designa uma actividade consciente do sujeito ao realizar uma actividade imprevista (...) por ocasião de um acontecimento numa situação que põe o formando em interacção consigo próprio, com os outros, com as coisas e com o ambiente”.

A auto-formação é um processo que atribuiu à pessoa um lugar central no seu próprio processo de formação.

Vários autores se têm interessado pela auto-formação, como por exemplo Galvani e Carré.

Para Galvani (1992) cit in Frias (2003, p. 75), a auto-formação “ é o acto da pessoa que se forma sobre ela própria”.

Para Carré (1992) cit in Frias (2003, p.75), a auto-formação “ é o conjunto de práticas que permitem à pessoa aprender por ela própria”.

Mezirow (1996) cit in Frias (2003, p.77), apresenta três paradigmas, que sustentam as várias teorias e práticas de aprendizagem/formação. São eles: o paradigma objectivista, interpretativo e emancipatório.

- Paradigma objectivista

No paradigma objectivista, a realidade é considerada como existindo em si própria, apesar das representações mentais e linguísticas, assim como as experiências e as teorias.

Os comportamentos da pessoa são vistos como simples adaptações que dependem, unicamente, de aprendizagens já efectuadas e vividas pelo sujeito.

Segundo Frias (2003, p.77): “ O conceito de aprendizagem sustenta-se na transmissão de representações do mundo real, pois as referências para a aprendizagem são objectivas e universais”.

- Paradigma interpretativo

No paradigma interpretativo, as categorias cognitivas e os modos de pensamento têm uma origem social e segundo alguns fenomenologistas, tais como, Merleau Ponty, Husserl e Heidegger, não é possível estabelecer uma distinção entre o sujeito e o objecto.

Para Foucault (1982), cit in Frias (2003, p.77): “ a realidade social é definida pela natureza e pela distribuição de forças de poder, dominação e influência”.

Segundo este paradigma, a aprendizagem do sujeito, depende do contexto em que se processa a experiência e o modo como esta é interpretada.

- Paradigma emancipatório

Segundo este terceiro paradigma, a aprendizagem é vista como um processo que implica um aprofundamento e uma construção de significado/sentido da experiência do sujeito, capaz de orientar a sua acção futura.

Josso (1988, p.50) refere que: “o ser humano quando está em formação só se torna sujeito no momento em que a sua intencionalidade é explicitada no acto de aprender; torna-se capaz de intervir no seu processo de aprendizagem e formação para o reorientar no futuro”.

Segundo Frias (2003), é mais fácil modificar um ponto de vista, do que modificar hábitos de pensamento. Apesar disso, a aprendizagem apenas ocorre quando se apreendem, se fundamentam e se transformam quer as perspectivas quer os esquemas de significado.

Este paradigma, tem por base a teoria da transformação que é fundamental na formação dos adultos. Esta teoria está assente em dois domínios da aprendizagem: aprendizagem instrumental (que permite controlar os outros) e aprendizagem comunicacional (realça a importância da compreensão dos significados que são atribuídos por aqueles com quem estabelecem uma interacção).

Merizow (1996, p. 164) refere que: “ quem aprende deve adquirir competência comunicativa o que o torna mais consciente e crítico sobre os seus pontos de vista e, conseqüentemente, torna-o mais capaz de ultrapassar constrangimentos e de estar mais apto a participar no seu discurso”.

Em síntese, pode aprender-se de várias formas: no meio físico (eco-formação), com os outros (hetero-formação), mas principalmente quando existe motivação (auto-formação). Desta forma, a necessidade de criar momentos de reflexão nos diferentes contextos, quer seja nas escolas, quer seja nas organizações de saúde, visa aprofundar a formação dos enfermeiros.

3.1. O Enfermeiro Perante a morte

Para muitos profissionais de saúde, como por exemplo os enfermeiros, a morte pode ser significado de fracasso, de insucesso e mesmo de frustração profissional. Os enfermeiros ainda não se encontram preparados para a morte dos seus doentes.

Segundo Roper (1995), por muitas experiências que o enfermeiro tenha na prestação de cuidados, aproxima-se do moribundo com um certo sentimento de incerteza, de desespero e

de angústia. A prática de enfermagem eficaz, está mais dependente da humanidade do enfermeiro do que do seu conhecimento técnico.

No entanto, como diz Pacheco (2002), nem sempre é fácil conseguir o equilíbrio desejável entre as exigências da técnica e da terapêutica e a sensibilidade humana. Isto resulta de uma maturidade adquirida lentamente no decurso da vida profissional, com todos os percalços e incompreensões ou alegrias e satisfações, se o enfermeiro conservar presente a necessidade de dar atenção à pessoa humana, que é cada doente.

Para Carreiras et al (2002), hoje em dia os enfermeiros passam demasiado tempo a criar barreiras defensivas, através de palavras superficiais, que não têm outro objectivo senão o de preencher um silêncio que receiam.

É no hospital que se exprime a inquietação do pessoal de saúde diante do sofrimento dos seus pacientes e o das respectivas famílias. Para que o enfermeiro se sinta mais preparado para ajudar o doente a viver o melhor possível até morrer, assim como ajudar a respectiva família, é necessária uma assistência humana e compreensiva, através do estabelecimento de uma comunicação e uma relação empática (Campos, 2003).

Segundo Xavier (1999), na maioria dos lugares públicos ao serviço do homem, nas escolas, nos hospitais, entre outros, são sítios onde as questões essenciais, as questões em torno da morte e do sentido da vida, quase nunca se vêem abordadas.

Como refere Xavier (1999, p.76): “ Tudo é feito para esconder a morte, para nos moldes de um projecto, voltado para objectivos a atingir, sustentado por valores de efectividade em busca da felicidade material”.

Para que o enfermeiro possa estabelecer uma relação de ajuda com a família, deve permitir que o doente possa partilhar os seus últimos momentos com os que lhe são mais próximos considerando que esta não pode ser substituída por nenhuma instituição. Segundo Abiven (2001), o enfermeiro deve fazer com que a família se torne parte integrante da equipe de saúde, pois trará mais segurança e será mais acolhedor para o doente esse momento.

Segundo Marques et al (1991), a maneira como cada enfermeiro encara a morte, depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face à morte e à doença e até das suas experiências anteriores.

Para Oliveira (1999), os profissionais de saúde devem considerar a morte como sendo uma etapa, tão ou mais significativa do que a própria prevenção, cura, reabilitação, ensino e investigação, proporcionando a cada ser humano os melhores cuidados e atenção.

“ Se um bom enfermeiro se preocupa e trabalha com vista à alta clínica dos doentes, tão ou mais digna será a missão de os preparar e acompanhar na sua morte” (Garcia, 2002, p.24).

Devido à proximidade constante entre doente/enfermeiro, a morte de um doente é sempre um momento de sofrimento para aqueles que dele cuidam. Quando os doentes morrem no hospital, cabe aos enfermeiros a tarefa de prestar cuidados ao corpo. Segundo Collière (1989), para muitos enfermeiros é uma tarefa angustiante, que se manifesta por reacções de fuga, pedindo muitas vezes a colegas que os substituam.

Os cuidados prestados ao corpo após a morte são frequentemente um protocolo de cuidados pré-estabelecidos. Desenvolvem-se num ambiente de tensão emocional e os gestos devem ser realizados com pudor, respeito e serenidade, visto que nesse corpo houve um investimento de cuidados, não sendo unicamente um cadáver (Pimentel, 1992).

4. Os alunos de Enfermagem e o Ensino Clínico

Todo o processo educativo do ser Humano pressupõe o seu desenvolvimento psicológico de uma forma gradual, harmoniosa e global. Segundo esta linha de pensamento, a escola deve ocupar um lugar privilegiado e fundamental no desenvolvimento humano.

Segundo Rogers (1985), o professor deve educar e ajudar o aluno a aprender: como adaptar-se às modificações; como envolver-se nas exigências da vida diária, como contribuir para melhorar as condições da sociedade. E o final da educação é facilitar a mudança e a aprendizagem.

O conceito de ensino e aprendizagem são diferentes, ainda que se encontrem profundamente inter-ligados. Ao falar-se de ensino, refere-se à instrução, orientação, comunicação e transmissão de informação e de conhecimentos. Ao falar-se de aprendizagem, reporta-se a conceitos como o de descoberta, apreensão, modificações de comportamentos e aquisição de novos conhecimentos.

