



Escola Superior de Saúde Atlântica

17º Curso de Licenciatura em Enfermagem – 4.º Ano – 2.º Semestre

Unidade Curricular – Ciclos Temáticos

**IMPACTO EMOCIONAL VIVENCIADO PELOS ENFERMEIROS
NO CUIDAR DO DOENTE EM PROCESSO DE MORTE**

Elaborado por:

Ana Mafalda Fonseca, nº 201993507

Ana Rita Silva, nº 201793111

Sob orientação de:

Professora Doutora Hortense Cotrim

Barcarena

Julho de 2021



Escola Superior de Saúde Atlântica

17º Curso de Licenciatura em Enfermagem – 4.º Ano – 2.º Semestre

Unidade Curricular – Ciclos Temáticos

**IMPACTO EMOCIONAL VIVENCIADO PELOS ENFERMEIROS
NO CUIDAR DO DOENTE EM PROCESSO DE MORTE**

Monografia Final de Licenciatura em Enfermagem

Elaborado por:

Ana Mafalda Fonseca, nº 201993507

Ana Rita Silva, nº 201793111

Sob orientação de:

Professora Doutora Hortense Cotrim

Barcarena

Julho de 2021

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.

“As enfermeiras adquirem com o contacto com os familiares e os doentes todo um leque de respostas, de significados e de comportamentos destinados a fazer frente às situações mais extremas.”

Benner (2001, p.35)

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas as pessoas que nos acompanharam e apoiaram durante este percurso de quatro anos de crescimento profissional e sobretudo pessoal.

Em especial, agradecemos à nossa orientadora, Professora Doutora Hortense Cotrim, que com toda a paciência, compreensão, preocupação e carinho, tornou este processo possível e menos doloroso. Sendo que a enfermagem é sinónimo de constante evolução e amor pelo próximo, fez com que amássemos e compreendéssemos ainda mais esta tão valiosa profissão. Um muito obrigado por toda a sua disponibilidade durante todo este percurso académico.

Queremos agradecer também à nossa família e namorados, pelo apoio constante, disponibilidade incrível e paciência incansável, e sobretudo, por acreditarem no nosso sonho e darem-nos força diária para nunca desistir.

O nosso sincero Muito Obrigado!

RESUMO

Impacto emocional vivenciado pelos enfermeiros no cuidar do doente em processo de morte,

O presente trabalho aborda qual é o impacto emocional do processo de morte e dos respetivos cuidados de enfermagem no quotidiano dos enfermeiros, tendo como objetivos, fazer um enquadramento do contexto histórico no cuidar em enfermagem, perceber o processo de morte e a morte em si, a ansiedade e medos experienciados pelos enfermeiros, o alívio da dor no doente, explicar o impacto da dor no enfermeiro, abordar o impacto e a definição na comunicação de más notícias, aplicando o protocolo de SPIKES e compreender o papel do enfermeiro numa equipa multidisciplinar.

Desta forma, pretendemos destacar as experiências dos enfermeiros em cuidados especializados no processo de morte, desenvolver a extrema importância deste tema de forma a garantir que há uma perceção cuidada do máximo de pessoas e a integração do conhecimento no quotidiano vivido pelos doentes no processo de morte, assim como na comunicação eficaz no que toca à transmissão adequada de más notícias, quando estas são inevitáveis.

Como tipo de estudo, desenvolvemos uma investigação descritiva/ qualitativa, uma vez que pretendemos explicar/ descrever o impacto emocional vivenciado pelos enfermeiros no cuidar do doente em processo de morte. Por sua vez, para a realização desta investigação, utilizámos uma amostra de 221 enfermeiros através de um questionário realizado no Google Forms pelo método de Bardin.

De acordo com os resultados obtidos, foram identificados que grande parte dos enfermeiros garantem dificuldades no lidar com o doente em processo de morte, que se traduz no desenvolvimento de sentimentos negativos e complicações em gerir as suas emoções como parte fundamental para distinguir a vida profissional da pessoal. Desta forma, o presente estudo vai ao encontro dos autores citados para a realização deste trabalho.

Em suma, concluímos através da temática abordada que, o processo de morte implica uma perceção diferenciada por parte do enfermeiro devido à complexidade existente neste tema que se traduz numa contínua exploração da formação académica. Para além deste fator, é necessário que os enfermeiros desenvolvam a sua capacidade emocional de forma

a conseguirem ultrapassar as dificuldades por eles sentidas e vivenciadas durante este processo, adotar estratégias de *coping*, desenvolver ferramentas para lidar com o doente e a respetiva família e investir no desenvolvimento da aceitação acerca da morte.

Palavras-chave: processo de morte, morte, enfermeiro, impacto emocional, comunicação de más notícias.

ABSTRACT

The emotional impact experienced by nurses who provide health care to terminal patients,

This paper discusses the emotional impact of the process of death and the respective nursing care in the daily lives of nurses, with the following objectives: to contextualize the historical context of nursing care, to understand the process of death and death itself, the anxiety and fears experienced by nurses, the relief of pain in the patient, to explain the impact of pain on nurses, to address the impact and definition in the communication of bad news by applying the SPIKES protocol, and to understand the role of nurses in a multidisciplinary team.

Our objective is to highlight the experiences of nurses that have specialized and become close to the terminal patient process. By developing this grave matter, we aim to achieve a wide perception and understanding of all that obliges and relates to the terminal patient process, including how to manage and properly communicate the inevitable outcome.

As a type of study, we developed a descriptive/ qualitative research, since we intended to explain/ describe the emotional impact experienced by nurses in caring for the dying patient. In turn, to conduct this research, we used a sample of 221 nurses through a questionnaire conducted in Google Forms using Bardin's method.

According to the results obtained, it was identified that a large part of the nurses guarantees difficulties in dealing with the patient in the process of death, which translates into the development of negative feelings and complications in managing their emotions as a fundamental part to distinguish between professional and personal life. Thus, this study is in line with the authors cited for this study.

In summary, we concluded that the process of death implies a differentiated perception by nurses due to the complexity of this issue, which translates into a continuous exploration of academic training. In addition to this factor, it is necessary for nurses to develop their emotional capacity to overcome the difficulties experienced during this process, adopt coping strategies, develop tools to deal with the patient and his/ her family, and invest in the development of acceptance of death.

Keywords: death process, death, terminal, nurse, emotional impact, bad news delivery.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	VII
RESUMO.....	IX
ABSTRACT	XI
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XVIII
INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. <i>Cuidar em enfermagem: contexto histórico.....</i>	21
1.2. <i>Processo de morte.....</i>	23
1.3. <i>Morte.....</i>	25
1.4. <i>Ansiedade e medos vivenciados pelos enfermeiros</i>	28
1.5. <i>Impacto da dor em doentes no processo de morte e no enfermeiro</i>	29
1.6. <i>Comunicação de más notícias</i>	31
1.6.1. <i>Protocolo de SPIKES.....</i>	34
1.7. <i>O papel do enfermeiro numa equipa multidisciplinar.....</i>	36
2. METODOLOGIA.....	39
2.1. <i>Tipo de estudo.....</i>	39
2.2. <i>População/Amostra.....</i>	40
2.3. <i>Variáveis</i>	40
2.4. <i>Planeamento da recolha de dados.....</i>	41
2.5. <i>Previsão do tratamento de dados</i>	42
2.6. <i>Considerações éticas</i>	42

3. ANÁLISE DE CONTEÚDO/ DADOS DO ESTUDO	44
3.1. <i>Caracterização sociodemográfica da amostra</i>	44
3.1.1. Idade	45
3.1.2. Género	45
3.1.3. Habilitações académicas.....	46
3.1.4. Áreas de Pós-Licenciatura/ Especialização e Mestrado	46
3.1.5. Recebeu formação em cuidados ao doente terminal ou cuidados ao doente no processo de morte durante a licenciatura de enfermagem.....	47
3.1.6. Anos de profissão	48
3.1.7. Em que distrito exerce	48
3.1.8. Tipo de morte com que mais se confrontou no último ano	49
3.2. <i>Apresentação e discussão dos resultados do estudo</i>	50
3.2.1. Acha que foi suficiente a formação? Porquê?	50
3.2.1.1 Discussão referente à formação.....	60
3.2.2. Sente-se adequadamente treinado e capaz de cuidar de um doente em processo de morte?	66
3.2.2.1 Discussão referente à capacidade de cuidar de um doente em processo de morte.....	71
3.2.3. Qual o impacto emocional que a morte de um doente tem para si?	74
3.2.3.1 Discussão referente ao impacto emocional no enfermeiro.....	88
3.2.4. Refira quais as dificuldades sentidas no cuidar da pessoa em processo de morte e no relacionamento com a família	92
3.2.4.1 Discussão referente às dificuldades sentidas no cuidar da pessoa em processo de morte e respetiva família	104

3.2.5. Em que medida considera que cuidar do doente em processo de morte afeta a sua vida pessoal?.....	113
3.2.5.1. Discussão referente às implicações do cuidar do doente em processo de morte.....	120
CONCLUSÃO.....	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
APÊNDICES	I
APÊNDICE I – CARTA DE COMISSÃO DE ÉTICA	II
APÊNDICE II – CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	IV
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO	V
ANEXOS.....	VIII
ANEXO I - CRONOGRAMA	IX

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade	45
Gráfico 2 – Género	45
Gráfico 3 – Habilitações académicas.....	46
Gráfico 4 – Formação em cuidados ao doente terminal ou no processo de morte	47
Gráfico 5 – Anos de profissão	48
gráfico 6 – Tipo de morte com que mais se confrontou no último ano.....	49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Áreas de Pós-Licenciatura/ Especialização e Mestrado	47
Tabela 2 – Em que instituição exerce	49
Tabela 3 – Acha que foi suficiente a formação? Porquê?	60
Tabela 4 – Sente-se adequadamente treinado e capaz de cuidar de um doente em processo de morte	70
Tabela 5 – Qual o impacto emocional que a morte de um doente tem para si.....	87
Tabela 6 – Refira quais as dificuldades sentidas no cuidar da pessoa em processo de morte e no relacionamento com a família.....	104
Tabela 7 – Em que medida considera que cuidar do doente em processo de morte afeta a sua vida pessoal	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IASP – International Association for the Study of Pain

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPIKES – Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and summary

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Ciclos Temáticos, lecionada no 2.º Semestre do 4.º Ano do 17.º Curso de Licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, foi-nos proposto iniciar uma monografia final de licenciatura em enfermagem tendo em conta o projeto desenvolvido na unidade curricular de Investigação em Enfermagem, de modo a salvaguardar os interesses dos autores do trabalho, assim como, abordar os acontecimentos experienciados em enfermagem relacionados com a vivência dos enfermeiros no processo de morte.

Deste modo, o tema da monografia final de licenciatura retrata o impacto emocional vivenciado pelos enfermeiros no cuidar do doente em processo de morte. Assim sendo, os respetivos objetivos integrados no enquadramento são:

- Analisar o impacto emocional no enfermeiro como resultado do processo de morte e morte;
- Desenvolver:
 - ✓ O contexto histórico acerca do cuidar em enfermagem;
 - ✓ O impacto do processo de morte do doente no enfermeiro e na prestação de cuidados realizados ao mesmo;
 - ✓ Ansiedade e medos vivenciados pelos enfermeiros;
 - ✓ O impacto da dor em doentes no processo de morte e no enfermeiro;
 - ✓ O impacto na transmissão de más notícias/ protocolo de SPIKES;
 - ✓ O papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar.

De forma a contextualizar o tipo de estudo realizado, o método utilizado remete para um estudo descritivo/ qualitativo. Neste sentido, a estrutura do presente trabalho contempla o resumo, a revisão preliminar de literatura, o material e métodos utilizados, a análise de dados/ conteúdo, a discussão, e por fim, a conclusão.

Após os conteúdos lecionados ao longo do curso de enfermagem e da diversa experiência adquirida nos respetivos estágios, deparamo-nos com situações que põem em causa a ética e a deontologia, assim como a maneira como lidamos ou reagimos a determinadas circunstâncias vivenciadas no quotidiano de um enfermeiro e enquanto futuras

profissionais de saúde. Desta forma, este tema foi anteposto de modo a compreender o impacto emocional e psicológico que o processo de morte e morte do doente traduzem no processo de cuidar em enfermagem, tendo em conta algumas situações experienciadas por ambas no decorrer da licenciatura.

Sendo a enfermagem um ambiente propício para o aparecimento de conflitos relacionados com o profissional de saúde assim como com o doente, é necessário salvaguardar que ocorre uma comunicação eficaz, mas também o alcance de pensamentos e condutas corretas para resolver e gerir uma determinada situação.

Através da perceção e autoconhecimento de uma causalidade ocorre o ganho de aptidões e capacidades eficazes para construir um novo pensamento de modo a gerir situações difíceis, como a morte ou o processo de morte, que acabam por acompanhar a vida profissional e pessoal do enfermeiro, de forma direta ou indireta.

Em suma, queremos garantir que o tema desta monografia final de licenciatura vai ao encontro de uma abordagem correta e delineada, de modo a entender os possíveis problemas e objetivos incluídos no tema. Sendo que a pergunta de partida desta monografia é: “Qual é o impacto emocional vivenciado pelos enfermeiros no que toca ao cuidar do doente no processo de morte?”.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. CUIDAR EM ENFERMAGEM: CONTEXTO HISTÓRICO

Conforme Horta (1968, p.2), citando a Irmã Maria Olívia (1947) “A enfermagem, no seu sentido lato, pode ser definida como uma arte e uma ciência, que visa o doente como um todo - corpo, mente e espírito; promove a sua saúde espiritual, mental e física, pelo ensino e pelo exemplo; acentua a educação sanitária e a preservação da saúde, bem como o cuidado do doente; envolve o cuidado com o ambiente do doente, social e espiritual, tanto quanto físico; e dá assistência sanitária à família e à comunidade, bem como ao indivíduo”.

Desta forma, tendo em conta todo o aprofundamento existente nesta área, a enfermagem é uma ciência humana, de pessoas e de experiências com campo de conhecimento, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que abrangem desde o estado de saúde aos estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas (Lima, 2005). Assim sendo, o autor anteriormente citado salienta ainda que, tem como foco os seres humanos e as suas múltiplas relações quotidianas, remetendo também para a arte de cuidar e para uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, considerando-o como um todo individual.

A intervenção dos enfermeiros foca-se na pessoa procurando garantir a sua autonomia e independência nos processos de saúde/ doença especificando o seu conhecimento para o autocuidado e desenvolvimento de promoção, prevenção e recuperação da saúde, pelo que o faz de forma autónoma ou em equipa multidisciplinar. Mas, contudo, hoje o olhar dos enfermeiros alarga-se à família e à comunidade, não deixando de visualizar a pessoa numa forma holística (Cabral, 2015).

Desta forma, os enfermeiros lidam com os aspetos incomuns do ser humano, justamente aqueles que não abrangem uma visão sublime da vida, deparando-se constantemente com a solidão, com a incomunicabilidade, com os desencontros e frustrações, a quebra de ligações interpessoais, as vidas precárias ou interrompidas, sendo estes fatores adversos ao quotidiano (Lima, 2005).

Com esta correlação podemos afirmar que a vida de cada ser humano compreende uma rede de relações e sentimentos complexos que se traduzem por uma designação de que a vida é uma operação unitária, pessoal e pluridimensional em relação a tudo o que nela intervêm, terminando com a morte. Diante desta, os profissionais de enfermagem devem considerar tanto os aspetos da morte biológica, como a suspensão das funções vitais e a destruição de um organismo, tanto quanto os aspetos da morte pessoal a partir da perda de uma vida e da sua imortalidade, caracterizada pelos vínculos e projetos que a pessoa deixou. Portanto, cada ação de enfermagem tem um valor inestimável tanto para quem executa como para quem recebe a mesma (Lima, 2005).

Numa perspetiva à origem histórica, a Enfermagem remonta a práticas religiosas cujo propósito era promover o alívio e bem-estar físico aos doentes, além de conforto espiritual, mesmo quando não havia possibilidade de cura (Dornfeld & Gonçalves, 2021). Como a enfermagem é uma atividade que lida constantemente com a vida e a morte associada a acontecimentos graves, sejam estas doenças, comorbilidades ou outras advertências, cada cuidado que prestamos tem uma importância vital, envolvendo um alto grau de complexidade (Lima, 2005). Assim, o cuidar em enfermagem, em termos genéricos, tem o sentido de promover a vida, o potencial vital, o bem-estar dos seres humanos na sua individualidade, complexidade e integralidade. Envolve um encontro interpessoal com objetivo terapêutico de conforto, de cura quando possível e, também, de preparo para a morte quando inevitável (Pires, 2009).

Desta forma, é permitido um desenvolvimento da relação entre o doente e o profissional de saúde, onde existe a possibilidade de potencializar as características de cada um. Neste sentido, de acordo com Pires (2009), o enfermeiro revê a sua subjetividade, história, direitos, necessidades, relações com os colegas de trabalho e conceção cultural-profissional de saúde, e o doente verifica as suas necessidades e conceções culturais de saúde, o que poderá permitir a aproximação de expectativas e interesses, potencializando o cuidado revisto como “o seu e o do outro” ou provocar um distanciamento com a geração de conflitos.

1.2. PROCESSO DE MORTE

Lidar com o processo de morte e morte constitui uma necessidade natural e básica da vida. Posto isto, trata-se de um fenómeno complexo que impacta, especialmente, o quotidiano laboral dos profissionais de saúde, mais precisamente, os da equipa de enfermagem, tendo em conta o tempo e a aproximação que estes demandam diante da pessoa com necessidade de cuidados de saúde (Prado et al., 2019).

Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) e de acordo com o código deontológico do enfermeiro (2008), no artigo 87º são descritos os deveres de respeito pelo doente em fim de vida. É dever do enfermeiro:

- Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;
- Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Neste sentido, a presença de quem cuida não é apenas física e meramente profissional, mas sim a presença de uma pessoa humana, capaz de ouvir, compreender e ajudar. Cuidar é um verdadeiro encontro com o outro, é estar inteiramente para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, caracterizada pela abertura, compreensão e confiança (Pacheco, 2004).

Desta forma, torna-se necessário que ocorra uma aprendizagem detalhada acerca de como devemos gerir ou lidar com a morte do outro, nunca esquecendo a parte biológica e psíquica de cada um. É fundamental que o enfermeiro tenha em conta o indivíduo presente à sua frente como um só, mas também que tenha em conta a sua própria individualidade uma vez que é comum ultrapassar-se a si mesmo somente para se colocar no lugar do outro. Assim, tendo o enfermeiro conhecimentos base relativamente à sua forma de lidar com as situações, como o ser humano que é, torna-se extremamente fundamental desenvolver o seu autoconhecimento e possíveis reações a situações extremas. Este desenvolvimento é um processo complexo tendo em conta a multidimensionalidade

instituída no processo de morte e morte, uma vez que, o enfermeiro constrói o seu “conceito de morte” consoante a sua própria cultura, hábitos, crenças e valores, o que lhe oferece um significado distinto para este tema bem como para os recursos que este utiliza para lidar e enfrentar este processo (Prado et al., 2019), ou seja, segundo Sant’Ana et al. (2013, p.920) “O processo de morte e morte são percebidos de formas diferentes pelos profissionais de saúde, por influência das crenças da cultura na qual o indivíduo está inserido, as quais se incorporam às características pessoais, transformando cada indivíduo num ser único, que enfrenta os momentos de maneiras ímpares, pois a morte apresenta diferentes significados”.

Neste sentido, é importante lembrar que, entre todas as pessoas que precisam conviver com os sentimentos provocados pela morte, são os profissionais de saúde, idealmente os enfermeiros, que se encontram mais intimamente ligados a este contexto, pois, no cenário das instituições de saúde, a morte está constantemente presente, motivo pelo qual é tema relevante, porém, de difícil abordagem reflexiva, principalmente na prática do cuidado de enfermagem (Oliveira et al., 2016). Com base neste ponto de vista, segundo Lima et al. (2017), é preciso considerar que os profissionais também sofrem neste processo, pois falar de morte e do processo de morte exige-lhes grande esforço cognitivo e emocional, uma vez que essa linguagem não lhes foi ensinada ou o foi de forma incipiente, no processo pedagógico de formação. Não há investimento adequado e suficiente nas formações, tanto a nível técnico com a nível superior, que lhes permita interpretar os sentimentos que emergem nesse momento, que é único na vida de alguém. No entanto, o enfermeiro recebe conhecimentos teórico-práticos sobre a prevenção de doenças e promoção de saúde sentindo-se mais capacitado para a perseveração da vida, ou seja, numa procura incansável para obter a gratificação através da cura (Oliveira et al., 2016).

Os profissionais de saúde cuidam da dor do outro, mas não encontram o acolhimento adequado para os seus próprios sofrimentos e muitos adoecem (Lima et al., 2017).

Desta forma, lidar com o doente e a respetiva família em processo de morte constitui-se numa tarefa árdua e dolorosa, exigindo assim, a necessidade de acompanhamento da equipa multidisciplinar, paralelamente ao trabalho do enfermeiro (Gutierrez & Ciampone, 2006). Pode-se partir do pressuposto de que há diferentes maneiras de lidar com o processo de morte e com a morte no quotidiano dos hospitais, particularmente, pelas equipas que trabalhem com estes cenários diariamente. Portanto, a identificação e a

compreensão de como decorre este processo, pode favorecer intervenções capazes de reduzir as cargas inerentes a este trabalho, bem como favorecer a assistência humanizada que o doente necessita (Gutierrez & Ciampone, 2006).

