

Verónica Maria Marques Simões

**O Significado da Experiência Vivida
pelo Enfermeiro no Cuidado à Pessoa Adulta e à sua Família
em Processo de Morrer e de Morte:**

Uma Revisão Sistemática da Literatura, com Metassíntese

Verónica Maria Marques Simões

**O Significado da Experiência Vivida
pelo Enfermeiro no Cuidado à Pessoa Adulta e à sua Família
em Processo de Morrer e de Morte:**

Uma Revisão Sistemática da Literatura, com Metassíntese

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, sob orientação do Sr. Professor Doutor José Carlos Amado Martins.

4º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Porto, 2014

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Professor Doutor José Carlos Amado Martins, pela amizade, disponibilidade e orientação preciosa, por ter acreditado que este trabalho seria possível.

Aos meus queridos Pais, por todo o amor e carinho, entrega e dedicação.

Ao meu irmão, David, por toda ajuda e companheirismo.

Ao Gonçalo, por me apoiar em todos os meus sonhos e por compreender a minha ausência na elaboração deste trabalho.

Ao meu avô, António, que embora não possa estar presente em vida, sempre esteve no meu pensamento.

Aos meus amigos e colegas de profissão, pela compreensão e paciência.

Aos doentes, que todos os dias me ensinam a ser uma pessoa melhor.

A todos aqueles que, de diferentes formas me ajudaram a percorrer este longo caminho.

O meu sentido e sincero agradecimento a todos vós!

*Morre lentamente quem se transforma escravo do hábito,
repetindo todos os dias o mesmo trajeto,
quem não muda as marcas no supermercado,
não arrisca vestir uma cor nova, não conversa com quem não conhece.*

*Morre lentamente quem evita uma paixão,
quem prefere o "preto no branco" e os "pontos nos is" a um turbilhão de emoções
indomáveis,*

*justamente as que resgatam brilho nos olhos,
sorrisos e soluços, coração aos troços, sentimentos.*

*Morre lentamente quem não vira a mesa quando está infeliz no trabalho,
quem não arrisca o certo pelo incerto atrás de um sonho,*

quem não se permite,

uma vez na vida, fugir dos conselhos sensatos.

Morre lentamente quem passa os dias queixando-se da má sorte ou da chuva incessante,

*desistindo de um projeto antes de iniciá-lo,
não perguntando sobre um assunto que desconhece,
e não respondendo quando lhe indagam o que sabe.*

Evitemos a morte em doses suaves,

recordando sempre que estar vivo exige um esforço muito maior

do que o simples ato de respirar.

Estejamos vivos, então!

(Martha de Medeiros)

RESUMO

Introdução: A morte resume-se ao acontecimento em que a vida termina, conduzindo a reações emocionais para o indivíduo que está a morrer, para a sua família e para os profissionais de saúde que lhes prestam cuidados. A morte consiste assim num processo, determinado biologicamente mas onde o pensamento e as relações humanas estão presentes, independentemente do local e causas de morte e portanto, com forte componente social, espiritual e psíquica.

Objetivo: Esta revisão sistemática da literatura com metassíntese pretende sistematizar e analisar a evidência produzida relativamente ao significado da experiência vivida pelos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta e sua à família no processo de morrer e de morte em contexto institucional.

Metodologia: A abordagem adotada foi baseada nas orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2014) para revisões qualitativas. A pesquisa foi orientada pela pergunta: "Quais os significados da experiência vivida pelos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta e à sua família no processo de morrer e de morte em contexto institucional", sendo esta realizada em bases de dados eletrónicas indexadas nas plataformas *B-On*, *EBSCOhost*, *RNACCP* e *Google Académico*. Foram selecionados 39 estudos, com base nos critérios pré-definidos, na avaliação da qualidade metodológica e na avaliação crítica dos resultados, no espaço temporal entre 2003-2013, nas línguas em Português e em Inglês.

Resultados: Os significados da experiência vivida dos enfermeiros provenientes dos 39 estudos selecionados foram organizados em quatro grandes temas: o impacto biopsicossocial e espiritual no enfermeiro; estratégias adaptativas eficazes e ineficazes do enfermeiro; competências do enfermeiro na terminalidade e fatores que influenciam o cuidado ao doente terminal e à sua família.

Conclusões: A morte, independentemente do local, da cultura e do país onde ocorre, conduz inevitavelmente a repercussões a vários níveis para quem a vivencia. Os enfermeiros necessitam assim de formação especializada e focada na filosofia de cuidados paliativos, sendo necessário que as instituições de ensino, de saúde e as entidades governamentais desenvolvam estratégias, induzindo nos profissionais de saúde uma visão mais holística do cuidado ao doente terminal e à sua família, promovendo assim cuidados paliativos de excelência.

Palavras-chave: morte; cuidados paliativos; enfermagem; experiência vivida; doente terminal

ABSTRAT

Introduction: Death comes down to the fact that life ends, inducing emotional reactions to the individual who is dying, to his family and health professionals who provide their care. Death consists thus is a process, biologically determined, where thought and human relations are present, regardless of location and cause of death and therefore with strong social, spiritual and psychic component.

Objective: This systematic literature review with meta-synthesis, aims to systematize and analyze the evidence produced as to the meaning of the lived experience of nurses in the care of adult and its family in death and the dying process in institutional contexts.

Methodology: The approach adopted was based on guidance from Joanna Briggs Institute (JBI, 2014) for qualitative review. The research was guided by the question: "What are the meanings of the lived experience of nurses in the care of adult and his family in the dying process and death in institutional context", which is held in electronic data bases indexed in the platforms *B-On*, *EBSCOhost*, *RNACCP* and Google Scholar. 39 studies were selected based on predefined criteria, the assessment of the methodological quality and critical evaluation of the results, within the time span between 2003 to 2013 both in Portuguese and English.

Results: The meanings of the experience of nurses from the 39 selected studies were organized into four major themes: the biopsychosocial and spiritual impact on nurses; nurses effective and ineffective adaptive strategies; nurses skills in terminally and factors influencing the care of terminally ill patients and their families.

Conclusions: Regardless of the location, culture and country where death happens, it always brings repercussions to those who witness the experience. Nurses thus need specialized and focused training in palliative care philosophy, making therefore the educational institutions, healthcare and government entities to establish training strategies, leading health professionals in a more holistic care to terminally ill patients and their families, promoting therefore excellent palliative care.

Keywords: death; palliative care; nursing; experiences of end-of-life; terminally ill

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	16
1. A MORTE	16
2. CUIDADOS PALIATIVOS	18
3. O ENFERMEIRO NO PROCESSO DE MORRER E DE MORTE	21
CAPÍTULO II - METODOLOGIA	26
1. REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA DA LITERATURA	26
2. OBJETIVO	27
3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	28
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
5. ESTRATÉGIA DE PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS	30
6. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA	33
7. EXTRAÇÃO DE DADOS	35
8. SÍNTESE DE DADOS	35
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	37
1. PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS	37
2. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA	46
3. IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	49
4. RESUMO DOS DADOS EXTRAÍDOS	55
5. CATEGORIZAÇÃO	72
CAPÍTULO IV - INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
1. IMPACTO NO ENFERMEIRO	75
1.1. IMPACTO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL	76
1.1.1. Impotência, revolta e frustração	77
1.1.2. Tristeza, choro, angústia e pena	81
1.1.3. Medo	83
1.1.4. Perda, culpa e ansiedade	85
1.1.5. Desgaste psicológico e emocional	86
1.1.6. Confusão de sentimentos	88
1.1.7. Alívio	88
1.1.8. Compaixão	89

1.1.9. Gratidão e satisfação profissional	90
1.2. IMPACTO ESPIRITUAL	92
1.2.1. Reflexão sobre a finitude	93
1.2.2. Valorização da vida e dos detalhes	94
1.3. IMPACTO SOCIAL	96
1.3.1. Crescimento e transformação pessoal	96
1.3. IMPACTO FÍSICO	97
1.3.1. Desgaste Físico	97
2. ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS	98
2.1. ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS INEFICAZES	100
2.1.1 Banalização da morte	100
2.1.2. Frieza, distanciamento e assumir diferentes papéis	111
2.1.3. Fuga	103
2.1.4. Cuidado mecanizado	104
2.1.5. Negação de sentimentos	105
2.1.6. Projeção	106
2.2. ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS EFICAZES	107
2.2.1. Separação entre a vida pessoal da profissional	107
2.2.2. Religiosidade	109
2.2.3. Busca do conhecimento	110
2.2.4. Reflexão e partilha com os colegas	111
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA TERMINALIDADE	112
3.1. COMPETÊNCIAS FOCADAS NA PROMOÇÃO DOS DIREITOS DO DOENTE TERMINAL	113
3.1.1. Qualidade de vida	114
3.1.2. Dignidade humana e conforto	115
3.1.3. Individualidade e autonomia	117
3.1.4. Direito à informação	120
3.2. COMPETÊNCIAS FOCADAS NA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DO DOENTE TERMINAL	120
3.2.1. Apoio psicológico e emocional	121
3.2.2. Apoio espiritual e religioso	122
3.2.3. Controlo, alívio e validação da dor e do sofrimento	123
3.2.4. Satisfação de desejos	125
3.2.5. Satisfação das necessidades básicas e cuidados de higiene como momento privilegiado	126

3.2.6. Cuidado focado na imagem	127
3.2.7. Gestão do ambiente e promoção da distração	128
3.3. COMPETÊNCIAS FOCADAS NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE ..	129
3.3.1. Proximidade e acompanhamento	130
3.3.2. Relação de confiança, intencionalidade e compromisso	131
3.4. COMPETÊNCIAS FOCADAS NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-FAMÍLIA .	133
3.4.1. Apoio psicológico e emocional	133
3.4.2. Gestão da disponibilidade e acompanhamento	135
3.4.3. Envolvimento e participação	136
3.4.4. Preparar a perda e a gestão do luto	138
3.5. COMPETÊNCIAS FOCADAS NA COMUNICAÇÃO	138
3.5.1. Comunicação verbal	139
3.5.2. Comunicação não verbal	139
4. FATORES QUE INFLUENCIAM O CUIDAR NA TERMINALIDADE	142
4.1. RELACIONADOS COM O ENFERMEIRO	142
4.1.1. Conceções de Morte	143
4.1.2. Conceções de doente terminal	147
4.1.3. Características pessoais	148
4.1.4. Filosofia de cuidados	152
4.1.5. Formação	154
4.1.6. Experiência profissional	160
4.2. RELACIONADOS COM O DOENTE E FAMÍLIA	163
4.2.1. Idade	163
4.2.2. Tipo de morte	164
4.2.3. Tempo de internamento	166
4.2.4. Confronto com a doença	166
4.2.5. Dificuldades da família	168
4.3. RELACIONADOS COM A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR	170
4.3.1. Classe médica focada no modelo biomédico	170
4.3.2. Coordenação, ambiente e comunicação	172
4.4. RELACIONADOS COM A GESTÃO ORGANIZACIONAL	175
4.4.1. Apoio e acompanhamento do enfermeiro	175
4.4.2. Recursos humanos	177
4.4.3. Condições físicas e recursos materiais	178
4.4.4. Gestão e cultura organizacional	179

4.4.5. Transição do modelo biomédico para o modelo holístico	180
CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	183
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	187

ANEXOS

ANEXO I - *QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research*

ANEXO II - *CASP - Critical Appraisal Skills Programme*

ANEXO III - *QARI Data Extraction From for Interpretative & Critical Reserach*

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Descrição do acrómio [<i>PICo</i>] e seleção dos descritores/palavras-chave	29
Quadro 2 Critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários	29
Quadro 3 Descrição da pesquisa documental eletrónica	31
Quadro 4 Avaliação da qualidade dos estudos selecionados - <i>QARI</i>	34
Quadro 5 Avaliação da qualidade dos estudos selecionados - <i>CASP</i>	35
Quadro 6 Estudos selecionados e processo de exclusão segundo as bases de dados	38
Quadro 7 Motivo de exclusão após a leitura dos estudos na íntegra	39
Quadro 8 Estudos pré-selecionados que cumpriram com os critérios de inclusão	44
Quadro 9 Resultados da avaliação qualitativa metodológica - <i>QARI</i>	46
Quadro 10 Resultados da avaliação qualitativa metodológica - <i>CASP</i>	48
Quadro 11 Descrição das características dos estudos selecionados	49
Quadro 12 Resumo das características dos estudos selecionados	54
Quadro 13 Guião de extração dos principais resultados e conclusões dos estudos selecionados	55
Quadro 14 Processo de Categorização	72

LISTA DE ESQUEMAS

	Pág.
Esquema 1 Processo de seleção dos estudos incluídos na RSL	37
Esquema 2 Esquema interpretativo das categorias emergentes da investigação	74

LISTA DE SIGLAS

APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
B-On	Biblioteca do Conhecimento Online
CP	Cuidados Paliativos
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
PNCP	Plano Nacional de Cuidados Paliativos
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RSL	Revisão Sistemática da Literatura

INTRODUÇÃO

A morte representa o acontecimento em que a vida humana termina, conduzindo a reações emocionais para o indivíduo que está a morrer, para a sua família e para os profissionais de saúde que lhe prestam cuidados. A morte consiste assim num processo, determinado biologicamente mas onde o pensamento e as relações humanas estão presentes, independentemente do local e causas de morte e portanto, com forte componente social, espiritual e psíquica.

Atualmente constata-se que a morte foi transferida do domicílio para o contexto institucional, onde se proporcionam os cuidados que em casa já não são possíveis, local esse repleto de emoções e sentimentos. A morte, ainda que inserida no ciclo natural da vida, representa um tema controverso, evitado por alguns e incompreendido por outros, despertando o medo, a ansiedade, a angústia e a revolta por aqueles que a vivenciam.