Segundo Gil (1996), o conceito de aprendizagem em termos educacionais tem um significado muito específico, refere-se à aquisição de conhecimentos ou ao desenvolvimento de habilidades e atitudes em decorrência de experiências educativas.

Para Tavares e Alarcão, a aprendizagem deve ser compreendida como, uma construção pessoal, resultante de um processo experimental interior à pessoa, o que se traduz numa modificação de comportamentos relativamente estável.

O objectivo e importância dos ensinamentos clínicos são: articular a teoria com a prática, contribuindo e desenvolvendo a capacidade de compreensão das mesmas, promovendo a capacidade de percepção e resolução de problemas clínicos com os quais os alunos vão ter de se confrontar.

No sentido de definir enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros procedeu à construção de um enquadramento conceptual assente em quatro conceitos metaparadigmáticos: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. E através destes metaparadigmas os alunos devem ser preparados de modo a que se tornem Enfermeiros com reconhecida competência científica, técnica e relacional para a prestação de cuidados de enfermagem, numa perspectiva holística, ao indivíduo, família, grupos e comunidade.

Os ensinamentos clínicos são de grande importância para os estudantes de enfermagem, na medida em que lhes possibilita o desenvolvimento de capacidades para a prática e a consciencialização das competências requeridas para o desempenho da profissão de Enfermagem.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

Segundo Kant cit in Fernandes (2004, p.114):

“ O conhecimento surge do contacto com o mundo, com a realidade, com a prática, com a experiência, sobretudo pela forma como se tenta rentabilizar essa prática, essa experiência de vida (...)”.

Stanhope (1999, p.19) afirma que: “é necessário não somente observar e executar, mas também reflectir é importante para uma elevada qualidade de aprendizagem.

Fernandes (2004, p.119) considera que o: “ (...) conhecimento surge da compreensão durante a execução da acção ou da reflexão posteriormente à sua execução”. Portanto, para além de toda a importância que a prática tem, reflectir sobre a mesma é essencial para a aquisição de conhecimentos.

É neste sentido que a reflexão é importante e é durante o Ensino Clínico que o aluno o deve fazer. Os campos de estágio proporcionam essa oportunidade de reflexão e para isso há que pensar na acção, na execução, que se mostra singular caso a caso.

Segundo Fernandes (2004, p.78) o Ensino Clínico:

“ é um espaço para a formação de estudantes de Enfermagem, é um plano em que aprendem a agir, a pensar e a sentir-se como enfermeiros. É neste meio que podem usar as teorias que aprenderam na sala de aula e aplicá-la na prática e em simultâneo criticar favorecendo o seu conhecimento através da prática”.

A importância do Ensino Clínico será sempre apelar à assimilação de conhecimentos resultantes das disciplinas teóricas e teórico-práticas e ceder bases para uma maior e melhor percepção dos problemas clínicos.

Ao longo dos vários estágios os alunos devem desenvolver maiores capacidades de gestão do tempo e de disponibilidade física e emocional, para o cumprimento das actividades que lhes são atribuídas, como por exemplo: cumprir horários, criar uma rotina, conhecer e mover-se dentro de uma instituição com uma cultura específica.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do
Porto face à morte de um doente.”

Segundo Caires e Almeida (1998), muitas vezes o ingresso numa instituição implica uma mudança na sua postura, tanto ao nível da linguagem, como do modo de vestir, entre outras, para que a integração possa ser eficaz.

A adaptação a determinadas normas que integram a vivência das instituições de saúde é frequentemente uma fonte de stress, tendo em conta que as vivências do aluno em meio escolar são diferentes.

No Ensino Clínico, o aluno deve favorecer a dimensão relacional, uma vez que é necessário interagir com outros profissionais de saúde e ainda com os sujeitos alvo das suas intervenções, assim como com os seus familiares.

II. Fase Metodológica

Segundo Fortin (2003, p. 108):

“A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”.

Ainda segundo Fortin (2003, p. 40) no decorrer da fase metodológica o investigador estabelece os métodos que vão ser usados para obter respostas às questões de investigação.

A metodologia é “conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”, e o método é um:

“ (...) processo de aquisição de conhecimentos definido pela utilização de métodos reconhecidos de colheita de dados, de classificação, de análise e de interpretação de dados” Fortin (2003, p.372).

Aquando da escolha do método, o investigador terá sempre presente que os melhores métodos são aqueles que mais ajudam na compreensão dos fenómenos a ser estudados (Lakatos e Marconi, 1996).

Na fase metodológica é referido o tema e feita a justificação do mesmo, assim como são referidas as questões e objectivos de investigação, o tipo de estudo, as variáveis em estudo, a população, amostra e o processo de amostragem, instrumento de colheita de dados, pré-teste e questões éticas.

1. Tema e Justificação do tema

Para Fortin (2003, p.49), “Qualquer pessoa que quer empreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso”.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

Polit e Hungler (1995, p. 52) acrescentam que, o primeiro passo de uma investigação:

“ (...) é desenvolver um problema de pesquisa significativo, interessante. Ao desenvolver o problema de pesquisa, o pesquisador em enfermagem deve considerar a sua relevância (...)”.

Assim, o tema definido para esta investigação é: “A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face á morte de um doente.”

Este tema foi abordado por ser um tema actual, nos nossos dias ainda se considera um tema tabu, contudo, a realidade do contexto do enfermeiro, fazem com que este esteja diariamente em contacto com a morte.

Desta forma, torna-se fundamental que os enfermeiros possuam conhecimentos que lhes permitam adquirir capacidades e competências para lidar com esta situação e uma coisa que me marcou ao longo dos vários Ensinos Clínicos, foi a forma como diferentes pessoas lidam com a morte, daí a escolha deste tema, que enquanto aluna de enfermagem, terá certamente importância para o meu percurso formativo como futura profissional.

2. Questões de Investigação

Segundo Fortin (2003, p.39), as questões de investigação facilitam a passagem do quadro conceptual às considerações finais. Para a elaboração das questões de investigação é importante o investigador interrogar-se “ (...) sobre a sua pertinência, o seu valor teórico e prático, assim como as suas dimensões metodológicas e éticas”.

Para este trabalho de investigação foram estabelecidas as seguintes questões de investigação:

- Quais os sentimentos experienciados pelos alunos do 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente?

- Será que após a vivência da situação de morte em Ensino Clínico, a opinião dos alunos sobre a mesma muda?
- Será que a matéria leccionada na teoria é suficiente para apoiar/preparar os alunos para a morte em Ensino Clínico?

3. Objectivos da Investigação

De acordo com Fortin (2003, p.40) “O objectivo é um enunciado que indica claramente que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”. Este para além de estar directamente relacionado com o grau de conhecimentos estabelecidos na área em questão, permite determinar o tipo de investigação a desenvolver.

Assim, os objectivos deste estudo são:

- Conhecer os sentimentos dos alunos, quando se deparam com a morte de um doente em Ensino Clínico;
- Verificar se a opinião dos alunos, perante a morte, se altera após a vivência da mesma em Ensino Clínico;
- Conhecer a opinião dos alunos sobre a importância da formação teórica e teórico-prática, para os ajudar a lidar com a vivência da morte.

4. Tipo de Estudo

De acordo com Fortin (2003, p.133):

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de casualidade”.

Para este trabalho foi utilizado um estudo do tipo descritivo, baseado numa abordagem quantitativa e transversal.

Fortin (2003, p.22) refere que o método de investigação quantitativo: “ (...) é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”

O tipo de estudo descritivo: “ (...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população” (Fortin, 2003, p.164).

Segundo Polit e Hungler (1995, p. 180), quanto à dimensão temporal, trata-se de um estudo transversal porque “os fenómenos sobre o estudo são obtidos durante um período de colheita de dados”.

5. Variáveis em estudo

De acordo com Fortin (2003, p.36), variáveis são: “(...) características de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, à qual se pode atribuir valores”.

De acordo com Fortin (2003, p. 37), “ (...) as variáveis atributo são características dos sujeitos de um estudo.”

As variáveis atributo consideradas são: a idade, género, religião e a vivência ou não de situações de morte.

6. População, Amostra e Método de amostragem

Segundo Fortin (2000, p.41): “ uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”

A população deste estudo é constituída pelos alunos do 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto, a frequentar o ano lectivo 2009/2010.

Conhecidos os elementos da população alvo do estudo, impõe-se a determinação dos elementos que constituem o grupo ao qual será aplicado o questionário, a amostra.

Para Fortin (2003, p.202): “ A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.”

“ A amostra é uma parcela convenientemente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo...”(Lakatos e tal, 1990, p.28).