Como o enfermeiro é o principal cuidador do doente e está presente no quotidiano do mesmo, é compreensível o transtorno emocional que carrega quando há perceção que o indivíduo que cuida se encontra num estado em que a prática de enfermagem já não consegue, de algum modo, garantir a sobrevivência ou um bom estado físico e psicológico. Deste modo, o enfermeiro pode experienciar um sentimento de impotência pelo elo de ligação que desenvolve com a pessoa, mas também por verificar o sofrimento que se constrói à volta do mesmo (Frade, 2018). Sendo a enfermagem uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade, que atua na promoção, proteção, recuperação da saúde, reabilitação das pessoas doentes e respeita os princípios éticos e legais (Conselho Federal de Enfermagem, art.1º, 2004), é verificado a existência de um sentimento de impotência que é criado ou vivido pelo enfermeiro quanto à dor e ao sofrimento do doente. O enfermeiro, de forma indireta, pode criar um afastamento nos cuidados personalizados direcionados ao doente por falta de incapacidade de gerir e resolver os seus próprios sentimentos quanto à morte. Por sua vez, há consciencialização de que a enfermagem é a profissão que mais se encontra na primeira linha de defesa e compreensão de todos os componentes do doente (Frade, 2018), tendo em conta que, de acordo com o artigo 3º “O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza” (Conselho Federal de Enfermagem, 2004).

Em suma, os profissionais de saúde valorizam a necessidade de demonstrar afeto e extrema dedicação ao lidar com a dor e o sofrimento do doente e dos seus familiares, como algo que confere significado ao trabalho de enfermagem, motivando o prazer na realização das atividades inerentes ao cuidar (Gutierrez & Ciampone, 2006).

1.3. MORTE

A morte é uma construção social formada de experiências pessoais que tem relação direta com os aspetos culturais no qual o indivíduo está inserido (Salum et al., 2017).

O significado da morte tem se modificado ao longo dos tempos de acordo com a época, contextos sociais, históricos e culturais. Além disso, os modos de vida de uma sociedade refletem a forma como esta desenvolve significado para cada indivíduo (Ariès, 2003). Tendo sido a morte definida como: a perda de fluidos vitais; a separação da alma; a perda irreversível da capacidade de integração do corpo, da consciência e integração social (Lima, 2004).

A morte trata-se de um processo, hoje em dia, complicado e complexo de entender para diversas pessoas devido à respetiva formação individualizada de cada um. Como este processo é baseado em diferentes dimensões, não existe permissão para se verificar verdades absolutas, uma vez que cada indivíduo apresenta uma visão diferente acerca do mesmo. Quando abordado este tema, há um despertar de curiosidade, provocando desconforto frequentemente associado a diversas perguntas para as quais se encontra a incontestável resposta de que o morrer é inevitável, intrínseco à vida e que representa a certeza de que todo o nascimento é associado a um momento de fim (Oliveira et al., 2016). No entanto, os conflitos conduzidos pela morte nos seres humanos, seja em relação à sua própria morte, à dos seus familiares ou à morte de um doente, revelam sentimentos diferentes ilustrados pela raiva, tristeza, mudança e negação, os quais necessitam de discussão e de análise específica, de modo a proporcionar um confronto mais apropriado acerca do processo de morte e morte (Júnior et al., 2011).

O processo de compreensão, resolução e superação garante barreiras emocionais, psicológicas, económicas, culturais, sociais e ritualistas, onde, cada indivíduo encara a morte de acordo com os seus ideais ou experiências de modo distinto, uma vez que nem todos os acontecimentos são similares. Quando se realiza uma reflexão cuidada acerca do processo de morte ou até mesmo da morte de um doente, deparamo-nos com aspetos interligados ao próprio, aos profissionais de saúde, familiares ou pessoas chegadas ao mesmo (Frade, 2018). Neste sentido, a morte e o processo de morte são inerentes à existência humana. As incertezas e a imprevisibilidade que se dispõem em volta do binómio morte-morrer forçam o ser humano a conviver com a sua presença desde o início ao estágio final do seu desenvolvimento (Júnior et al., 2011).

Desta forma, enfrentamos diversas emoções ou sentimentos relacionados com as diferentes maneiras de vivenciar ou ultrapassar a morte de um ente querido/ doente, tal como a forma de lidar/ gerir a perda que ocorreu nas nossas vidas e superá-la. De um

modo geral, deve-se ter em conta o fator de experiência de cada um no que toca à perda humana, assim como o vivenciamento que cada um tem visto que nem toda a gente age ou lida de forma equiparada. Neste sentido, Júnior et al. (2011, p.1123) refere que “(...) a insistência da implementação de ações direcionadas à preparação dos profissionais de saúde, especialmente, de enfermagem uma vez que se fecham a todo o instante e de modo íntimo dos sentimentos, das frustrações e dos medos que são próprios da cultura e das vivências que cada indivíduo tolera. Desta forma, é relevante valorizar a dimensão emocional da equipa de enfermagem, destacando que antes de cuidar do outro que está a morrer, é preciso cuidar da emoção dos que cuidam”.

A enfermagem, enquanto profissão multidisciplinar no que toca ao cuidar da pessoa e que garante competências na realização de cuidados de forma psíquica, social, física e espiritual do doente, engloba uma enorme parcela relacional, onde o relacionar-se com os outros está presente no quotidiano de cada enfermeiro. O enfermeiro ouve o doente de forma ativa ou passiva, promove o conforto do mesmo aquando, por exemplo, este sentador (Frade, 2018).

Em suma, o enfermeiro estabelece laços de ligação com o doente e respetiva família e, vive diariamente as emoções, sentimentos, barreiras presentes em si mesmo, assim como a experiência e a forma de pensar de cada indivíduo. Neste contexto, sendo o enfermeiro o profissional de saúde que mais se encontra em contacto com o doente, é expectado que este adquira mais informações, confiança e conhecimento através da personalidade do doente, pois existe uma maior apetência para compreender o estado emocional que este pode ou não demonstrar. Através do estabelecimento de ligação com o doente e a respetiva família, temos maior probabilidade de obter dados cruciais de forma a melhorar a prestação de cuidados especializados ao doente.

Os cuidados de enfermagem não são delimitados apenas em vida, mas também após a morte. Desta forma, em contexto hospitalar, a enfermagem faz-se presente em cada etapa do ciclo vital, ou seja, do nascimento até à morte. Os profissionais de enfermagem estão envolvidos de forma direta e constante nos cuidados aos doentes em processo de morte e após a constatação médica de óbito e, desta forma, são ainda responsáveis pelo preparo, identificação e encaminhamento do corpo. Tais cuidados exigem elevado senso de responsabilidade na tomada de decisões complexas e rápidas, além da reorganização contínua de prioridades e ampla variedade de informações (Dornfeld & Gonçalves, 2021).

Em suma, a morte está presente no quotidiano dos profissionais de saúde sendo que a sua preparação teórica não é possível obter através de palavras, mas sim, pela abordagem de aspetos emocionais, espirituais e sociais de cada indivíduo.

1.4. ANSIEDADE E MEDOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS

A ansiedade tem sido considerada como um sentimento comum a qualquer ser humano, mas, dependendo da intensidade dos sintomas e prejuízos causados na vida do indivíduo, esta poderá ser considerada como ansiedade patológica, podendo manifestar preocupação excessiva com circunstâncias diárias da rotina da vida, tais como: trabalho, saúde, finanças ou até mesmo em questões menores (American Psychiatric Association, 2013). De acordo com este ponto de vista, a ansiedade acompanha a maior parte das pessoas no seu processo existencial, sendo vivida e sentida de maneiras distintas entre cada indivíduo (American Psychiatric Association, 2013).

Relativamente à enfermagem e ao papel desempenhado pelo enfermeiro, é comum a geração de conflitos externos e internos, uma vez que este lida e aborda seres humanos que podem ser portadores de elementos criadores de stress. Com base neste pressuposto, a ansiedade pode ser gerada pelas expectativas divergentes entre o enfermeiro, doente ou até mesmo pela família do mesmo quanto à prestação dos cuidados de saúde (Guerra et al., 2011).

Em relação à ligação que o enfermeiro desenvolve com os doentes, esta pode desencadear fatores de stress e ansiedade quando ocorrem conflitos de personalidade, emocionais, sociais, socioeconómicos ou até mesmo em relação à ética e deontologia (Frade, 2018).

Quando um doente morre, o enfermeiro após a criação de laços profissionais ou emocionais com o mesmo, pode gerar ou combater conflitos internos pela sua prestação de cuidados, pela morte repentina ou não esperada deste. Assim, torna-se um fator decisivo para a criação de ansiedade/ medo quando abordadas novas situações complicadas de gerir.

Em suma, o medo e a ansiedade estão relacionados entre si no quotidiano do enfermeiro. Para além disso, uma ansiedade existencial adicional pode, ainda, advir da capacidade que o Homem tem de refletir acerca do sentido da vida e da morte, pelo que a maneira

como vemos a morte e a forma como lidamos com a ansiedade proveniente da morte pode afetar profundamente todos os aspetos das nossas vidas, quer positiva ou negativamente (Wong, 2002).

1.5. IMPACTO DA DOR EM DOENTES NO PROCESSO DE MORTE E NO ENFERMEIRO

Como abordagem principal ao tema, é de extrema importância destacar o impacto emocional que o enfermeiro experiencia após o contacto com um doente que apresente dor. Quando as medidas farmacológicas ou não farmacológicas não surtem efeito, o enfermeiro pode vivenciar um sentimento de impotência relativamente à prestação de cuidados, de modo a maximizar o bem-estar de cada doente. Assim, este sentimento pode potenciar um impacto emocional negativo no profissional de saúde, uma vez que este sente-se incapaz de proporcionar conforto numa fase final que é desencadeada pelo processo de morte.

Por esta ordem de ideias, a dor é a sensação que se caracteriza por um grupo de experiências perceptuais e emocionais desagradáveis, que desencadeiam respostas autonómicas, psicológicas e somatomotoras (Seeley, 1997).

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP) afirma que a dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão”. Assim sendo, Watson (2002) afirma que cuidar é, ainda, desenvolver atitudes de conforto e encorajamento, mesmo quando a cura já não é possível e, neste caso, ajudar a pessoa a viver melhor até ao momento da sua morte.

A OE (2008) relata que, um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e da própria família enquanto parceiros de cuidados. No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética, legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do doente, o bem-estar e o autocuidado. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e pelo tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor. Logo,

cabe aos profissionais de saúde aliviar a dor, seja no aspeto orgânico ou psíquico. A dor é gerada por alguma situação que desencadeou fortes emoções negativas e nem sempre é compartilhada, gerando desconforto e caracterizando-se como um processo desfavorável para a mudança imediata desse sentimento (Fernandes & Komessu, 2013). Assim, Gutierrez & Ciampone (2006, p.457) refere que “O cuidado direcionado a pessoas em sofrimento e, muitas vezes, em processo de morte, constitui-se em sentimentos contraditórios na equipa de enfermagem, pelo simples facto de este estar em contato prolongado, tanto com o doente como com os seus familiares. Por isso, o sofrimento psíquico, com a sua natureza silenciosa, está ligado ao processo produtivo do profissional de enfermagem”.

Segundo Hesbeen (2000), os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Englobam tudo o que os profissionais realizam, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua natureza, permitem sempre fazer alguma coisa por alguém a fim de contribuir para o seu bem-estar, qualquer que seja o seu estado de saúde. Neste contexto, Gutierrez & Ciampone (2006, p.457) refere que “Nesta abordagem, a qualidade do cuidado de enfermagem está intimamente associada à perceção de melhoria da qualidade de vida do doente, bem como, muitas vezes, ao facto da equipa perceber que contribuiu para amenizar o sofrimento deste no processo de morte”.

Posto isto, o enfermeiro precisa saber quando ocorre a dor e como esta afeta o doente, para poder ajudá-lo. Para isso é necessário utilizar técnicas de comunicação, as quais envolvem, entre outros aspetos, o respeito pela individualidade do doente, o estabelecimento de uma relação empática, o desejo de sentir o mundo desse indivíduo como se fosse nosso e, finalmente, saber ouvir e questionar com perguntas simples e diretas, no sentido de ajudar a compreender a sua dor (Rigotti & Ferreira, 2005).

Por esta ordem de ideias, o enfermeiro tem um impacto fundamental na vida de cada doente, criando expectativas sobre a capacidade de este vir a melhorar, criando uma ilusão relativamente ao seu bem-estar.

Desta forma, o enfermeiro não se pode somente focar em atingir um respetivo fim através dos cuidados de enfermagem, mas também ter em conta que é imprescindível saber lidar e ouvir o doente, saber criar empatia com o mesmo de modo a tornar a relação entre

ambos mais dinâmica, assim como é importante tratar o mesmo da forma como gostava de ser tratado e não o ver somente como mais um caso de experiência e um ser necessário exclusivamente para a prática e adaptação de conhecimentos. Nesta abordagem, é crucial que “(...) o profissional cuidador, no caso o enfermeiro, aplique além da sua habilidade técnica, os conhecimentos, intuição e, sobretudo, muita sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado. Nesta perspetiva cuidar de alguém com dor não significa apenas realizar técnicas para deixá-lo “confortável”, mas também, mostrar na relação profissional/ doente, interesse, compaixão, afetividade, consideração que têm o intuito de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer e torná-lo satisfeito com o seu viver” (Rigotti & Ferreira, 2005, p.52).

Em suma, o controlo da dor emerge neste sentido, como uma prioridade central na prestação de cuidados de qualidade pelos profissionais de saúde (IASP, 2010), o que implica a necessidade de abordar o respetivo tema no estudo, de modo a perceber como é que a dor influencia e cria impacto no quotidiano do enfermeiro.

1.6. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Como definição constata-se que a comunicação de más notícias é um processo que envolve a transmissão e a receção de mensagens, elemento fundamental na relação humana, ou seja, a comunicação interpessoal é mais que uma troca de mensagens, é um processo complexo e subjetivo que envolve crenças e valores, experiências, expectativas, perceção e compreensão (Araujo & Leitão, 2014). Desta forma, na abordagem sobre a morte e o processo de morte, a comunicação é a base fundamental do cuidado, nela são estabelecidas relações interpessoais que devem ser utilizadas para prestar uma assistência efetiva e integral (Prado et al., 2019). Neste aspeto, comunicar sobre a terminalidade e morte geralmente não é fácil, pois envolve afetividade e um grau de maturidade acerca do tema em questão. Os profissionais de saúde também sofrem com as questões relativas à morte e pelo facto de estarem tão presentes no cuidado do doente em processo de morte, assim, é necessária clareza de que, antes de qualquer coisa, estes profissionais são humanos e tem direito a sofrer (Prado et al., 2019).

Como componente na prática de enfermagem cabe ao enfermeiro ajudar o doente/ família, de forma a esclarecer todas as dúvidas existentes que possam surgir sobre o seu estado clínico e respetivo internamento, se aplicável. Esta tarefa, sendo um acontecimento esperado/ inesperado, é algo muito complexo, frequente e stressante, sendo uma informação que afeta seriamente a visão do indivíduo sobre o seu futuro. Neste sentido, as más notícias podem incluir situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam (Araujo & Leitão, 2014).

Assim, a comunicação de más notícias assume um papel central na relação profissional de saúde/ doente, onde a revelação de informação sobre o diagnóstico e prognóstico ao doente continua a ser um tema controverso em que o princípio do respeito pela autonomia do doente e o seu direito à autodeterminação em relação aos cuidados de saúde entram em conflito com o respeito pelos princípios da beneficência e da não-maleficência (Gonçalves, 2013).

Em relação à visão obtida pelos enfermeiros, a comunicação de más notícias pode gerar alterações emocionais fortes nos mesmos, exigindo destes uma grande capacidade de reação em situações de morte. Por sua vez, “os profissionais de saúde apresentam maior proximidade com a morte, exigindo-se deles preparo e aperfeiçoamento para o atendimento desses doentes e dos seus familiares antes da dor e do sofrimento. A dor e o sofrimento são sentimentos distintos e componentes da existência humana e não é possível ter o direito de não sofrer” (Fernandes & Komessu, 2013, p.247).

Quando um indivíduo recebe uma notícia que não está à espera que lhe seja transmitida, este entra numa espiral de emoções negativas por desvio da perceção uma vez que as emoções sentidas são extremamente fortes (Frade, 2018).

Por esta ordem de ideias, há possibilidade do doente ser confrontado com o diagnóstico de uma doença grave ou com um mau prognóstico, o que leva a sua capacidade de questionar, decidir ou recusar um tratamento, ficar seriamente comprometida (Gonçalves, 2013). Desta forma, como refere Nunes (2006, p.370) “o sofrimento e a doença são muito incapacitantes em termos de autonomia pessoal”.

De acordo com Martins (2008, p.273) existem outros fatores que podem provocar este comprometimento, tais como: “a falta de conhecimento sobre o assunto; o confronto eminente com a morte, o que leva a aceitar toda e qualquer terapia que possa ser

promissora de cura e o ter que decidir rapidamente”. Nunes (2006, p.370) aponta outros fatores como a existência de hábitos ou comportamentos aditivos, a tomada de decisão sobre a pressão emocional ou a relação entre a expectativa e a necessidade de cuidados. Conforme o autor citado anteriormente, nestas situações é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência de que a pessoa “não deve ser «lançada» à sua autonomia, apenas porque cumpre os requisitos da competência e do discernimento para decidir”.

Conforme Martins (2008) afirma, os profissionais de saúde estimulam pouco as perguntas por parte dos doentes, não ouvem, nem se interessam por conhecer as suas preocupações e expectativas. E quando as fazem, os profissionais de saúde utilizam técnicas subtis para evitar a resposta, neste sentido, dão a entender que estão ocupados ou que ainda não conhecem muito bem a situação clínica do doente ou remetem a questão para outro profissional de saúde (Teixeira, 1996 & Morrison, 2001).

Conforme Ramos (2008) salienta, são numerosos os estudos que evidenciam os benefícios de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, que se traduzem numa melhoria do estado geral de saúde do doente, numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e numa recuperação mais rápida. Segundo o mesmo autor, foram também desenvolvidos vários estudos que mostram que o facto de fornecer informação aos doentes, envolvendo-os, comunicando com eles, satisfaz várias necessidades, nomeadamente ao nível psicológico (Ramos, 2008, p.108): “Ajuda a lidar com a doença, reduz os estados depressivos, o stress e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove a satisfação, o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação dos procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do doente”.

Por todos os fatores acima referidos, a comunicação torna-se essencial de forma que não ocorra quebra da ligação empática entre o recetor e o emissor (Frade, 2018). Relativamente ao emissor (enfermeiro), este deve ter a capacidade de resguardar as suas emoções de maneira que não influencie a barreira no processo de transmissão de más notícias. Esta barreira é necessária para que não ocorra quebra no apoio emocional que este deve prestar, não permitindo que, a sua vulnerabilidade afete o modo como o suporte emocional deve ser proporcionado. Sendo uma componente de enfermagem de grau elevado, é importante ter a perceção que os enfermeiros podem experienciar situações de

grande ansiedade que podem proporcionar alterações na sua saúde emocional (Frade, 2018).

Em suma, de forma que a comunicação seja capacitada para a obtenção de resultados considerados positivos, existem meios complementares e eficazes para a abordagem do respetivo tema, sendo um exemplo, o protocolo de SPIKES. Este, através do seu delineamento ajuda o enfermeiro a seguir uma base protocolada de modo a respeitar os direitos e garantir a máxima perceção da informação direcionada aos doentes e à sua família. Como refere Martins (2008) é fundamental que os profissionais de saúde tenham tempo para que possam fornecer informação com qualidade, em quantidade e com tempo para que o doente possa assimilar e refletir sobre essa informação, ou seja, “Para isso é necessário que os profissionais de saúde sejam bons comunicadores, que não tenham medo de dizer a verdade, mas que saibam como e quando fazer” (Martins, 2008 p. 294).

1.6.1. PROTOCOLO DE SPIKES

De acordo com o protocolo de SPIKES de comunicação de más notícias (Frade, 2018), os objetivos principais são:

- Recolher informação do doente;
- Transmitir informações clínicas;
- Proporcionar suporte;
- Induzir a colaboração de estratégias e de um plano para o futuro.

Etapas do Protocolo SPIKES (Cruz & Riera, 2016, p.106-108):

1. Setting up the interview (Planeamento da entrevista):

- Preparação mental prévia à transmissão da má notícia;
- Proporcionar privacidade;
- Envolver pessoas importantes (preferencialmente não falar com ninguém a sós);
- Proporcionar conforto através da posição de sentado, sem barreiras entre o emissor e o recetor;

- Manter contacto visual;
- Evitar interrupções (informar a equipa, local escolhido sem alarmes de campainhas, desligar telefones, etc..).

2. Perception (Perceção do recetor):

- Investigar se o doente já sabe o que está a acontecer, procurando esta informação através de perguntas abertas.

3. Invitation (Procura de informação pelo recetor):

- Identificar se o doente deseja ser totalmente informado sobre o seu diagnóstico ou se prefere que um familiar receba este conhecimento e tome decisões na sua vez;
- Quando o doente não quer informações detalhadas acerca do seu diagnóstico deve-se fornecer disponibilidade para conversar quando este se sentir preparado.

4. Knowledge (Dando conhecimento e informação ao recetor):

- Transmitir informações objetivas relativas aos meios auxiliares de diagnóstico realizados;
- Transmitir informação objetiva relativa à situação clínica atual;
- Usar palavras adequadas ao vocabulário de cada doente;
- Dosear a informação e não transmitir toda ao mesmo tempo;
- Questionar ao doente se este entende o que lhe está a ser transmitido.

5. Emotions (Abordar as emoções):

- Reações à má notícia pode ir desde o silêncio, ao isolamento, à raiva, à fúria, etc;
- Até que a emoção passe, é impossível prosseguir com a transmissão de informação;
- Ajustar o estado emocional do emissor ao recetor, mantendo uma postura empática.

6. Strategy and summary (Estratégia e resumo):

- Apresentar opções de tratamento e metas a atingir;

- Garantir que o doente não se sinta só, fornecendo o maior apoio possível;
- Descrever os passos que se seguem (no caso de morte: encaminhamento do corpo e questões legais).

Em suma, deve dar-se conforto ao doente de modo que este interiorize a nova realidade presente na sua vida de maneira que não exista quebra na sua rotina diária, assim como, no seu futuro. Por este motivo, é necessário que o enfermeiro se dedique à formação de métodos, contemplando a prática na sua comunicação eficaz, proporcionando ao doente o máximo de conforto existente nesta nova situação, de maneira a não provocar mais “danos” (Cruz & Riera, 2016, p.106-108).