Com o aparecimento de novas tecnologias, foi possível o prolongamento da vida dos doentes, levando a que muitos profissionais de saúde não estivessem preparados para responder às verdadeiras necessidades do doente terminal e à sua família no processo de morrer e de morte. Considerando a morte um evento que está inerente à prática de enfermagem, a preparação dos enfermeiros assume extrema importância para um eficaz desempenho na prática profissional, tendo como principal objetivo a humanização dos cuidados ao doente terminal e sua à família.

Ao longo do percurso académico, profissional e pessoal, muitos foram os questionamentos perante o confronto com processo de morrer e de morte do doente, que levaram a investigadora ao desenvolvimento da presente revisão qualitativa sistemática com metassíntese, com o objetivo de explorar e sintetizar os significados da experiência vivida pelos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta e à sua família em processo de morrer e de morte em contexto institucional.

Apesar do fenómeno em estudo se encontrar em amplo desenvolvimento nas investigações dos últimos 10 anos, revela-se pertinente a sistematização dos estudos desenvolvidos na área das vivências e experiências vividas pelos enfermeiros. Constatou-se, através de uma pesquisa inicial, que o fenómeno em estudo era um tema pouco explorado no panorama português e que a sua realização poderia representar um contributo válido para o desenvolvimento do

conhecimento em Ciência de Enfermagem, nomeadamente na área dos cuidados paliativos (CP).

Esta revisão foi selecionada tendo em conta à sua capacidade em consolidar conhecimentos existentes sobre o fenómeno em estudo e possibilitar novos pontos de partida para futuras investigações, com vista ao desenvolvimento e mobilização de novos conhecimentos e consequentemente, no aperfeiçoamento de competências para os enfermeiros e melhoria da prestação de cuidados na terminalidade.

A morte sempre será sempre um tema controverso entre os vários profissionais de saúde, pois embora esta se insira no ciclo natural de vida, a morte apresenta-se como uma derrota e fracasso profissional, uma vez que estes se encontram formatados para promover e cuidar da vida. Sendo a morte uma situação ameaçadora e associada a muita angústia e ansiedade, será relevante reunir o maior número de estudos sobre as experiências vivenciadas pelos enfermeiros de diferentes culturas e países de forma a aumentar os conhecimentos sobre as implicações na prestação de cuidados a utentes terminais e suas famílias.

Para Barreta (2010), a vivência designa um tipo fundamental de experiência do mundo e em termos de experiência vivida, o significado encontra-se dependente da relação que o indivíduo estabelece com o mundo, traduzindo o resultado da interação entre a pessoa e o mundo e da percepção que a mesma tem das coisas, não da forma como as pensa mas da forma como as percebe como vividas. Entre o vivido e a vivência existe uma zona que só pode ser ocupada pela interpretação que o indivíduo lhe confere, concebendo uma construção de sentido que deve ser entendida em si mesma (Frias, 2003). Também para Morais *et al.*, (2013), vivenciar, é definido como viver, sentir ou captar em profundidade, conceito que engloba aspetos subjetivos do relacionamento enfermeiro-doente e como esse binómio influencia o processo de saúde, proporcionando o conhecimento sobre as principais necessidades de cuidados ao doente terminal e à sua família, bem como ações realizadas de forma a melhorar os cuidados prestados na terminalidade.

Este estudo apresenta-se como um grande desafio pois abordar a morte e as situações que a ela envolvem é sem dúvida um processo difícil, considerando que os profissionais tendem a ignorar que a morte existe ou simplesmente banalizam esse acontecimento, afastando-se do utente e da sua família durante o processo de morrer e de morte, evitando assim, danos pessoais. Neste sentido, esta revisão sistemática da literatura (RSL) tenta conhecer o fenómeno de morrer e de morte através das vivências dos enfermeiros, compreendendo como

estes experimentam o cuidado ao doente em fim de vida, descortinando assim o significado da experiência vivida perante a morte e o processo de morrer em contexto institucional.

A RSL seguiu os passos propostos para o desenvolvimento de revisões sistemáticas qualitativas presentes no manual *Joanna Briggs Institute - Reviewers' Manual* (JBI, 2014), extraíndo-se os estudos a partir da pesquisa em bases de dados indexadas nomeadamente na *B-On* (Biblioteca do Conhecimento Online), no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), na EBSCOhost e no Google Académico.

A RSL encontra-se estruturada em quatro capítulos. O primeiro capítulo faz uma alusão aos conceitos centrais deste estudo, nomeadamente sobre a morte, os cuidados paliativos e sobre os enfermeiros perante o processo de morrer e de morte. No segundo capítulo é exposta a metodologia aplicada nesta revisão, sendo o terceiro capítulo focado na apresentação dos resultados. Por fim, o quarto capítulo apresenta a discussão e interpretações dos resultados através da apresentação das categorias e subcategorias. Na conclusão são expostas as principais conclusões que respondem à questão de investigação a que esta revisão se propôs desenvolver bem como as principais limitações e sugestões a nível da investigação, da prática profissional, do ensino e das organizações de saúde.

CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica consiste na definição dos principais conceitos de forma a clarificar a problemática em questão. Segundo Fortin (2003, p.371), o quadro conceptual representa a "*disposição dos conceitos estudados numa investigação de maneira a fornecer uma justificação racional e uma perspectiva ao estudo*".

Ao iniciar esta RSL, tornou-se necessário clarificar o fenómeno em estudo delimitando e tornando-o mais objetivo, ao mesmo tempo que se procurou perceber a sua pertinência no contexto do conhecimento científico atual. Neste capítulo é realizada uma abordagem teórica sobre um conjunto de assuntos e conceitos relevantes que fundamentam esta RSL, sendo necessário referir que esta encontra-se longe de estar esgotada e que será complementada ao longo deste revisão.

1. A MORTE

Para Roper, Logan e Tierney (2001, p.61), morrer consiste no "*derradeiro ato de viver. Morrer subitamente na velhice, de causas naturais, sem perda de dignidade, é o que a maioria das pessoas considera uma boa morte. Todavia, a morte é muitas vezes precedida de um período de sobrevivência num estado de doença terminal cuja duração poderá ser grande e talvez acompanhada de dor e sofrimento*".

Como refere e se questiona Marques (2010, p. 9), "*como podemos escrever sobre a morte se ela não é objeto de conhecimento, se o sujeito que a vive não a pode pensar*". A morte representa assim o desconhecido, pois apenas a conhecemos através da constatação da morte de alguém. Alguns autores utilizam com frequência o termo "*morte tabu*", considerando que atualmente não se reflete sobre a morte e que as atuais sociedades ocidentais possuem alguma relutância em considerá-la como própria do ser humano (Marques, 2010).

"Como ensinam as ciências da vida e da saúde e a reflexão filosófica e religiosa, mas também e sobretudo a própria experiência cotidiana: morte, finitude e - acrescentaria - vulnerabilidade são características intrínsecas, ou ontológicas, dos sistemas vivos, os quais

são sistemas jogados no mundo e situados no tempo, submetidos portanto a um processo irreversível que inclui o nascer, o crescer, o decair e o morrer" (Schramm, 2002, p,17).

Para Silva, Ribeiro e Kruse (2009), falar sobre a morte não é uma tarefa fácil, pois a sua reflexão aciona mecanismos cerebrais que despontam as referências de vida do indivíduo. Também Canastra (2007) refere que falar da morte é complicado porque queiramos ou não reconhecê-la, sabemos que nascemos com um corpo para viver e para morrer um dia. Já para Sapeta (1997), morrer faz parte integral da vida mas quando ela ocorre provoca a reflexão sobre a vulnerabilidade humana, sendo este paradigma o mais antigo da história da humanidade.

Para Pacheco (2002, p. 1), *"a morte é um fenômeno extremamente complexo: por um lado, parece estar sempre presente ao longo da nossa vida; por outro lado, parece manter-se radicalmente ausente enquanto vivemos. A morte é-nos simultaneamente próxima e distante. É sobretudo porque estamos vivos e porque pensamos a morte como oposta à vida que rejeitamos e afastamos aquela, como se nos fosse estranha e não nos dissesse respeito. Enquanto viventes, nunca experimentamos a nossa própria morte"*.

Segundo Campelos (2006), a morte representa um tema tão antigo quanto o ser humano e por isso o acompanha desde a sua existência. As atitudes perante a morte foram evoluindo ao longo dos tempos, sendo que cada sociedade foi refletindo e projetando os valores sobre a vida e morte (Pereira, 1996). Assim, também vários conceitos sobre a morte foram estudados e analisados ao longo dos anos, sendo que para Spilka *et al.*, (1977) *cit.* Aquino *et al.* (2010), existem diferentes concepções sobre a morte: a) dor e solidão: a morte como um momento de agonia, isolamento, miséria, angústia e solidão; b) vida do além: a morte como uma nova vida, plena de satisfação, felicidade, recompensa e união com deus; c) indiferença: a morte como um fenômeno indiferente ao ser humano; d) morte desconhecida: a morte como incerteza, mistério e desconhecimento; e) abandono: a morte como o abandono dos entes queridos e como um momento para se sentir culpado; f) coragem: a morte como uma oportunidade para demonstrar virtudes; h) fracasso: a morte como algo que impede a realização do potencial pessoal, por exemplo, a realização de objetivos e sentido da vida; i) fim natural: a morte como algo que faz parte do ciclo natural da vida.

Segundo Lopes (2004), a morte representa o fim da vida, tempo esse que decorre entre o nascimento e a morte orgânica do indivíduo e refere ainda que talvez um dia possamos ter

respostas sobre o que existe para além da morte, respostas essas que cada ser humano tenta encontrar a longo da sua vida.

A morte representa o acontecimento que perturba a vida dos seres humanos, uma vez que promove a reflexão sobre a finitude, sendo o que temos de mais certo na vida (Pacheco, 2006). Também Cordeiro (2013), refere que a morte representa um ato natural, cercado de mistérios, superstições, espiritualidade e de desafios.

Para Pereira (2013), a morte consistia em tempos atrás um acontecimento social, que envolvia a comunidade, os familiares e amigos, sendo por isso designada como uma morte pública. Com a evolução dos conhecimentos científicos e o aparecimento de novas tecnologias, a morte foi transferida para o contexto hospitalar, oferecendo um conjunto de tratamentos para o combate às alterações de saúde do indivíduo, tornando assim a morte como um grande problema a evitar e a combater a todo o custo (Pacheco, 2002). Também Henrique, Monteiro e Lúcia (1995), referem que a morte tem sido transferida ao longo dos séculos do domicílio para o contexto institucional, sendo esta estrutura focada na promoção da cura, acartando assim um cuidado menos digno ao doente que sofre de doença incurável.

Os fenómenos da transição demográfica e a consequente transição epidemiológica contribuíram para a existência de um vasto grupo de doentes crónicos, em geral com diferentes graus de dependência e de sofrimento e que progredem para a morte (Sapeta & Lopes, 2007). Perante esta problemática, surgiu a filosofia de cuidados focada no acompanhamento do doente terminal e da sua família, cuidados esses focados numa visão holística e global do indivíduo e da sua família.

2. CUIDADOS PALIATIVOS

Com o desenvolvimento das ciências médicas e o controlo dos fatores de morbilidade e mortalidade, verificou-se o aumento da esperança média de vida das populações, que apesar dos avanços tecnológicos e da possibilidade de curar, este aumento nem sempre se traduziu em qualidade de vida do doente terminal, sendo que o aparecimento dos CP constituem uma resposta à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes e as suas famílias na terminalidade.

Os CP surgiram na década de sessenta através do trabalho de *Cicely Saunders*, com a criação do hospício de *St. Christopher's*, sendo posteriormente difundido por todo o mundo, com maior ênfase nos países de língua inglesa e com a criação de várias associações (Moreira, 2007). A história dos CP incorpora-se na tradição ocidental do não abandono dos moribundos e em atos concretos, postos em prática ao longo dos tempos para aliviar o sofrimento do doente terminal e da sua família (Marques, 2014).

Para Twycross (2003), os CP integram a esperança, a honestidade e a abertura, através de uma comunicação apropriada, do alívio de sintomas, do apoio psicossocial e do trabalho em equipa multidisciplinar. Assim, os CP baseiam-se em 4 pilares de intervenção que assumem igual importância na promoção de cuidados de qualidade: o controlo dos sintomas; a comunicação adequada; o trabalho em equipa multidisciplinar e o apoio à família (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2011). Também Rossa (2007) refere que os CP consistem no acompanhamento adequado do doente ao longo de todo o período de terminalidade, tendo como principal objetivo assegurar o máximo de bem-estar e a qualidade de vida do doente e da sua família, abrangendo as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

O modelo dos CP deve ser holístico, centrado no doente e não na doença, uma vez que só considerando a pessoa doente na sua integralidade é que será possível aliviar o sofrimento, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida. No entanto, os CP devem também ser implementados em fases precoces de evolução da doença, não estando apenas dirigidos à fase terminal, tal como refere a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), não só os doentes terminais têm direito a estes cuidados, pois a existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode acarretar elevadas necessidades pelo sofrimento associado e dessa forma, justificar a intervenção em CP, numa perspetiva de suporte e não de fim de vida (APCP, 2006).

Na década de noventa, iniciou-se o interesse pela filosofia de CP em Portugal, após o aparecimento da ANCP, com existência de unidades e serviços organizados e profissionais qualificados para a prestação dos CP (Parece, 2010). Em Portugal, de acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2004), os CP destinam-se a doentes que não têm perspetiva de tratamento curativo; têm rápida progressão da doença e com expectativa de vida limitada; têm intenso sofrimento; têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar. Em termos organizacionais, as unidades de cuidados paliativos prestam cuidados em contexto de internamento ou domiciliário, encontram-se divididos em 3 níveis de diferenciação (PNCP, 2004, p.10):

"a) Cuidados Paliativos de Nível I: são prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos; estruturam-se através de equipas móveis que não dispõem de estrutura de internamento próprio mas de espaço físico para sediar a sua atividade; podem ser prestados quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário; podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado;

b) Cuidados Paliativos de Nível II: são prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam diretamente os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas; são prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual;

c) Cuidados Paliativos de Nível III: reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II; desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos; desenvolvem atividade regular de investigação em cuidados paliativos; possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência".