Segundo Polit e Hungler (1995, p.358) uma amostra “ (...) é um conjunto da população seleccionada para participar na sua pesquisa.”

A amostra deve ser representativa da população, isto é, a amostra seleccionada deve conter as características da população.

Para Polit e Hungler (1995, p. 144): “ a amostragem é o processo de selecção de uma parte da população para representar a sua totalidade.”

Por processo de amostragem compreende-se um procedimento através do qual é escolhido um grupo de pessoas representativas da população alvo, de modo a que toda a população esteja representada (Fortin, 2003).

Assim, o processo de amostragem utilizado neste estudo de investigação foi o método de amostragem não probabilístico. Segundo Fortin, 2003, p.208): “ é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.”

A amostragem accidental foi a utilizada para este estudo de investigação, ou seja, “ os sujeitos são incluídos no estudo há medida que estes se apresentam no local preciso” (Fortin, 2003, p.208).

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

A amostra seleccionada são 43 alunos do 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto. O estudo foi efectuado num determinado dia da semana, no decorrer do seminário de Urgência e Emergência II aos alunos que estavam a terminar essa unidade curricular.

7. Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin (2003, p. 37):

“ (...) antes de empreender a colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem para responder aos objectivos da sua investigação (...) quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno, como um estudo exploratório-descritivo (...). São utilizados a este nível as observações, as entrevistas não estruturadas ou recém-estruturadas, os questionários semi-estruturados, etc...”.

Tendo em atenção a natureza do estudo, os seus objectivos, as características da população em estudo, o tempo disponível para executar a colheita de dados e todo o trabalho desenvolvido, optei por utilizar o questionário como método de colheita de dados.

Segundo Fortin (2000, p.374) o questionário é: “ o conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos.”

O questionário foi elaborado pela investigadora e está dividido em 2 partes:

- A primeira parte é onde é feita a caracterização da amostra e é constituída por 3 questões.
- A segunda parte é onde é recolhida a informação relacionada com a vivência da morte e é constituída por 10 questões.

Com este questionário pretendo obter a opinião dos alunos sobre a morte, como lidam com esta última etapa da vida e ainda a sua satisfação em relação à informação recebida pelos professores sobre a mesma.

O questionário foi aplicado em meio natural, isto é, as pessoas inquiridas não estiveram sujeitas a qualquer tipo de controlo laboratorial.

Segundo Fortin (2003, p. 132) meio natural é: “ (...) em qualquer parte fora de lugares altamente controlados”; como é o caso da Universidade Fernando Pessoa.

8. Pré-teste

Segundo Fortin (2003), o pré-teste colocará em evidência os problemas na formulação das questões, na sua sequência e na maneira de registar as respostas.

Com a finalidade de validar a pertinência, a clareza e compreensão das questões e prever o tempo médio de preenchimento do questionário, foi aplicado um pré-teste a sete alunos do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto, que informaram não encontrar dificuldades no preenchimento do questionário. Para manter a viabilidade do estudo, os elementos que realizaram o pré-teste foram excluídos da amostra.

9. Princípios Éticos

Em toda a investigação que envolva directa ou indirectamente os seres humanos deve ter-se em conta direitos, que não podem ser de maneira alguma desrespeitados, pelo que a ética em investigação é fundamental.

Nesta investigação serão preservados os “cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos” que “foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.” (Fortin, 2003, p.369).

O direito à autodeterminação:

Este baseia-se no direito da pessoa decidir livremente sobre a sua participação no processo de investigação. Defende ainda que a pessoa deve ser capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.

O direito à autodeterminação implica que as pessoas devem ser informadas sobre o seu direito à participação ou o de se retirar a qualquer momento sem qualquer prejuízo para o próprio.

Tendo em conta este direito, os alunos foram convidados a participar no estudo, decidindo de uma forma livre, sobre a sua participação ou não no estudo.

O direito à intimidade:

O direito à intimidade implica haver a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados referentes às pessoas implicadas.

Fundamenta-se no direito das pessoas à sua intimidade (física, psicológica, social e cultural), é referente à liberdade das pessoas decidirem sobre a extensão da informação que é dada aquando da sua participação na investigação.

Este estudo foi realizado com o cuidado de que fosse o menos invasivo possível e que a intimidade dos alunos fosse protegida, respeitando assim este direito.

O direito ao anonimato e à confidencialidade:

Este refere-se ao respeito pela identidade das pessoas e à sua não associação às informações individuais da investigação, implica que todos os dados individuais sejam protegidos por, não podendo ser divulgados sem autorização expressa pelos participantes.

Os resultados devem ser tratados de tal modo, que não haja possibilidade de reconhecimento das informações nem pelo investigador nem pelo leitor.

Considerando este direito, os alunos responderam ao questionário de forma anónima e confidencial, de modo a que a sua identidade não fosse associada a qualquer resposta.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo:

Este baseia-se nas regras de protecção das pessoas contra inconvenientes susceptíveis de lhes fazerem mal ou de as prejudicarem.

Este estudo foi realizado tendo sempre em atenção que, o desconforto e o prejuízo de ordem fisiológica, psicológica, legal e económica devem ser eliminados.

O direito a um tratamento justo e leal:

O direito a um tratamento justo e leal baseia-se no direito que as pessoas têm em receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a participação no processo de investigação.

Implica que a escolha dos participantes seja ligada directamente ao problema em estudo e não por conveniência ou disponibilidade.

Aquando da solicitação da participação dos estudantes em estudo, estes foram informados sobre a natureza, o fim e a duração da investigação. Estas informações foram fornecidas para que os alunos consentissem ou não a sua participação.

Ao longo do trabalho foram respeitados de forma incondicional, os cinco direitos acima apresentados.

10. Método de tratamento e análise de dados

Após realizada a recolha de dados é feita a sua codificação para análise estatística. Segundo Fortin (2000), a análise de dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos.

O tratamento estatístico utilizado, neste trabalho, foi efectuado utilizando o programa informático Microsoft Office Excel 2007.

III. Fase Empírica

A presente fase do trabalho de investigação, fase empírica, “(...) inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento de dados” (Fortin, 2003, p. 41).

Na análise dos resultados devem ser tidos em conta os objectivos e as questões previamente estabelecidas, sendo que posteriormente, deve ser elaborada uma explicação coerente dos dados comparativamente com a bibliografia existente.

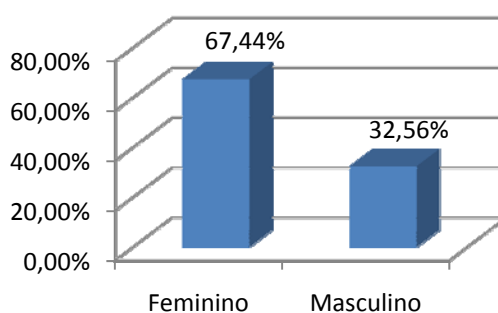
Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos através de um questionário aplicado a 43 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto.

1. Apresentação e análise dos dados

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo o género

	N	%
Feminino	29	67,44%
Masculino	14	32,56%
Total	43	100,00%

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o género

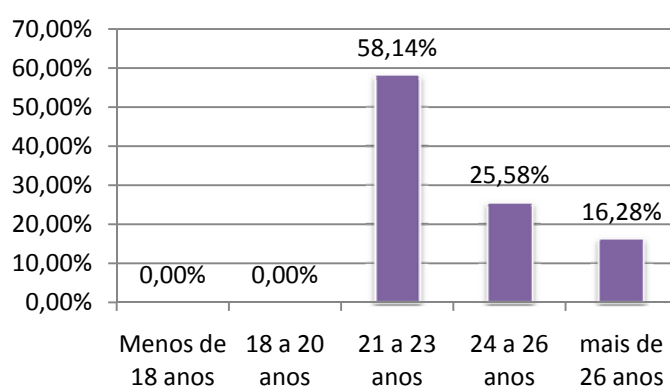


Segundo a análise do quadro 1 e do gráfico 1, verifica-se que a amostra é maioritariamente do sexo feminino (67,44%), ou seja, 29 alunas e 14 indivíduos são do sexo masculino (32,56%).

Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a idade

	N	%
Menos de 18 anos	0	0,00%
18 a 20 anos	0	0,00%
21 a 23 anos	25	58,14%
24 a 26 anos	11	25,58%
Mais de 26 anos	7	16,28%
Total	43	100,00%

Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo a idade

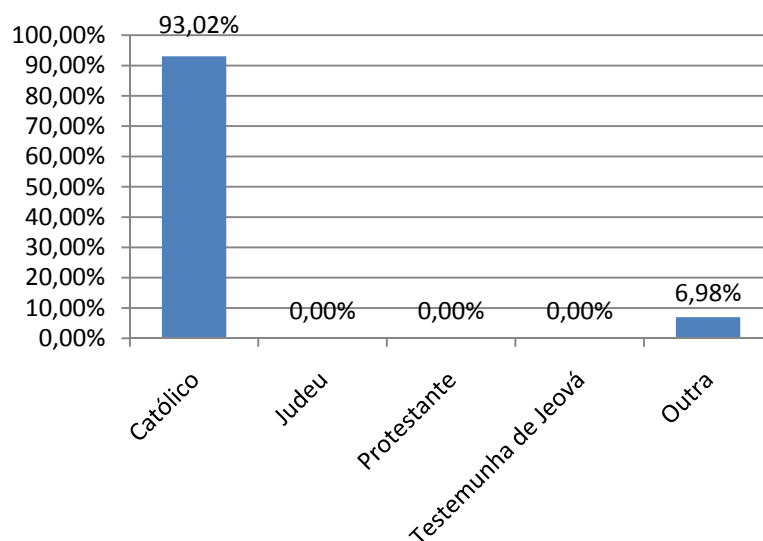


Segundo a análise do quadro 2 e do gráfico 2, verifica-se que a amostra estudada tem idades compreendidas entre os 21 e os 26 ou mais anos, distribuídos do seguinte modo: 58,14% dos inquiridos (25 alunos) têm idades compreendidas entre os 21 e os 23 anos de idade; 25,58% dos inquiridos (11 alunos) têm idades compreendidas entre os 24 e os 26 anos de idade e 16,28% dos inquiridos (7 alunos) têm idade superior a 26 anos.

Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo a religião

	N	%
Católico	40	93,02%
Judeu	0	0,00%
Protestante	0	0,00%
Testemunha de Jeová	0	0,00%
Outra	3	6,98%
Total	43	100,00%

Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a religião

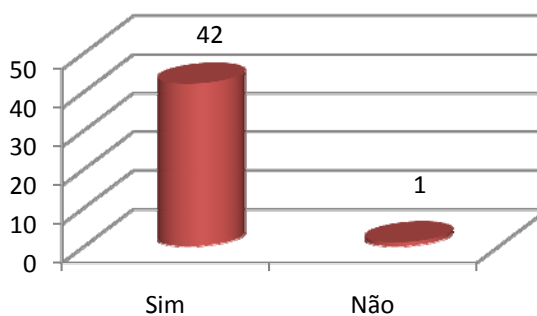


De acordo com o quadro e gráfico 3, é possível verificar que 93,02% dos inquiridos (40 alunos) pertencem à religião católica, sendo que 6,98% dos inquiridos (3 alunos) referem pertencer a outra religião.

Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo a vivência ou não com situações de morte em Ensino Clínico

	N	%
Sim	42	97,67%
Não	1	2,33%
Total	43	100,00%

Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo a vivência ou não com situações de morte em Ensino Clínico

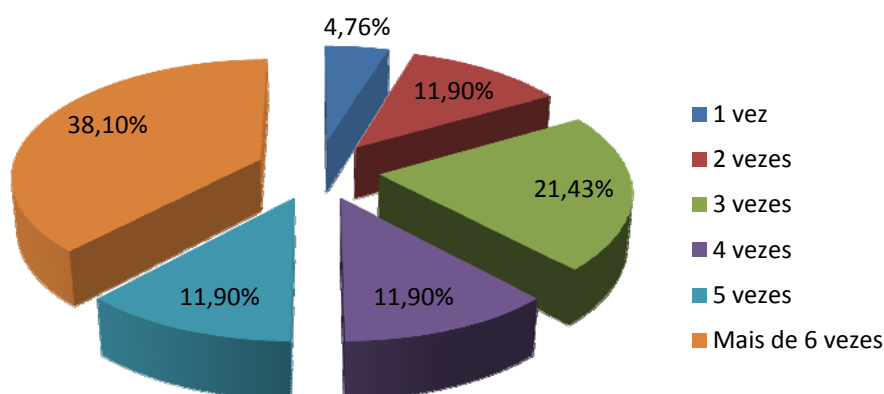


Da análise do quadro e gráfico 4, conclui-se que 42 dos inquiridos (97,67%) referem ter vivenciado situações de morte em Ensinos Clínicos, sendo que 1 dos inquiridos (2,33%) refere não ter vivenciado situações de morte durante os Ensinos Clínicos.

Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo quantas vezes vivenciou a morte em Ensino Clínico

	N	%
1 vez	2	4,76%
2 vezes	5	11,90%
3 vezes	9	21,43%
4 vezes	5	11,90%
5 vezes	5	11,90%
Mais de 6 vezes	16	38,10%
Total	42	100,00%

Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo quantas vezes vivenciou a morte em Ensino Clínico

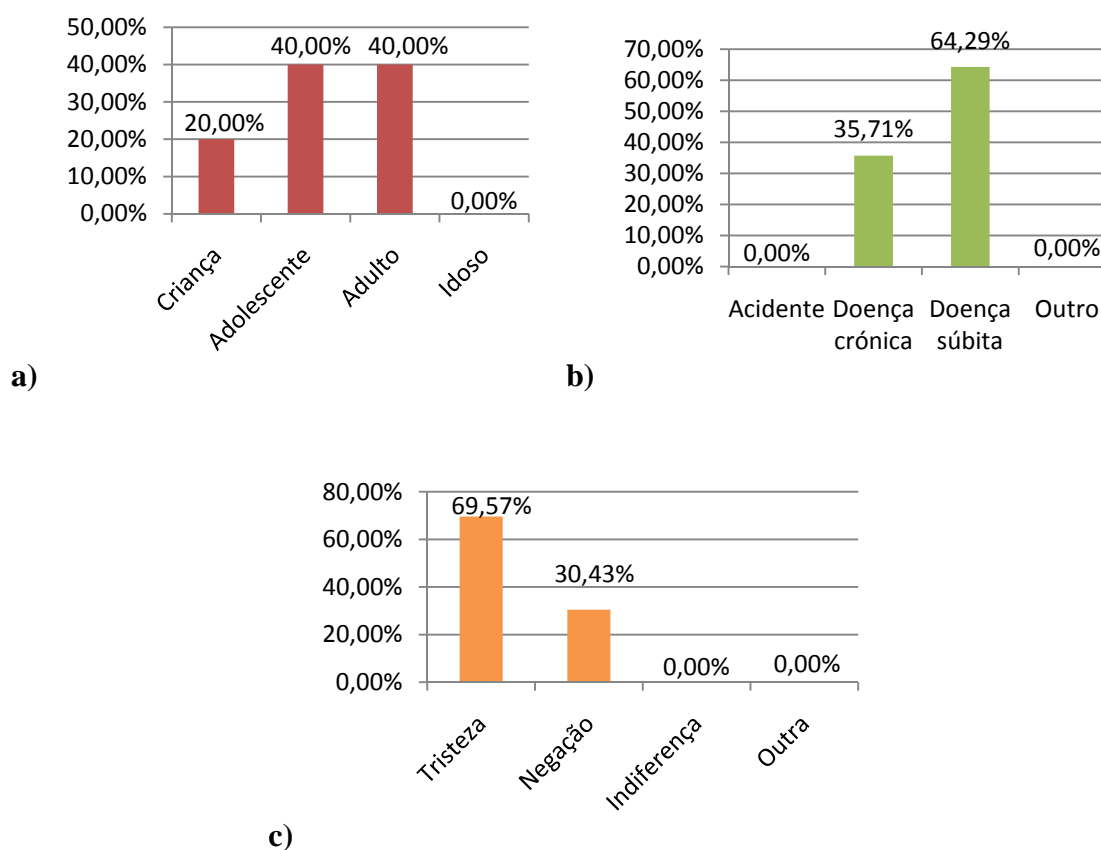


Segundo a leitura do quadro e gráfico 5, constata-se que dos 42 alunos que referiram ter vivenciado situações de morte: 38,10% dos inquiridos (16 alunos) referem ter vivenciado a morte mais de seis vezes; 11,90% (5 alunos) referem ter vivenciado a morte 5 vezes e a mesma percentagem dos inquiridos refere ter vivenciado a morte 4 vezes e ainda a mesma percentagem refere ter vivenciado a morte 2 vezes; 21,43% (9 alunos) referem ter vivenciado 3 situações de morte e 4,76% (2 alunos) referem ter vivenciado a morte apenas uma vez.

Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo o que mais o impressionou na situação da morte

		N	%
a) A idade do doente	Criança	1	20,00%
	Adolescente	2	40,00%
	Adulto	2	40,00%
	Idoso	0	0,00%
	Total	5	100,00%
b) O motivo da morte do doente	Acidente	0	0,00%
	Doença crónica	5	35,71%
	Doença súbita	9	64,29%
	Outro	0	0,00%
	Total	14	100,00%
c) A reacção da família face à morte do familiar	Tristeza	16	69,57%
	Negação	7	30,43%
	Indiferença	0	0,00%
	Outra	0	0,00%
	Total	23	100,00%
Total	42	100,00%	

Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o que mais o impressionou na situação da morte



Como se pode verificar pela leitura do quadro e do gráfico a), dos 5 alunos que responderam que o que mais os impressionou nas situações de morte foi a idade do doente: 20% (1 aluno) referiu o facto de ter sido a morte de uma criança; 40% (2 alunos) referiram o facto de ter sido um adolescente e a mesma percentagem 40% (2 alunos) referiram ter sido a morte de um adulto o que mais os impressionou.

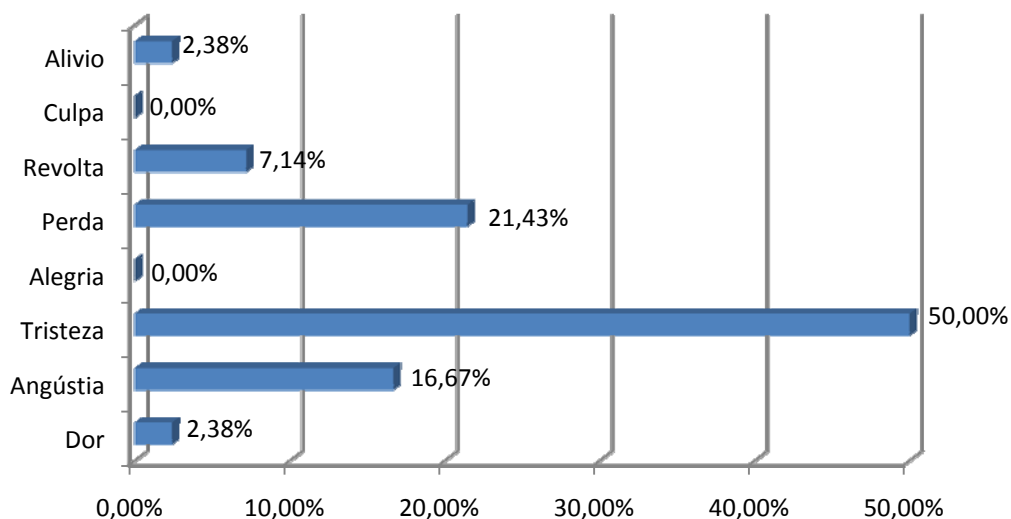
Considerando o quadro e o gráfico b), verificamos que dos 14 inquiridos que consideraram que o que mais os impressionou nas situações de morte foi o motivo da morte do doente: 64,29% (9 alunos) referiram ter sido a morte por doença súbita, sendo que 35,71% (5 alunos) referem ter sido a morte provocada por doença crónica.

Analisando ainda o quadro e o gráfico c), verifica-se que dos 23 inquiridos que referiram que o que mais os impressionou nas situações de morte foi a reacção da família face à morte do familiar: 69,57% (16 alunos) refere ter sido a tristeza dos familiares e 30,43% (7 alunos) referiu que foi a negação dos familiares face à morte do familiar o que mais os impressionou.

Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo os seus sentimentos perante uma situação de morte

	N	%
Dor	1	2,38%
Angústia	7	16,67%
Tristeza	21	50,00%
Alegria	0	0,00%
Perda	9	21,43%
Revolta	3	7,14%
Culpa	0	0,00%
Alívio	1	2,38%
Total	42	100,00%

Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo os seus sentimentos perante uma situação de morte

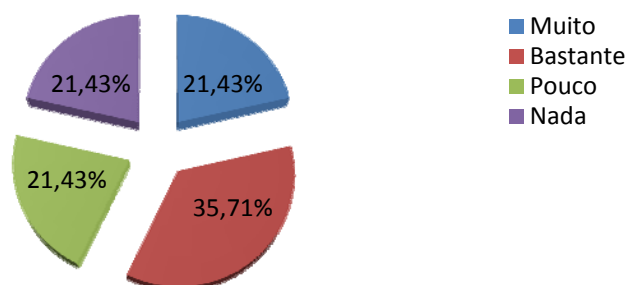


Pela análise do quadro e gráfico 7, dos 42 inquiridos que referiram ter experienciado situações de morte, é possível constatar-se que os sentimentos referidos pelos alunos foram: 50% (21 alunos) referiram a tristeza; 21,43% (9 alunos) mencionaram a perda; 16,67% (7 alunos) consideraram o sentimento de angústia; 7,14% (3 alunos) referiram a revolta e 2,38% (1 aluno) referiu o sentimento de alívio e a mesma percentagem 2,38% (1 aluno) referiu dor aquando as situações de morte.

Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo a vivência da morte, ter provocado ou não alterações nas atitudes face aos doentes

	N	%
Muito	9	21,43%
Bastante	15	35,71%
Pouco	9	21,43%
Nada	9	21,43%
Total	42	100,00%

Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo a vivência da morte, ter provocado ou não alterações nas atitudes face aos doentes

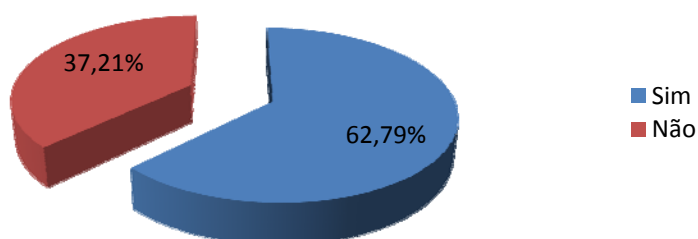


Segundo a leitura do quadro e do gráfico 8, constata-se que dos alunos que experienciaram situações de morte: 35,71% dos inquiridos (15 alunos) referem ter sofrido “Bastante” alteração na sua opinião face aos doentes; 21,43% (9 alunos) afirmaram ter alterado “Muito” a sua opinião; a mesma percentagem referiram ter alterado “Pouco” a sua opinião e ainda a mesma percentagem referiram não ter alterado “Nada” a sua opinião face aos doentes.

Quadro 9 - Distribuição da amostra segundo a sua opinião sobre a morte ter ou não sofrido alterações depois de ter iniciado o curso de Enfermagem

	N	%
Sim	27	62,79%
Não	16	37,21%
Total	43	100,00%

Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo a sua opinião sobre a morte ter ou não sofrido alterações depois de ter iniciado o curso de enfermagem

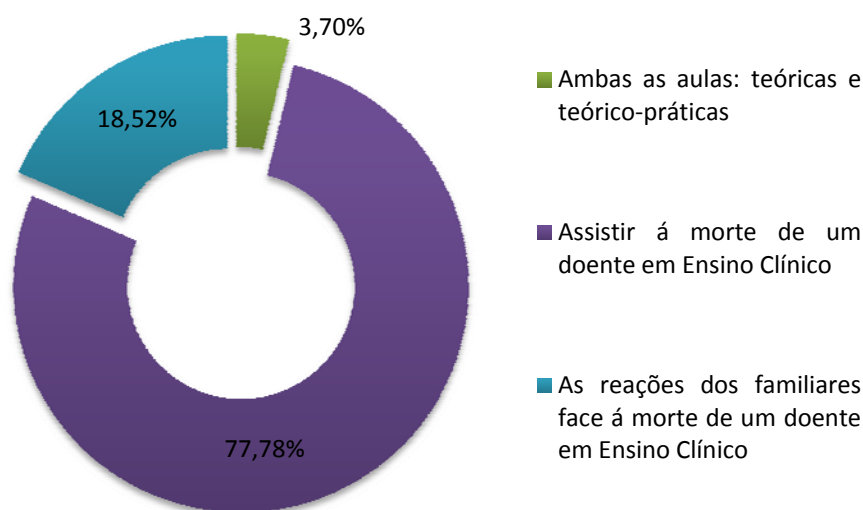


Como se pode verificar pela leitura do quadro e gráfico 9; 62,79% dos inquiridos (27 alunos) referiram ter sofrido alterações na sua opinião sobre a morte após terem iniciado o curso de Enfermagem, sendo que 37,21% (16 alunos) referiram não ter sofrido qualquer alteração na sua opinião face à morte depois de ter iniciado o curso.