1.7. O PAPEL DO ENFERMEIRO NUMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

O ato de informar e comunicar com os doentes, em particular, quando estes são recetores de uma má notícia, admite-se que é um ato multidimensional que deve envolver sempre a equipa multidisciplinar completa (Gonçalves, 2013).

Segundo a OMS (1988), a equipa multidisciplinar é constituída por um conjunto de indivíduos com características semelhantes, que se inter-relacionam regularmente, com vista a atingir um objetivo comum. Assim sendo, tem como base a cooperação entre os elementos, que mantêm um contacto regular e próximo. Desenvolvem ações coordenadas, pressupõe-se que cada elemento contribua de forma empenhada, competente e responsável para a realização de uma ou mais atividades concretas (OMS, 1988).

Neste sentido, para que uma equipa multidisciplinar funcione deve verificar-se: a partilha de objetivos comuns; a compreensão, aceitação dos papéis e funções de cada um; a existência de recursos humanos e materiais suficientes; a cooperação ativa e confiança mútua; a liderança adequada e eficaz; a rede de comunicação circular, aberta e multidirecional; e mecanismos de *feedback* e de avaliação (OMS, 1988).

Conforme Lima (2006), o trabalho em equipa é o trabalho realizado por diversos grupos profissionais de categorias diferentes, que desenvolvem a sua atividade tendo em vista um objetivo comum. Não podendo cada grupo profissional realizar, por si só, o trabalho destinado à equipa multidisciplinar. Neste sentido, o verdadeiro trabalho em equipa

requer respeito pelos outros e pelos meios utilizados, compreensão pelo papel desempenhado pelos diversos elementos no seio da equipa e valorização do que cada um é capaz de trazer para esta (Lima, 2006).

Desta forma, trabalhar em equipa significa que os diferentes profissionais de saúde demonstram empenho e desejo em alcançar os objetivos dos cuidados aos doentes, exercendo a sua autonomia e responsabilidade profissional, reconhecendo simultaneamente a sua interdependência, as suas limitações e a importância da atuação dos outros (Figueiredo, 1997).

Segundo a OMS (2004), alcançar um entendimento comum no que diz respeito à comunicação é crucial para o sucesso do trabalho em equipa. Para se atingir esta compreensão, deve existir uma comunicação efetiva, onde as mensagens são transmitidas pela partilha de uma linguagem comum a todos os elementos (OMS, 2004).

Frequentemente podem surgir conflitos com origem em barreiras de comunicação. Tais barreiras poderão ocorrer devido a diferenças na perceção, falta de conhecimentos, julgamentos antecipados ou ideias preconcebidas entre os elementos da equipa perante o doente (OMS, 2004). Neste sentido, Martins (2002) refere que o processo de comunicação está sujeito a obstáculos denominados como barreiras à comunicação, mas com uma abordagem assertiva e empática, estas barreiras podem deixar de existir facilitando assim o bom relacionamento entre os indivíduos.

No seio da equipa multidisciplinar, a existência de falhas de comunicação poderá comprometer todo o processo de cuidar, ou seja, a existência de conflitos pode revelar-se perturbadora e limitativa relativamente ao desempenho quando estas estimulam a competição, o individualismo, a inibição de sentimentos e conhecimentos entre os profissionais de saúde (Gonçalves, 2013). Por outro lado, atitudes como o respeito, a confiança, a interajuda, a cooperação e a partilha de conhecimentos/ opiniões, promovem e intensificam a comunicação.

De forma a contextualizar a inibição de sentimentos referentes, por exemplo, à morte e tendo em conta os processos de comunicação entre a equipa multidisciplinar, foi verificado através de estudos que a equipa comunicava somente acerca da condição clínica/ psicológica dos doentes e discutia questões para melhorar a assistência aos mesmos e respetivos familiares. Assim, verificou-se que os profissionais evitavam falar da morte, bem como reconhecer as limitações da vida, pois a consciência da morte do

doente evocava os medos referentes a esse tema, traduzindo-se numa adaptação do Homem ao mundo, cuja estimulação permite o autoconhecimento e a autocrítica. Sendo assim, as reflexões suscitadas sobre a terminalidade da vida e da morte podem guiar-nos à compreensão desses fenómenos e ter impacto tanto na vida pessoal quanto na vida profissional (Prado et al., 2019).

A qualidade da informação ao doente e à adaptação positiva deste à doença depende, em larga medida, da existência de uma equipa funcional, interventiva e eficaz (Gonçalves, 2013). Neste sentido, o autor anteriormente citado refere que a comunicação de más notícias deve ser vista como uma atividade multidisciplinar que requer a participação ativa dos vários profissionais de saúde, tendo estes como dever principal, trabalhar em equipa de forma a respeitar as competências de cada um. Sendo que é extremamente importante compreender que comunicar uma má notícia é demasiado complexo, para se cingir apenas a um único momento. Como refere Warnock et al. (2010), a má notícia pode ser entendida como um processo, ao incluir as interações que ocorrem antes, durante e após o momento em que a notícia é comunicada. Desta forma, as necessidades de informação e o apoio aos doentes vão para além do momento de dar uma má notícia, por exemplo, pelo médico no que respeita ao diagnóstico da doença e prognóstico, estando os enfermeiros numa posição muito privilegiada para dar este tipo de assistência, uma vez que são os profissionais de enfermagem que mais tempo passam junto dos doentes, conseguindo estabelecer relações de confiança e de grande proximidade.

Por esta ordem de ideias, compete ao enfermeiro desenvolver esforços no sentido da disponibilização de informação objetiva e correta, adequada ao grau de consciência e capacidade de entendimento e que considere a singularidade de cada ser humano, garantindo, desta forma, o direito à informação. O enfermeiro deve também identificar o estilo de aprendizagem preferido pelo doente, as barreiras de aprendizagem incluindo a linguagem e as crenças culturais, bem como avaliar o desejo do doente em adquirir a informação (Gonçalves, 2013).

Em suma, os enfermeiros têm de garantir que fornecem conhecimentos, habilidades e competências ao doente para que este seja capaz de cuidar de si próprio (Ream, 2000).

2. METODOLOGIA

A metodologia é uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida no método (processo) do trabalho de pesquisa. É a explicação do tipo de pesquisa, do instrumento utilizado (questionário), da previsão de tratamento de dados, e de tudo aquilo que se utilizou na monografia (Cativo, 2017).

Conforme Marconi & Lakatos (2003), o método é o conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que permite com a maior segurança e economia alcançar o objetivo, traçando o caminho a ser seguido, detetando erros e auxiliando as decisões do cientista.

Entende-se, desta forma, que o método é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir determinado fim ou resultado desejado.

De acordo com a metodologia utilizada nesta monografia, vamos abordar o tipo de estudo, a população/ amostra, as variáveis, o planeamento da recolha de dados e a previsão do tratamento de dados.

2.1. TIPO DE ESTUDO

É necessário realizar uma escolha correta acerca do tipo de estudo e do delineamento apropriado para a formulação da monografia final de licenciatura, tendo em conta, os diversos tipos de estudo existentes.

Assim, o estudo descritivo limita-se a observar, registar e descrever as características de um determinado fenómeno ocorrido numa amostra ou população.

Geralmente, o delineamento escolhido pelo investigador não permite que os dados possam ser utilizados para teste de hipóteses, embora estas possam ser formulados à posteriori, uma vez que o objetivo do estudo é descrever o facto em si (Fontelles et al., 2009).

Em suma, trata-se da descrição de um problema/ realidade. Tendo em conta a definição abordada em cima, a nossa monografia abrange um estudo descritivo/ qualitativo, uma vez que pretendemos explicar/ descrever o impacto emocional vivenciado pelos enfermeiros no cuidar do doente em processo de morte.

2.2. POPULAÇÃO/AMOSTRA

Segundo a Universidade Santa Cecília, uma população trata-se de um conjunto de pessoas, objetos, acontecimentos ou fenómenos, pelo menos, com uma característica em comum. Assim sendo, a pesquisa deve abordar uma determinada população, isto é, a população alvo que abrange um conjunto de pessoas ou elementos que gozam de características ou propriedades comuns, definidas por um conjunto de critérios (Cotrim, 2019).

Conforme António Tojal afirma, uma amostra trata-se de “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, constituindo uma réplica em miniatura da população alvo” (Fortin, 2000, p.202).

Deste modo, para corresponder aos objetivos por nós criados e como fundamento de responder ao tema da monografia final de licenciatura, escolhemos como população alvo os enfermeiros, de modo a compreender qual o impacto emocional vivenciado pelos mesmos no que toca ao processo de morte e morte de um doente, uma vez que esta realidade se encontra presente no seu quotidiano.

Por sua vez, para melhor compreendermos este mesmo impacto emocional, utilizámos como amostra 221 enfermeiros que exercem cargos profissionais em diversos hospitais do país e no estrangeiro. A escolha desta generalidade baseou-se no facto de abranger tanto os enfermeiros que apresentam um maior contacto com doentes na fase enquadrada no processo de morte, como aqueles que trabalham em cuidados gerais. Desta forma, conseguimos atingir uma perceção mais adequada acerca do impacto emocional que estes carregam diariamente após lidarem com o processo de morte e morte de um doente.

2.3. VARIÁVEIS

De acordo com António Tojal, a definição de variável trata-se “das qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (...) e pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças” (Fortin, 2000, p.36).

Conforme Fábio Rauen afirma, uma variável dependente remete para “a variável a ser explicada ou descoberta, em virtude de ser influenciada, determinada ou afetada pela variável independente; “é o fator que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente” (Marconi & Lakatos, 2000, p.189). Sendo que, uma variável independente define-se através de uma variável que “influencia, determina ou afeta outra variável; é o fator determinante, condição ou causa para determinado resultado, efeito ou consequência; é o fator geralmente manipulado pelo investigador, na sua tentativa de assegurar a relação do fator com um fenómeno observado ou a ser descoberto, para ver que influência exerce sobre um possível resultado” (Marconi & Lakatos, 2000, p.189).

Assim, de modo a enquadrar as seguintes definições na nossa monografia final de licenciatura, definimos como variável dependente o impacto emocional, quando abordado o processo de morte de um doente e de forma a verificar a determinação desse mesmo impacto, identificámos como variável independente os enfermeiros que prestam cuidados ao doente em fim de vida.

Neste sentido, através da interpretação dos resultados provenientes do questionário que será aplicado aos respetivos enfermeiros, iremos ter uma perceção cuidada acerca das manifestações e alterações emocionais que estes sofrem, durante a vivência do processo de morte e morte dos doentes, em toda a sua carreira profissional ou até ao momento de utilização do questionário.

2.4. PLANEAMENTO DA RECOLHA DE DADOS

O método da recolha de dados que pretendemos utilizar denomina-se questionário. Conforme Anivaldo Chagas afirma, um questionário é “um conjunto de questões, feito para gerar dados necessários para se atingir os objetivos do projeto” (Parasuraman, 1991). Trata-se de uma forma de obter resultados através de um modo acessível e de acesso rápido aos mesmos. Neste sentido, utilizámos a ferramenta do Google Forms para a obtenção dos dados uma vez que, na presente realização deste estudo estávamos a vivenciar uma situação pandémica.

De modo a facilitar a perceção de quem responde ao mesmo, o instrumento de recolha de dados tem de apresentar uma forma lógica, garantir questões fechadas e algumas questões abertas, de modo a guiar a obtenção dos resultados através de uma coerência lógica e dedutiva do enfermeiro. Desta forma, iremos ter maior perceção do impacto emocional vivenciado pelo enfermeiro no decorrer da sua carreira, tal como, obter resultados que correspondam aos objetivos, tanto específicos como gerais, por nós colocados desde o início da elaboração desta monografia final de licenciatura.

A aplicação deste questionário destina-se a todos os enfermeiros que aceitem colaborar no estudo em causa, de modo a ocorrer uma exposição geral do tema abordado, uma apresentação do grupo de investigadores e uma explicação do que pretendemos obter e delinear com a respetiva monografia final de licenciatura. Por consequência, permitimos que ocorra uma aprendizagem com o tema referido, bem como uma perceção explorada dos respetivos resultados, tais como, o que é a morte, qual o impacto do processo de morte para um enfermeiro e todas as consequências que este abrange na vida do mesmo.

2.5. PREVISÃO DO TRATAMENTO DE DADOS

A obtenção dos dados, provenientes do questionário imposto à população alvo/ amostra, serão analisados e consequentemente apresentados através da utilização de gráficos, quadros ou tabelas. Para a realização da análise dos dados do questionário, será utilizada a análise do conteúdo de Bardin, ou seja, pela descrição do conteúdo obtido através do respetivo questionário.

2.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme Lucília Nunes afirma, “toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes” (Martins, 2008, p.1). Deste modo, deveremos ter em conta alguns princípios éticos inerentes à investigação clínica em seres humanos, sendo estes, a proteção da vida/ saúde assim

como, a dignidade e privacidade do doente, o consentimento informado que abrange a explicação da investigação, os riscos e benefícios explícitos através de uma linguagem clara e acessível. Deverá incluir também, a informação acerca dos objetivos, métodos e a particularidade de retirar o seu consentimento de participação, a qualquer momento, sem retaliação.

Em suma, devemos garantir que estes princípios são seguidos de modo a assegurar uma investigação correta através da certificação do bem-estar e direitos do doente/ enfermeiro.

3. ANÁLISE DE CONTEÚDO/ DADOS DO ESTUDO

A colheita de dados decorreu durante o mês de Maio de 2021, tendo sido utilizado o questionário do Google Forms devido à situação pandémica vivida atualmente.

Para o tratamento de dados foi utilizado o processo estatístico, recorrendo ao programa Word e Excel do Microsoft Office 2020, tendo a apresentação sido efetuada através de gráficos e tabelas, de forma a facilitar a sua análise que, de acordo com Lakatos (2002, p. 157), a disposição gráfica facilita a sua observação tornando-os mais compreensíveis.

Neste sentido, para atingir os objetivos propostos e delineados, sem condicionar a perspetiva dos participantes foram colocadas 6 questões abertas, tendo sido realizado o tratamento dos dados obtidos através da técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ receção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p.47).

3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Foi realizado um questionário destinado a todos os enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão e que quisessem, de forma voluntária, participar no nosso estudo.

Posto isto, caracterizou-se a amostra de 221 enfermeiros de acordo com a idade, género, habilitações académicas, áreas de pós-licenciatura/ especialização e mestrado, se recebeu formação em cuidados ao doente terminal ou cuidados ao doente no processo de morte durante a licenciatura de enfermagem, os anos de profissão exercidos, em que distrito exerce e que tipo de morte se confrontou mais durante o último ano.

3.1.1. IDADE

Todos os enfermeiros entrevistados têm idades compreendidas entre os 22 e 67 anos.

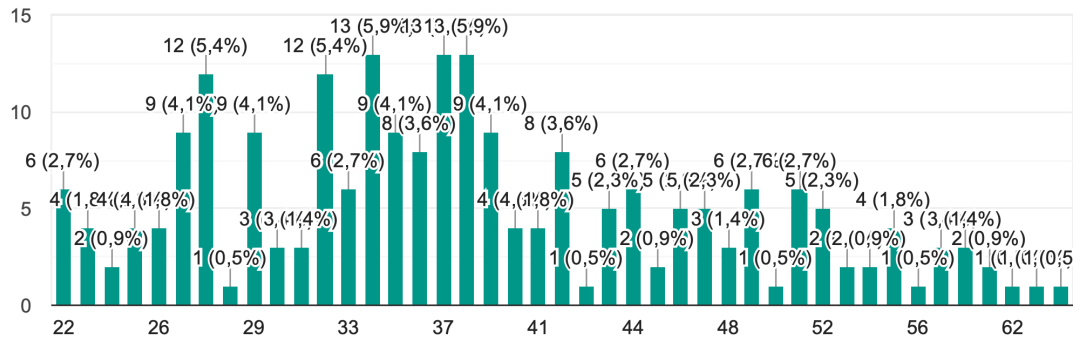


GRÁFICO 1 – IDADE

3.1.2. GÉNERO

Feminino – 206 de 221 enfermeiros

Masculino – 15 de 221 enfermeiros

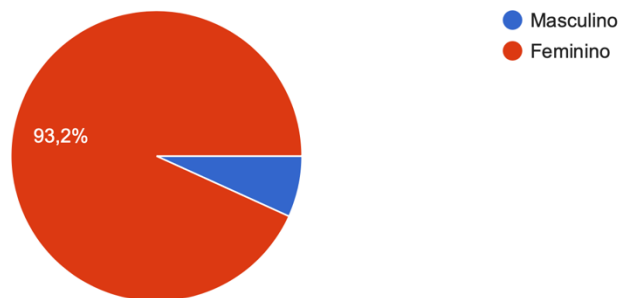


GRÁFICO 2 – GÉNERO

3.1.3. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Pós-Licenciatura/ Especialização – 65 de 221 enfermeiros

Mestrado – 22 de 221 enfermeiros

Licenciatura – 132 de 221 enfermeiros

Bacharelato – 2 de 221 enfermeiros

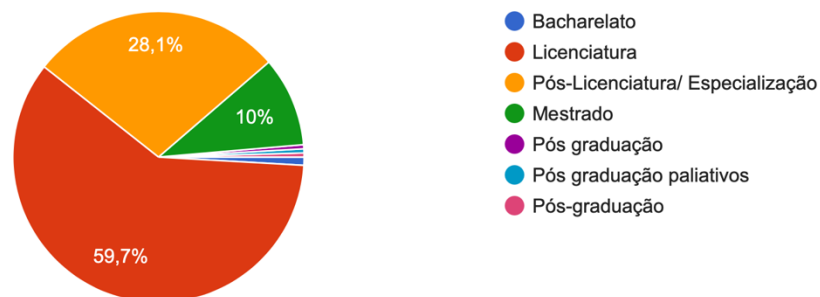


GRÁFICO 3 – HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

3.1.4. ÁREAS DE PÓS-LICENCIATURA/ ESPECIALIZAÇÃO E MESTRADO

Áreas	Nº de Amostras
Enfermagem de Cuidados Continuados	1
Enfermagem de Cuidados Paliativos	12
Enfermagem de Reabilitação	19
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	5
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	7
Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Oncológica	2

Enfermagem Médico-Cirúrgica no Doente Crítico	17
Enfermagem Comunitária	11
Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia	4
Neonatal Nurse Specialist and Pediatric Intensive Care	1
Total:	79 de 221 enfermeiros

TABELA 1 – ÁREAS DE PÓS-LICENCIATURA/ ESPECIALIZAÇÃO E MESTRADO

3.1.5. RECEBEU FORMAÇÃO EM CUIDADOS AO DOENTE TERMINAL OU CUIDADOS AO DOENTE NO PROCESSO DE MORTE DURANTE A LICENCIATURA DE ENFERMAGEM

Sim – 159 de 221 enfermeiros

Não – 62 de 221 enfermeiros

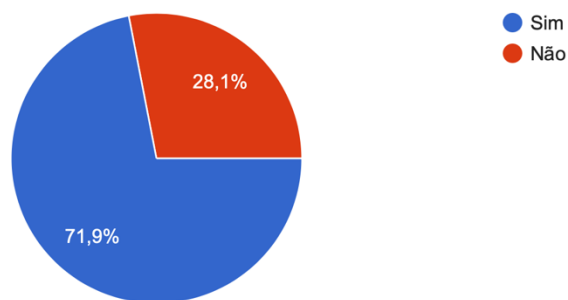


GRÁFICO 4 – FORMAÇÃO EM CUIDADOS AO DOENTE TERMINAL OU NO PROCESSO DE MORTE

3.1.6. ANOS DE PROFISSÃO

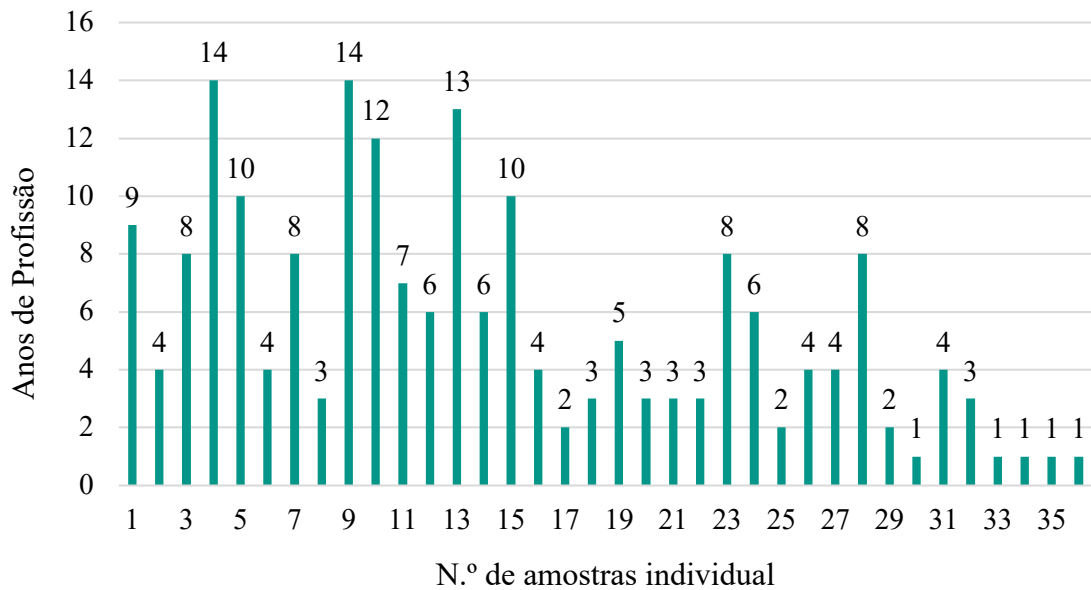


GRÁFICO 5 – ANOS DE PROFISSÃO

3.1.7. EM QUE DISTRITO EXERCE

Distrito	Número de Amostras
Açores	6
Aveiro	6
Beja	1
Braga	6
Bragança	2
Castelo Branco	2
Coimbra	17
Estrangeiro	9
Évora	2
Faro	14

Guarda	5
Leiria	6
Lisboa	65
Madeira	7
Portalegre	2
Porto	22
Santarém	7
Setúbal	18
Viana do Castelo	1
Vila Real	3
Viseu	2
Total:	203 de 221 enfermeiros, sendo que 18 enfermeiros não especificaram o distrito da instituição onde trabalham

TABELA 2 – EM QUE INSTITUIÇÃO EXERCE

3.1.8. TIPO DE MORTE COM QUE MAIS SE CONFRONTOU NO ÚLTIMO ANO

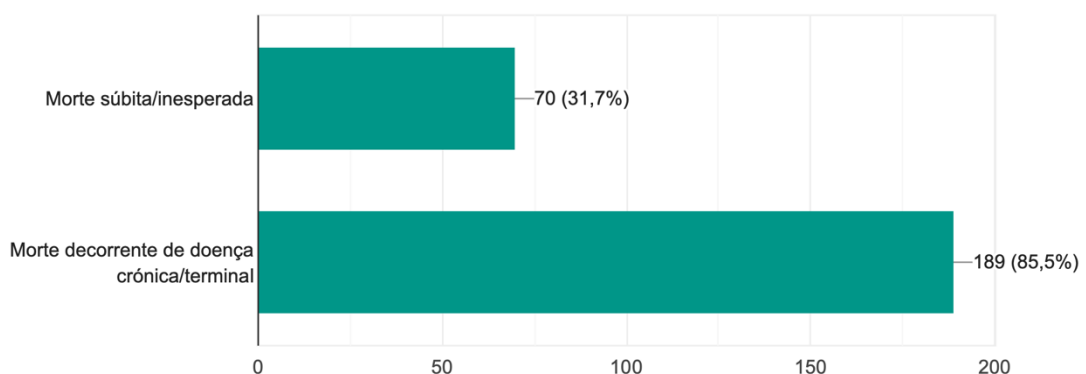


GRÁFICO 6 – TIPO DE MORTE COM QUE MAIS SE CONFRONTOU NO ÚLTIMO ANO

3.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

De modo a identificar e a preservar a confidencialidade das respostas dadas pelos enfermeiros nas diversas questões, definiu-se como:

- A letra “E” – a atribuição para cada enfermeiro.
- Os números representados na unidade de registo – como a atribuição de cada enfermeiro de acordo com as linhas de número de Excel.
- Unidade de enumeração – a atribuição do número de amostras (ou seja, o número de vezes que cada enfermeira expressa a mesma opinião).