Assim, a prestação de CP divide-se em três modalidades, sendo elas, Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos e Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos. Estas Equipas de Suporte são equipas móveis que não apresentam local específico mas realizam o acompanhamento de forma estruturada e diferenciada aos doentes que necessitam de CP no domicílio ou no internamento (PNCP, 2010).

Segundo a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006), existem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano no apoio e assistência na fase final da vida, recomendando assim uma maior atenção para as condições de vida dos doentes terminais, bem como a necessidade destes receberem cuidados num ambiente apropriado, que promova a proteção da dignidade humana. Assim, os CP são considerados um elemento fundamental em cuidados de saúde pública, de forma a promover os direitos fundamentais dos cidadãos, constituindo estes uma obrigação social (Parece, 2010).

O doente oncológico em fase terminal é considerado aquele que sofre de uma doença designada por cancro ou neoplasia (Soares, 2011). Também Moreira (2001) refere que o

doente terminal é a pessoa que sofre de doença irreversível, cuja morte é inevitável perante todos os esforços, estando no processo final da sua vida. Por fim, Pacheco (2004) afirma que o doente é considerado terminal quando se verifica a existência de uma doença crónica ou incurável de evolução progressiva, na ineficácia comprovada dos tratamentos, na esperança de vida relativamente curta e na perda de esperança de cura.

A doença oncológica está revestida de elevada carga emocional e social, assumindo uma representação social com elevada componente simbólica, o que a torna em uma das patologias mais assustadoras na sociedade, cujo diagnóstico se encontra muito associado a um mau prognóstico e a uma sentença de morte, acartando elevados níveis de angústia e desespero (Pereira & Lopes, 2002).

A percepção da proximidade da morte exigiu assim o desenvolvimento dos CP, que pretendem oferecer uma resposta concreta a vários aspetos do sofrimento na doença terminal (Barbosa & Neto, 2010). Para Luz, Silva e Fernandes (2012), os CP visam melhorar, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, a qualidade de vida do doente e da sua família que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou com prognóstico limitado. Assim, o doente e a sua família surgem como foco de atenção dos profissionais de enfermagem, em que a enfermagem se apresenta como a resposta às necessidades de promoção da saúde, de prevenção, de recuperação da doença e do alívio do sofrimento (Vieira, 2008).

3. ENFERMEIROS NO PROCESSO DE MORRER E DE MORTE

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 2006), Decreto-lei n.º 161/96, Artigo 4º, a Enfermagem "*é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar Cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*", sendo o Enfermeiro "*o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária*".

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), o enfermeiro deve cuidar a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, bem como aos seus cuidadores e familiares, diminuindo o sofrimento e promovendo o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. Este também estabelece uma relação terapêutica com o doente terminal, com os seus cuidadores e família, de forma a facilitar todo o processo até à morte (OE, 2011).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2003), Artigo 82º (dos direitos à vida e à qualidade de vida): "*o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de i) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; ii) respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa; iii) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida; iv) recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante*", sendo que no Artigo 87º, "*o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: i) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; ii) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; iii) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte*".

Para Ferreira *et al.*, (2012), o campo de atuação do enfermeiro em CP pode ser agrupado em seis domínios: físico, psicológico, social, espiritual, cultural e estrutural. Também para Potter & Perry (2006), o papel do enfermeiro em CP consiste na satisfação das vontades do doente, estando assim atendo aos seus desejos individuais. Assim, os enfermeiros devem possuir competências essenciais para o exercício adequado às suas funções em CP, que deverão ter por base em princípios éticos fundamentais no exercício da prática clínica.

Segundo Casmarrinha (2008), a vivência da morte difere de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família e de pessoa para pessoa, sendo que cada indivíduo reage de forma diferente à morte, estando dependente da multiplicidade de fatores que se conjugam e se diferenciam entre si.

Todo o ser humano inicia a sua trajetória para a morte logo após o nascimento. A morte consiste num acontecimento momentâneo, com um grande impacto sobre o ser humano, visto que o indivíduo vivencia diversas emoções perante as mais variadas situações, adotando

comportamentos mais ou menos emotivos ou racionais perante as situações de crise ao longo seu percurso de vida (Rossa, 2007).

As atitudes perante a morte têm-se modificado ao longo dos tempos, acompanhando o desenvolvimento da cultura social, da religião, da ciência e da tecnologia, realidade esta que trouxe como consequências um maior envolvimento dos profissionais de saúde e muito especialmente os profissionais de enfermagem (Tojal, 2011). Atualmente vivemos numa cultura caracterizada pela constante procura da cura de muitas doenças e da sofisticação dos meios utilizados para as combater, levando a uma cultura de negação da morte, sendo esta encarada como um fracasso e frustração para os profissionais de saúde (Barbosa & Neto, 2010). Lidar com a morte e o morrer é o desafio que se impõe aos enfermeiros que procuram dar sentido à vida de quem sofre e também às suas próprias vidas, sendo uma prática difícil de realizar e nem sempre gratificante (Estanque, 2011).

Embora a morte faça parte dos cuidados de enfermagem, esta desperta muito medo, estando associada a muitas dificuldades no contacto com a finitude (Poles & Bousso, 2006). Os mesmos autores referem que os enfermeiros perante a morte sentem-se impotentes, o que não se traduz apenas pelo fracasso na prestação de cuidados mas também pela derrota perante a morte, uma vez que esta vai contra a missão dos enfermeiros, que será salvar o indivíduo em processo de doença.

Segundo Moreira (2007), os sentimentos são um conjunto de estados sentimentais que podem dispor um sujeito nas mais variadas relações pessoais e situações, sendo também usados como sinónimo de afeto. Os profissionais de saúde estão sujeitos a reações emocionais face ao sofrimento que presenciam, pelo que, é importante estarem atentos aos aspetos emocionais e desenvolverem formação específica que lhes permita intervir de forma adequada junto do doente e da sua família (Cardoso *et al.*, 2009). Os mesmos autores referem que os enfermeiros devem ter consciência das suas próprias reações emocionais e atitudes na relação com o doente terminal, adquirindo assim uma maior capacidade para lidar com as dificuldades psicológicas/emocionais associadas à prestação de cuidados na terminalidade.

Para Oliveira, Quintana e Berolino (2010), os profissionais de saúde ao serem confrontados com a morte relatam que não gostam de discutir os assuntos relacionados com a mesma, pois foram formados para salvar vidas. Também Boemer *et al.*, (1992) realçam que os enfermeiros devem compreender que algumas áreas da prestação de cuidados apresentam uma maior

dificuldade no contacto com a morte, por receberem doentes que vivenciam a sua terminalidade de uma forma particularmente dolorosa.

Nos últimos anos, observou-se um crescente interesse na investigação na filosofia de CP, existindo algum enfoque sobre as vivências, sentimentos e atitudes dos profissionais de saúde perante a morte. Um estudo que teve como objetivo conhecer os significados e perceções dos enfermeiros perante a morte, relevou a necessidade de criação de espaços de discussão e partilha de experiências sobre a morte e a relação com o utente terminal e a sua família (Kuster & Bisogno, 2010). O mesmo estudo revelou que a comunicação de más notícias e a morte de utentes em idade jovem representam momentos de difícil gestão para os enfermeiros, e em contrapartida, os enfermeiros com mais anos de experiência parecem estar mais preparados para lidar com a morte e processo de morrer (Kuster & Bisogno, 2010). Assim, é essencial a criação de espaços de discussão que promovam a partilha, a sensibilização, o autoconhecimento e a reflexão não só para assistir a vida mas também no processo de morrer e de morte (Dias, Fonseca e Parciannelo, 2011).

Um estudo realizado em Portugal, com o objetivo de estudar as vivências dos enfermeiros relativamente aos cuidados *post mortem* em contexto hospitalar, revelou que as vivências podem assumir repercussões intensas no domínio biopsicossocial dos enfermeiros e que o cuidar em fim de vida os coloca em diversos dilemas ético-deontológicos, que podem ser solucionados através da formação e da reflexão (Parece, 2010). O mesmo estudo refere que os enfermeiros apresentam alterações provocadas pela prestação de cuidados *post mortem* como: alterações emocionais (a tristeza, o alívio, a angústia, a frustração, o sentimento de perda, a dificuldade em aceitar a morte de doentes em idade jovem e a ausência de sentimentos); alterações psicológicas (o desgaste psicológico e o pensamento sobre a própria morte) e alterações físicas (arrepios). Ainda o mesmo estudo relatou que os enfermeiros fazem uso das seguintes estratégias de *coping*: o evitamento, o distanciamento, a expressão de sentimentos com os colegas, a reflexão, a aceitação e o sorrir (Parece, 2010).

Outro estudo realizado em Portugal mas em contexto domiciliário, relatou que o género, a religião, a área de atuação do enfermeiro, a vivência recente de morte de alguém próximo e a experiência pessoal próxima da morte representam fatores que influenciam a forma como os enfermeiros estruturam as representações da morte (Teixeira, 2006).

Uma revisão sistemática da literatura brasileira com o objetivo de analisar as perceções, os sentimentos e as intervenções na terminalidade pelos profissionais de enfermagem revelou

que o processo de morrer e de morte é percebido como uma passagem, pela separação e pela finitude, associado a sentimentos como o medo, a perda, o sofrimento, a tristeza, a angústia, a impotência, a frieza, a dor e o fracasso (Júnior *et al.*, 2011).

Um estudo para avaliar os níveis de ansiedade e atitudes de uma amostra de 86 enfermeiros cabo-verdianos revelou que estes apresentavam elevados níveis de ansiedade e de medo quando a morte estava presente nos seus cuidados (Loureiro & Moniz, 2011). Este estudo refere o evitamento, como um exemplo de mecanismo de defesa adotado pelos enfermeiros perante o processo de morrer e de morte do doente (Loureiro & Moniz, 2011).

A experiência vivida representa a forma como os seres humanos experienciam e existem no mundo como seres únicos que são, sendo que os significados atribuídos às situações vivenciadas traduzem a forma como se encara a vida, constatando-se que as experiências transformam as pessoas naquilo que são e no que virão a ser (Fernandes, 2012).

A morte, pela sua invencibilidade e imprevisibilidade, representa uma realidade de difícil aceitação para os profissionais de saúde. O processo de morrer e de morte ocorre, por vezes, em diversos contextos que vão contra a promoção da dignidade e respeito do utente e da sua família, originando experiências repletas de sofrimento e de angústia para os profissionais de saúde, podendo colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados na terminalidade (Morgado, 2012). Neste sentido, os enfermeiros na sua prática são expostos ao processo de morrer e de morte dos seus doentes, levando ao aparecimento de atitudes que podem influenciar a qualidade dos cuidados prestados, sendo por isso necessário que estes possuam habilidades e competências para gerir os seus medos e receios perante a terminalidade.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

Para uma melhor compreensão deste capítulo é apresentada uma breve descrição teórica sobre a revisão sistemática qualitativa da literatura. Posteriormente são descritos os passos metodológicos percorridos, nomeadamente: o objetivo; a questão de investigação; os critérios de inclusão e exclusão; a estratégia de pesquisa e identificação dos estudos; a avaliação da qualidade metodológica dos estudos; a extração e a síntese de dados.

1. REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA DA LITERATURA

A RSL consiste no método que permite organizar e dar visibilidade sobre a evidência científica acerca de um determinado tema, avaliando um conjunto de dados existentes para obter uma síntese rigorosa de informação científica de acordo com um conjunto de critérios pré-definidos (Muñoz *et al.*, 2002).

Para Ramalho (2005, p. 29), "*a revisão sistemática é um tipo de estudo secundário que de forma metódica e organizada reúne uma grande quantidade de resultados de pesquisas relevantes, permitindo a explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam uma determinada questão*", sendo que uma metassíntese "*implica um conjunto bem definido de etapas, que podem não ser seguidas rigidamente numa determinada sequência, mas pelo contrário permitem passar de umas para as outras à semelhança do preconizado no ciclo hermenêutico de interpretação e compreensão dos fenómenos em estudo*" (Ramalho, 2005, p. 64).

Segundo *Joanna Briggs Institute - Reviewers' Manual* (JBI, 2014), uma revisão sistemática qualitativa da literatura pode designar-se por uma meta-agregação e/ou por uma revisão agregativa e/ou por uma metassíntese, consistindo num método de revisão sistemática que agrega os resultados dos estudos qualitativos num conjunto combinado, sendo mais que a soma dos resultados individuais de uma forma análoga à meta-análise. Transformar vários estudos qualitativos num novo estudo requer sensibilidade teórica do investigador para desconstruir e analisar os dados dos estudos através de um processo indutivo e interpretativo (Matheus, 2009).

Os estudos com metodologia qualitativa procuram compreender e interpretar as experiências pessoais, os comportamentos, as interações e os contextos sociais de forma a explicar fenômenos tais como as atitudes, as crenças, os relacionamentos de natureza interpessoal do profissional e do doente, as experiências de doença e o impacto do sofrimento humano (Lopes & Fracolli, 2008). A complexidade deste tipo de estudos advém do facto de não existir uma estratégia própria e única para a sua condução metodológica e interpretativa (Lopes & Fracolli, 2008).

Uma RSL com metassíntese acarreta a tradução e análise de dados originais que resultam em novas interpretações, englobando os significados dos estudos constituintes da amostra (Zimmer, 2006).