Quadro 10 - Distribuição da amostra segundo a situação que mais significado teve para a alteração da opinião sobre a morte

	N	%
As aulas teóricas	0	0,00%
As aulas teórico - práticas	0	0,00%
Ambas as aulas: teóricas e teórico-práticas	1	3,70%
Assistir á morte de um doente em Ensino Clínico	21	77,78%
As reacções dos familiares face á morte de um doente em Ensino Clínico	5	18,52%
Outra	0	0,00%
Total	27	100,00%

Gráfico 10 - Distribuição da amostra segundo a situação que mais significado teve para a alteração da opinião sobre a morte



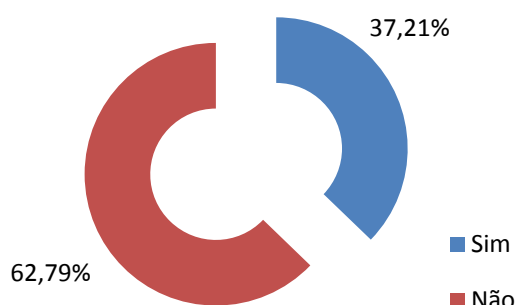
Analisando o quadro e o gráfico acima mencionados, verifica-se que dos 27 alunos que referiram ter sofrido alterações na sua opinião sobre a morte depois de terem iniciado o curso de Enfermagem: 77,78% dos inquiridos (21 alunos) referem que essa alteração deveu-se ao

facto de assistirem à morte de doentes em ensino Clínico; 18,52% (5 alunos) consideram que essa alteração deveu-se ao facto das reacções demonstradas pelos familiares face à morte do doente em Ensino Clínico e apenas 3,70% (1 aluno) refere que a mudança a sua opinião face à morte se deveu a ambas as aulas: teóricas e teórico-práticas

Quadro 11 - Distribuição da amostra segundo a informação fornecida pelos docentes durante as aulas (teóricas e teórico-práticas) ser ou não suficiente face às necessidades e perspectivas dos alunos em Ensino Clínico

	N	%
Sim	16	37,21%
Não	27	62,79%
Total	43	100,00%

Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo a informação fornecida pelos docentes durante as aulas (teóricas e teórico-práticas) ser ou não suficiente face às necessidades e perspectivas dos alunos em Ensino Clínico

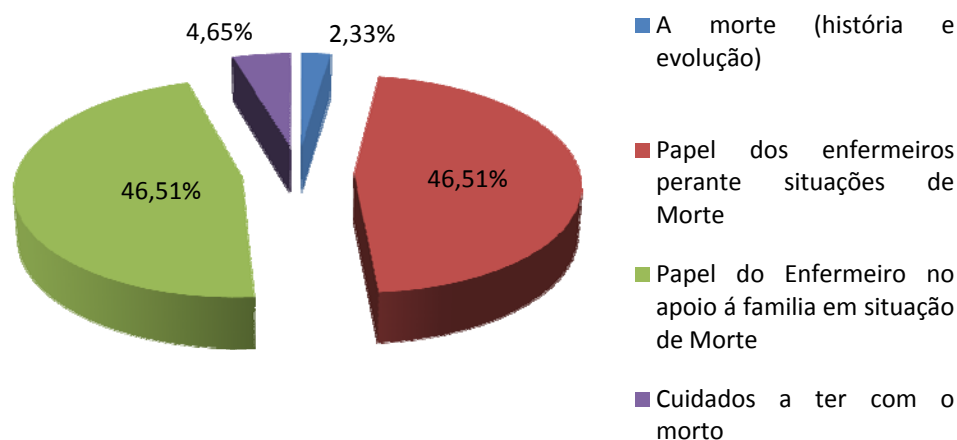


Como se pode observar pela análise do quadro e gráfico do 11, a maioria dos inquiridos, 62,79% (27 alunos) referiram que a informação fornecida pelos docentes durante as aulas não é suficiente, sendo que 37,21% referiram que a informação fornecida é suficiente.

Quadro 12 - Distribuição da amostra segundo os temas considerados mais interessantes para serem abordados nas aulas teóricas ou teórico-práticas

	N	%
A morte (história e evolução)	1	2,33%
Papel dos enfermeiros perante situações de Morte	20	46,51%
Papel do Enfermeiro no apoio á família em situação de Morte	20	46,51%
Cuidados a ter com o morto	2	4,65%
Outro	0	0,00%
Total	43	100,00%

Gráfico 12 - Distribuição da amostra segundo os temas considerados mais interessantes para serem abordados nas aulas teóricas ou teórico-práticas

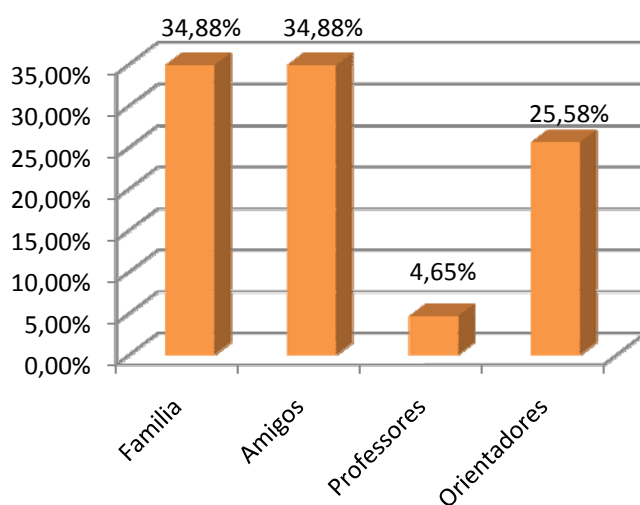


Analisando o quadro e o gráfico 12, verifica-se que: 46,51% dos inquiridos (20 alunos) consideram que o papel do Enfermeiro no apoio à família em situação de morte é um tema importante para ser abordados durante as aulas, assim como o papel dos enfermeiros perante situações de morte com igual percentagem (46,51%); com 4,65% (2 alunos) consideram que os cuidados a ter com o morto devem ser mais abordados nas aulas e com apenas 2,33% (1 aluno) considera que o tema, a morte (história e evolução) deve ser abordado nas aulas.

Quadro 13 - Distribuição da amostra segundo o apoio que gostariam de ter tido depois de vivenciar e experienciar a perda/ morte de alguém

	N	%
Família	15	34,88%
Amigos	15	34,88%
Professores	2	4,65%
Orientadores	11	25,58%
Total	43	100,00%

Gráfico 13 - Distribuição da amostra segundo o apoio que gostariam de ter tido depois de vivenciar e experienciar a perda/ morte de alguém



De acordo com o quadro e o gráfico acima mencionados, é possível observar-se que: 4,65% (2 alunos) referiram que gostariam de ter tido apoio por parte dos professores; 25,58% (11 alunos) consideraram que era dos orientadores que gostariam de ter recebido apoio e 34,88% (15 alunos) referiram que gostariam de ter tido apoio dos amigos e ainda a mesma percentagem referiram que era da família que gostariam de ter tido mais apoio.

2. Discussão de Resultados

Uma vez terminada a apresentação e análise dos dados, o presente ponto, consiste na interpretação/ discussão dos resultados.

A interpretação/ discussão dos resultados “(...) é a tentativa do investigador de explicar os resultados, à luz do que é conhecimento sobre a teoria, dos resultados anteriores na área (...)” (Polit e Hungler, 1995, p.55).

Assim, comparando os dados obtidos com a revisão bibliográfica vai ser elaborada a discussão de resultados, respondendo aos objectivos e questões delineadas para a investigação.

Relativamente à distribuição da amostra quanto ao género, sem dúvida que o género feminino é o mais predominante com 67,44% da amostra em contrapartida com 32,56% do género masculino. O que confirma que a Licenciatura em Enfermagem é um curso predominantemente frequentado por mulheres.

Segundo Collière (1989) há muitos anos que a prática de cuidados que sustentam a vida, ligam-se especialmente à mulher.

Quanto à idade dos inquiridos, conclui-se que a maioria se situa entre os 21 e os 23 anos de idade, com 58,14% da amostra. Este intervalo de idades é facilmente compreensível dado ao facto da amostra ser constituída por alunos do 4º ano do curso da licenciatura em enfermagem.