3.2.1. ACHA QUE FOI SUFICIENTE A FORMAÇÃO? PORQUÊ?

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
A formação foi suficiente? Porquê?	Falhas no conteúdo de formação	E1: “Não, não nos prepara verdadeiramente para o que vamos experienciar.” (SIC) E3: “Não foi suficiente. Tive inclusive cadeira de cuidados paliativos, penso que foi tudo muito romantizado, nem toda a gente é bem paliada. Não falei também na altura da farmacologia em doente terminal, que é fulcral.” (SIC) E4: “Não, faltou falar mais sobre a parte emocional do processo de morte.” (SIC)	62

		<p>E7: “Não foi suficiente! Fiz um curso de comunicação de notícias difíceis e aí notei que ganhei algumas ferramentas que me faltavam para a comunicação em fim de vida.” (SIC)</p> <p>E9: “Não. Pouco tempo para a temática e pouca orientação.” (SIC)</p> <p>E10: “Não, só aprendi a tratar corpo.” (SIC)</p> <p>E13: “Não. Pouco tempo letivo.” (SIC)</p> <p>E16: “Não. Precisamos de formação mais intensiva e de maior tempo de contato.” (SIC)</p> <p>E17: “Não. Não preparam para a vida real. Foram apenas conceitos teóricos.” (SIC)</p> <p>E23: “Não, apenas de abortou o tema do luto e não todo o processo até à morte.” (SIC)</p> <p>E27: “Não, é necessário mais conteúdos nesta abordagem pois lidar com a morte e comunicação de, mas notícias é preciso treino.” (SIC)</p>	
--	--	--	--

		<p>E28: “Não foi suficiente, foram poucas horas, que não permitiram assimilar conhecimentos para aplicar na prática clínica.” (SIC)</p> <p>E65: “Não. Poucas horas dedicadas à temática.” (SIC)</p> <p>E69: “Não. Superficialidade da abordagem que não nos prepara para acolher o sofrimento do outro.” (SIC)</p> <p>E73: “Não, uma aula sobre más notícias não prepara ninguém para o efeito que a morte tem em nós profissionais, nas pessoas que tratamos e nos seus entes queridos.” (SIC)</p> <p>E93: “Não. Devia-se investir em mais formação na área.” (SIC)</p> <p>E100: “Não, porque abrangeu apenas 2h da disciplina de fundamentos de enfermagem, e o processo de morte de uma pessoa é muito complexo... Mas já por isso existem as pós-graduações.” (SIC)</p>	
--	--	---	--

		<p>E109: “Não, atualizei com cursos já durante o meu percurso profissional.” (SIC)</p> <p>E114: “Não, efetivamente deveria ter sido mais complementada.” (SIC)</p> <p>E117: “Não, o confronto com a realidade é diferente da teoria.” (SIC)</p> <p>E157: “Não. É necessário reforçar esta área de formação ao longo do exercício profissional, dado que a morte não tem idade. É sempre ignorado o impacto da morte na criança e nos cuidadores.” (SIC)</p>	
	<p>Experiência</p>	<p>E14: “Não... Até experienciar essa vivência, nenhuma teoria é suficiente.” (SIC)</p> <p>E37: “Não. Porque a realidade é muito diferente.” (SIC)</p> <p>E43: “Não, aprendemos a teoria, mas não temos formação suficiente para lidar com as tristezas/angústias com doentes em fase terminal.” (SIC)</p> <p>E47: “Nunca é suficiente, porque cada caso é único e particular. Cada</p>	<p>17</p>

		<p>indivíduo vivência o processo de uma forma singular, e lidar com este é uma experiência singular. Não há processos únicos.” (SIC)</p> <p>E63: “Não. Só o contacto com a realidade nos dá ferramentas para saber lidar com isso.” (SIC)</p> <p>E75: “Recebemos formação no sentido de cuidar a pessoa em fim de vida, sobre a morte e sobre o luto, mas não somos capacitados para lidar com a morte diariamente.” (SIC)</p> <p>E81: “Não, não há simulação prática.” (SIC)</p> <p>E104: “Não. Nada é comparável com o que nos deparamos na realidade, os livros muitas vezes romantizados em relação à dura prova diária que vivemos.” (SIC)</p> <p>E111: “Não, a realidade é muito mais do que se fala na faculdade.” (SIC)</p> <p>E115: “Não, pois há muitas questões que só podem ser respondidas/vivenciadas/trabalhadas na prática.” (SIC)</p>	
--	--	--	--

		<p>E183: “Não. Na realidade, nós muitas vezes não estamos preparados para o que realmente temos de fazer.” (SIC)</p> <p>E210: Não considero suficiente pois trata-se de situações que só vivenciadas é que podemos perceber o nosso comportamento e como devemos reagir.” (SIC)</p> <p>E215: “Porque a teoria não nos prepara para a vivência por vezes avassaladora que é ver um ser humano morrer.” (SIC)</p>	
	Sentimentos e emoções	<p>E53: “Não, pela necessidade de trabalhar as emoções sentidas pelo enfermeiro, a par do respeito que se deve manter ao cuidar do doente em processo de morte. Na altura, eram poucos os professores que refletiam connosco sobre as emoções e cuidar do doente em processo de morte não se resume aos cuidados ao corpo/cadáver, transcende os cuidados ao corpo.” (SIC)</p> <p>E68: “Não. São dados exemplos de contexto ideais... E normalmente os sentimentos vividos, a experiência e</p>	9

		<p>todo o processo é diferente para cada um de nós.” (SIC)</p> <p>E84: “Não. Serviu para saber o que fazer, mas nada nos prepara para como lidar com os sentimentos.” (SIC)</p> <p>E131: “Não, normalmente é uma área muito pouco discutida e de uma forma principalmente técnica não levando em conta as emoções que a experiência evoca ou como as gerir.” (SIC)</p> <p>E149: “Não, não se consegue com a teoria preparar o psicológico para a situação real.” (SIC)</p> <p>E165: “Não, sinto que a formação na gestão de emoções durante o processo de morte foi fraca.” (SIC)</p> <p>E167: “Não. Ensinam-nos a prestar cuidados, mas não nos ensinam a lidar com a morte.” (SIC)</p> <p>E182: “Não, porque não há literatura ou relatos de outros colegas que consigam exprimir o sentimento</p>	
--	--	--	--

		<p>quando vivenciamos o momento.” (SIC)</p> <p>E197: “Não. Não se aborda a “morte” sem medos, logo, acaba por ser muito limitado.” (SIC)</p>	
	Complexidade do tema	<p>E18: “Não, porque é uma área de cuidados muito exigente.” (SIC)</p> <p>E19: “Não. É uma área que devia ser abordada com mais especificidade, em especial o doente paliativo.” (SIC)</p> <p>E31: “Não!!! Tem de haver mais impacto na relação doente/enfermagem.” (SIC)</p> <p>E125: “Não. O doente terminal é um tema imenso, agora que trabalho em cuidados paliativos sinto necessidade de aprender muito mais para poder prestar melhores cuidados.” (SIC)</p> <p>E129: “Não é suficiente, uma vez que lidar com a morte implica vários fatores que deveriam ser abordados.” (SIC)</p> <p>E143: “Não, porque o processo de morte e luto é complexo e seria tema</p>	10

	<p>para uma abordagem mais pormenorizada.” (SIC)</p> <p>E158: “Insuficiente uma vez que a morte e o cuidar em fim de vida é muito mais abrangente do que aquilo que se aborda na teoria.” (SIC)</p> <p>E164: “Não, devido a ser um assunto que requer muita sensibilidade e cuidados muito específicos.” (SIC)</p> <p>E177: “Não, ninguém nos prepara para as perguntas que alguns doentes fazem, como por exemplo, EU VOU morrer?” (SIC)</p> <p>E209: “Não, é uma área muito vasta que requer formação contínua.” (SIC)</p>	
Não especifica o porquê da formação não ser suficiente	E5: “Não.” (SIC)	35
Formação suficiente	E6: “Sim, tive uma aula de 4 horas sobre a morte e o cuidado com o corpo, lembro como se fosse hoje e foi extremamente importante para sabermos o que enfrentaríamos na profissão.” (SIC)	26

		<p>E86: “Sim, foi em contexto de enfermagem em cuidados paliativos, que nos preparou para o cuidado em fim de vida, mostrando que a morte é a penúltima fase, pois a última será sempre o suporte á família e continuar os cuidados após a morte.” (SIC)</p> <p>E110: “Sim, em termos teóricos o que havia a ser ensinado foi. No entanto a morte toma uma outra dimensão quando vivenciada fora dos livros e da faculdade, é só vivendo a morte que a podemos entender e aprender sobre o seu processo.” (SIC)</p> <p>E122: “Disciplina + estágio em Cuidados Paliativos no 4 ano, bem como lidar com a morte no 1 e no 2 ano. Durante o curso (até ao 4 ano) achei pouco, mas a UC de Cuidados Paliativos ajudou muito a lidar com a morte. No entanto acho que nunca se está realmente preparado e que é um crescimento emocional que vamos fazendo já enquanto enfermeiros.” (SIC)</p> <p>E123: “Sim, foi suficiente principalmente durante os campos de estágio.” (SIC)</p>	
--	--	--	--

		<p>E124: “Sim, foi uma disciplina de semestre só sobre cuidados paliativos. Penso que se calhar mais umas horas sobre o tema teria sido bom, mas foi o suficiente.” (SIC)</p> <p>E173: “Sim, fiz um curso internacional de cuidados paliativos (UK) que é vocacionado para as necessidades do doente paliativo até à sua morte de uma forma holística, além de que nos ajuda a interpretar os sentimentos do doente e da família.” (SIC)</p>	
--	--	--	--

TABELA 3 – ACHA QUE FOI SUFICIENTE A FORMAÇÃO? PORQUÊ?

3.2.1.1 DISCUSSÃO REFERENTE À FORMAÇÃO

No âmbito da formação na Licenciatura em Enfermagem, achámos relevante perceber se os enfermeiros receberam formação relativamente aos cuidados ao doente terminal ou ao doente no processo de morte. Por esta ordem de ideias, foram seleccionados os enfermeiros que tinham respondido “sim” à respetiva questão, verificando-se assim se esta formação tinha sido ou não suficiente e porquê.

Desta forma, observámos através do questionário que as opiniões dos enfermeiros salientavam – falhas no conteúdo da formação, experiência no cuidar do doente, envolvimento de sentimentos/ emoções e complexidade do tema. Ainda assim, verificámos que alguns enfermeiros não especificaram o porquê de a formação ser suficiente e outros acharam que esta ia ao encontro de uma temática bem lecionada na licenciatura.

De forma a contextualizar a importância da formação no cuidar do doente terminal ou em processo de morte na licenciatura, Dias et al. (2014, p.80) refere que “A graduação em enfermagem, baseada nas diretrizes curriculares, visa formar profissionais generalistas, críticos-reflexivos, com foco em diversos cenários e a partir de temáticas que contemplam o viver humano. Assim, é necessário apoiar-se em abordagens ampliadas, não fragmentadas, as quais proporcionarão olhar atento às dimensões que envolvem o ser humano, entre elas, a morte”.

Na unidade de contexto “**Falhas no conteúdo de formação**” enquadrámos 62 unidades de enumeração em que os enfermeiros especificavam que a formação não ia ao encontro da experiência, existindo assim lacunas na temática teórico-prática, tais como, a abordagem na parte emocional, horas lecionadas, visão supérflua e simplificada do tema:

E3: “Não foi suficiente. Tive inclusive cadeira de cuidados paliativos, penso que foi tudo muito romantizado, nem toda a gente é bem paliada. Não falei também na altura da farmacologia em doente terminal, que é fulcral.” (SIC)

E9: “Não. Pouco tempo para a temática e pouca orientação.” (SIC)

E28: “Não foi suficiente, foram poucas horas, que não permitiram assimilar conhecimentos para aplicar na prática clínica.” (SIC)

E69: “Não. Superficialidade da abordagem que não nos prepara para acolher o sofrimento do outro.” (SIC)

E93: “Não. Devia-se investir em mais formação na área.” (SIC)

Na unidade de contexto “**Experiência**” foram submetidas 17 respostas na unidade de enumeração em que os enfermeiros especificavam que existe uma distinção entre a formação e a experiência profissional, uma vez que, muitos referem a teoria como sendo insuficiente quando comparada com a realidade na prestação de cuidados.

Maioritariamente, a experiência revela-se superior a qualquer formação lecionada uma vez que envolve uma prática minuciosa e uma singularidade na vivência do processo de morte. Desta forma, existe uma contextualização que envolve a individualidade do enfermeiro e a sua prática clínica.

Assim, de acordo com Santos et al. (2020, p. 49) “O processo de morte e morte são fenómenos difíceis de se aceitar, principalmente para os profissionais da saúde que durante toda sua formação académica tem o ensino/aprendizagem voltada para a cura e/ou restabelecimento da saúde. Vivenciar este processo, que é a única certeza da vida, ainda tem como produto sentimentos de ansiedade, medo e angústia, assim como o sentimento de fracasso profissional”. Neste sentido, verifica-se um encontro de ideias entre os autores e as seguintes opiniões:

E14: “Não... Até experienciar essa vivência, nenhuma teoria é suficiente.” (SIC)

E47: “Nunca é suficiente, porque cada caso é único e particular. Cada indivíduo vivência o processo de uma forma singular, e lidar com este é uma experiência singular. Não há processos únicos.” (SIC)

E75: “Recebemos formação no sentido de cuidar a pessoa em fim de vida, sobre a morte e sobre o luto, mas não somos capacitados para lidar com a morte diariamente.” (SIC)

E215: “Porque a teoria não nos prepara para a vivência por vezes avassaladora que é ver um ser humano morrer.” (SIC)

Relativamente à unidade de contexto referente aos “**Sentimentos/ Emoções**” foram submetidas 9 unidades de enumeração em que os enfermeiros especificavam que existe uma ligação forte, mas distinta, entre a formação e os sentimentos vivenciados em contexto profissional e pessoal. Neste sentido, constatámos alguns relatos que

demonstram que existe pouca reflexão no âmbito da licenciatura, relativamente às emoções que podem ou não fluir no cuidar do doente em processo de morte:

Desta forma, segundo Dias et al. (2014, p.83), garante que “(...) cabe ao docente e às instituições de ensino de enfermagem, o papel de proporcionar espaços para o debate e as reflexões ampliadas, revendo o paradigma instituído de que a morte é o rompimento da vida (...)” de modo que não seja verificada uma reflexão limitada e superficial, durante o leccionamento deste tema.

E53: “Não, pela necessidade de trabalhar as emoções sentidas pelo enfermeiro, a par do respeito que se deve manter ao cuidar do doente em processo de morte. Na altura, eram poucos os professores que refletiam connosco sobre as emoções e cuidar do doente em processo de morte não se resume aos cuidados ao corpo/cadáver, transcende os cuidados ao corpo.” (SIC)

E131: “Não, normalmente é uma área muito pouco discutida e de uma forma principalmente técnica não levando em conta as emoções que a experiência evoca ou como as gerir.” (SIC)

E197: “Não. Não se aborda a “morte” sem medos, logo, acaba por ser muito limitado.” (SIC)

Ainda assim, foi constatado a partir das opiniões dos enfermeiros que apesar de toda a formação existente nessa área, os sentimentos e a forma como cada um vivencia as diversas situações que ocorrem no quotidiano são diferentes uma vez que, cada enfermeiro manifesta o seu modo de ser, sentir e agir, representando assim a sua própria individualidade.

E68: “Não. São dados exemplos de contexto ideais... E normalmente os sentimentos vividos, a experiência e todo o processo é diferente para cada um de nós.” (SIC)

E182: “Não, porque não há literatura ou relatos de outros colegas que consigam exprimir o sentimento quando vivenciamos o momento.” (SIC)

Na unidade de contexto “**Complexidade do tema**” enquadrámos 10 unidades de enumeração, sendo que os enfermeiros remetem o cuidar do doente terminal e em processo de morte como uma área que exige especificidade e aprofundamento teórico, uma vez que o tema é complexo e manifesta uma determinada repercussão na prática de enfermagem:

Posto isto, o autor confirma a veracidade acima citada referindo que o processo de morte e a morte apresentam-se como fenómenos complexos, incertos e singulares. Neste caso, compete às licenciaturas em enfermagem proporcionar, aos discentes, ambientes favoráveis para a ampliação das perceções, reflexões e significados que compreendem a dinâmica do viver humano (Dias et al., 2014, p. 80).

De acordo com o mesmo autor, pode salientar-se a necessidade de aprofundamentos teóricos mais pormenorizados que, ampliem as possibilidades interativas e a compreensão de finitude sem, contudo, provocar uma nova rutura. Portanto, existe necessidade, de avançar-se em referenciais que permitam o (re)conhecimento dos fenómenos complexos que envolvem todo este processo de morte e morte do doente. Por esta ordem de ideias, a morte em si também compõe o processo do desenvolvimento humano e está presente no quotidiano dos profissionais de enfermagem, desde a sua formação (Dias et al, 2014, p. 82).

Contudo, não se pode culpabilizar os discentes desta lacuna formativa quanto às incertezas relacionadas com a temática e à falta de disponibilidade de horas por parte das instituições. Em suma, de acordo com o autor referido anteriormente, existe a necessidade de apreensão das possibilidades que favorecem o desenvolvimento do conhecimento acerca do tema e, conseqüentemente, que haja uma diminuição do grau de complexidade imposta na área referida.

E18: “Não, porque é uma área de cuidados muito exigente.” (SIC)

E129: “Não é suficiente, uma vez que lidar com a morte implica vários fatores que deveriam ser abordados.” (SIC)

E143: “Não, porque o processo de morte e luto é complexo e seria tema para uma abordagem mais pormenorizada.” (SIC)

E177: “Não, ninguém nos prepara para as perguntas que alguns doentes fazem, como por exemplo, EU VOU morrer?” (SIC)

Relativamente à unidade de contexto “**Não especifica o porquê da formação não ser suficiente**” enquadrámos 35 unidades de enumeração, sendo que esta corresponde aos enfermeiros que identificaram a formação como insuficiente, mas que, no entanto, não quiseram especificar o porquê, apesar de apresentarem uma visão negativa da respetiva formação:

E5: “Não.” (SIC)

Na unidade de contexto “**Formação suficiente**” envolvemos 26 unidades de enumeração, à qual obtivemos respostas de enfermeiros com opiniões positivas acerca da formação adquirida na licenciatura em enfermagem:

E86: “Sim, foi em contexto de enfermagem em cuidados paliativos, que nos preparou para o cuidado em fim de vida, mostrando que a morte é a penúltima fase, pois a última será sempre o suporte à família e continuar os cuidados após a morte.” (SIC)

E123: “Sim, foi suficiente principalmente durante os campos de estágio.” (SIC)

E124: “Sim, foi uma disciplina de semestre só sobre cuidados paliativos. Penso que se calhar mais umas horas sobre o tema teria sido bom, mas foi o suficiente.” (SIC)

Após a análise de todas as unidades de registo compatíveis com a questão aplicada no questionário, verificámos que maior parte dos enfermeiros assume que a formação não é suficiente comparativamente com aqueles que mantinham a opinião de que não existem lacunas na formação académica. Em suma, de acordo com o estudo de Santos et al. (2020, p. 51) “(...) evidencia-se a deficiência da formação académica de enfermeiros (...) frente à temática que envolve a terminalidade da vida e do processo que a cerca”.