Os pressupostos básicos de uma revisão sistemática qualitativa devem ter em conta que a pesquisa deverá ser abrangente e exaustiva, com a avaliação crítica da extração de dados; a síntese das conclusões dos estudos selecionados devem representar autenticamente a associação de dados bem como a agregação de categorias em resultados sintetizados e por fim, o desenvolvimento de recomendações para a prática profissional (JBI, 2014).

Segundo Noblit & Hare (1988) *cit.* Volkmer *et al.* (2012, p. 2705) este tipo de revisão representa uma síntese de pesquisa interpretativa de forma a dar um significado ao fenómeno em estudo, sendo esta dividida nas seguintes fases: 1) identificar a área de interesse e definir a pergunta da pesquisa bibliográfica, usando estratégias de busca para seleção dos estudos; 2) descobrir o que é relevante para o estudo e decidir quais critérios serão utilizados para atingir o objetivo da metassíntese; 3) conhecer os estudos selecionados, mediante leitura e releitura dos mesmos; 4) estabelecer a relação entre os estudos e elaborar um pressuposto inicial; 5) tratar os relatos como analogias, buscando comparação entre semelhanças ou diferenças; 6) sintetizar os resultados, realizando transferências; e 7) expressar o resultado da síntese da forma mais conveniente. Neste sentido, esta RSL foi elaborada para desenvolver de uma forma indutiva e interpretativa da síntese do conhecimento do fenómeno em estudo através de estudos qualitativos, baseada nas orientações sugeridas pela JBI (2014).

2. OBJETIVO

Todo o conhecimento passível de ser apreendido resulta da própria vivência do indivíduo e das suas experiências que irão constituir o seu universo. Estas experiências vividas e,

posteriormente descritas, permitem conhecer os fenômenos, tornando-se por isso a base para o desenvolvimento de qualquer ciência, sendo apenas possível explicar e relacionar os fenômenos depois de estes serem percebidos e partilhados pelas pessoas que os vivenciaram (Fernandes, 2012). Neste sentido, o objetivo desta RSL consiste em:

- Sistematizar e analisar a evidência produzida relativamente ao significado da experiência vivida pelos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta e à sua família em processo de morrer e de morte em contexto institucional.

3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Higgins & Green (2011), definir a questão de investigação consiste na etapa mais importante e crítica na condução de uma RSL, uma vez que guia todo o processo metodológico da revisão. Os mesmos autores através do *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention*, sugerem o uso de uma frase simples que demonstre o objetivo da revisão, de forma a auxiliar a pertinência e relevância do tema.

Atualmente a morte foi transferida do domicílio do doente para o contexto institucional. Neste sentido, os enfermeiros confrontam-se frequentemente com o fim de vida do doente na sua prática profissional, pelo que surge como pertinente a seguinte questão de investigação:

- Quais os significados da experiência vivida pelos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta e à sua família em processo de morrer e de morte em contexto institucional?

A questão de investigação foi elaborada segundo o acrónimo *PICo* (população [P], fenómeno de interesse [I] e contexto [Co]), uma vez que, como se pretende conhecer a experiência vivida, subentende-se que os estudos primários a selecionar sejam de natureza qualitativa (JBI, 2014).

Através da questão de investigação foram definidas as palavras-chave de pesquisa de acordo com os descritores em Ciências de Saúde - *MeSH Browser* (2013) e *DeCS* (2013), bem como os sinónimos correspondentes.

A combinação de termos indexados e de termos livres conduziu a uma pesquisa mais abrangente, sensível e específica, processo esse descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição do acrómio [PICO] e seleção dos descritores/palavras-chave

P	Participantes	Enfermeiros	<p>Descritores DeCs 2013</p> <p>- Perceção (<i>perception</i>); atitude frente à morte (<i>attitude to death</i>); enfermagem (<i>nursing</i>); morte (<i>death</i>); cuidados paliativos (<i>palliative care</i>); assistência terminal (<i>terminal care</i>); doente terminal (<i>terminal ill</i>); pesquisa qualitativa (<i>qualitative research</i>);</p>
I	Fenómeno de interesse	Experiência vivida do enfermeiro no cuidado à pessoa adulta e à sua família em processo de morrer e de morte	<p>Descritores MeSH 2013</p> <p>- <i>Attitude to death; perception; life experiences; terminal care; death; nursing; nurses; palliative care; terminal ill; end-of-life care; qualitative research;</i></p> <p>Sinónimos relacionados com os descritores</p> <p>- <i>Phenomenological hermeneutics; caring for dying people; meaning end-of-life;</i> - Vivência; significado; experiência vivida; pesquisa fenomenológica.</p>
Co	Contexto	Contexto institucional	

*Adaptado de Joanna Briggs Institute (JBI, 2014)

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para concretizar e facilitar a pesquisa estabeleceram-se os critérios de inclusão e exclusão, que se encontram descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros do sexo feminino e masculino sem limite de idade; - Enfermeiros que desenvolvam funções no cuidar; - A amostra poderá ser constituída por outras 	<ul style="list-style-type: none"> - Outros intervenientes que não incluam as perspetivas dos enfermeiros, nomeadamente outras classes profissionais, auxiliares e técnicos de enfermagem, alunos e docentes de enfermagem, cuidadores informais/familiares e doente terminal; - Enfermeiros que ocupem cargos de chefia e de gestão;

	classes profissionais desde que os resultados sejam diferenciados;	
Fenómeno de Interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos que explorem o significado da experiência vivida (vivências, experiências, significados e percepções) no cuidado à pessoa adulta e à sua família em processo de morrer e de morte em contexto institucional; - O contexto de prestação de cuidados deverá abranger cuidados prolongados (serviço de cuidados paliativos, medicina, entre outros); - O contexto de prestação de cuidados poderá ser desenvolvido em simultâneo em cuidados agudos e prolongados desde que os resultados sejam diferenciados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos realizados exclusivamente em contexto de prestação de cuidados agudos (cuidados intensivos e urgência) e em contexto domiciliar; - Estudos que exploram a experiência vivida relacionada <i>a priori</i> com dilemas éticos (eutanásia, distanásia, testamento vital, doação de órgãos, sedação paliativa, reanimação, entre outros); - Estudos que explorem isoladamente uma das dimensões do fenómeno em estudo (atitudes, sentimentos, dificuldades, sofrimento moral, estratégias de <i>coping</i>, espiritualidade, esperança, relação enfermeiro-doente, comunicação, cuidados de enfermagem, competências; entre outros); - Estudos relacionados com os cuidados <i>post mortem</i>;
Desenho	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos empíricos (artigos, monografias, dissertações de mestrado e de doutoramento); - Estudos com acesso ao texto integral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos quantitativos, revisões sistemáticas, estudos de caso, artigos de opinião e revisões teóricas.

5. ESTRATÉGIA DE PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS

Uma pesquisa adequada nas bases de dados eletrônicas representa uma habilidade importante na realização de uma RSL, possibilitando a descoberta de estudos pertinentes em um tempo mais reduzido (Sampaio & Mancini, 2007). O espaço temporal para a pesquisa deverá ser justificado, bem como quais as restrições em relação ao idioma selecionado, sendo que as bases de dados devem ser listadas juntamente com as fórmulas utilizadas (JBI, 2014). Neste

sentido, passa-se a descrever de forma detalha a estratégia de pesquisa para a identificação dos estudos relevantes para esta RSL.

A pesquisa foi realizada através da seleção do campo de pesquisa, sendo que as fórmulas utilizadas resultaram da interseção entre os descritores controlados e sinónimos com o recurso aos operadores booleanos (*AND*, *OR*, *NOT*) e ao uso da truncatura (*) (Biblioteca do Conhecimento Online, 2008). A pesquisa eletrónica foi realizada entre o dia 1 de Dezembro de 2013 a 31 de Março de 2014 na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, num espaço temporal entre 1 de Janeiro de 2003 a 31 de Dezembro de 2013, sendo a pesquisa realizada em língua portuguesa e inglesa. O processo de pesquisa foi dividido em duas fases, sendo descrita em cada fase quais os motores de busca e recursos subscritos, bem como as fórmulas utilizadas, processo este que se encontra descrito no Quadro 3.

Quadro 3 - Descrição da pesquisa documental eletrónica

1ª FASE DE PESQUISA		
Motores de Busca e Base de Dados	Fórmula Booleana	Crítérios de Pesquisa
B-On (Biblioteca do Conhecimento Online)	- ((perceção*) OR (vivência*) OR (experiência) OR (significado*)) AND (enfermagem*) AND ((morte) OR (cuidados paliativos) OR (assistência terminal) OR (doente terminal));	- Seleccionados todos os recursos indexados em Ciências de Saúde (<i>Pubmed Central; BioMed Central; DOAJ; Medline/Pubmed; Scielo Global; DialNet; RCAAP; Annual Reviews; Elsevier; Springer Link; Taylor & Francis; Wiley; Web of Science</i> , entre outros) em pesquisa avançada rápida; - Frase booleana em qualquer parte do estudo; - Estudos apenas em língua portuguesa; - Estudos entre 2003-2013;
	- ((<i>perception*</i>) OR (<i>attitude to death</i>) OR (<i>life experiences</i>)) AND (<i>phenomenological hermeneutics</i>) AND (<i>nurses*</i>) AND ((<i>death</i>) OR (<i>terminal care</i>) OR (<i>palliative care</i>) OR (<i>terminal ill</i>) OR (<i>end of life care</i>));	- Seleccionados todos os recursos indexados em Ciências de Saúde e em pesquisa avançada global; - Frase booleana em qualquer parte do estudo; - Estudos apenas em língua inglesa; - Estudos entre 2003-2013;

Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)	<ul style="list-style-type: none"> - (enfermeiro) AND (morte); - (enfermeiros) AND (morte) AND (doente terminal); 	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccionados todos os recursos indexados em pesquisa avançada; - Frase booleana em qualquer parte do estudo; - Estudos apenas em língua portuguesa; - Estudos entre 2003-2013;
EBSCOhost	<ul style="list-style-type: none"> - ((<i>perception*</i>) OR (<i>attitude to death</i>) OR (<i>life experiences</i>) OR (<i>meaning end of life</i>)) AND ((<i>qualitative research</i>) OR (<i>phenomenological hermeneutics</i>)) AND ((<i>nurses*</i>) OR (<i>nursing*</i>)) AND ((<i>death</i>) OR (<i>terminal care</i>) OR (<i>palliative care</i>) OR (<i>terminal ill</i>) OR (<i>end of life care</i>) OR (<i>caring for dying people*</i>)); 	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccionados os recursos indexados: EBSCOhost Web (<i>Psychology and Behavioral Sciences Collection</i>); MEDLINE with Full Text; CINAHL Plus with Full Text; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Academic Search Complete; ERIC); - Frase booleana no assunto (SU); - Estudos entre 2003-2013;

2ª FASE DE PESQUISA

Motor de Busca	Fórmula Booleana	Critérios de Pesquisa
Google Académico	<ul style="list-style-type: none"> - ((<i>perceção*</i>) OR (<i>vivência*</i>) OR (<i>experiência* vivida</i>) OR (<i>significado*</i>)) AND (<i>pesquisa fenomenológica*</i>) AND (<i>enfermagem*</i>) AND ((<i>morte</i>) OR (<i>cuidados paliativos</i>) OR (<i>assistência terminal</i>) OR (<i>doente terminal</i>)); 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos apenas em língua portuguesa; - Exclusão de citações e patentes; - Frase booleana em qualquer parte do estudo; - Estudos entre 2003-2013;
	<ul style="list-style-type: none"> - ((<i>perception*</i>) OR (<i>life experiences</i>) OR (<i>meaning end of life</i>)) AND (<i>phenomenological hermeneutics</i>) AND (<i>nursing*</i>) AND ((<i>death</i>) OR (<i>terminal care</i>) OR (<i>palliative care</i>) OR (<i>terminal ill</i>) OR (<i>end of life care</i>) OR (<i>caring for dying people*</i>)). 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos apenas em língua inglesa; - Exclusão de citações e patentes; - Frase booleana em qualquer parte do estudo; - Estudos entre 2003-2013.

É importante referir que na escolha dos motores de busca, teve-se em conta a não duplicação de bases de dados subscritas de forma a reduzir o número de estudos repetidos e consequente, diminuir o tempo despendido na pesquisa e análise documental.

Após reunir o conjunto abrangente de estudos, procedeu-se à eliminação dos mesmos tendo em conta aos critérios de inclusão e exclusão, através da leitura do título e do resumo. Posteriormente foram excluídos os estudos pela leitura do texto na íntegra. Reunidos os estudos pré-selecionados, procedeu-se à avaliação da qualidade metodológica para obter um conjunto final de estudos que respondessem ao fenómeno em estudo.

6. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Os problemas mais complexos enfrentados pelos investigadores numa RSL são referentes ao desenvolvimento e comunicação das técnicas utilizadas para comparar e avaliar os resultados de cada estudo selecionado (Lopes & Fracoli, 2008).

O procedimento de avaliação da qualidade metodológica dos estudos consiste na etapa mais importante para a elaboração da RSL, uma vez que avalia a validade interna e externa dos estudos (Bettany-Saltikov, 2012), permitindo avaliar até que ponto a metodologia utilizada foi a mais adequada e se os resultados se encontram aproximados da realidade (Higgins & Green, 2011). Por outro lado, permite também explorar o modo como as diferenças na qualidade metodológica dos estudos podem explicar as diferenças nos resultados obtidos, assim como orienta a interpretação dos mesmos e a sua importância para a prática clínica (Bettany-Saltikov, 2012).