Relativamente à distribuição da amostra quanto à religião verifica-se que 40 alunos são da religião católica, ou seja, 93,02% e apenas 3 alunos (6,98%) referem pertencer a outra religião.

Para Reaney cit in Oliveira (1999, p.129): “Morrer tem que estar ligado a um sentido do sagrado, porque é aquilo que se expande para além da sua limitação humana”.

Em relação à distribuição da amostra quanto ao contacto com situações de morte, em Ensino Clínico, apenas um aluno referiu não ter experienciado tais situações, verificou-se portanto que 97,67% da amostra experienciou situações de morte em Ensino Clínico.

Dos alunos que referiram ter experienciado situações de morte a maioria referiu ter experienciado a morte “mais de 6 vezes”, com 38,10%, seguindo-se com 21,43% a resposta “3 vezes”, com a mesma percentagem (11,90%) apresentam-se as respostas: “2 vezes”, “4 vezes” e “5 vezes”, por fim com 4,76% aparece a resposta “1 vez”.

Para Kubler-Ross (1991), o Enfermeiro amadurece a nível pessoal e profissional com o passar do tempo, ou seja, com a experiência profissional. Quando 97,67% dos alunos já teve contacto com a morte, poderemos afirmar que na sua maioria, tiveram oportunidade de aplicar os conhecimentos que possuíam e de se enriquecerem a nível pessoal e profissional.

Dos 42 alunos da amostra que vivenciaram situações de morte o que mais os impressionou foi: a idade do doente (5 alunos); o motivo da morte do doente (14 alunos) e a reacção da família face à morte do familiar (23 alunos). Dos 5 alunos que responderam a idade do doente; 40% referiu o facto de ser adolescente, 40% referiu ter sido adulto e 20% por ter sido criança. Dos 14 alunos que referiram ter sido o motivo da morte; 64,29% respondeu o facto de ter sido devido a doença súbita e 35,71% ter sido devido doença crónica. Em relação aos 23 alunos que referiram ter sido a reacção da família face à morte do familiar; 69,57% referiu a tristeza demonstrada pela família e 30,43% referiu que o que mais o impressionou foi a negação da família face à morte do ente querido.

Segundo Hennezel (1998, p.101): “ O simples acto de velar o moribundo, na paz de um quarto desapareceu. Já não se ousa pronunciar a palavra morte, nem aceitar ver morrer os familiares”.

Para a equipa de enfermagem existem diferenças para cada tipo de morte, como por exemplo: se é a morte de uma criança ou de um adulto; se é uma morte súbita ou não; qual o tipo de sofrimento que antecede a morte (Simoni, 2003).

No que diz respeito aos sentimentos vivenciados pelos alunos perante situações de morte, concluiu-se que o sentimento mais frequente é o sentimento de tristeza, com 50% da amostra em estudo, seguindo-se em menor percentagem: o sentimento de perda (21,43%), o sentimento de angústia (16,67%), o sentimento de revolta (7,14%), por último os sentimentos de alívio e dor, ambos com 2,38% da amostra.

O sentimento de tristeza foi o mais mencionado pelos alunos. Segundo Wolpert (1999), a tristeza é geralmente considerada uma emoção negativa, o que não implica, no entanto que não exerça um papel essencial nas nossas vidas.

Segundo Silva (2004), o sentimento de revolta, é um sentimento que vai crescendo na vida dos enfermeiros à medida que aumenta a insatisfação profissional, é igualmente um sentimento que aumenta quando existe uma sensação de falha e de insucesso por não poder realizar algo, mesmo que esse algo a fazer seja impossível de executar, ou por não poder mudar algum factor importante nas suas vidas.

Já Henriques (1995), menciona que a morte em contexto hospitalar é encarada como um fracasso perante os meios técnicos e o saber científico.

Na questão referente às alterações de atitudes face aos doentes, após experienciarem e vivenciarem situações de morte; 35,71% dos alunos referiram que mudaram “Bastante” de opinião, ou seja 15 alunos; no entanto, com a mesma percentagem, de 21,43%, os alunos responderam que mudaram: “Muito”, “Pouco” e Nada”.

Serra (cit in Alba et al, 1993) considera que a forma como cada profissional encara e vive esta situação, depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face à morte e à doença e ainda das suas próprias experiências anteriores.

Relativamente à alteração de atitudes face ao doente, seis dos alunos justificaram que a alteração foi no sentido de “ dar mais importância ao cuidar e ao estar junto do doente”, enquanto 12 alunos demonstraram na sua justificação a necessidade da “ comunicação e do escutar mais o doente”.

Pacheco (2002, p.128) diz que: “ A atitude mais comum do enfermeiro é, então muitas vezes desligar-se do doente e da própria morte (...). Limitar-se, por exemplo, a prestar cuidados apressados (...) como resultado destes comportamentos surge a impossibilidade de comunicação e diálogo.

Segundo estes alunos, futuros enfermeiros, a opinião que tinham sobre a morte antes de iniciarem o curso de Enfermagem sofreu grandes alterações. Relativamente a esta questão 62,79% da amostra respondeu que a sua opinião sofreu alterações, enquanto 37,21% dos alunos referiu que a sua opinião não sofreu alterações.

Dos alunos que responderam que “Sim”, a maioria (77,78%) justificou que esta alteração se deveu ao facto de: “Assistir à morte de um doente em Ensino Clínico”; 18,52% dos alunos respondeu que essa alteração ocorreu devido: “As reacções dos familiares face à morte de um doente em Ensino Clínico”; por fim 3,70% dos alunos referiu que essas alterações se deveram: “ As aulas teóricas e teórico-práticas”.

No entanto a maior parte da amostra em estudo, 62,79% desta, refere que a informação fornecida pelos docentes nas aulas teóricas e teórico-práticas não é suficiente face às necessidades dos alunos. Para 46, 51% destes alunos, o tema que deveria ser abordado mais ao pormenor durante as aulas, seria o papel dos enfermeiros perante situações de morte; outros 46,51% da amostra referem que o papel do enfermeiro no apoio à família em situações de morte também seria um tema interessante para ser abordado nas aulas. Apenas 4,65% referem que o tema a abordar deveria ser os cuidados a ter com o morto e apenas 1 aluno (4,33%) refere que deveria ser abordada a história e evolução da morte.

Segundo Formosinho (1987) cit in Bento (1997), o modelo de formação íntegra a teoria e a prática, o formando tem como principais objectivos: oferecer a teoria para explicar a prática, proporcionar a prática necessária para o assimilar e inter-relacionar a teoria, para que o aluno alcance desenvolver o “saber-fazer” e o “saber-ser”.

Em resposta à última questão colocada aos alunos, que se referia à ajuda que estes gostariam de ter recebido após vivenciarem situações de morte; 34,88% dos alunos referiu que gostaria

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do
Porto face à morte de um doente.”

de ter tido mais apoio por parte da família, a mesma percentagem de alunos referiu que necessitava do apoio dos amigos; 25,58% referiu que faltou o apoio dos orientadores e 4,65% referiram que era apoio por parte dos professores que gostariam de ter tido.

Para finalizar esta discussão, termino tendo em consideração Barbosa (2003), que menciona que todo o assunto referente à morte é qualquer coisa que os vivos, no fundo, não entendem em absoluto.

IV. Conclusão

Com o término deste trabalho de investigação, seguem-se algumas considerações finais sobre o mesmo, no que se refere aos objectivos propostos, às questões de investigação propostas, aos resultados obtidos e ao que poderá representar para futuros estudos de investigação.

Segundo Catarino (2003, p.63):

“ Num Mundo em permanente evolução a investigação representa um papel fundamental na busca de novos conhecimentos. A enfermagem não foge à regra e a pesquisa surge não só em prol do desenvolvimento da população mas também dos que beneficiam dos cuidados de enfermagem prestados”.

Este trabalho permitiu reflectir sobre os sentimentos dos alunos do 4º ano do curso da Licenciatura em enfermagem face à morte de um doente, assim como sobre as suas mudanças de atitudes face aos doentes e à profissão de Enfermagem.

Em resposta às questões de investigação, verificou-se que os sentimentos mais referidos pelos alunos foram o sentimento de tristeza, de perda, de angústia e de revolta.

Os resultados obtidos demonstraram ainda que na opinião dos alunos a formação fornecida pelos professores durante as aulas teóricas e teórico-práticas é insuficiente face às necessidades dos alunos durante os Ensinos Clínicos.