3.2.2. SENTE-SE ADEQUADAMENTE TREINADO E CAPAZ DE CUIDAR DE UM DOENTE EM PROCESSO DE MORTE?

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
Treino adequado ao cuidar de um doente em processo de morte	Sim	E53: “Sim, atualmente, relacionado com os anos de experiência e pela reflexão sobre e na prática de cuidados, posso dizer que me sinto capaz de gerir as emoções (do doente e da sua família, bem como as minhas), o que me capacita para esse cuidado.” (SIC) E56: “Sim sinto, pela experiência.” (SIC) E66: “Infelizmente sim pois já passei por muitos processos desses.” (SIC) E73: “De momento sim... Quando acabei o curso não.” (SIC)	134

		<p>E77: “Adequadamente treinada não, mas capaz de cuidar sim.” (SIC)</p> <p>E96: “Já tenho alguma prática neste processo pois o serviço onde trabalho tenho uma unidade de conforto, mas ainda sinto que preciso de preencher várias lacunas neste tema.” (SIC)</p> <p>E104: “Neste momento posso afirmar que sim. Depois que muitos doentes morreram aos meus cuidados, não só os doentes em fase terminal como alguns com morte súbita não prevendo que um simples internamento traria esse desfecho.” (SIC)</p> <p>E118: “Sim, trabalho atualmente em cuidados paliativos e tenho formação avançada na área.” (SIC)</p> <p>E136: “Agora, com o decorrer dos anos e experiência adquirida, sinto mais preparada.” (SIC)</p> <p>E146: “Hoje com o tempo de serviço sim, no entanto cada situação é muito particular.” (SIC)</p>	
--	--	--	--

		<p>E172: “Sim, não propriamente pela formação adquirida, mas pela experiência que fui adquirindo ao longo do tempo.” (SIC)</p> <p>E177: “Sim, vamos aprendendo com a experiência, mas nunca estamos bem preparados a nível emocional.” (SIC)</p> <p>E181: “Sim. Por esforço pessoal, suporte e recursos de equipa e por formação específica no local de trabalho.” (SIC)</p> <p>E186: “Sim, mais bem capacitado pela experiência profissional e formação pós-laboral na área.” (SIC)</p> <p>E193: “Neste momento, sim, mas exige muito trabalho, dedicação e sensibilidade para tal.” (SIC)</p> <p>E211: “Cuidar do doente em processo de morte é um cuidado de enfermagem cujo objetivo é conforto. Ganha-se com a prática. Difere de serviço para serviço consoante os profissionais que temos.” (SIC)</p>	
--	--	--	--

	Não	<p>E29: “Não, pois exerço funções num internamento de psiquiatria, onde é raro o contacto com pessoas em processo de morte.” (SIC)</p> <p>E47: “Por vezes é difícil, e a nossa parte emocional não consegue libertar-se.” (SIC)</p> <p>E64: “Não, nem sempre.” (SIC)</p> <p>E93: “Não me sinto totalmente preparada.” (SIC)</p> <p>E111: “Não, há muitas técnicas que ainda não me encontro familiarizada.” (SIC)</p> <p>E124: “Não, penso que isso vem com a experiência e a maturidade que ainda está por vir com mais anos de trabalho.” (SIC)</p> <p>E199: “Emocionalmente não.” (SIC)</p> <p>E208: “Não me considero verdadeiramente capaz e treinada para tal.” (SIC)</p>	76
--	------------	---	----

	Dúvida	<p>E74: “Depende do grau de sofrimento do utente.” (SIC)</p> <p>E75: “Para cuidar de um doente em fim de vida sim, para lidar com a morte, não.” (SIC)</p> <p>E114: “Razoavelmente, porque cada caso é um caso...” (SIC)</p> <p>E131: “De forma geral, penso que sim. Não sou capaz de dar uma resposta final e objetiva, cada situação é única e as emoções vivenciadas e a nossa forma de as gerir também não é sempre a mesma.” (SIC)</p> <p>E137: “Não, poderia prestar cuidados de melhor qualidade nesta área se tivesse tido formação.” (SIC)</p> <p>E157: “Preparado é difícil dizer que sim, vão-se construindo estratégias de adaptação” (SIC)</p>	11
--	---------------	--	----

TABELA 4 – SENTE-SE ADEQUADAMENTE TREINADO E CAPAZ DE CUIDAR DE UM DOENTE EM PROCESSO DE MORTE

3.2.2.1 DISCUSSÃO REFERENTE À CAPACIDADE DE CUIDAR DE UM DOENTE EM PROCESSO DE MORTE

Para aprofundar o tema acerca de cuidar de um doente em processo de morte, incluímos no questionário uma questão direcionada aos enfermeiros cujo objetivo seria analisar se estes capacitados e adequadamente treinados para cuidar de um doente em processo de morte.

Assim sendo, de uma amostra total de 221 enfermeiros, 134 responderam que “**Sim**”, 76 responderam que “**Não**” e 11 manifestavam “**Dúvidas**” uma vez que esta questão dependia de vários fatores.

Para a unidade de contexto “**Sim**” obtivemos respostas de enfermeiros com diversas opiniões em que estes se sentem adequadamente treinados e capacitados para cuidar do doente em processo de morte mediante a experiência vivenciada, a gestão reflexiva de emoções e a contínua formação teórica:

A amostra analisada sugere que existe evidência na confirmação dos resultados obtidos. Segundo Oliveira et al. (2012, p.478) “(...) fica evidente que a experiência individual e pessoal exerce uma influência significativa no pensamento que cada um tem sobre a morte”.

Desta forma, podemos admitir que a prestação de cuidados, para ser considerada de forma efetiva, requer do enfermeiro não só o conhecimento teórico da patologia em si, mas, para além disso, a habilidade em lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao doente com ou sem possibilidade de cura. Ou seja, é preciso olhar para as necessidades não ditas, perceber o impercetível, compreender o que se oculta atrás das palavras, entender os processos de morte e morte, para que se torne capaz de auxiliar os doentes na sua finitude, pois o conhecimento insuficiente destes aspetos poderá levar a um distanciamento do doente como uma forma de proteção por não saber enfrentar tal situação, sendo assim considerado uma falha na prestação do cuidado singular/ integral que é tão ambicionado pela Enfermagem (Sousa et al., 2009).

E53: “Sim, atualmente, relacionado com os anos de experiência e pela reflexão sobre e na prática de cuidados, posso dizer que me sinto capaz de gerir as emoções (do doente e da sua família, bem como as minhas), o que me capacita para esse cuidado.” (SIC)

E136: “Agora, com o decorrer dos anos e experiência adquirida, sinto mais preparada.”
(SIC)

E172: “Sim, não propriamente pela formação adquirida, mas pela experiência que fui adquirindo ao longo do tempo.” (SIC)

E186: “Sim, mais bem capacitado pela experiência profissional e formação pós-laboral na área.” (SIC)

Relativamente à unidade de contexto “**Não**” obtivemos respostas que vão ao encontro de que os enfermeiros não se sentem preparados para cuidar de um doente em processo de morte, elegendo como fatores, a não experiência, a parte emocional que ainda não se encontra desenvolvida e falta de segurança/ conhecimento na realização das técnicas:

E29: “Não, pois exerço funções num internamento de psiquiatria, onde é raro o contacto com pessoas em processo de morte.” (SIC)

E47: “Por vezes é difícil, e a nossa parte emocional não consegue libertar-se.” (SIC)

E111: “Não, há muitas técnicas que ainda não me encontro familiarizada.” (SIC)

E208: “Não me considero verdadeiramente capaz e treinada para tal.” (SIC)

Por fim, na unidade de contexto “**Dúvida**” obtivemos respostas que sugerem a indecisão por parte dos enfermeiros, tendo em conta que algumas variáveis ainda não são possíveis de quantificar, tais como, o grau de sentimento envolvido na situação, o lidar com a morte,

a individualização da situação que está vivenciada e melhoria na qualidade da prestação dos cuidados:

E74: “Depende do grau de sofrimento do utente.” (SIC)

E75: “Para cuidar de um doente em fim de vida sim, para lidar com a morte, não.”
(SIC)

E131: “De forma geral, penso que sim. Não sou capaz de dar uma resposta final e objetiva, cada situação é única e as emoções vivenciadas e a nossa forma de as gerir também não é sempre a mesma.” (SIC)

E137: “Não, poderia prestar cuidados de melhor qualidade nesta área se tivesse tido formação.” (SIC)

Em suma, a investigação desenvolvida permitiu a verificação de que a grande parte dos enfermeiros envolvidos sentiam-se treinados e capazes de cuidar de um doente em processo de morte. No entanto, foi verificado ainda que alguns enfermeiros não se sentiam à vontade na prestação destes cuidados devido a fatores limitantes à prática de enfermagem.

Neste sentido, conforme Lopes, (2010, p.64) afirma, o ato de cuidar requer uma reflexão, uma intencionalidade, uma ação e uma procura de novos conhecimentos, que os ajudarão a descobrir novos meios do processo de cuidar durante a experiência de saúde/ doença, esperando-se resultados positivos e benéficos para o enfermeiro e doente.

3.2.3. QUAL O IMPACTO EMOCIONAL QUE A MORTE DE UM DOENTE TEM PARA SI?

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
Impacto emocional que a morte de um doente apresenta	Sentimentos/ Emoções positivas	<p>→ Empatia</p> <p>E53: “A morte de um doente causa sempre um impacto emocional; se assim não fosse, não poderia continuar a Cuidar do Outro. Para além do próprio doente existe uma família ou pessoas significativas, que também devem ser envolvidas neste processo, sempre que possível, através de uma comunicação eficaz e permitindo a sua presença, sempre que as condições o permitam. A situação pandémica teve um impacto negativo para este processo, porém, no serviço onde trabalho foi sendo possível envolver a família (afinal, cuidar da família é também cuidar do doente).” (SIC)</p> <p>E96: “É claro que nós ligamos sempre emocionalmente ao doente. O impacto emocional tem sempre a ver com o tempo de permanência do doente no serviço. Se já é um doente que esteve várias vezes internado no serviço.</p>	11

		<p>Quanto mais a ligação emocional mais o impacto emocional.” (SIC)</p> <p>E110: “Normalmente sou a primeira a dar ao doente a “autorização” para se deixar ir e morrer. Em termos pessoais para mim, o sentimento que me fica na maioria das vezes é compaixão pelo doente e pela família.” (SIC)</p> <p>E118: “Se já se esgotaram todas as intervenções possíveis e adequadas a este doente, em sintonia com os seus desejos e os da sua família, o sentimento é de compaixão na perda, mas também de dever cumprido.” (SIC)</p> <p>E151: “Faz sempre pensar na dignidade com que se morre e se o doente vivência a dor nesse momento, assim sendo, nenhuma morte nos passa ao lado.” (SIC)</p> <p>E189: “Tento fazer tudo para que o doente e a família recebam apoio, informação, disponibilidade, cuidados de conforto e respeito. Perceber que se fez tudo para acompanhar o doente e a família com dignidade ajuda-me a lidar com a morte.” (SIC)</p>	
--	--	--	--

		<p>→ Alívio</p> <p>E14: “Tristeza pelo sofrimento e alívio pelo doente.” (SIC)</p> <p>E28: “Se o fim de vida foi tranquilo, com sintomas controlados e acompanhado, dentro do possível, acaba por ser tranquilizante.” (SIC)</p> <p>E36: “Triste, mas um libertar de emoções. Ver que todo o sofrimento terminou.” (SIC)</p>	9
		<p>→ Aceitação</p> <p>E3: “Quando é esperada a morte e o doente é bem paliado, é algo natural, é a próxima fase.” (SIC)</p> <p>E35: “Visão da finitude humana.” (SIC)</p> <p>E37: “Aceito a morte como um processo da vida.” (SIC)</p> <p>E50: “Uma fase do ciclo de vida.” (SIC)</p> <p>E72: “É quando acompanhas devidamente o doente e família acabas por ficar com tudo resolvido.” (SIC)</p>	20

		<p>E77: “Se for conseqüente de doença crónica/terminal, é confortante saber que prestei os melhores cuidados possíveis à pessoa em questão. Contudo, é um misto de emoções, algumas boas outras menos boas, em todo o processo de morte da pessoa.” (SIC)</p> <p>E99: “Por decorrer de doença terminal, encaro com uma etapa natural.” (SIC)</p> <p>E100: “É um processo natural, pelo que se dado o conforto necessário, morrendo com dignidade, e possibilitando a presença da família... Todo o impacto emocional da morte é amenizado.” (SIC)</p> <p>E203: “Saber que fiz o melhor que sabia para minorar o sofrimento e ajudar numa morte digna, ajuda-nos a prosseguir.” (SIC)</p>	
		<p>→ Respeito</p> <p>E45: “Bastante duro, sempre um ato de amor e principalmente de respeito pela pessoa.” (SIC)</p> <p>E112: “Em contexto de um doente idoso com doença terminal, fico com alguma tristeza, o que é natural. Fico silenciosa</p>	3

	<p>em demonstração de respeito, mas também de certa forma aliviada na medida em que o doente já não está em sofrimento.” (SIC)</p> <p>E186: “Respeito pelo próximo, pela dor, pela família e pela sua perda...” (SIC)</p>	
	<p>→ Resiliência</p> <p>E193: “Introspeção pessoal, de objetivos de vida, do relacionamento de mim para mim e de mim para e com os outros. Reflexão profunda sobre a vida, sobre a morte e sobre a enfermagem.” (SIC)</p>	1
	<p>→ Gratidão</p> <p>E198: “A morte é um processo que faz parte da vida. Na maioria dos casos tem sido um privilégio acompanhar doentes e famílias nesse processo, é um trabalho desafiante, os medos são muitos, mas simultaneamente gratificante.” (SIC)</p>	1
Sentimentos/ Emoções Negativas	<p>→ Devastador</p> <p>E6: “Inicialmente, fazia-me muita impressão o facto de o doente morrer sozinho numa enfermaria, sem a família por perto. Quando estava de turno,</p>	7

		<p>muitas vezes fiz questão de segurar a mão e ouvir os últimos suspiros desses doentes.” (SIC)</p> <p>E23: “É sempre uma perda.” (SIC)</p> <p>E38: “A morte de um doente marca-me sempre, mas este último ano foi muito duro devido à pandemia. Estive destacada num serviço covid. Foi muito triste sentir que se podia ter feito mais pela aquela pessoa, dar-lhe mais dignidade, ser possível lá chegar, lá estar. É devastador.” (SIC)</p> <p>E91: “É sempre duro. Dependendo do tipo de ligação terapêutica estabelecida com doente e família pode ser devastador.” (SIC)</p> <p>E181: “É sempre devastador, essencialmente porque lido com crianças. Mesmo nas alturas em que a morte é anunciada e é aquilo que “é o melhor” para aquele ser humano, é um peso enorme e uma angústia suportar as famílias. Colocar um bebé/ criança ao colo dos pais para morrer, ou ajudá-los a carregá-los já mortos é indescritível.” (SIC)</p>	
--	--	--	--

		<p>→ Tristeza</p> <p>E2: “Tristeza, por vezes em determinadas situações sensação de impotência.” (SIC)</p> <p>E4: “Sinto-me sempre triste quando morre um doente de quem estou a cuidar.” (SIC)</p> <p>E7: “A morte dos doentes tem sempre um impacto negativo no meu estado de ânimo, independentemente de ser um final anunciado ou uma morte súbita.” (SIC)</p> <p>E10: “Muito grande, os meus doentes ficam muito tempo internados, passam a ser família.” (SIC)</p> <p>E13: “Depende da relação estabelecida. Muitas vezes de tristeza.” (SIC)</p> <p>E14: “Tristeza pelo sofrimento e alívio pelo doente.” (SIC)</p> <p>E25: “Tristeza, especialmente quando não se tem em conta o sofrimento associado ao encarniçamento terapêutico.” (SIC)</p>	48
--	--	---	----

	<p>E66: “É sempre triste e doloroso pois por muito que queiramos já não podemos fazer nada para evitar a morte.” (SIC)</p> <p>E172: “Cada doente é único e deixa a sua marca no nosso dia a dia, nos momentos em que lidamos com ele e vamos gerindo o seu processo de doença, de modo que a perda de um doente é sempre um momento infeliz.” (SIC)</p>	
	<p>→ Impotência</p> <p>E2: “Tristeza, por vezes em determinadas situações sinto uma sensação de impotência.” (SIC)</p> <p>E18: “Sinto impotência, às vezes, apenas tristeza. Por vezes, frustração.” (SIC)</p> <p>E27: “Incapacidade de fazer mais.” (SIC)</p> <p>E29: “Principalmente, suscita-me sentimentos de impotência.” (SIC)</p> <p>E33: “Fico com a sensação de que não fiz o suficiente para providenciar o melhor conforto na morte.” (SIC)</p>	34

	<p>E47: “Sentimentos de impotência perante uma situação irremediavelmente controlada.” (SIC)</p> <p>E69: “Por vezes fico triste com sentimentos de impotência por não poder contribuir mais para a recuperação da pessoa.” (SIC)</p>	
	<p>→ Frustração</p> <p>E3: “Quando não estão bem paliados é uma revolta enorme para com a equipa médica, das maiores frustrações, e estes sentimentos perseguem-nos para a vida pessoal.” (SIC)</p> <p>E118: “Se tenho a noção de que faltou algo ou a intervenção poderia ter sido diferente, pode causar alguma frustração.” (SIC)</p>	9
	<p>→ Revolta</p> <p>E69: “Revolta porque muitas vezes o diagnóstico é tardio, o que leva a que a recuperação já não seja possível.” (SIC)</p>	5

		<p>→ Habituação</p> <p>E8: “Ao fim de algum tempo acabamos por nos habituar a lidar com a morte.” (SIC)</p> <p>E17: “Ficamos anestesiados.” (SIC)</p> <p>E21: “Tem sempre impacto, mas ao fim de tantos anos, já consigo lidar melhor com essa situação.” (SIC)</p>	3
		<p>→ Desgaste</p> <p>E103: “Pela quantidade de mortes este ano. Existe um desgaste emocional muito grande.” (SIC)</p> <p>E184: “Desgaste emocional.” (SIC)</p>	6
		<p>→ Injustiça</p> <p>E30: “Desesperança, injustiça e vontade em adquirir novos conhecimento sobre cuidados de enfermagem com dignidade e conforto.” (SIC)</p>	1

		→ Angústia E100: “Mas existem mortes que por serem inesperadas e que por isso não são "preparadas", têm consequências emocionais mais evidentes, como sentimentos de stress, tristeza, angústia, insónias.” (SIC)	4
		→ Projeção E46: “Devido à idade e família, sofro de projeção.” (SIC) E58: “Elevado, faz-nos pensar nos nossos familiares e na finitude da vida.” (SIC) E62: “Confronto com a minha própria finitude.” (SIC)	4
		→ Raiva	1
		→ Vazio	3
		→ Ansiedade E142: “Ansiedade pela possibilidade de morte de pessoa próximas/familiares.” (SIC)	2

		→ Traumático	1
		→ Doloroso E104: “É o ciclo da vida, mas como desempenho funções numa unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos torna-se doloroso que lá vamos criando estratégias para nos restabelecer.” (SIC)	2
		→ Indiferença E6: “Depois de anos de profissão o impacto é pouco, principalmente se pude fazer algo importante para o doente e a família durante o processo.” (SIC) E15: “Depende das circunstâncias, mas normalmente nenhum.” (SIC) E84: “Não me afeta emocionalmente porque sei que fiz tudo para que morresse de forma digna e sem dor.” (SIC) E93: “Desde que o doente esteja confortável no processo de fim de vida, para mim é o mais importante.” (SIC)	7

	<p>E205: “Não me afeta a nível emocional. Tento sempre dar o meu apoio e cuidar o melhor que consigo da pessoa sem que deixe que me afete.” (SIC)</p>	
	<p>→ Dúvidas</p> <p>E3: “Depende. Se é inesperada, é sempre difícil e acaba por se pensar muito no assunto, se houve falhas, se não, o que poderia ter ocorrido se tivesse atuado de forma diferente.” (SIC)</p> <p>E49: “Depende do envolvimento que se cria com a família e doente. Algumas mortes têm bastante impacto, outras praticamente nenhum.” (SIC)</p> <p>E57: “Depende do doente/ sofrimento.” (SIC)</p> <p>E73: “O impacto depende de doente para doente, da forma como morre, da proximidade que tínhamos com eles e familiares.” (SIC)</p> <p>E110: “Depende do doente, há doentes que criamos mais afinidades que outros. Depende do tipo se uma morte expectável ou não. Depende do</p>	19

		<p>envolvimento da família no processo.” (SIC)</p> <p>E115: “É sempre frustrante cuidarmos de uma pessoa para a reabilitar para a vida e depois o desfecho ser a morte.” (SIC)</p> <p>E136: “Dependendo do tipo de relação que se cria com o doente e família, o impacto poderá ser maior e emocionalmente ser mais fraturante.” (SIC)</p>	
	Não quantificável	<p>E140: “Duro.” (SIC)</p> <p>E147: “Moderado.” (SIC)</p> <p>E154: “Intensidade.” (SIC)</p> <p>E159: “É elevado.” (SIC)</p> <p>E202: “Grande impacto emocional.” (SIC)</p>	20

TABELA 5 – QUAL O IMPACTO EMOCIONAL QUE A MORTE DE UM DOENTE TEM PARA SI

3.2.3.1 DISCUSSÃO REFERENTE AO IMPACTO EMOCIONAL NO ENFERMEIRO

Para aprofundar o tema acerca do impacto emocional, aplicámos uma questão no questionário acerca de “Qual o impacto emocional que a morte de um doente tem para si”. Desta forma, conseguimos compreender e identificar melhor os sentimentos/ emoções referidas pelos enfermeiros, sendo que estas foram traduzidas por positivas, negativas e não quantificáveis.

Na unidade de contexto “**Sentimentos/ Emoções positivas**” obtivemos 45 unidades de enumeração sendo que com os testemunhos dos enfermeiros, conseguimos observar diversos sentimentos/ emoções positivas, tais como, empatia, alívio, aceitação, respeito, resiliência e gratidão:

O enfermeiro antes de ser profissional de saúde é pessoa nas suas várias dimensões. Consequentemente, os sentimentos englobam a sua vida pessoal, interferindo na forma de estar e agir perante o universo exterior. As emoções e sentimentos, por consequência, conduzem o cuidar e a sua subjetividade que está presente nele (Diogo, 2006).