É importante referir que embora não exista um consenso sobre os critérios que validam a qualidade dos estudos qualitativos, existem pesquisadores que recomendam o uso de instrumentos padronizados, como é o caso do formulário *QARI - Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research* (QARI, 2012), que consiste numa lista com diretrizes para a avaliação da qualidade de pesquisas qualitativas. Este formulário é constituído por dez critérios: dois sobre o processo de seleção dos estudos e oito para a conceção da investigação, a recolha e a análise de dados, a ética, a reflexividade e as implicações da investigação qualitativa, investigando assim, a congruência a vários níveis de acordo com metodologia do estudo. Neste sentido, os critérios espelham a natureza e a adequação da abordagem

metodológica, dos métodos específicos e da representação das vozes ou significados dos participantes dos estudos.

Os estudos que obtiveram seis ou mais respostas positivas foram automaticamente incluídos na amostra final desta RSL (Pereira & Botelho, 2012; Sousa, Fracoli e Zoboli, 2013; Nora & Junges, 2013). Neste sentido, os estudos foram submetidos ao formulário que consta no Anexo I, sendo os resultados da avaliação agrupados numa tabela como é exemplificado no Quadro 4.

Quadro 4 - Avaliação da qualidade dos estudos selecionados - *QARI*

Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Total
Autores											

*Adaptado de Joanna Briggs Institute (JBI, p.43, 2014)

Para reforçar a avaliação da qualidade metodológica, foi utilizado o formulário padronizado *CASP - Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2013)*, que consiste num conjunto de 10 itens que avaliam de forma sistemática a qualidade metodológica dos estudos previamente selecionados, sendo eles: 1) o objetivo claro e justificado; 2) o desenho metodológico apropriado aos objetivos; 3) os procedimentos metodológicos apresentados e discutidos; 4) a seleção intencional da amostra; 5) a colheita de dados, os instrumentos e o processo de saturação explícitos; 6) a relação entre o pesquisador e o pesquisado; 7) os cuidados éticos; 8) a análise densa e fundamentada; 9) os resultados apresentados e discutidos; 10) a descrição das contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como as suas limitações (Espíndola & Blay, 2009). Após a aplicação do formulário, os estudos são classificados em duas categorias (A e B): a categoria A corresponde aos estudos com um baixo riscos de viés, que obtiveram no mínimo 9 itens positivos e na categoria B, os estudos com risco de viés moderado, que obtiveram pelo menos 5 itens positivos (Espíndola & Blay, 2009).

Os estudos pré-selecionados para esta RSL foram submetidos ao formulário que consta no Anexo II, sendo os resultados da avaliação metodológica agrupados e classificados numa tabela como é exemplificado no Quadro 5.

Quadro 5 - Avaliação da qualidade dos estudos selecionados - CASP

Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Total	Categoria
Autores												

7. EXTRAÇÃO DE DADOS

A extração de dados tem como objetivo resumir os resultados e conclusões de muitos estudos num único documento. Esta envolve a transferência de resultados a partir dos estudos originais, utilizando uma abordagem padronizada para a análise específica. O processo de extração de dados é provavelmente a etapa metodológica mais desafiante uma vez que envolve a revisão minuciosa dos estudos primários e a síntese da informação relevante (Higgins & Green, 2011). Deste modo, com o intuito de reforçar a validade dos resultados, recorreu-se a uma ferramenta padronizada - *QARI Data Extraction From for Interpretative & Critical Reserach* (QARI, 2014), que é representada num quadro de extração de dados que deverá incorporar a identificação do estudo (título, autores, ano e país), os métodos utilizados (o desenho do estudo, a composição da amostra e instrumentos de colheita de dados), os principais resultados e as conclusões (Anexo III).

8. SÍNTESE DE DADOS

Após a extração de dados, os resultados foram agrupados sob a forma de categorias e subcategorias, identificando as similaridades, sendo este processo designado por meta-agregação. De acordo com o JBI (2014) a síntese de dados deverá envolver a agregação ou a síntese dos resultados de forma a gerar um conjunto de declarações através da categorização com base na semelhança de significados.

Relativamente à análise textual qualitativa, segundo o JBI (2014), não existe hierarquia entre as metodologias para os estudos qualitativos, sendo que as unidades de análise dos resultados podem ser apresentadas em temas, em metáforas ou em conceitos identificados pelos investigadores.

O conceito de categoria consiste numa breve descrição de um conceito chave decorrente da agregação de dois ou mais resultados semelhantes na presença de uma exposição de dados que transmitem o significado de um grupo de resultados. As categorias são submetidas a uma metassíntese de forma a produzir um conjunto único e abrangente de resultados sintetizados, que podem ser usados na prática profissional (JBI, 2014).

Assim, os resultados extraídos foram analisados de forma reflexiva e profunda; identificaram-se os temas comuns e as diferenças entre os estudos; confrontaram-se os temas, dividindo-os em áreas similares e analisou-se a relação dos conceitos-chave; classificaram-se novas categorias e subcategorias e por fim interpretou-se o conteúdo de cada categoria (identificação de consistências e incongruências) com a confrontação do conhecimento presente na literatura atual.

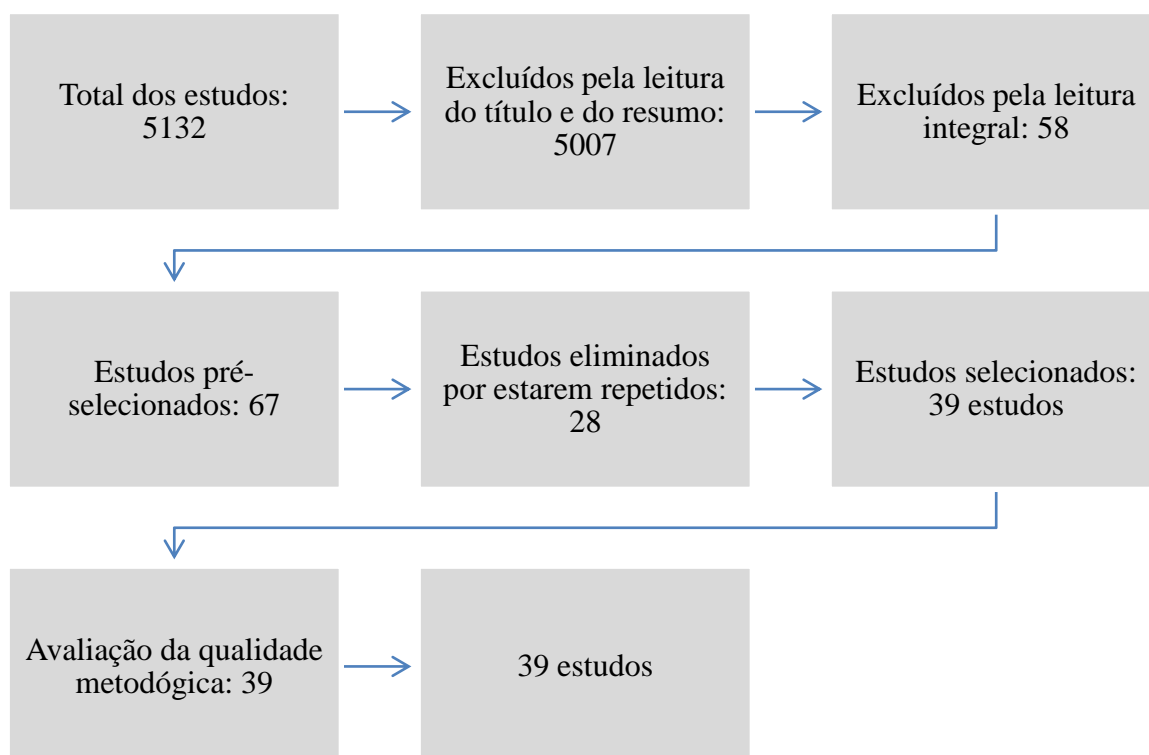
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são descritos os resultados obtidos no processo de pesquisa, de avaliação, de extração e de síntese dos estudos que compõem esta RSL. Este capítulo encontra-se organizado em: o processo de seleção dos estudos; a descrição dos resultados da avaliação da qualidade metodológica dos estudos, de acordo com os critérios dos formulários *QARI* e *CASP*; a apresentação de um quadro com a identificação dos estudos a incluir; a apresentação de um quadro com o resumo dos dados extraídos após a avaliação qualitativa dos estudos (identificação do estudo, país, objetivo, desenho do estudo, número e tipo de participantes, resultados e conclusões) e as categorias formadas após a meta-agregação (Esquema 1).

1. PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

No esquema 1 encontra-se resumidamente a descrição dos passos realizados para a obtenção dos estudos selecionados que constam nesta RSL.

Esquema 1 - Processo de seleção dos estudos incluídos na RSL



Na totalidade obtiveram-se 5132 estudos, que após a leitura do título e do resumo foram eliminados 5007 por não cumprirem os critérios de inclusão. Com a leitura do texto integral foram eliminados 58 estudos, sendo que os motivos de exclusão encontram-se expostos no Quadro 7. Por fim, reuniram-se 67 estudos que cumpriram com os critérios pré-estabelecidos, pelo que foram eliminados 28 destes por se encontrarem repetidos, reunindo um total de 39 estudos. Este processo encontra-se descrito no Quadro 6, onde são apresentados os estudos identificados de acordo com as bases de dados eletrónicas. É necessário referir que na base de dados *EBSCOhost* optou-se por selecionar os estudos com a frase booleana presente apenas no assunto uma vez que inicialmente ao proceder-se à pesquisa em texto integral, o número de estudos foi muito elevado (17 711), obtendo assim um conjunto de estudos mais reduzido.

Quadro 6 - Estudos selecionados e processo de exclusão segundo as bases de dados

1ª FASE DE PESQUISA					
Motores de Busca e Base de Dados	Idioma	Total	Excluídos pela leitura do título e resumo	Excluídos pela leitura na íntegra	Estudos pré-selecionados
B-On	Frase booleana em Português	158	149	4	5
	Frase booleana em Inglês	90	86	0	4
RCAAP	Frase booleana em Português	555	552	1	2
	Frase booleana em Inglês	126	124	1	1
EBSCO host	Frase booleana em Inglês	106	101	0	5
2ª FASE DE PESQUISA					
Motores de Busca e Base de Dados	Idioma	Total	Excluídos pela leitura do título e resumo	Excluídos pela leitura na íntegra	Estudos pré-selecionados
Google Académico	Frase booleana em Português	567	501	39	27
	Frase booleana em Inglês	3 530	3494	13	23

Quadro 7 - Motivo de exclusão após a leitura dos estudos na íntegra

Autor/Ano/País	Título	Critério de Exclusão
Santos <i>et al.</i> (2004); Brasil	A morte de idosos asilados - percepção dos cuidadores de enfermagem	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Rosa <i>et al.</i> (2006); Brasil	Percepções das enfermeiras frente aos sentimentos de quem vivencia o processo de morrer e morte	Contexto de cuidados agudos
Nascimento <i>et al.</i> (2006); Brasil	A significação do óbito hospitalar para os enfermeiros e médicos	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Menezes (2006); Brasil	Equipe de enfermagem frente ao paciente com diagnóstico de câncer	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Quintana <i>et al.</i> (2006); Brasil	Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Lima (2007); Brasil	Enfrentamento de situações de morte e morrer percepções de médicos e enfermeiros sobre o seu preparo	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Vargas (2007); Brasil	Vivência de enfermeiros no cuidado do idoso moribundo hospitalizado: a perspectiva fenomenológica	Não é realizada a diferenciação dos resultados por contexto de prestação de cuidados
Stumm, Leite e Maschio (2008); Brasil	Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Sedrez & Filho (2008); Brasil	Percepção do enfermeiro sobre o cuidado humanizado ao paciente terminal	A amostra é constituída por seis enfermeiros, dos quais três atuam em cuidados intensivos, não existindo a diferenciação dos resultados segundo o contexto de prestação de cuidados
Grapiglia (2008); Brasil	Cuidado de enfermagem aos familiares que recebem diagnóstico da morte de um familiar	Amostra de enfermeiros reduzida
Klein & Gevard (2008); Brasil	Paciente em fase terminal: percepção de uma equipe de enfermagem	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Trugilho (2008); Brasil	O ser sendo diante da morte: um estudo sobre a experiência de enfrentamento da morte por profissionais de saúde e suas aprendizagens	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais nem por contexto de prestação de cuidados