Ponderar a discussão/ acompanhamento das vivências de morte por parte dos professores nos seminários decorrentes dos Ensinos Clínicos e por parte dos orientadores de estágio, seria uma forma de ajudar os alunos a viver estas situações da melhor forma possível, visto que segundo eles a situação que mais importância teve na alteração de opinião sobre a morte, foi o facto de assistir à morte de um doente em Ensino Clínico e ainda quando colocada a questão referente à ajuda que gostariam de ter tido após vivenciarem situações de morte alguns dos alunos referem os orientadores e os professores.

Neste sentido, sugere-se a implementação de uma formação precoce no curso de Enfermagem, onde se aborde de uma forma humanista a problemática da morte, de modo a que os alunos durante os Ensinos Clínicos e mais tarde enquanto enfermeiros, sejam capazes de adquirir conhecimentos e desenvolver capacidades e competências que permitam encarar e gerir a morte dos doentes de uma forma mais natural.

De facto, o tema escolhido para este projecto de investigação, permitiu reflectir sobre uma temática de considerável interesse científico na área da Enfermagem, uma vez que a morte é uma parte integrante do ciclo vital e faz parte diária da vida dos enfermeiros em meio hospitalar.

Por curiosidade da aluna e para enriquecimento do trabalho, como apenas um aluno respondeu que nunca vivenciou situações de morte em Ensinos Clínicos, a opinião que este aluno tem sobre a morte é a seguinte: “ a morte é uma passagem da vida que deve ser respeitada”.

Sendo este projecto o primeiro trabalho na área da investigação, tem-se plena consciência do esforço e dedicação necessários para a realização do mesmo, pois somente dessa forma, terá sido possível ultrapassar as dificuldades que foram surgindo, fruto talvez da inexperiência nesta área.

Este projecto foi terminado com a vontade de desenvolver outros trabalhos de investigação e com a esperança que este estudo possa dar origem a futuras investigações, como por exemplo, fazer o cruzamento de variáveis entre alunos que já tenham vivido situações passadas de morte de familiares, amigos ou próximos e aqueles que nunca passaram por tais situações.

Para finalizar pode dizer-se que este trabalho foi uma experiência muito enriquecedora, pois permitiu aprofundar conhecimentos e adquirir novos conhecimentos nesta área considerada tão importante para a enfermagem e para os profissionais de saúde. Revelou-se um trabalho bastante gratificante, na medida que contribuiu para o desenvolvimento da investigadora no campo da investigação.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

V. Bibliografia

Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana*. Loures, Lusociência.

Alba J. et al. (1993). A Morte no Hospital. *Revista Servir*, (volume 41, nº4), pp. 216-219.

Almeida, F. (1997). O morrer dos Homens: Reflexões de um Médico. *Acção Médica*, (nº2), p. 101.

Ariés, P. (1989). *Sobre a História da morte no Ocidente desde a Idade Média*. 2ª Edição. Lisboa, Teorema.

Ballone, G. J. (2003). Afectividade. [Em linha]. Disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/voce.htm>. [Consultado a 23/03/2010].

Bento, M. (1997). *Cuidados em Enfermagem – Que identidades?*. Lisboa. Fim de Século – Saúde Edições.

Caires, S. e Almeida, L. (1998). Estágios Curriculares: Avaliação das vivências e percepções na transição do meio académico para o mundo de trabalho. *Psicologia: Teorias, Investigação e Prática*, (volume 3, nº 1), pp. 83-97.

Campos, P. et al. (2003). Morte: o impacto na família e o papel do Enfermeiro. *Nursing*, (nº176), pp. 22-28.

Carreiras, E. (2002). O Enfermeiro perante o doente que morre. *Nursing*, (nº 168), pp. 15-20.

Carvalho, M. et al. (1996). *Vida e Morte: Laços da Existência*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996.

CIPE – *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*, Versão Beta, Março, 2000.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

Colliére, M.F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Conde, A. (2000). Os últimos dias do Outono. *Revista Informar*, (nº21), pp. 19-22.

Costa, M. (1998). *Enfermeiros – Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa. Fim de século – Saúde Edições LDA.

Elizari, F. (1996). *Questões da Bioética: Vivo em qualidade*. Porto, Editorial Perpétua.

Fernandes, H. (1999). Reflectindo sobre a morte do doente Oncológico. *Enfermagem Oncológica*, (nº9), pp. 38-40.

Ferreira, I.C. (2004). Atitude do Enfermeiro Perante a Morte. *Ciência e Técnica*, (nº52/ Janeiro), pp. 49-51.

Fontes, F. (1995). O enfermeiro perante a morte. *Revista Nursing*, (nº85), pp. 7-10.

Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lusociência.

Frias, Cidália (2003). *A Aprendizagem do cuidar e a Morte: Um Desígnio do Enfermeiro em formação*. Lusociência. Loures.

Garcia S. (2002). Comunicação Enfermeiro Doente Oncológico Terminal em contexto Hospitalar. *Nursing*, (nº 165), pp. 20-25.

Gomes, C. (1998). O doente terminal. *Sinais Vitais*. Coimbra, pp.55-65.

Hennezel, M. e Leloup, J. (1998). *A arte de morrer*. Notícias Editorial.

Júnior, T. et al. (2000). *Enciclopédia Luso Brasileira de Cultura*. Lisboa, Verbo.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

Kovács, Maria Júlia (1992). *Morte e desenvolvimento Humano*. 2ª Edição. São Paulo. Casa do Psicólogo.

Kubler-Ross, E. (2005). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo. Martins Fontes.

Lakatos, E. et al. (1990). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo, Atlas.

Macedo, J. (2002). Dignidade da pessoa no fim da vida. *Boletim do Hospital de S. Marcos*, (nº29), pp. 23-25.

Manuila, L. et al. (2004). *Dicionário Médico*. 3ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Marques, A. (1991). *Reacções emocionais à doença grave: como lidar*. Coimbra, Psiquiatria Clínica.

Miserely, M. (1990). *São Francisco de Assis: Mensagem à Juventude*. Braga, Franciscana.

Monteiro, M. e Santos, M. (1998). *Psicologia*. Porto, Porto Editora.

Morin, Edgar (1970). *O Homem e a Morte*. 2ª Edição. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Neto, I. et al. (2004). *A dignidade e o sentido da vida – Uma reflexão sobre a nossa existência*. 1ª Edição. Cascais. Pergaminho.

Nuland, S. (1993). *Como morremos*. Rio de Janeiro. Rocco.

Nunes, R. M. (1991). A doença e a morte. *Acção médica*, (nº15), pp. 13-19.

Oliveira, A. (1999). *O desafio da morte*. 1ª Edição. Lisboa, Notícias Editorial.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto face à morte de um doente.”

Oliveira, J. (1998). *Viver a Morte – Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra. Almedina.

Oliveira, P. e Simões, S. (2000). A morte no Hospital – Um desafio para a Enfermagem. *Enfermagem Oncológica*, (nº 14/ Abril), pp. 35-38.

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal – Perspectiva ética*. 1ª Edição. Loures. Lusociência.

Pimentel, J. (1992). *Atitudes de ontem e de hoje face à morte: Perspectivas históricas e religiosas*. *Divulgação*, (nº 22), pp. 14-21.

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.

Rinponche, S. (1998). *O Livro Tibetano da Vida e da Morte*. Lisboa, Circulo de Leitores.

Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa*. 7ª Edição. Lisboa, Morais Editores.

Roper, N. (1995). *Modelo de Enfermagem*. Alfragide, Mc Graw-Hill.

Serrão, D. e Nunes, R. (1998). *Ética em cuidados de Saúde*. Porto, Porto Editora.

Silva, A. (2004). *O papel do Enfermeiro*. Coimbra. Gráfica de Coimbra.

Simoni, M. et al (2003). Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: Uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de Enfermagem. *Psicologia USP*, (nº14), pp. 169-194.

Stanhofe, M. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de grupos, familiares e indivíduos*. 4ª Edição. Lisboa. Lusociência.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do
Porto face à morte de um doente.”

Subtil, C. L. (1995). Morte e Luto. *Revista Informar*, (nº2), pp. 27-29.

Subtil, C.L. e Gomes, C.A. (1997). Dos que morrem aos que ficam. *Revista Sinais Vitais*,
(nº14), pp. 17-21.

Tavares, J. e Alarcão, I. (1992). *Psicologia do Desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra,
almeida.

Xavier, S. (1999). Morte! Uma passagem de Vida. *Revista Servir*, (nº 47), pp. 68-78.

“A Morte: Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do
Porto face à morte de um doente.”

VI. Anexos