Assim segundo o autor citado acima, é através das emoções e sentimentos que expressamos os significados e sentidos que atribuímos às situações vivenciadas. Esta comunicação pode-se estabelecer a nível verbal ou não verbal, indicando os valores, os princípios que estão inerentes a cada pessoa como ser individual e único que é.

Por esta ordem de ideias, segundo Lopes et al. (2020) e de acordo com os seus estudos, uma das características de Enfermagem é lidar constantemente com os sentimentos e emoções, tanto do próprio profissional, como do doente, que surgem de forma inevitável como uma consequência direta do cuidado. Neste sentido, todo o cuidado é acionado pela emoção e pelos sentimentos, de forma perceptível quando o autor verifica no seu estudo através de entrevistas que, por mais difícil que seja vivenciar a finitude e a morte dos doentes, os enfermeiros tendem a sentir compaixão relativamente ao sentimento de dever cumprido, diante do doente que está em processo de morte e não tem mais medidas de cura.

E36: “Triste, mas um libertar de emoções. Ver que todo o sofrimento terminou.” (SIC)

E53: “A morte de um doente causa sempre um impacto emocional; se assim não fosse, não poderia continuar a Cuidar do Outro. Para além do próprio doente existe uma família ou pessoas significativas, que também devem ser envolvidas neste processo, sempre que possível, através de uma comunicação eficaz e permitindo a sua presença, sempre que as condições o permitam. A situação pandémica teve um impacto negativo para este processo, porém, no serviço onde trabalho foi sendo possível envolver a família (afinal, cuidar da família é também cuidar do doente).” (SIC)

E96: “É claro que nós ligamos sempre emocionalmente ao doente. O impacto emocional tem sempre a ver com o tempo de permanência do doente no serviço. Se já é um doente que esteve várias vezes internado no serviço. Quanto mais a ligação emocional mais o impacto emocional.” (SIC)

E110: “Normalmente sou a primeira a dar ao doente a “autorização” para se deixar ir e morrer. Em termos pessoais para mim, o sentimento que me fica na maioria das vezes é compaixão pelo doente e pela família.” (SIC)

E189: “Tento fazer tudo para que o doente e a família recebam apoio, informação, disponibilidade, cuidados de conforto e respeito. Perceber que se fez tudo para acompanhar o doente e a família com dignidade ajuda-me a lidar com a morte.” (SIC)

E193: “Introspeção pessoal, de objetivos de vida, do relacionamento de mim para mim e de mim para e com os outros. Reflexão profunda sobre a vida, sobre a morte e sobre a enfermagem.” (SIC)

Relativamente à unidade de contexto “**Sentimentos/ Emoções negativas**” obtivemos 156 unidades de enumeração, onde identificámos diversos sentimentos/ emoções negativas, tais como, tristeza, devastador, impotência, frustração, revolta, habituação, desgaste, injustiça, angústia, projeção, raiva, vazio, ansiedade, traumático, doloroso, indiferença e de dúvida:

Através do nosso estudo verificámos que existe complementaridade entre os sentimentos/emoções identificados nas respostas dos enfermeiros e a temática desenvolvida pelos autores Lima & Júnior (2015) que consideram o processo de morte e morte como um tema complexo que pode gerar diferentes reações nos profissionais de saúde desenvolvendo assim, sentimentos de frustração, perda, impotência, stress e culpa. No entanto, outros profissionais vêem este processo como algo natural, podendo inclusive criar uma barreira ou ficarem indiferentes face a este processo.

Segundo o autor anteriormente citado, o processo de morte e morte de um doente despertam sentimentos de medo, raiva, impotência e insegurança, estando mais relacionado à perda e à separação do que a um processo natural da vida. Consequentemente, a não aceitação deste processo como parte do ciclo de vida relaciona-se com o medo do desconhecido, uma vez que ninguém sabe o que acontece após a morte. Desta forma, verifica-se a existência de um grande sofrimento moral por parte dos enfermeiros diante o desenvolvimento da sensação de impotência e fracasso, concebidos automaticamente como fortes sentimentos que impedem os enfermeiros de exercer a sua função de forma adequada através de um atendimento individualizado e humanizado de acordo com a complexidade de cada patologia. Posto isto, limita-se muito mais a potencialidade humana do doente, acabando por reduzir ainda mais a qualidade de vida do mesmo e amplia a potencialização de sentimentos que geram conflitos nos próprios profissionais de saúde (Lima & Mendes, 2021).

E2: “Tristeza, por vezes em determinadas situações sensação de impotência.” (SIC)

E6: “Inicialmente, fazia-me muita impressão o facto de o doente morrer sozinho numa enfermaria, sem a família por perto. Quando estava de turno, muitas vezes fiz questão de segurar a mão e ouvir os últimos suspiros desses doentes.” (SIC)

E8: “Ao fim de algum tempo acabamos por nos habituar a lidar com a morte.” (SIC)

E18: “Sinto impotência, às vezes, apenas tristeza. Por vezes, frustração.” (SIC)

E38: “A morte de um doente marca-me sempre, mas este último ano foi muito duro devido à pandemia. Estive destacada num serviço covid. Foi muito triste sentir que se podia ter feito mais pela aquela pessoa, dar-lhe mais dignidade, ser possível lá chegar, lá estar. É devastador.” (SIC)

E100: “Mas existem mortes que por serem inesperadas e que por isso não são "preparadas", têm consequências emocionais mais evidentes, como sentimentos de stress, tristeza, angústia, insónias.” (SIC)

E172: “Cada doente é único e deixa a sua marca no nosso dia a dia, nos momentos em que lidamos com ele e vamos gerindo o seu processo de doença, de modo que a perda de um doente é sempre um momento infeliz.” (SIC)

Por último, na unidade contexto “**Não quantificável**” verificámos 20 unidades de enumeração. Nesta categoria, os enfermeiros desenvolveram respostas que não são possíveis de quantificar em nenhuma outra categoria, uma vez que não são quantificáveis, tais como:

E140: “Duro.” (SIC)

E147: “Moderado.” (SIC)

E154: “Intensidade.” (SIC)

E159: “É elevado.” (SIC)

E202: “Grande impacto emocional.” (SIC)

Em suma, através desta análise de dados verificámos que a maior parte dos enfermeiros identificaram sentimentos negativos comparativamente com os sentimentos positivos, relativos ao impacto emocional que a morte de um doente representa para os mesmos.

Portanto, de acordo com o autor Fratezi & Gutierrez (2011), os recursos pessoais de enfrentamento são extremamente importantes na avaliação subjetiva do cuidar, pois predizem se a experiência será vivida de forma positiva ou negativa, o que terá influência direta sobre a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

3.2.4. REFIRA QUAIS AS DIFICULDADES SENTIDAS NO CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE E NO RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
Dificuldades sentidas no cuidar da pessoa em processo de morte e na relação com a família	Proporcionar conforto ao doente/ família	E1: “Se o doente estará confortável no seu final e se podia fazer mais alguma coisa para que a transição fosse tranquila.” (SIC) E2: “Não conseguir em todas as situações proporcionar o conforto e a dignidade que a pessoa merece.” (SIC) E19: “Decidir quando saber parar e abordar medidas de conforto.” (SIC) E29: “Confortar a pessoa e a família.” (SIC)	17

		<p>E47: “Conseguir confortar a pessoa sem demonstrar sentimento de pena e consternação por não conseguir resolver a situação.” (SIC)</p> <p>E49: “Garantir que a pessoa está confortável a nível físico e emocional. Raramente é possível conseguir dar alta para a pessoa morrer em casa, no entanto quase todos desejam isso.” (SIC)</p> <p>E69: “Muitas vezes não saber o que dizer para dar conforto.” (SIC)</p> <p>E89: “Conforto do doente e acolhimento à família.” (SIC)</p>	
	<p>Aceitação do processo de morte pelo doente/ família</p>	<p>E3: “Aceitação da pessoa e principalmente das famílias.” (SIC)</p> <p>E9: “Por vezes, a consciencialização do processo no doente.” (SIC)</p> <p>E50: “Famílias mal preparadas e acompanhadas, medo de confrontar a família com a dura realidade.” (SIC)</p>	<p>18</p>

		<p>E62: “Explicar que o mais importante é valorizar a vontade do doente e a qualidade de vida.” (SIC)</p> <p>E95: “Quando a pessoa morre sem ninguém para se despedir, ou seja, está sozinha, e por mais que se explique à família que foi devido à pandemia, estes não compreendem e consegue sentir-se uma grande tristeza nos seus olhos.” (SIC)</p> <p>E97: “Na maior parte das vezes, não existe consciência que a pessoa não aceita a sua condição.” (SIC)</p> <p>E104: “É difícil preparar os pais para a morte iminente dos seus filhos, principalmente se for recém-nascido ou devido a um acidente no caso dos pediátricos. Se for uma criança já com doença crónica, os pais aos poucos vão-se preparando e vão-se despedindo sempre com o nosso apoio e ajuda.” (SIC)</p> <p>E190: “Pessoa desconhece que vai morrer ou não aceita.” (SIC)</p>	
--	--	---	--

		E194: “Realizar os últimos desejos dos doentes, preparar o doente para a morte.” (SIC)	
	Sem dificuldades no cuidar	E6: “Não tinha dificuldades particulares, sempre tentei dar o maior conforto e apoio.” (SIC)	8
	Abordagem Terapêutica	E7: “Pela abordagem terapêutica, por vezes, não estar ajustada à fase terminal do doente.” (SIC) E10: “Medicação adequada e saber quando parar.” (SIC) E50: “Inexistência de meios não farmacológicos para controlo de sintomas.” (SIC) E74: “Receio da futilidade terapêutica.” (SIC)	7
	Lidar com os sentimentos do doente/ família	E8: “Este último ano foi especialmente difícil devido ao Covid19. Lidar com os sentimentos ao presenciar famílias a despedirem-se dos entes queridos.” (SIC) E12: “Aliviar o sofrimento e gerir as emoções das famílias.” (SIC)	28

		<p>E14: “O envolvimento emocional inevitável em doentes crónicos.” (SIC)</p> <p>E77: “Gestão emocional, não só perante a pessoa como também perante os familiares.” (SIC)</p> <p>E84: “Sentimento de desesperança do utente e família.” (SIC)</p>	
	Comunicação de más notícias	<p>E9: “A comunicação da más notícias à família.” (SIC)</p> <p>E69: “Gerir os silêncios...” (SIC)</p> <p>E83: “Não saber lidar com o facto da não possibilidade de cura e como transmitir isso à pessoa em fim de vida, com tranquilidade e compaixão.” (SIC)</p> <p>E152: “Encontrar as palavras certas.” (SIC)</p> <p>E170: “Ter de dizer à família que o seu ente querido vai partir.” (SIC)</p> <p>E177: “Encontrar as palavras certas para participar no processo de</p>	21

		aceitação da pessoa relativamente à própria morte.” (SIC)	
	Dificuldade em obter o pensamento de dever cumprido	E14: “Pensar o que mais poderia ter feito para reverter a situação em doentes agudos.” (SIC)	11
	Aceitação do processo de morte pelo enfermeiro	<p>E16: “Lidar com o fim da vida.” (SIC)</p> <p>E18: “Lidar com a minha própria mortalidade e dificuldade em lidar com o sofrimento.” (SIC)</p> <p>E38: “Lidar com o sofrimento do outro, sentir-me impotente, não conseguir confortar.” (SIC)</p> <p>E45: “A não aceitação de alguns colegas com a morte.” (SIC)</p> <p>E93: “Observar o "degradar" da pessoa.” (SIC)</p> <p>E146: “Saber que não conseguimos superar a situação e que a morte é inevitável.” (SIC)</p>	15

	<p>Gestão de tempo</p>	<p>E17: “A falta de tempo para estar. É preciso tempo para o doente e para a família.” (SIC)</p> <p>E26: “São muitas vezes as condições e ambiente de trabalho que não nos dão tempo para estar disponível para o doente.” (SIC)</p> <p>E36: “Estar a 100% para o doente, para este não morrer sozinho.” (SIC)</p> <p>E46: “Falta de tempo para acompanhar com qualidade, poder estar presente sem ser para responder a uma necessidade física.” (SIC)</p> <p>E67: “Falta de tempo para um acompanhamento digno.” (SIC)</p> <p>E90: “A falta de disponibilidade completa por outras obrigações de trabalho.” (SIC)</p>	<p>16</p>
	<p>Comunicação entre a equipa multidisciplinar</p>	<p>E19: “Por vezes a comunicação entre equipa médica.” (SIC)</p> <p>E45: “A equipa médica, que não está 24h com o doente, muitas vezes</p>	<p>6</p>

		<p>não aceita de bom agrado a nossa opinião.” (SIC)</p> <p>E112: “A discórdia com a equipa médica: quando são propostas intervenções não adequadas para um doente em fase terminal ou fim de vida, sendo que estas vão causar sofrimento desnecessário ao doente; ou quando não têm conhecimento da melhor abordagem terapêutica paliativa para o utente (por vezes temos que lutar por uma prescrição de uma morfina ou mais).” (SIC)</p> <p>E164: “Comunicação com os médicos (devido à falta de sensibilidade dos mesmo num processo de cuidados paliativos e de prescrição de medicação paliativa).” (SIC)</p>	
	<p>Aliviar/ Controlar os sintomas</p>	<p>E28: “Controlo de sintomas insuficiente.” (SIC)</p> <p>E32: “Alívio da dor.” (SIC)</p> <p>E60: “A dificuldade é ver um doente a sofrer e não poder fazer nada para aliviar o sofrimento da pessoa.” (SIC)</p>	<p>20</p>

		<p>E63: “Dificuldade em perceber se existe dor/ como aliviar sem ser com medicação.” (SIC)</p> <p>E71: “Dificuldade em aliviar sofrimento.” (SIC)</p> <p>E76: “Lidar com a dor, inquietação e gemido.” (SIC)</p> <p>E111: “A melhor forma do doente não ter dor e estar o mais confortável possível, principalmente quando é um doente que não comunica e que não está orientado.” (SIC)</p>	
	Gestão de recursos	<p>E33: “Falta de condições materiais, não conseguir individualizar preferências e cuidados, restrição de visitas.” (SIC)</p> <p>E35: “Condições estruturais e algumas vezes humanas.” (SIC)</p> <p>E39: “A incapacidade de proporcionar uma presença mais frequente de familiares.” (SIC)</p>	14

		<p>E72: “Falta de recursos humanos e materiais para confortar o utente e família.” (SIC)</p> <p>E192: “Impossibilidade da presença de familiares quando desejada.” (SIC)</p>	
	Ansiedade sentida pelo enfermeiro	E44: “Ansiedade.” (SIC)	1
	Falta de conhecimentos por parte do enfermeiro	<p>E50: “Falta de conhecimento do controlo da dor.” (SIC)</p> <p>E54: “Saber que há situações em que todo o nosso conhecimento é insuficiente para acalmar o doente.” (SIC)</p>	2
	Falta de formação profissional	<p>E50: “Falta de formação dos profissionais de saúde nesta área.” (SIC)</p> <p>E79: “Falta de formação/informação.” (SIC)</p> <p>E216: “Educação/treino profissional e adaptação pessoal em cuidar pessoas em fim de vida.” (SIC)</p>	3

	Gestão das emoções vivenciadas pelo enfermeiro	<p>E53: “Para mim, a maior dificuldade prende-se com a gestão das emoções, porque a dor do outro também tem impacto em nós. É importante refletir sobre isso, tanto quanto possível em equipa, fomentando a aprendizagem.” (SIC)</p> <p>E63: “Levar a pessoa em pensamento para casa.” (SIC)</p> <p>E64: “Pensar na família e lembrar-me do meus e pensar em como me sentiria” (SIC)</p> <p>E91: “O distanciamento emocional que é necessário para não sofrer todas as mortes de forma pessoal.” (SIC)</p> <p>E101: “A injustiça da morte em pessoas mais jovens faz-me sentir impotente no cuidar.” (SIC)</p> <p>E103: “Desgaste emocional.” (SIC)</p> <p>E109: “A morte com dignidade e sem sofrimento é ainda uma miragem. Muitas vezes por falta de sensibilidade dos profissionais de</p>	26
--	---	---	----

		<p>saúde. É essa a maior dificuldade.” (SIC)</p> <p>E115: “Lidar com as minhas próprias emoções e lembranças de quem cuidei e morreu (familiar).” (SIC)</p> <p>E136: “Conseguir separar o profissional do pessoal. Por vezes estabelecemos paralelismos com a nossa própria vida pessoal.” (SIC)</p> <p>E151: “Gerir as próprias emoções e por vezes afastar um pouco os sentimentos.” (SIC)</p> <p>E187: “Distanciamento emocional versus empatia.” (SIC)</p>	
	<p>Gestão de cuidados</p>	<p>E55: “Distinguir os cuidados básicos/necessário dos desnecessários.” (SIC)</p> <p>E58: “Deixar de investir na vida daquela pessoa.” (SIC)</p> <p>E112: “Por vezes definir qual a melhor abordagem custo benefício para o utente (ex. utente precisa de</p>	<p>6</p>

		oxigénio para melhor conforto respiratório, mas este retira)” (SIC) E117: “Saber quando parar, investimento vs. distanásia.” (SIC) E124: “A distinção de quando procedimentos invasivos podem ser benéficos para a pessoa ou não.” (SIC)	
	Proporcionar dignidade à morte do doente	E172: “Atribuir dignidade ao processo de morte são sem dúvida os maiores desafios.” (SIC)	2

TABELA 6 – REFIRA QUAIS AS DIFICULDADES SENTIDAS NO CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE E NO RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA

3.2.4.1 DISCUSSÃO REFERENTE ÀS DIFICULDADES SENTIDAS NO CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE E RESPETIVA FAMÍLIA

De forma a abordar as dificuldades sentidas pelo enfermeiro no que toca ao cuidar de um doente, inserimos uma questão no questionário referente às “Dificuldades sentidas no cuidar da pessoa em processo de morte e no relacionamento com a família”. Desta forma, conseguimos identificar as seguintes unidades de contexto – proporcionar conforto ao doente/ família, aceitação do processo de morte pelo doente/ família, sem dificuldades no cuidar, abordagem terapêutica, lidar com os sentimentos do doente/ família, comunicação de más notícias, dificuldade de obter o pensamento de dever cumprido, aceitação do processo de morte pelo enfermeiro, gestão de tempo, comunicação entre a equipa

multidisciplinar, avaliar/ controlar os sintomas, gestão de recursos, ansiedade sentida pelo enfermeiro, falta de conhecimentos por parte do enfermeiro, falta de formação profissional, gestão das emoções vivenciadas pelo enfermeiro, gestão de cuidados e proporcionar dignidade à morte do doente.

Neste sentido, segundo Moreira (2014, p.22), os enfermeiros quando confrontados com o cuidar de doentes em processo de morte, sentem, muitas vezes, dificuldades em lidar com a situação devido à complexidade da relação entre o enfermeiro – doente – família.

Segundo o autor referido anteriormente, este refere que as dificuldades sentidas pelo enfermeiro se centram em responder às necessidades efetivas do doente, sendo esta um maior enfoque no suporte do alívio da dor. Posto isto, na relação de ajuda procuram respeitar o caráter único do doente, de forma a minimizar a possibilidade de sofrer *burnout*.

Desta forma, existe uma fonte de profundo sofrimento e de angústia para os enfermeiros, que se verifica no desenvolvimento de atividades, no que diz respeito ao cuidar e lidar com os doentes/ familiares que estão a lidar com o processo de morte. Dependendo do nível de envolvimento dos profissionais de saúde no ato de cuidar do doente neste processo, pode existir a manifestação de sentimentos/ emoções diversificadas, que podem, às vezes, dar origem a comprometimentos psíquicos (Sant’Ana et al., 2013).

Posto isto, identificámos várias unidades de contexto de acordo com as respostas obtidas no questionário, das quais as categorias onde se verificou maior impacto nas dificuldades sentidas pelo enfermeiro foram:

“Proporcionar conforto ao doente” – 17 unidades de enumeração:

E2: “Não conseguir em todas as situações proporcionar o conforto e a dignidade que a pessoa merece.” (SIC)

E19: “Decidir quando saber parar e abordar medidas de conforto.” (SIC)

E29: “Confortar a pessoa e a família.” (SIC)

E47: “Conseguir confortar a pessoa sem demonstrar sentimento de pena e consternação por não conseguir resolver a situação.” (SIC)

Segundo Oliveira et al. (2010), o tratamento de doentes portadores de doença sem possibilidade de cura, tem como o objetivo a melhoria da qualidade de vida e conforto do mesmo e da respetiva família. Para esta prestação de cuidados é preconizado o desenvolvimento de escuta ativa relativamente às necessidades referidas pelo doente/família, a comunicação efetiva para as orientações e decisões terapêuticas entre os profissionais de saúde, o doente e a família, bem como, a utilização de meios farmacológicos para o controlo da dor e dos sentimentos como a angústia e ansiedade que resultam e permanecem no processo de morte e morte. Desta forma, através desta prática entende-se a morte como uma parte da vida e não ocorre negação do seu momento.

“Aceitação do processo de morte pelo doente/ família” – 18 unidades de enumeração:

E50: “Famílias mal preparadas e acompanhadas, medo de confrontar a família com a dura realidade.” (SIC)

E62: “Explicar que o mais importante é valorizar a vontade do doente e a qualidade de vida.” (SIC)

E97: “Na maior parte das vezes, não existe consciência que a pessoa não aceita a sua condição.” (SIC)

E190: “Pessoa desconhece que vai morrer ou não aceita.” (SIC)

Conforme Almeida (2017, p.54-55) afirma, “O conhecimento sobre o seu estado clínico e a evolução da doença permite à pessoa atribuir um significado aos sintomas, alterando o modo como encara e se adapta ao longo do processo de doença. Diminui os níveis de ansiedade e dúvidas e melhora a comunicação com a família e profissionais, para além de

promover a sua participação no processo de tomada de decisão” (Frias, 2008; Chaves et al., 2016).