Silva <i>et al.</i> (2009); Brasil	A morte no contexto hospitalar: a visão de uma equipe de enfermagem	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Santos (2009); Brasil	O cuidado à família do idoso com câncer em cuidados paliativos: perspectiva da equipe de enfermagem e dos usuários	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Pinto (2009); Brasil	O impacto de mortes significativas vivenciadas por uma equipe de cuidados ao paciente terminal	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Santana <i>et al.</i> (2009); Brasil	Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Silva & Werlang (2009); Brasil	O enfrentamento dos profissionais de enfermagem na situação morte e morrer de pacientes oncológicos	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Faresin & Portella (2009); Brasil	Cuidados paliativos e o modo de cuidar: até onde vai o envolvimento	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Araújo <i>et al.</i> (2010), Brasil	Cuidados paliativos: percepção dos enfermeiros do hospital das clínicas de UBERABA-MG	Contexto de prestação de cuidados agudos e pediátricos
Frias (2010); Portugal	O processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida: encontro de corpos	Os resultados não são diferenciados segundo os enfermeiros, os doentes e os familiares
Lopes (2010); Portugal	Morte e cuidar em ambiente hospitalar: como lidar com a morte do outro	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Furtado <i>et al.</i> (2011); Brasil	O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica: dignidade e qualidade no processo do morrer	Contexto de prestação de cuidados agudos
Iha (2011); Brasil	O cuidado na morte: as concepções da equipe da hospedaria de cuidados paliativos do hospital do servidor público municipal-HSPM	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Rodrigues (2011); Brasil	Morte e luto: vivências de profissionais da saúde de uma unidade de transplante de células-tronco hematopoéticas de um hospital oncológico	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Kuhn, Lazzari e Jung (2011); Brasil	Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais

	vida	
Pinto <i>et al.</i> , (2011); Brasil	O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Klüser <i>et al.</i> (2011); Brasil	Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Medeiros (2011); Brasil	A vivência do ambiente hospitalar pela equipe de enfermagem	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais nem por contexto de prestação de cuidados
Brandão (2012); Brasil	A percepção da equipa de enfermagem frente aos cuidados paliativos em oncologia: uma perspectiva fenomenológica em Merleau-Ponty	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Magalhães & Franco (2012); Brasil	Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais e dos familiares
Vasques (2012); Brasil	Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos e de sua implementação	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Ferreira (2012); Brasil	Morte: o vivido da equipe de enfermagem cirúrgica	Não é realizada diferenciação dos resultados por classes profissionais
Moraes (2012); Brasil	Se estiveres morrendo... Te cuidarei!	Projeto de investigação
Cezario (2012); Brasil	A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais nem por contexto de prestação de cuidados
Heringer (2012); Brasil	Grupos centrados na tarefa de dialogar sobre a morte e o morrer: sobre seus significados	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Silva <i>et al.</i> (2012); Brasil	Cuidados paliativos: uma alternativa para os usuários oncológicos fora de possibilidades terapêuticas	Contexto de prestação de cuidados ao domicílio
Both <i>et al.</i> (2013); Brasil	O morrer e a morte de idosos hospitalizados na ótica de profissionais de enfermagem	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Vasques <i>et al.</i> (2013); Brasil	Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Kappaun (2013); Brasil	Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais

	no lidar com o processo de morrer	
Kappaun & Gomez (2013); Brasil	O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Cardoso <i>et al.</i> (2013); Brasil	Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional	Amostra de enfermeiros reduzida
Oliveira <i>et al.</i> (2013); Brasil	Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Rezende & Neto (2013); Brasil	Processos de subjetivação na experiência de uma equipe de enfermagem em oncologia	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Fontoura (2013); Brasil	Sentido da vida: vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer	Estudo repetido (dissertação de doutoramento, sendo que a autora publicou o artigo referente a esta tese, artigo esse incluído nesta RSL)
Lima <i>et al.</i> (2013); Brasil	Percepção de enfermeiros sobre a morte e o morrer: influência do ensino acadêmico	Estudo repetido (os autores publicaram um artigo igual alterando apenas o título, sendo o artigo de 2012 presente nesta RSL - Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros - Lima, Nietzsche e Teixeira, 2012)
Wallerstedt & Andershed (2007); Suécia	Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective	A amostra é constituída por enfermeiros que atuam em contexto hospitalar e em contexto domiciliário, não existindo a diferenciação dos resultados segundo o contexto de prestação de cuidados
Vachon, Fillion e Achille (2012); Canadá	Death confrontation, spiritual-existential experience and caring attitudes in palliative care nurses: an interpretative phenomenological analysis	A amostra é constituída por enfermeiros que atuam em contexto hospitalar e em contexto domiciliário, não existindo a diferenciação dos resultados segundo o contexto de prestação de cuidados
McCallin (2011); Nova Zelândia	Moderated guiding: a grounded theory of nursing practice in end-of-life care	O contexto é realizado em cuidados prolongados, em cuidados pediátricos e em cuidados agudos, não existindo a separação dos resultados por contexto de prestação de cuidados
Dwyer <i>et al.</i> (2010); Suécia	Nursing home residents' views on dying and death: nursing	A amostra é constituída por enfermeiros e auxiliares de

	home employee's perspective	enfermagem, não existindo a diferenciação dos resultados por categorias profissionais
Tracey <i>et al.</i> (2009); Austrália	Contacting bereaved relatives: the views and practices of palliative care and oncology health care professionals	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Loiselle & Sterling (2011); Índia	Views on death and dying among health care workers in an Indian cancer care hospice: balancing individual and collective perspectives	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Zamanzadeh <i>et al.</i> (2013); Irão	Life in limbo: experiences of Iranian hematopoietic stem cell transplantation recipient patients and nurses in a qualitative study	A amostra é constituída por enfermeiros e doentes, não existindo a diferenciação dos resultados
Nordgren & Olsson (2004); Suécia	Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses' perceptions.	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Žydzūnaitė (2005); Suécia	The meaning of nurse' role mission in nursing care	Os enfermeiros da amostra pertencem a vários contexto de cuidados, nomeadamente a cuidados pediátricos e intensivos, não existindo a separação dos resultados por contexto de prestação de cuidados
Lee (2009); República da China	Phenomenological study exploring the first year experiences of neophyte nurses in Taiwan	A amostra é constituída por enfermeiros que atuam em diferentes contextos (cuidados agudos e prolongados), não existindo a separação dos resultados por contexto de prestação de cuidados
Gerow <i>et al.</i> (2010); Estados Unidos da América	Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death	A amostra é constituída por enfermeiros que atuam em diferentes contextos, não existindo a separação dos resultados por contexto de prestação de cuidados
Lidman <i>et al.</i> (2012); Suécia	Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience	Não é realizada a diferenciação dos resultados por classes profissionais
Iranmanesh, Rayyani e Forouzy (2012); Irão	Caring at the end of life: Iranian nurses' view and experiences	Os resultados deste estudo são uma repetição e junção dos resultados de dois estudos distintos realizados por Iranmanesh <i>et al.</i> , ambos em 2009 e presentes nesta RSL

No Quadro 8 são apresentados os 39 estudos pré-selecionados que cumpriram os critérios de inclusão definidos para esta RSL, sendo os estudos apresentados segundo o autor, o ano, o país de origem, o título e o tipo de estudo.

Quadro 8 - Estudos pré-selecionados que cumpriram com os critérios de inclusão

Estudo	Autor/Ano/País	Título	Tipo de Estudo
1.	Lopes (2004); Portugal	Experiência de cuidar da pessoa em fase terminal - na perspectiva dos enfermeiros que cuidam dessas pessoas	Dissertação de Mestrado
2.	Alves (2005); Portugal	A interpretação do cuidar face à morte: análise fenomenológico-hermenêutica da significação das experiências subjetiva vivenciadas pelos enfermeiros	Dissertação de Mestrado
3.	Popim & Boemer (2005); Brasil	Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz	Artigo
4.	Barbosa <i>et al.</i> (2006); Brasil	Percepção da morte no olhar do enfermeiro	Artigo
5.	Cerqueira (2007); Portugal	O enfermeiro perante a morte do idoso em contexto hospitalar	Monografia
6.	Vidori & Klockner (2008); Brasil	Os enfermeiros no mercado de trabalho atual: como permanecer perante os últimos momentos de vida um paciente e frente a sua família?	Monografia
7.	Gargiulo <i>et al.</i> (2009); Brasil	Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas	Artigo
8.	Silva (2009); Portugal	Conceitos e especificidades dos cuidados paliativos: experiência dos cuidadores e dos enfermeiros	Dissertação de Mestrado
9.	Sousa <i>et al.</i> (2009); Brasil	A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos	Artigo
10.	Cerqueira (2010); Portugal	A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento	Dissertação de Doutorado
11.	Kuster & Bisogno (2010); Brasil	A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes	Artigo
12.	Prearo <i>et al.</i> (2011); Brasil	Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia	Artigo
13.	Sampaio (2011); Portugal	Cuidar do doente em fase terminal: vivências e estratégias adotadas pelos enfermeiros	Monografia
14.	Oliveira (2011); Portugal	A abordagem do doente em fase paliativa no Hospital de Santa Maria: visão do enfermeiro	Dissertação de Mestrado

15.	Frias (2012); Portugal	O cuidar da pessoa em fim de vida como experiência formadora	Artigo
16.	Santana, Barbado e Dutra (2012); Brasil	Representatividade dos cuidados paliativos aos pacientes terminais para o enfermeiro	Artigo
17.	Lima, Nietsche e Teixeira (2012); Brasil	Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros	Artigo
18.	Medeiros <i>et al.</i> (2012); Brasil	Cuidado paliativo: uma forma de refletir a abordagem do enfermeiro ao cliente oncológico	Artigo
19.	Xavier <i>et al.</i> (2013); Portugal	Conforto em pacientes fora de possibilidades de cura - que significado?	Artigo
20.	Fontoura e Rosa (2013); Brasil	Vivência da tríade trágica nos cuidados de enfermagem à pessoa na finitude da vida	Artigo
21.	Salimena <i>et al.</i> (2013); Brasil	O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico	Artigo
22.	Pereira (2013); Portugal	Morte em contexto hospitalar - vivências dos enfermeiros	Dissertação de Mestrado
23.	Fernandes <i>et al.</i> ; (2013); Brasil	Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal	Artigo
24.	Mohan <i>et al.</i> (2005); Austrália	Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience	Artigo
25.	Costello (2006); Reino Unido	Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital	Artigo
26.	Barnard, Hollig e Hartfiel (2006); Austrália	Going on a journey: understanding palliative care nursing	Artigo
27.	Ablett e Jones (2006); Reino Unido	Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work	Artigo
28.	Iranmanesh <i>et al.</i> (2009); Irão	A caring relationship with people who have cancer	Artigo
29.	Wu & Volker (2009); República da China	Living with death and dying: the experience of Taiwanese hospice nurses	Artigo
30.	Iranmanesh <i>et al.</i> (2009a); Irão	Caring for people at the end of life: Iranian oncology nurses' experiences	Artigo
31.	Hov, Athlin e Hedelin (2009); Noruega	Being a nurse in nursing home for patients on the edge of life	Artigo
32.	Salvage (2010); Reino Unido	Caring towards death: a phenomenological inquiry into the process of becoming and being a hospice nurse	Dissertação de Doutorado

33.	Iranmanesh <i>et al.</i> (2010); Irão e Suécia	Caring for dying and meeting death: experiences of Iranian and Swedish nurses	Artigo
34.	Juthberg e Sundim (2010); Suécia	Registered nurses' and nurse assistants' lived experience of troubled conscience in their work in elderly care: a phenomenological hermeneutic study	Artigo
35.	Johansson & Lindahl (2011); Suécia	Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals	Artigo
36.	Leung <i>et al.</i> (2011); Canadá	How haematological cancer nurses experience the threat of patients' mortality	Artigo
37.	Gannon e Dowling (2011); Irlanda	Nurses' experience of loss on the death of older persons in long-term residential care: findings from an interpretative phenomenological study	Artigo
38.	Ridley (2012); Estados Unidos da América	Hospice nurses in Utah: a qualitative study of their views on hospice nursing philosophy and practice	Dissertação de Mestrado
39.	Trout (2013); Estados Unidos da América	Nursing presence from the perspective of hospice nurses	Dissertação de Doutoramento

Reunidos os estudos pré-selecionados, procedeu-se à avaliação da qualidade metodológica.

2. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Os resultados da aplicação dos formulários são apresentados nos quadro 9 e 10.

Quadro 9 - Resultados da avaliação qualitativa metodológica - *QARI*

Estudos	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Total
1.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
2.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
3.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
4.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
5.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
6.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
7.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S

8.	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	9S/1N
9.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
10.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
11.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
12.	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	8S/2N
13.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	9S/1N
14.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	9S/1N
15.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	9S/1N
16.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
17.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
18.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
19.	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	9S/1N
20.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
21.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
22.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
23.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
24.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
25.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
26.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
27.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
28.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
29.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
30.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
31.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
32.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
33.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
34.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
35.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
36.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
37.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
38.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S
39.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S

Legenda*S - Sim; N - Não; D - Duvidoso

Quadro 10 - Resultados da avaliação qualitativa metodológica - CASP

Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Total	Categoria
1.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
2.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
3.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
4.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
5.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
6.	S	S	S	D	S	S	S	S	S	S	9S;1D	B
7.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
8.	S	S	S	S	S	S	D	S	S	S	9S;1D	B
9.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
10.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
11.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
12.	S	S	N	S	N	S	N	S	S	N	6S/4N	B
13.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	9S/1N	B
14.	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	9S/1N	B
15.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	9S/1N	B
16.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
17.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
18.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
19.	S	S	S	D	S	S	S	S	S	S	9S/1D	B
20.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
21.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
22.	S	S	S	D	S	S	S	S	S	S	9S/1D	B
23.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
24.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
25.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
26.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
27.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
28.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
29.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B

30.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
31.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
32.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
33.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
34.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
35.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
36.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
37.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
38.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B
39.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10S	B

Legenda*S - Sim; N - Não; D - Duvidoso; A - Categoria A; B - Categoria B

Assim, após aplicação dos dois formulários, reuniram-se 39 estudos que constam nesta RSL.

3. IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

No Quadro 11 é apresentada a lista dos estudos selecionados, sendo identificados pela letra "E" para facilitar a sua identificação ao longo desta RSL, nomeadamente na interpretação e discussão dos resultados.

Quadro 11 - Descrição das características dos estudos selecionados

Estudo	Autor, Ano e País	Desenho e Instrumento	Objetivo	Amostra e Contexto
E1	Lopes (2004); Portugal	<i>Grounded Theory</i> Entrevista semi-estruturada	Conhecer o fenómeno de cuidar da pessoa em fase terminal	13 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E2	Alves (2005); Portugal	Fenomenológico Entrevista semi-estruturada	Conhecer a interpretação do cuidar face à morte	10 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E3	Cerqueira (2007); Portugal	Fenomenológico Entrevista semi-estruturada	Conhecer a forma como os enfermeiros vivenciam o processo de morrer e de morte no idoso	10 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar

E4	Silva (2009); Portugal	Fenomenológico Entrevista semi-estruturada	Conhecer as experiências por parte dos cuidadores e dos enfermeiros tendo em conta o conceito e a especificidade dos cuidados paliativos	7 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E5	Cerqueira (2010); Portugal	<i>Grounded Theory</i> Observação, entrevista semi-estruturada e consulta documental	Compreender as dinâmicas do processo de cuidados mobilizados pelos enfermeiros face ao sofrimento da pessoa em fim de vida e da sua família	23 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E6	Oliveira (2011); Portugal	Qualitativo Entrevista semi-estruturada	Conhecer a realidade do doente em fase terminal segundo a visão dos enfermeiros	32 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E7	Sampaio (2011); Portugal	Fenomenológico Entrevista semi-estruturada	Conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam do doente em fase terminal	12 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E8	Frias (2012); Portugal	Qualitativo Entrevista semi-estruturada	Compreender como os enfermeiros vivenciam o processo de morrer	8 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E9	Pereira (2013); Portugal	Fenomenológico Entrevista semi-estruturada	Compreender como os enfermeiros vivenciam o processo de morte da pessoa em fim de vida	8 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E10	Xavier <i>et al.</i> (2013); Portugal	Qualitativo Entrevista semi-estruturada	Identificar o significado para os enfermeiros da prestação de cuidados a doentes terminais	20 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E11	Popim & Boemer (2005); Brasil	Fenomenológico Entrevista	Compreender a ação subjetiva do cuidar dos enfermeiros a partir da sua relação com o doente terminal	15 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas

E12	Barbosa <i>et al.</i> (2006); Brasil	Qualitativo Entrevista semi- estruturada e questionário sócio demográfico	Compreender a percepção dos enfermeiros sobre a morte	10 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas
E13	Gargiulo <i>et al.</i> (2007); Brasil	Qualitativo Entrevista	Analisar a percepção das enfermeiras sobre o significado do processo de cuidar dispensado ao doente com doença oncológica	10 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas
E14	Vidori & Klockne (2008); Brasil	Qualitativo Questionário aberto	Conhecer as atividades dos enfermeiros (as), no processo de morrer e de morte do doente, bem como a sua postura e assistência perante a família	5 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas
E15	Sousa <i>et al.</i> (2009); Brasil	Qualitativo Entrevista semi- estruturada	Descrever e analisar a vivência do enfermeiro no processo de morrer e de morte dos doentes oncológicos	10 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas
E16	Kuster & Bisogno (2010); Brasil	Qualitativo Entrevista semi- estruturada	Conhecer os significados e percepções dos enfermeiros perante a morte dos doentes	9 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E17	Prearo <i>et al.</i> (2011); Brasil	Qualitativo Entrevista semi- estruturada	Compreender o significado que o enfermeiro atribui ao cuidado que dispensa ao doente oncológico	11 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas
E18	Medeiros <i>et al.</i> (2012); Brasil	Qualitativo Entrevista semi- estruturada	Conhecer o significado de cuidar pelo enfermeiro ao doente oncológico em processo de morrer	12 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas

E19	Santana, Barbado e Dutra (2012); Brasil	Qualitativo Entrevista não estruturada por meio de um questionário aberto	Compreender a representatividade dos cuidados paliativos aos doentes terminais na percepção dos enfermeiros	8 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E20	Lima, Nietsche e Teixeira (2012); Brasil	Qualitativo d Entrevista semi-estruturada	Compreender como os enfermeiros percebem o processo de morrer e de morte	7 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E21	Fernandes <i>et al.</i> ; (2013); Brasil	Qualitativo Entrevista semi-estruturada	Conhecer a percepção do enfermeiro diante do doente com cancro sob cuidados paliativos	9 Enfermeiros que atuam em hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas
E22	Salimena <i>et al.</i> (2013); Brasil	Qualitativo Entrevista aberta	Conhecer as percepções e sentimentos dos enfermeiros de um hospital oncológico de referência em diagnóstico e tratamento de doentes com cancro	9 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas
E23	Fontoura & Rosa (2013); Brasil	Fenomenológico Entrevista	Analisar a vivência dos cuidados à pessoa em situação terminal pelos enfermeiros	14 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças crónicas e progressivas
E24	Mohan <i>et al.</i> (2005); Austrália	Qualitativo Entrevista em profundidade	Descrever as experiências dos enfermeiros que cuidam de doentes com cancro	5 Enfermeiros em contexto hospitalar
E25	Costello (2006); Reino Unido	Etnográfico Entrevista em profundidade	Explorar as experiências de morte e de morrer pelos enfermeiros em contexto hospitalar	29 Enfermeiros em contexto hospitalar
E26	Barnard, Hollig e Hartfiel (2006); Austrália	Fenomenológico Entrevista semi-estruturada	Descrever e perceber as experiências de ser enfermeiro em cuidados paliativos	15 Enfermeiros em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas

E27	Ablett & Jones (2006); Reino Unido	Fenomenológico Entrevista semi-estruturada	Descrever as experiências sobre a morte e do processo de morrer pelos enfermeiros	10 Enfermeiros em contexto institucional
E28	Iranmanesh <i>et al.</i> (2009); Irão	Fenomenológico Entrevista	Compreender o significado das experiências vividas pelos enfermeiros no seu relacionamento com o doente terminal	8 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas
E29	Wu & Volker (2009); República da China	Fenomenológico Entrevista	Explorar e descrever as experiências dos enfermeiros no cuidado a doentes terminais	14 Enfermeiros em contexto institucional
E30	Iranmanesh <i>et al.</i> (2009a); Irão	Fenomenológico Entrevista	Explorar o significado da experiência do cuidado a pessoas em fim de vida por enfermeiros	15 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas
E31	Hov, Athlin e Hedelin (2009); Noruega	Fenomenológico Entrevista	Conhecer o significado de ser enfermeiro numa casa de repouso com doentes em fim de vida	14 Enfermeiros em contexto institucional
E32	Salvage (2010); Reino Unido	Fenomenológico Entrevista semi-estruturada	Conhecer os significados que os enfermeiros atribuem às suas experiências ao cuidar de doentes terminais	30 Enfermeiros em contexto institucional
E33	Iranmanesh <i>et al.</i> (2010); Irão e Suécia	Fenomenológico Entrevista	Descrever o significado da experiência de cuidar de doentes terminais por enfermeiros do Irão e da Suécia	16 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar e institucional
E34	Juthberg & Sundim (2010); Suécia	Fenomenológico Entrevista	Descrever os significados das experiências vividas pelos enfermeiros numa residência de idosos	6 Enfermeiros em contexto institucional

E35	Johansson & Lindahl (2011); Suécia	Qualitativo Entrevista	Descrever os significados das experiências de cuidar de doentes em cuidados paliativos por enfermeiros generalistas	8 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar
E36	Leung <i>et al.</i> (2011); Canadá	Fenomenológico Entrevista	Explorar como os enfermeiros experienciam a possibilidade de morte dos doentes com cancro maligno numa unidade de hematologia	19 Enfermeiros que atuam em contexto hospitalar focado no tratamento de doenças oncológicas
E37	Gannon & Dowling (2011); Irlanda	Fenomenológico Entrevista	Explorar e descrever a experiência de perda nos enfermeiros em residenciais	7 Enfermeiros em contexto institucional
E38	Ridley (2012); Estados Unidos da América	Fenomenológico Entrevista semi-estruturada	Explorar a experiência vivida por enfermeiros na prestação de cuidados paliativos	7 Enfermeiros em contexto institucional
E39	Trout (2013); Estados Unidos da América	Qualitativo Entrevista	Descrever as experiências dos enfermeiros em cuidados paliativos	10 Enfermeiros em contexto institucional

Os estudos selecionados de acordo com país de origem apresentam-se muito heterogéneos, sendo na sua maioria desenvolvidos entre o ano de 2009 e 2013, em formato de artigo, com abordagem essencialmente fenomenológica, sendo a entrevista semi-estruturada o instrumento de colheita de dados mais comum. A amostra dos estudos varia entre 5 a 32 enfermeiros na sua maioria em contexto hospitalar. De seguida, é apresentado o Quadro 12 com as principais informações dos estudos selecionados.

Quadro 12 - Resumo das características dos estudos selecionados

País de Origem	10 de Portugal; 13 do Brasil; 3 do Reino Unido, 2 do Irão; 2 da Austrália; 2 da Suécia; 2 dos Estados Unidos da América; 1 da Noruega; 1 da República da China; 1 do Canadá; 1 da Irlanda e 1 em dois países (Irão e Suécia).
Ano de Publicação	1 de 2004; 3 de 2005; 4 de 2006; 2 de 2007; 1 de 2008; 6 de 2009; 5 de 2010; 6 de 2011; 5 de 2012 e 6 de 2013

Tipo de Estudo	27 artigos; 3 monografias; 6 teses de mestrado e 3 dissertações de doutoramento
Metodologia utilizada	19 com abordagem fenomenológica; 17 com abordagem qualitativa; 1 com abordagem etnográfica e 2 com abordagem <i>Grounded Theory</i>
População	A amostra esteve compreendida entre 5 a 32 enfermeiros
Contexto de Cuidados	30 estudos desenvolvidos em contexto hospitalar; 8 estudos desenvolvidos em contexto institucional e 1 estudo desenvolvido em contexto hospitalar e institucional

4. RESUMO DOS DADOS EXTRAÍDOS

No Quadro 13 segue o guião de extração dos principais resultados e conclusões dos estudos selecionados, encontrando-se organizados por país de origem e por ano de publicação.

Quadro 13 - Extração dos principais resultados e conclusões dos estudos selecionados

Estudo	Principais Resultados	Principais Conclusões
E1 (Lopes, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> - O fenómeno de cuidar da pessoa em fase terminal baseia-se na entrega pessoal do enfermeiro e nas relações entre enfermeiro-utente-família, com vontade expressa em proporcionar cuidados de qualidade, minimizando o sofrimento; - O enfermeiro procura o equilíbrio pessoal entre o <i>stress</i> (emoções e sentimentos) e os mecanismos de <i>coping</i> (estratégias para ultrapassar as dificuldades); - O fenómeno envolve fatores que influenciam o cuidar: a cultura do enfermeiro onde está inserido; dificuldades em envolver a família; as características pessoais do enfermeiro; a representação e a conceção do cuidar da vida e da morte; as experiências anteriores; o processo de adaptação da pessoa em fase terminal à morte e as relações mutuamente influentes entre enfermeiro-utente-família. 	<ul style="list-style-type: none"> - A diversidade de fatores que influenciam o processo de cuidar é agravada pelo facto do enfermeiro, do utente e da sua família não estarem preparados para o processo de morrer e de morte.
E2 (Alves, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> - A experiência vivida pelo enfermeiro estrutura-se em sentimentos e necessidades vivenciadas perante o cuidado ao doente terminal; - Sentimentos e emoções face ao doente terminal: a impotência, a revolta, a tristeza, a pena/compaixão, a angústia/sensação de perda, a frustração e o distanciamento/receio da morte; - Sentimentos face à morte precoce do doente: a 	<ul style="list-style-type: none"> - O sofrimento do enfermeiro no cuidado ao doente terminal advém da sua confrontação com a morte, a perda e o luto, bem como a

	<p>frustração/pena, o choque emocional e a auto-reflexão;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos na sua maioria positivos na relação entre enfermeiro e família; - Necessidades identificadas pelos enfermeiros: apoio psicológico, apoio médico, adequação do espaço físico e formação cognitiva. 	<p>confrontação com a sua própria morte.</p>
<p>E3 (Cerqueira, 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Significado da morte: o fim de vida, a cessão das funções orgânicas, o sofrimento pessoal, o fim do projeto de vida e o alívio do sofrimento perante a doença; - Significado da morte do idoso: o fim da narrativa de vida, o alívio do sofrimento, a morte esperada e a morte como etapa do ciclo vital; - Vivências a nível emocional: a frustração, a incapacidade/impotência, a revolta, o sofrimento e a negação da morte; - Fatores que influenciam o cuidado terminal: o tipo de morte e a fase do ciclo vital em que ocorre; - Atitudes dos enfermeiros perante a morte: proporcionar qualidade e dignidade na arte de morrer; humanizar o processo de morte; acompanhamento na fase final; gestão de sentimentos e apoio familiar; - Formação dos enfermeiros face ao processo de morrer: formação insuficiente; formação académica inadequada; experiência como fonte de saber; - Principais necessidades formativas: formação específica e desmitificação do conceito de morte; - Estratégias utilizadas de apoio à família na gestão do luto: dinâmicas de trabalho de gestão do luto e transmissão da notícia de morte. 	<p>- A vivência da morte consiste num processo único, repleto de ambivalências de significados.</p>
<p>E4 (Silva, 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Experiências em cuidados paliativos: difícil de transmitir; gratificante/importante; mudanças de atitudes; "<i>self achievement</i>" (satisfação profissional e pessoal); sentimento apaziguador perante a morte; incapacidade para lidar com a morte; fonte de sofrimento; capacidade de auto gestão de sentimentos; relações de grande proximidade doente-família; anteposição/preferência; diferente; - Experiências num hospital geral sem cuidados paliativos: diferente; impacto emocional não trabalhado; incapacidade para lidar com a morte; evitamento das relações; - Apoio à família: indissociável; integrado nos cuidados paliativos; centro do cuidar; - Apoio ao enfermeiro: acompanhamento psicológico; apoio prestado pelos colegas de equipa; críticas ao apoio psicológico; - Necessidades religiosas/espirituais: 	<p>- Cuidar do doente terminal em contexto de cuidados paliativos assume uma experiência positiva e gratificante para os enfermeiros, muito em causa pela filosofia de cuidados, que se diferencia do ambiente de cuidados em hospitais gerais.</p>