Relativamente à participação da família no processo de tomada de decisão do doente, os enfermeiros devem ter em conta a realização de ensinamentos “de conhecimentos e habilidades para uma efetiva colaboração conjunta na prestação de cuidados ao doente em agonia, esclarecendo eventuais dúvidas, dificuldades, medos sentidos, dando-lhes assim o apoio necessário” (Moreira, 2014, p.47)

Em suma, é importante ter em conta a inclusão da família no lidar e aceitar o doente em processo de morte, uma vez que, pode contribuir para aceitação por parte do doente preservando assim uma possível melhoria no desenvolvimento de ferramentas de enfrentamento neste processo.

“Lidar com os sentimentos do doente/ família” – 28 unidades de enumeração:

E8: “Este último ano foi especialmente difícil devido ao Covid19. Lidar com os sentimentos ao presenciar famílias a despedirem-se dos entes queridos.” (SIC)

E12: “Aliviar o sofrimento e gerir as emoções das famílias.” (SIC)

E77: “Gestão emocional, não só perante a pessoa como também perante os familiares.” (SIC)

E84: “Sentimento de desesperança do utente e família.” (SIC)

Conforme Messias (2005) afirma que, o diagnóstico de uma doença grave pode desencadear na família mudanças drásticas de papéis e alteração de atitudes e comportamentos na procura de estratégias para enfrentar os problemas e adaptar-se a essas mudanças. Existem diversos aspetos da doença que são suscetíveis de desencadear reações emotivas intensas e prolongadas (Ferrari & Kaloustian, 2002, p.16).

Desta forma, segundo Meixedo (2014, p.25) afirma, “a incerteza em relação ao futuro, ao sofrimento e dor física, a dependência, a perda do controlo sobre os acontecimentos, os efeitos secundários dos tratamentos, a recorrência da doença, e os problemas da separação e da morte, são alguns dos aspetos com maior impacto psicológico” (Cardoso et al., 2009, p. 9).

“Comunicação de más notícias” – 21 unidades de enumeração:

E69: “Gerir os silêncios...” (SIC)

E83: “Não saber lidar com o facto da não possibilidade de cura e como transmitir isso à pessoa em fim de vida, com tranquilidade e compaixão.” (SIC)

E152: “Encontrar as palavras certas.” (SIC)

E177: “Encontrar as palavras certas para participar no processo de aceitação da pessoa relativamente à própria morte.” (SIC)

Conforme Moreira (2014, p.66-67) afirma “(...) existem sem dúvida barreiras e dificuldades na comunicação principalmente quando se trata de questões do fim da vida. Estas só podem ser ultrapassadas através do treino de competências e habilidades comunicacionais por parte dos profissionais de saúde. As tecnologias utilizadas neste campo de atuação são o espaço e o tempo, sendo ferramentas de trabalho fundamentais, as palavras e a escuta ativa. Surgem assim situações de comunicação complexas em cuidados paliativos, que podemos considerar como problemáticas e que incluem a comunicação de uma má notícia, a conspiração do silêncio, a negação e a agressividade, entre outras” (Barbosa & Neto, 2010).

Segundo Moreira (2014, p.67), as más notícias podem ser extremamente stressantes para o profissional de saúde que as comunica. Conforme o autor anteriormente citado “A evidência mostra que quem comunica más notícias experiência fortes emoções, com ansiedade, sente um fardo de responsabilidade e medo de uma resposta negativa por parte

do doente e sua família. Esta situação pode conduzir a uma certa relutância em comunicar más notícias, evitar discutir informações angustiantes ou transmitir um falso otimismo ao doente e sua família que os podem predispor à depressão” (National Council for Hospice & Specialist Palliative Care Services, 2003).

Em suma, de acordo com Almeida (2017, p.56), uma comunicação aberta e sincera, permite à pessoa a expressão de sentimentos e a criação de uma relação terapêutica. Quando esta relação se estabelece, os doentes sentem segurança perante o profissional de saúde para verbalizarem anseios, medos e dúvidas e participarem com este no estabelecimento de um plano de cuidados personalizado e que responda às necessidades da pessoa em fim de vida.

“Aceitação do processo de morte pelo enfermeiro” – 15 unidades de enumeração:

E18: “Lidar com a minha própria mortalidade e dificuldade em lidar com o sofrimento.” (SIC)

E38: “Lidar com o sofrimento do outro, sentir-me impotente, não conseguir confortar.” (SIC)

E93: “Observar o "degradar" da pessoa.” (SIC)

E146: “Saber que não conseguimos superar a situação e que a morte é inevitável.” (SIC)

A morte de um doente causa grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipa envolvida no seu cuidado, em especial para o profissional de enfermagem (Sant’Ana et al., 2013). Neste sentido, o modo como o enfermeiro compreende o conceito de morte e a forma como relaciona este conceito com a sua própria existência, as suas vivências pessoais e/ou perdas anteriores influenciarão a sua atuação perante a morte de

um doente em fim de vida, podendo manifestar dificuldades pessoais de adaptação ao processo da morte. (Fão, 2014, p.45)

Perante um doente que atravessa um processo de doença crónica, progressiva e incurável, a necessidade de cuidar intensifica-se, mas ao mesmo tempo o profissional de enfermagem é confrontado com determinadas dificuldades e necessidade de ordem física, psicológica, social e espiritual que acabam por interferir no processo de cuidados (Moreira, 2014, p.171).

De acordo com o autor acima citado, na análise de conteúdo realizada é oportuno destacar que os enfermeiros quando confrontados com a morte de uma pessoa, experienciam um conjunto de sentimentos/ emoções, que os confronta com a finitude e limitação do seu próprio *self*, o que condiciona a relação de ajuda que estabelece com o doente e a respetiva família. Desta forma, existe um desenvolvimento do sofrimento para o profissional de saúde, acabando este por sentir dificuldades em lidar com a dimensão psico-emocional e espiritual quer do doente, quer da família. Para colmatar estas dificuldades relacionais, o autor verificou através dos discursos dos enfermeiros, que estes adotam estratégias de *coping* como a preferência em evitar a situação, a fuga, a abstração, a conspiração do silêncio e a aceitação da morte como positiva, como forma de evitar o envolvimento profundo com o doente e a sua família, e consequentemente, o seu sofrimento advindo desta relação.

“Aliviar e controlar os sintomas” – 20 unidades de enumeração:

E28: “Controlo de sintomas insuficiente.” (SIC)

E60: “A dificuldade é ver um doente a sofrer e não poder fazer nada para aliviar o sofrimento da pessoa.” (SIC)

E71: “Dificuldade em aliviar sofrimento.” (SIC)

E76: “Lidar com a dor, inquietação e gemido.” (SIC)

Conforme Cogo et al. (2020) afirma, a morte é temida e pouco discutida pelos profissionais de saúde e apesar de alguns avanços sobre o processo de finitude, este ainda é um conhecimento insuficiente para a maioria dos profissionais, os quais apresentam dificuldade não só em gerir os sinais e sintomas dos doentes em fim de vida, mas também de decidir quais os cuidados que devem ser mantidos e retirados, por serem considerados fúteis, conforme a necessidade do doente em processo de finitude (Hansen, 2009).

Desta forma, os enfermeiros focam-se essencialmente no controlo dos sintomas, com vista a preservar a qualidade de vida até ao fim. Os cuidados de enfermagem visam à promoção do conforto e são voltados maioritariamente para a higiene, alimentação, tratamentos e analgesia. Observando-se assim, as necessidades de diminuição do sofrimento e consequentemente o aumento do conforto (Avanci et al., 2009).

Conforme o autor citado anteriormente, o alívio da dor pela administração de analgesia, é um procedimento realizado durante todo o processo do doente, uma vez que se trata de um direito humano básico e, portanto, não é considerado apenas uma questão clínica, mas também um dilema ético que envolve todos os profissionais de saúde.

Neste sentido, de acordo com o mesmo autor, o enfermeiro muitas vezes trata a dor não só pela implementação da prescrição médica que tem acesso, mas também pelo contacto humano e apoio psicológico, ou seja, a dor que não pode ser solucionada com analgesia, é amenizada ou controlada através destas ações. Em suma, é essencial que haja um preparo adequado dos enfermeiros para o controlo da dor e outros sintomas, sendo este uma estratégia fundamental, pois os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais frequentemente avaliam a dor.

“Gestão de emoções vivenciadas pelo enfermeiro” – 26 unidades de enumeração:

E53: “Para mim, a maior dificuldade prende-se com a gestão das emoções, porque a dor do outro também tem impacto em nós. É importante refletir sobre isso, tanto quanto possível em equipa, fomentando a aprendizagem.” (SIC)

E63: “Levar a pessoa em pensamento para casa.” (SIC)

E91: “O distanciamento emocional que é necessário para não sofrer todas as mortes de forma pessoal.” (SIC)

E151: “Gerir as próprias emoções e por vezes afastar um pouco os sentimentos.” (SIC)

Segundo Moreira (2014, p.178), os enfermeiros referem que sentem dificuldade em dar uma resposta eficaz às necessidades biopsicossociais e espirituais do doente, sendo as de carácter psicológico, afetivo, emocional e espiritual as que lhes causam maior constrangimento. De acordo com o autor anteriormente citado, Parece (2010) identificou no seu estudo que os enfermeiros sentem dificuldade em atender às necessidades da pessoa em fim de vida, principalmente às necessidades de cariz emocional e que implicam uma comunicação mais assertiva. Constatou-se que os últimos momentos do doente são experienciados com elevada intensidade e têm um papel crucial no processo de morrer. Deste modo, os enfermeiros devem procurar dar sentido ao seu próprio sofrimento, ultrapassando as suas próprias dificuldades e aceitando os seus próprios limites enquanto seres humanos. É através deste crescimento e amadurecimento pessoal e profissional que os enfermeiros se tornam capazes de cuidar de forma holística do doente que vivencia a iminência da sua morte, ajudando-o a viver esta fase da sua vida com a maior intensidade possível, a preservar a sua esperança e dignidade, a construir um sentido face à situação e restabelecer a sua integridade existencial (Moreira, 2014, p.194).

De forma a concluir a análise realizada para identificar as dificuldades sentidas pelo enfermeiro no cuidar do doente em processo de morte e no relacionamento com a família, verificámos que existe concordância entre os resultados analisados e as temáticas abordadas pelos diversos autores acima referidos.

De modo a salientar a importância do cuidado dos enfermeiros, segundo Markus (2017), estes realizam a interface entre a equipa multidisciplinar e os respetivos familiares, para proporcionar ao doente o respeito à condição humana e à de qualidade de vida, do controlo da dor e dos sintomas, além de manter a preocupação com o conforto, apoio, cuidado humanizado e comunicação.

3.2.5. EM QUE MEDIDA CONSIDERA QUE CUIDAR DO DOENTE EM PROCESSO DE MORTE AFETA A SUA VIDA PESSOAL?

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
Implicações no cuidar do doente em processo de morte que afeta a vida pessoal	Não implica	<p>E21: “Acaba por nos fazer crescer como ser humano... Não sinto que afete a vida pessoal, essa está separada da vida profissional.” (SIC)</p> <p>E23: “Fica a lembrança, mas não afeta a vida pessoal diretamente. Apenas em casos súbitos em serviço de INEM, poderá deixar-me mais pensativa.” (SIC)</p> <p>E26: “Não afeta a minha vida pessoal.” (SIC)</p> <p>E36: “Nenhuma. Temos de ter a capacidade de dividir emoções e sentimentos. Não podendo de forma alguma que interfira com vida pessoal. Arranjando estratégias.” (SIC)</p> <p>E90: “Conscientemente não afeta, mas talvez nos torne mais exigentes.” (SIC)</p> <p>E96: “Não afeta. Consigo gerir o processo de morte de um doente.” (SIC)</p>	56

		<p>E110: “Não afeta de forma notável. Poderá causar stress por ver um ser humano sofrer. Mas não mais que isso. No final das contas não podemos sentir todas as dores de todos os nossos doentes terminais ou em fim de vida. E por isso “desligamos” essa parte de nós.” (SIC)</p> <p>E129: “Não afeta a minha vida pessoal, contudo, seria importante ter mais ferramentas para lidar com este processo.” (SIC)</p> <p>E145: “Não afeta, apenas acrescenta! É um privilégio poder sentir que ajudamos alguém a morrer dignamente!!” (SIC)</p> <p>E188: “Não sinto que afeta a minha vida pessoal. Sinto-me tocada no momento, tenho alturas na vida em que me vou recordando de alguns desses doentes, mas penso que apesar das dificuldades sentidas perante estas situações, tenho bem presente que a morte faz parte da vida e que é inevitável o facto de me permitir sentir aquela perda e aquela dor exteriorizando-a, seja com lágrimas, seja com palavras, ajuda a que eu</p>	
--	--	---	--

		consiga lidar melhor e cuidar melhor!!!” (SIC)	
	Implica	<p>E2: “Por muito que me tente abstrair de determinadas situações e criar barreiras e limites profissionais, estas situações mudam a minha forma de estar no mundo, logo consequentemente a minha vida pessoal é afetada.” (SIC)</p> <p>E6: “100%. Minha mãe faleceu há muitos anos de cancro, eu tinha 18 anos. Não tive nenhum apoio para esse processo. Por isso sempre fui muito dedicada ao paciente e ao familiar nesse momento.” (SIC)</p> <p>E7: “Afeta negativamente na medida em que o estado de espírito quando se regressa a casa após o trabalho não é o mais positivo.” (SIC)</p> <p>E8: “Muda um pouco a nossa maneira de ver a vida, ficamos mais distantes e inevitavelmente frios.” (SIC)</p> <p>E10: “Não se consegue fazer uma cruz e não levar essas emoções para casa.” (SIC)</p>	135

		<p>E14: “Tento separar as duas vertentes, mas é inevitável não sentir tristeza e partilhá-la com o núcleo familiar.” (SIC)</p> <p>E18: “Exige de mim muito trabalho interno, lidar com as minhas emoções que por vezes, entram em conflito.”</p> <p>E28: “Afeta positivamente, porque me ajuda a valorizar a vida de outra forma.” (SIC)</p> <p>E38: “Sou um ser humano e é claro que me afeta, mas tenho estratégias para evitar que a morte de um doente me transtorne de um forma patológica. Desabafo muito com os colegas e família, normalmente ao fim de alguns dias a dor desvanece.” (SIC)</p> <p>E45: “Deixamos mais frios, às vezes somos mesmo apelidados de sem sentimentos, o que não é verdade, apenas colocamos uma capa para nos proteger.” (SIC)</p> <p>E49: “Somos confrontados diariamente com a realidade de que todos iremos morrer e existem mortes muito difíceis de aceitar</p>	
--	--	--	--

		<p>principalmente quando a dor é sofrimento físico e emocional são enormes. Lidar com a morte afeta, mas é importante sabermos falar com os colegas e ter estratégias para não carregar um "peso" grande para casa.” (SIC)</p> <p>E50: “Criando um sentimento de impotência em situações de agonia ou problemas familiares. Quando os doentes criam uma ligação com os profissionais afirmando que é com certa pessoa que preferem falecer ou partir de mão dada conosco.” (SIC)</p> <p>E58: “Quantas vezes trazemos no pensamento essas situações? Aumenta o stress e acabamos por "descarregar" em quem está próximo e não teve culpa de nada.” (SIC)</p> <p>E62: “Afeta sempre que tenho aspetos com os quais me identifico com o doente/família; sempre que sinto que as famílias/doentes não conseguem atingir o ponto de aceitação do processo de doença e conseqüentemente a morte; e quando não são capazes de fazer as pazes entre eles.” (SIC)</p>	
--	--	---	--

		<p>E83: “Em tudo, transponho e imagino se fosse eu ou alguém que eu amo na mesma situação. Isso causa-me uma grande dor e conflitos internos.” (SIC)</p> <p>E181: “Ao final de 12 anos, achamos que não nos afeta a vida pessoal, mas o desgaste é real. A mudança de humor, a apatia... ajuda que a minha equipa sempre faz <i>debriefings</i> destas situações e esse é um espaço fundamental para nos exprimirmos e explorarmos sentimentos e evitar ir a remoer no assunto para casa. Ajuda ter alguém em casa compreensivo e disposto a ouvir ou só consolar. Numa das <i>debriefings</i> há pouco tempo dizíamos.... é ok ficar <i>upset</i>, nada do que fazemos nestas situações é normal. Somos pessoas e somos incríveis.” (SIC)</p> <p>E193: “De uma forma geral, de maneira positiva, na medida em que me permite repensar a minha própria vida, sentido da mesma e por tudo o que sou naquilo que faço.” (SIC)</p> <p>E194: “Na medida em que me sinto frustrada por não conseguir realizar os últimos desejos doentes. É muito</p>	
--	--	--	--

		difícil e doloroso para mim transmitir más notícias e isso acaba por me deixar triste. Sinto que na licenciatura deveríamos ser muito mais bem preparados para a morte.” (SIC)	
	Possibilidade de implicar ou não	<p>E3: “Há mortes que não me afetam, fizemos tudo o que podíamos e é o culminar. O problema é quando não se verifica isso, e há repercussões para a nossa vida pessoal, menos paciência, descargas emocionais a quem não as merece, isolamento social. Há de tudo um pouco, embora no geral eu consiga que isto não afete a minha vida pessoal de uma forma que afete as minhas relação interpessoais.” (SIC)</p> <p>E75: “O cuidar da pessoa em processo de morte não me afeta a nível pessoal, mas o cuidar do corpo da pessoa sem vida afeta a 100% a minha vida pessoal.” (SIC)</p> <p>E109: “Se o processo decorre em paz para o doente e família é a sensação de cumprir uma missão. Se o processo decorre com sofrimento e revolta é difícil digerir.” (SIC)</p>	11

	Respostas não quantificáveis	E27: “Faz-me ter vontade em aproveitar.” (SIC) E57: “A vivência da morte faz com que esteja mais ligada à vida.” (SIC) E94: “Muito importante.” (SIC) E98: “É ensinamento.” (SIC)	19
--	---	--	----

TABELA 7 – EM QUE MEDIDA CONSIDERA QUE CUIDAR DO DOENTE EM PROCESSO DE MORTE AFETA A SUA VIDA PESSOAL

3.2.5.1. DISCUSSÃO REFERENTE ÀS IMPLICAÇÕES DO CUIDAR DO DOENTE EM PROCESSO DE MORTE

De modo a perceber como é que o cuidar do doente em processo de morte pode ou não implicar impacto na vida pessoal do enfermeiro, colocámos a seguinte questão “Em que medida considera que cuidar do doente em processo de morte afeta a sua vida pessoal” de forma a perceber se este processo tem impacto na vida do enfermeiro definimos como unidades de contexto as seguintes categorias – se a mesma implica, não implica, a possibilidade de ter os dois sentimentos presentes numa determinada situação ou, por fim, se não é possível obter uma resposta quantificável.

Neste sentido, devido à complexidade do tema e devido aos enfermeiros não conseguirem, por vezes, lidar com os sentimentos/ emoções da melhor forma, verifica-se que existe dificuldade no que toca ao sentir e expressar os seus sentimentos relativamente à morte e, conseqüentemente, desenvolvem um processo de vivência de medo acerca desta. Assim sendo, os enfermeiros não conseguem lidar com o luto dos seus doentes e na maior parte das vezes, esta atitude é realizada de forma inocente e utilizada como mecanismo de defesa para excluir as suas dificuldades em perceber o processo de morte,

desenvolvendo assim, uma postura firme e insensível ao olhar do outro (Sant’Ana et al., 2013).

Posto isto, segundo Lima & Mendes (2021), as vivências dos enfermeiros perante a finitude podem causar adoecimento do profissional de saúde e prejudicar a sua vida pessoal e ocupacional. Considerando que, ainda prevalecem os sentimentos negativos na assistência ao doente, passa a existir a necessidade de a primordialidade do enfermeiro entender e gerir as suas emoções, para além da funcionalidade no cuidar onde a perspetiva é a recuperação do doente ou a otimização do restante tempo de vida do mesmo.

Em suma, segundo Sousa et al. (2009), a morte de um doente causa grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipa envolvida no seu cuidado, em especial para o enfermeiro. Ou seja, o modo como o enfermeiro compreende o conceito de morte, bem como a forma que relaciona este conceito com o seu próprio existir e as suas vivências pessoais de perdas anteriores dentro e fora do âmbito profissional, são aspetos que irão influenciar a sua atuação diante da morte.

Através da análise dos dados obtidos relativamente à questão colocada aos enfermeiros, observou-se que maior parte destes garante que o cuidar do doente em processo de morte tem implicações na sua vida pessoal. Posto isto, identificámos assim 135 unidades de enumeração que visam esta implicação e 11 unidades de enumeração para a possibilidade de implicar ou não.

Na unidade de contexto “**Implica**”:

E2: “Por muito que me tente abstrair de determinadas situações e criar barreiras e limites profissionais, estas situações mudam a minha forma de estar no mundo, logo consequentemente a minha vida pessoal é afetada.” (SIC)

E8: “Muda um pouco a nossa maneira de ver a vida, ficamos mais distantes e inevitavelmente frios.” (SIC)

E14: “Tento separar as duas vertentes, mas é inevitável não sentir tristeza e partilhá-la com o núcleo familiar.” (SIC)

E38: “Sou um ser humano e é claro que me afeta, mas tenho estratégias para evitar que a morte de um doente me transtorne de um forma patológica. Desabafo muito com os colegas e família, normalmente ao fim de alguns dias a dor desvanece.” (SIC)

E45: “Deixamos mais frios, às vezes somos mesmo apelidados de sem sentimentos, o que não é verdade, apenas colocamos uma capa para nos proteger.” (SIC)

E49: “Somos confrontados diariamente com a realidade de que todos iremos morrer e existem mortes muito difíceis de aceitar principalmente quando a dor é sofrimento físico e emocional são enormes. Lidar com a morte afeta, mas é importante sabermos falar com os colegas e ter estratégias para não carregar um "peso" grande para casa.” (SIC)

E181: “Ao final de 12 anos, achamos que não nos afeta a vida pessoal, mas o desgaste é real. A mudança de humor, a apatia... ajuda que a minha equipa sempre faz *debriefings* destas situações e esse é um espaço fundamental para nos exprimirmos e explorarmos sentimentos e evitar ir a remoer no assunto para casa. Ajuda ter alguém em casa compreensivo e disposto a ouvir ou só consolar. Numa das *debriefings* há pouco tempo dizíamos.... é ok ficar *upset*, nada do que fazemos nestas situações é normal. Somos pessoas e somos incríveis.” (SIC)

Na unidade de contexto “**Possibilidade de implicar ou não**”:

E3: “Há mortes que não me afetam, fizemos tudo o que podíamos e é o culminar. O problema é quando não se verifica isso, e há repercussões para a nossa vida pessoal, menos paciência, descargas emocionais a quem não as merece, isolamento social. Há de tudo um pouco, embora no geral eu consiga que isto não afete a minha vida pessoal de uma forma que afete as minhas relação interpessoais.” (SIC)

E109: “Se o processo decorre em paz para o doente e família é a sensação de cumprir uma missão. Se o processo decorre com sofrimento e revolta é difícil digerir.” (SIC)

Em suma, segundo Lima & Júnior (2015), reforça-se a importância de o enfermeiro estudar a morte, pois isto possibilita uma ajuda no que toca ao lidar com a sua presença constante, permitindo assim um preparo pessoal e profissional de forma a reduzir o stress e a ansiedade, ao discutir e conviver diariamente com estas situações de grande sofrimento, proporcionando ao profissional de saúde a elaboração e o esclarecimento das suas preocupações face ao desconhecido.

CONCLUSÃO

Através da interligação entre o enquadramento teórico e a investigação realizada concluímos que os objetivos traçados inicialmente foram ao encontro do que era pretendido com este estudo.

Assim sendo, obtivemos o conhecimento acerca das opiniões dos enfermeiros que consentiram fazer parte do nosso questionário e, conseqüentemente, identificámos os seguintes resultados:

- Formação académica insuficiente.
- Se os enfermeiros se sentem suficientemente treinados e capazes de cuidar de um doente em processo de morte.
- O impacto emocional que a morte de um doente tem para o enfermeiro.
- As dificuldades sentidas no cuidar da pessoa em processo de morte e no relacionamento com a respetiva família.
- Em que medida o enfermeiro considera que cuidar de um doente em processo de morte afeta a sua vida pessoal.

A metodologia utilizada para a obtenção deste estudo revelou-se ser a mais adequada uma vez que, permitiu um delineamento rigoroso e detalhado para a sua realização, demonstrando assim, da melhor forma, uma descrição das características que remetem para a aquisição das respostas dos enfermeiros cuja o objetivo é responder à questão inicialmente levantada “Qual é o impacto emocional vivenciado pelos enfermeiros no que toca ao cuidar do doente no processo de morte?”.

Na realização da monografia final de licenciatura, achámos pertinente o desenvolvimento deste tema uma vez que, apesar da complexidade do mesmo, este fez parte do nosso quotidiano em ensino clínico enquanto alunas de enfermagem e levantou inúmeras questões, tanto em âmbito académico como pessoal. Deste modo, a existência de um pensamento crítico fez com que retratássemos este tema de forma a obter respostas mais concretas por parte dos enfermeiros que mantêm uma experiência profissional mais ativa

e, de certa forma, uma experiência pessoal mais desenvolvida. Neste contexto, apesar de existir uma consciencialização entre a pessoa que somos e o profissional de saúde que pretendemos ser, este estudo demonstrou ser um caminho complicado para gerir alguns conflitos de ideias que foram surgindo com a análise das respostas obtidas pelos enfermeiros. No entanto, temos presente que as características humanas podem vir a ser modificadas pela forma como cada um vivencia o processo de morte e morte, e que é necessário existir respeito pela individualidade de cada um.

Como maior limitação ao estudo em causa, consideramos que a maior dificuldade sentida na realização da monografia final de licenciatura, foi a gestão de tempo e o tratamento de dados que era necessário para a conclusão da nossa questão levantada, uma vez que, conciliar a nossa vida pessoal e académica demonstrou ser um verdadeiro desafio. No entanto, é de salientar que o nosso estudo teve um resultado extremamente positivo comparativamente com as nossas expectativas, no que toca ao questionário realizado e às respostas obtidas pelos enfermeiros.

De uma forma geral, como contribuições do nosso estudo para a área de enfermagem definimos como principais ferramentas a desenvolver, de forma contínua, na prática do enfermeiro:

- Visão acerca do doente em processo de morte e da morte.
- Comunicação efetiva com o doente, família e equipa multidisciplinar.
- Inserção e relacionamento com a família neste processo.
- Gestão de sentimentos/ emoções, de forma que, não interfira tanto na vida pessoal como profissional do enfermeiro.
- Melhoria contínua da formação teórica que se torna insuficiente apenas com a licenciatura.

Em suma, através da investigação realizada, pretendemos que os enfermeiros sintam que não estão sozinhos nas suas vivências e que muitos deles partilham exatamente da mesma opinião. Desta forma, garante assim um apoio fundamental na modalidade de

enfermagem e um desenvolvimento contínuo com base na diversificação e na partilha de opiniões.

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

(Florence Nightingale, 1871, p.6)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Almeida, C. S. J. R. G. (2018). Satisfação das necessidades de cuidado em fim de vida: percepção do doente e do enfermeiro (Doctoral dissertation).
- 📖 Amaral, C. M. (2014). O impacto da dor crónica no sistema familiar: a perspetiva de profissionais de enfermagem (Master's thesis), 3-25. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27205/1/TESE%20-%20Carolina%20Amaral.pdf>
- 📖 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=-JivBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&ots=ceUM1-QEy8&sig=9_g6rbkq-r5q9vBRLqCACcJILWI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- 📖 Araujo, J., & Leitão, E. (2014). A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, 11(2). Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8943/6836>
- 📖 Avanci, B. S., Carolindo, F. M., Góes, F. G. B., & Cruz Netto, N. P. (2009). Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. Escola Anna Nery, 13, 708-716. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/b4JLHPJdQfkrQWfFHMMy4Pfm/?lang=pt&format=pdf>
- 📖 Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- 📖 Brêtas, J. R. D. S., Oliveira, J. R. D., & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04>
- 📖 Cabral, T. D. J. V. (2015). A qualidade dos cuidados de enfermagem em Timor-Leste (Doctoral dissertation). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10772>

- 📖 Campelos, I.C.S.F. (2006). A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde, Monografia apresentada para obtenção do grau de licenciada em Psicologia Social e do Trabalho, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1012/2/Monografia.pdf>
- 📖 Chagas, A. T. R. (2000). O questionário na pesquisa científica. *Administração online*, 1(1). Disponível em: https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1255609/mod_resource/content/0/O_questi_onariona_pesquisacientifica.pdf
- 📖 Cogo, S. B., da Silva, K. R., Sehnem, G. D., Reisdorfer, A. P., Ilha, A. G., Malheiros, L. C. S., ... & Badke, M. R. (2020). O profissional de Enfermagem diante do processo de morte e morrer do doente em fase final de vida. *Research, Society and Development*, 9(7), e764974752-e764974752. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4752>
- 📖 Cruz, C. D. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagn. tratamento*, 21(3), 106-108. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf
- 📖 De Enfermagem, C. F. (2004). Código de ética dos profissionais de enfermagem. *ConScientiae Saúde*, 3, 131-137
- 📖 de Lima Lopes, M. F. G., de Melo, Y. S. T., de Lucena Santos, M. W. C., Oliveira, D. A. L., & Maciel, A. M. S. B. (2020). Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude. *Revista Ciência Plural*, 6(2), 82-100.
- 📖 De Lima, M. J. (2005). O que é enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 10(1).
- 📖 Dias, M. V., Backes, D. S., Barlem, E. L. D., Backes, M. T. S., Lunardi, V. L., & Souza, M. H. T. D. (2014). Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções à luz do pensamento complexo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35, 79-85. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/KDsY97bqjzbt6VZHtyHPWf/?lang=pt&format=html>
- 📖 Dornfeld, R. L., & Gonçalves, J. R. L. (2021). Desafios do cuidado de enfermagem frente à morte: reflexões sobre espiritualidade. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9, 281-291.

- 📖 dos Santos Lima, R., & Júnior, J. A. C. (2015). O processo de morte e morrer na visão do enfermeiro. *Revista Ciência & Saberes-UniFacema*, 1(1), 25-30. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/13/8>
- 📖 dos Santos, C. T. A., Miranda, S. D. S., Freitas, K. D. O., & Vasconcelos, E. V. (2020). Percepção de acadêmicos de enfermagem sobre o processo morte e morrer: implicações na formação profissional. *Enfermagem em Foco*, 11(3). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3243/888>
- 📖 Fão, M. D. C. D. S. (2014). As Experiências do enfermeiro perante o processo de morrer em cuidados continuados (Master's thesis). Disponível em: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1195/3/Maria_Fao.pdf
- 📖 Fernandes, Maria de Fátima Prado, & Komessu, Janete Hatsuko. (2013). Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (1), 250-257. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100032>.
- 📖 Figueiredo, M.C. (1997, janeiro). Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. *Sinais Vitais*, 21, 19-22.
- 📖 Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, 23(3), 1-8. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2e3f/21ddfb6113def7fca2427f4ae0788322117c.pdf>
- 📖 Frade, F. (2018). Doenças Oncológicas/Cancro. *ESSATLA*, 23/02. Moodle ESSATLA.
- 📖 Fratezi, F. R., & Gutierrez, B. A. O. (2011). Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & saúde coletiva*, 16, 3241-3248. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XnZpFwTPnkRY3y8ySwPqDvz/abstract/?lang=pt>
- 📖 Gonçalves, Â. C. R. (2014). Comunicação de más notícias a pessoas com doença oncológica: a necessidade de implementar a (bio) ética na relação: um estudo exploratório (Doctoral dissertation).

- 📖 Guerra, S. T., Prochnow, A. G., Trevizan, M. A., & Guido, L. A. (2011). O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 362-369. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200019>
- 📖 Gutierrez, B. A. O., & Ciampone, M. H. T. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19, 456-461. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/mrKwrQCgsgG6zwzPzRvhXrd/abstract/?lang=pt>
- 📖 Horta, W. D. A. (1968). Conceito de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2(2), 1-5.
- 📖 <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- 📖 <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- 📖 <https://docente.ifrn.edu.br/andreacosta/desenvolvimento-de-pesquisa/tecnicas-de-coletas-de-dados-e-instrumentos-de-pesquisa>
- 📖 https://sites.unisantia.br/teiadosaber/apostila/matematica/ELABORACAO_DE_UM_PROJETO_DE_PESQUISA-Ines2808.pdf
- 📖 Lima, A. C. F., & Mendes, P. N. (2021). O impacto biopsicossocial em enfermeiros frente ao processo De morte e morrer de pacientes terminais. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(33).
- 📖 Lima, C. (2005). Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. *Medicina interna*, 12(1), 6-10. Disponível em: https://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_06-10.pdf
- 📖 Lima, M.E. (2006). O enfermeiro na equipa de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.
- 📖 Lima, R. D., Borsatto, A. Z., Vaz, D. C., Pires, A. C. D. F., Cypriano, V. D. P., & Ferreira, M. D. A. (2017). A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. *REME rev. min. enferm*, 21. Disponível em: www.reme.org.br/exportar-pdf/1178/e1040.pdf
- 📖 Markus, L. A., Betiulli, S. E., Souza, S. J. P., Marques, F. R., & Migoto, M. T. (2017). A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos. *Rev Gestão Saúde [Internet]*, 17(1), 71-81. Disponível em:

<https://www.herrero.com.br/files/revista/file808a997f5fc0c522425922dc99ca39b7.pdf>

- 📖 Martins, J. C. (2008). O direito do doente à informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal.
- 📖 Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.
- 📖 Martins, M. D. C. D. A. (2003). Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Millenium*, 28. Disponível: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/602/1/SITUA%c3%87%c3%95ES%20INDUTORAS%20DE%20STRESS%20NO.pdf>
- 📖 Meixedo, A. P. C. (2014). Cuidados de enfermagem à família do doente em fim de vida (Master's thesis).
- 📖 Messias, D. X. (2005). A experiência da família frente ao idoso com câncer. (Dissertação apresentada à Escola de Ribeirão Preto). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.
- 📖 Monachino, M. (2019). Primeiros passos em epidemiologia aplicada. Declaração de Helsínquia, ESSATLA, 09/10. Moodle ESSATLA.
- 📖 Moreira, T. A. R. D. B. (2014). Vivências dos enfermeiros no processo de cuidar do doente em agonia (Master's thesis). Disponível em: <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1190>
- 📖 Moura, Adaene, Lunardi, Rosaline, Volpato, Rosa, Nascimento, Vagner, Bassos, Tayla, & Lemes, Alisséia. (2018). Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 17-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0198>
- 📖 Nunes, L. (2006). Justiça, poder e responsabilidade: articulação e medições nos cuidados de enfermagem. Loures: Lusociência.
- 📖 Oliveira, E. S., Agra, G., Morais, M. F., Feitosa, I. P., Gouveia, B. D. L. A., & Costa, M. M. L. (2016). O processo de morte e morrer na percepção de académicos de enfermagem. *Rev enferm UFPE online [Internet]*, 10(5), 1709-16.

- 📖 Oliveira, S. G., Quintana, A. M., & Bertolino, K. C. O. (2010). Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 1077-1080.
- 📖 Oliveira, S. G., Quintana, A. M., Budó, M. D. L. D., Lüdtke, M. F., Cassel, P. A., Wottrich, S. H., & Ferreira, C. B. (2012). Significados de morte e morrer no curso de enfermagem: um relato de experiência. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(2), 472-479. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3493/3776>
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de boa prática*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- 📖 Organisation Mondiale de la Santé. (1988). *Apprendre ensemble pour oeuvrer au service de la santé. Rapport d'un group d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personel de santé. La formation en equipe. OMS (série de rapports techniques, 769)*. Genève.
- 📖 Organização Mundial de Saúde. (2004). Disponível em www.afro.who.int.
- 📖 Pereira, A.M.T.S.S.J. (2013). *Morte em contexto hospitalar: vivências dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESEnfC. Disponível em:
- 📖 Pereira, I. M. G. (2011). *A dor no Exercício Profissional do Enfermeiro, num Serviço de Urgência: processo de tomada de decisão, fatores inibidores e estratégias de melhoria*, Tese de Mestrado apresentada à ESEP no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica, Escola Superior de

- Enfermagem do Porto. Disponível em:
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9240/1/DISSERTAÇÃO%20DE%20MESTRADO%20_A%20DOR%20NA%20PRÁTICA%20PROFISSIONAL%20DO%20ENFERMEIRO%20DE%20URGÊNCIA_%20Isabel%20Pereira.pdf
- 📖 Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 739-744. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/SZLhTQGYxHDZKfdzZDBhRPS/abstract/?lang=pt#>
- 📖 Prado, R. T., Leite, J. L., Silva, Í. R., & Silva, L. J. D. (2019). Comunicação no gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte e morrer. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/3ZbjJPqGHbbgpycfMMS9r9N/abstract/?lang=pt>
- 📖 Ramos, N. (2008). Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas. João Pessoa. Editora Universitária UFPB
- 📖 Rauen, F. J. (2012). Pesquisa científica: discutindo a questão das variáveis. SIMFOP: Santa Catarina. Disponível em:
http://linguagem.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/eventos/simfop/artigos_IV%20sfp/_F%C3%A1bio_Rauen.pdf
- 📖 Ream, E. (2000). Information and education for patients and families. In Kearney, N., Richardson, A., Giulio, P. D. *Cancer Nursing Practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 📖 Rigotti, M. A., & Ferreira, A. M. (2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq ciênc saúde*, 12(1), 50-4. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf
- 📖 Salum, M. E. G., Kahl, C., da Cunha, K. S., Koerich, C., dos Santos, T. O., & Erdmann, A. L. (2017). Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. *Rev Rene*, 18(4), 528-535.
- 📖 Sant'Ana, R. S. E., Santos, E. R., de Oliva Menezes, T. M., Pereira, Á., & de Santana, M. T. B. M. (2013). A prática assistencial do enfermeiro frente ao processo de morte e morrer: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7(3), 919-927.

- 📖 Santos, M. A. D., & Hormanez, M. (2013). Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2757-2768. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232013001700031&script=sci_abstract
- 📖 Silva Júnior, F. J. G. D., Santos, L. C. D. S., Moura, P. V. D. S., Melo, B. M. S., & Monteiro, C. F. D. S. (2011). Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, 64, 1122-1126.
- 📖 Silva, F. G., & de Oliveira, I. B. O ENLACE ENTRE A HISTÓRIA E A ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Escritas do sensível*.
- 📖 Sousa, D. M. D., Soares, E. D. O., Costa, K. M. D. S., Pacífico, A. L. D. C., & Parente, A. D. C. M. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 18, 41-47.
- 📖 Teixeira Prado, R., Leite, J. L., Silva, Í. R., Johanson da Silva, L., & Aparecida Barbosa de Castro, E. (2018). Processo de morte/morrer: condições intervenientes para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2005.pdf
- 📖 Tojal, A. P. L. (2011). Atitude do enfermeiro perante a morte - Doctoral dissertation, Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESEnfC. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24176&code=762>
- 📖 W. F. Baile, R. Buckman, R. Lenzi, G. Gloger, E. A. Beale, A. P. Kudelka (2000). SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. *The Oncologist* PP. 1- 1

APÊNDICES

APÊNDICE I – CARTA DE COMISSÃO DE ÉTICA

À Comissão de Ética da

Escola Superior de Saúde da Atlântica

Barcarena, 30 de Janeiro de 2021

Assunto: Pedido de emissão de um parecer para a realização de um questionário online e o seu respetivo projeto de investigação, que abrange enfermeiros de cuidados gerais e cuidados personalizados em diversas instituições do país.

Excelentíssima Senhora Presidente da Comissão de Ética da ESSATLA,

Nós, Ana Mafalda Fonseca e Ana Rita Silva, alunas regularmente matriculadas no 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem, sob orientação da Professora Doutora Hortense Cotrim, vimos por este meio pedir à Comissão de Ética que emita um parecer para a realização de um questionário online que engloba o Projeto de Investigação titulado por: *“Impacto emocional vivenciado pelos enfermeiros no cuidar do doente em processo de morte”*.

Esta investigação destina-se à aplicação de um questionário online a todos os Enfermeiros, com o objetivo de compreender qual o impacto emocional vivenciado pelos mesmos no que toca ao processo de morte de um doente, uma vez que esta realidade se encontra presente no quotidiano de cada profissional de saúde. Caso este questionário vá de acordo com as nossas expectativas, a nossa amostra definida é de 40 Enfermeiros (n=40), proveniente da seleção realizada à população estabelecida.

Em virtude de, comprometemo-nos a respeitar o sigilo profissional, as considerações éticas e manter a confidencialidade dos dados obtidos através do estudo. Posteriormente, permitimos o consentimento informado para a futura publicação dos dados obtidos neste estudo.

Para melhor avaliação por parte dos membros da Comissão de Ética, junto anexamos o projeto e o respetivo questionário que será aplicado online.

Agradecemos antecipadamente a atenção de vossa Exma. Sra. Presidente.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Mafalda Miranda da Fonseca

E-mail: 201993507@academia.uatlantica.pt

Contacto Telefónico: 964795945

Ana Rita Pereira da Silva

E-mail: 201793111@academia.uatlantica.pt

Contacto Telefónico: 965095772

(A aluna: Ana Mafalda Fonseca)

(A aluna: Ana Rita Silva)

(Orientadora: Professora Doutora Hortense Cotrim)

(Exma. Sra. Presidente da Comissão de Ética)

APÊNDICE II – CARTA DE APRESENTAÇÃO

Exmo. (a) Sr. (a) Enfermeiro (a),

Estamos a frequentar o Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde Atlântica e neste trajeto final é necessário a realização de uma monografia de forma a pôr término à nossa licenciatura. Desta forma, encontramos-nos a trabalhar nesta monografia final de licenciatura cujo tema é o impacto emocional vivenciado pelos enfermeiros no cuidar do doente em processo de morte.

O seu contributo ao preencher este questionário, ainda que voluntário, é imprescindível para a continuidade deste estudo. Deste modo, pedimos a sua colaboração, exprimindo individualmente a sua opinião. O questionário é anónimo, as respostas são confidenciais e os dados destinam-se apenas à nossa monografia, não existindo respostas certas ou erradas.

O tempo despendido para o preenchimento deste questionário será breve e é fulcral responder a todas as questões disponibilizadas.

Muito obrigado pela sua atenção e disponibilidade.

Estudantes finalistas,

Ana Mafalda Fonseca e Ana Rita Silva.

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO

1. Idade: _____ anos

2. Género: Masculino Feminino

3. Habilitações Académicas:

Bacharelato

Licenciatura

Pós-Licenciatura/ Especialização. Área: _____

Mestrado

Outra

3.1. Se selecionou “Pós-Licenciatura/Especialização”, refira qual a área:

4. Recebeu formação em cuidados ao doente terminal ou cuidados ao doente no processo de morte durante a Licenciatura de Enfermagem?

Sim Não

5. Se respondeu sim, acha que a formação foi suficiente? Porquê?

6. Sente-se adequadamente treinado e capaz de cuidar de um doente em processo de morte?

7. Anos de Profissão: _____

8. Em que instituição exerce:

9. Tipo de morte com que mais se confrontou, no último ano:

- Morte súbita/inesperada
- Morte decorrente de doença crónica/terminal

10. Qual o impacto emocional que a morte de um doente tem para si?

11. Refira quais as dificuldades sentidas no cuidar da pessoa em processo de morte:

12. Indique as dificuldades sentidas no relacionamento com os familiares do doente em processo de morte:

13. Em que medida considera que cuidar do doente em processo de morte afeta a sua vida pessoal?

FIM

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXOS

ANEXO I - CRONOGRAMA

	Outubro 2019	Outubro 2020	Fevereiro 2021	Maio 2021	Julho 2021
Entrega do projeto					
Elaboração do marco teórico					
Colheita de dados					
Discussão e análise de dados					
Entrega da monografia					