	<p>imprescindíveis/importantes; aliviar o sofrimento; objetivo de cuidar; espiritualidade mais que religiosidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vários tipos de sofrimento: físico e psicológico; alívio do sofrimento global; - Tipos de sofrimento mais difíceis de controlar: o sofrimento psicológico; 	
<p>E5 (Cerqueira, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções terapêuticas desenvolvidas pelos enfermeiros face ao sofrimento do doente terminal e à sua família: promover a integridade do corpo e a independência/autonomia; respeitar o pudor e aliviar os sintomas; promover a relação interpessoal; identificar as necessidades; gerir o processo emocional; promover o ambiente confortável; promover a relação familiar; fornecer informação; respeitar as crenças e elaborar registos de enfermagem; - Estratégias terapêuticas centradas no doente: legitimação do sofrimento; atitude comunicacional empática; envolvimento nos cuidados da pessoa em fim de vida e família; envolvimento da família nos cuidados; - Estratégias terapêuticas centradas na doença: ausência de legitimação do sofrimento; atitude comunicacional não empática; não envolvimento nos cuidados do doente em fim de vida e da sua família; - Fatores que interferem na construção de cuidados face ao sofrimento da pessoa em fim de vida e da sua família: relacionados com o enfermeiro, com o contexto e os aspetos culturais; - Percepção dos enfermeiros relativa às intervenções realizadas face ao sofrimento da pessoa: favoráveis (promover a autonomia e participação da pessoa e sua família na tomada de decisão) e desfavoráveis (falta de formação em cuidados paliativos e a falta de espaço e de tempo); - Sugestões dos enfermeiros para desenvolverem dinâmicas de cuidar no alívio do sofrimento da pessoa em fim de vida e à sua família: condições físicas adequadas; maior disponibilidade dos enfermeiros; formação na área dos cuidados paliativos; mais recursos humanos; apoio psicológico ao enfermeiro e desenvolvimento de conhecimentos na área da dor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidencia-se uma evolução progressiva do cuidar biomédico para um cuidar mais próximo do cuidado paliativo; - A equipe de enfermagem perante o doente em fim de vida e a sua família apresenta percepções antagónicas.
<p>E6 (Oliveira, 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O cuidar quando a cura não existe consiste na promoção do conforto e da dignidade em morrer; - Cuidado holístico: acompanhar do doente e sua família e cuidados do corpo e da componente psicológica; - Comunicação: relação de ajuda e desmistificação da 	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros reconhecerem que a maioria dos doentes internados nas enfermarias necessita de

	<p>conspiração do silêncio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente terapêutico: elementos facilitadores e aspetos a melhorar; - Vulnerabilidade da equipa de enfermagem: respeitar a tomada de decisão, sintomas descontrolados, sofrimento, comunicação, sentimentos do enfermeiro e do doente; - Contributos da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos: ensino de técnicas; controlo da dor física; sugestões terapêuticas; sensibilização médica; esclarecimento de dúvidas; articulação e trabalho em equipa; - Estratégias focadas na melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa intra-hospitalar: ações de formação; visitas mais regulares da equipa intra-hospitalar; referenciação dos doentes; aumento de recursos humanos; intervenção regular de um psicólogo; informação clínica; articulação entre equipas; partilha de conhecimentos por parte da equipa; - Estratégias focadas na melhoria da qualidade dos cuidados paliativos: criação de unidade de cuidados paliativos; divulgação dos cuidados paliativos; utilização de terapias complementares e maior abertura para os cuidados paliativos. 	<p>cuidados paliativos e que existem muitas barreiras que dificultam a sua implementação.</p>
<p>E7 (Sampaio, 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vivências dos enfermeiros: a nível pessoal, a nível do cuidar, adaptação e mudança de comportamentos; - Sentimentos vivenciados: o alívio, a tristeza, a impotência, a revolta e a angústia; - Estratégias dos enfermeiros: ajuda psicológica; técnicas de relaxamento, abstração da situação vivida; - Satisfação profissional: boa relação com a equipa, estabilidade e vontade de mudança. 	<ul style="list-style-type: none"> - A morte representa um grande desafio para os enfermeiros, sendo necessário atenção às suas necessidades para que estes possam prestar cuidados de qualidade ao doente terminal e da sua família.
<p>E8 (Frias, 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A vida por um fio: os enfermeiros percebem a iminência da morte e refere um pressentimento de morte levando-os a refletir sobre a sua finitude e o seu estilo de vida; - Percurso de morte: os enfermeiros reconhecem as várias fases e processos de negociação do doente perante o processo de terminalidade; - Esperança: os enfermeiros reconhecem que a esperança acompanha sempre o doente terminal; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros consideram que a pessoa em fim de vida é um ser em relação; - Necessidade de uma cultura organizacional, em que os gestores

	<ul style="list-style-type: none"> - Uma vida que caminha para o fim: o enfermeiro valoriza os pormenores que assumem extrema importância na promoção do bem-estar do doente terminal; - Cuidados de manutenção e reparação da vida: promoção do conforto (mobilizações, satisfação das necessidades básicas e promoção da imagem/estética); - Dificuldades dos enfermeiros: gestão do envolvimento e proximidade com o doente-família; receio em ser ridicularizado pelos colegas ao partilhar as suas experiências e receios, bem como falta de espírito de grupo; postura menos ética perante a morte (por exemplo rir da morte ou dizer piadas/comentários); - O contexto: falta de sentido para os cuidados, valorizando mais o fazer do que o ser; - A vida e morte uniram-se: os enfermeiros cuidam do doente como de si se trata, através de uma presença física efetiva; - Comunicação com o doente terminal: constrangimentos pelo pouco tempo que o doente tem de vida; dificuldades em transmitir as informações relativas à doença e sobre o processo de terminalidade; - Consciência da finitude: o enfermeiro no confronto com a morte do doente reflete sobre na sua própria morte; - Mistério da morte: o enfermeiro encara a morte como um mistério e tenta definir o desconhecido; - A aprendizagem do cuidar da pessoa em fim de vida: a iniciação, a interiorização, a competência e a formação pela experiência. 	<p>valorizam os modelos de cuidados, ou seja, o interesse na doença não pode superar o interesse pelo doente enquanto ser único e singular.</p>
<p>E9 (Pereira, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento do doente em fim de vida: a diminuição/falência das funções orgânicas; a expressão facial/verbalização; o diagnóstico/informação clínica e experiência profissional; - Valorização dos cuidados: a gestão terapêutica/alívio da dor; o apoio afetivo e o relacionamento humano; o conforto, o bem-estar e o apoio familiar; - Sentimentos intrínsecos ao profissional: dificuldade na aceitação da morte em idade jovem; o momento da morte e a despedida da família; o medo, a angústia e a dificuldade em aceitar a morte; - Sentimentos extrínsecos ao profissional: a falta de apoio psicológico; a falta de condições físicas; a falta de disponibilidade de tempo; - Estratégias focadas na minimização do sofrimento e promoção do bem-estar: a importância da relação de ajuda e a interação enfermeiro/família; - Melhorar a humanização dos cuidados ao doente e à 	<ul style="list-style-type: none"> - O fenómeno em estudo constitui uma realidade humana complexa que engloba um sistema de relações, uma estrutura dinâmica, e um fenómeno de natureza processual; - O enfermeiro tem um papel socialmente reconhecido que gera expectativas e responsabilidades, mas é também uma

	<p>sua família: formação em cuidados paliativos; melhorar as condições físicas; articulação do trabalho em equipa multidisciplinar; melhorar a organização dos recursos humanos.</p>	<p>pessoa, um ser com sentimentos e emoções que o podem trair, nomeadamente se não existir o suporte institucional adequado.</p>
<p>E10 (Xavier <i>et al.</i>, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Experiência pessoal e exigência profissional: a satisfação de necessidades e desejos; a experiência de sentimentos e emoções; o acompanhamento e o envolvimento emocional; a responsabilidade pessoal e profissional; - Eixos conflituantes: o ambiente; a presença e participação da família; a formação e a dificuldade em lidar com a morte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Focada a necessidade de explorar a terminalidade pelos enfermeiros para adquirir competências específicas, de forma a promover o conforto e a qualidade de vida do doente e da sua família, sem nunca esquecer as necessidades do profissional.
<p>E11 (Popim & Boemer, 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O cuidado ao doente terminal implica cuidar do ser humano especial e em fragilidade ímpar; - O cuidado ao doente terminal requer uma relação de afetividade; - O cuidado ao doente terminal acarreta o desgaste profissional; - O enfermeiro perante o desgaste biopsicossocial procura estratégias para minimizar o sofrimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - O cuidado em oncologia reveste-se de grande complexidade, exigindo do enfermeiro competências que vão para além da esfera técnico-científica.
<p>E12 (Barbosa <i>et al.</i>; 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar do doente consiste numa assistência integral e na promoção do apoio psicológico; - Modos de perceber a morte: o alívio e o processo biológico associado à religiosidade e à negação; - Estratégias usadas pelos enfermeiros para enfrentarem as dificuldades: a frieza e o isolamento; - Sentimentos perante a morte: a tristeza; o alívio e a impotência, sendo que a gestão de sentimentos é facilitada com experiência profissional; - Os enfermeiros evidenciam que as lacunas de formação académica representam um fator importante em cuidados paliativos e que esta influencia a sua 	<ul style="list-style-type: none"> - A morte provoca grande impacto emocional no enfermeiro, sendo necessário refletir sobre as suas vivências, com vista à promoção de cuidados paliativos de qualidade.

	capacidade de gerir a morte do doente.	
E13 (Gargiulo <i>et al.</i> , 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Significados do cuidar: o envolvimento emocional; o cuidado humanizado e o cuidar da família; - Sentimentos perante a morte: a negação e a impotência; - Estratégias de suporte: a religiosidade e o recurso à formação contínua; - Fatores que influenciam o cuidar: o excesso de doentes e o défice de recursos humanos. 	- As vivências dos enfermeiros são perpassadas por características essencialmente femininas na relação estabelecida com o doente.
E14 (Vidori & Klockner, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais realçam a necessidade de promover o conforto e o carinho, visando uma assistência humanizada; - A gestão do envolvimento do enfermeiro com o doente e com a sua família influencia os cuidados prestados; - Necessidades de acompanhamento e de apoio psicológico do doente e da sua família identificadas pelos enfermeiros; - As dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidar ao doente terminal e à sua família são atribuídas à deficiente formação académica relacionada com o processo de morrer e de morte. 	- Ênfase na formação académica como fator facilitador para lidar com o processo de morrer e de morte.
E15 (Sousa <i>et al.</i> (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Significado da morte para o enfermeiro: a negação e a dificuldade em falar da morte; a transcendência e o alívio; - Envolvimento no processo de morrer e de morte: p envolvimento afetivo é premiado de sofrimento e de proximidade; maior tempo de internamento e a idade do doente influenciam o envolvimento entre o enfermeiro-doente; - Falhas na preparação emocional do enfermeiro e a presença de mecanismos de defesa (o <i>stress</i>, a ansiedade e a fuga). 	- A morte é considerada uma das maiores ansiedades enfrentadas pelos enfermeiros, por ser um fenómeno doloroso e de difícil aceitação.
E16 (Kuster & Bisogno, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Significados atribuídos à morte: o fim do ciclo de vida; a passagem; o processo biológico e natural; - Significados do doente terminal: doente sem possibilidades de cura; doente como tanto os outros; - Os enfermeiros realçam a necessidade de promover cuidados globais que promovam a qualidade de vida; - Conflito interno do enfermeiro ao gerir o seu envolvimento com o doente de forma a diminuir o sofrimento; - A morte provoca a reflexão sobre as perdas passadas e sobre a própria morte; - Mecanismos de defesa: a separação da vida 	- Reforçada a necessidade de criação de espaços de partilha de vivências e de sentimentos dos enfermeiros de forma a trabalhar a perda do doente e melhorar os cuidados prestados.

	<p>profissional da vida pessoal; a frieza e a negação de sentimentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - A idade do doente aquando da sua influencia os cuidados na terminalidade; - Comunicação da morte à família como um momento gerador de muita ansiedade. 	
<p>E17 (Prearo <i>et al.</i>, 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Significado de cuidar: o cuidado tecnicista, focado nos conhecimentos técnicos; o cuidado humanizado e integral; a atenção às necessidades psicológicas do doente e da sua família; - Dificuldade na gestão do envolvimento emocional entre o enfermeiro-doente, comprometendo a qualidade dos cuidados; - O enfermeiro necessita de estar preparado e estruturado para atuar em cuidados paliativos; - Mecanismos de defesa: postura formal e descomprometida; - Cuidar como experiência gratificante; - Superficialidade no relacionamento terapêutico, sendo mais intuitivo, impensado ou ocasional. 	<ul style="list-style-type: none"> - As inconsistências no cuidar pelo enfermeiro evidenciam a necessidade de fornecer um maior ênfase na formação dos enfermeiros, nomeadamente na componente humana e emocional.
<p>E18 (Medeiros <i>et al.</i>; 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os cuidados ao doente paliativo baseiam-se: na promoção do conforto; no controlo da dor; na satisfação das necessidades básicas e na promoção da qualidade de vida; - Presença do respeito e apoio na decisão de morrer em contexto domiciliário; - Realçada a importância da presença da família, da sua integração nos cuidados e do seu acompanhamento; - Identificadas necessidades de cuidados emocionais e espirituais do doente e da sua família; - Identificado o cuidado mecanizado, focado na doença e não na pessoa; - Preocupação na promoção de um ambiente físico que propicie cuidados de qualidade; - O toque como promotor do apoio emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - O cuidado prestado ao doente terminal é baseado nas perspectivas que o enfermeiro possui sobre o que significa o cuidado na terminalidade.
<p>E19 (Santana, Barbosa e Dutra, 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evidentes falhas na preparação do enfermeiro no confronto com a finitude humana, justificado pelo défice de conhecimento e pela formação académica focada no modelo biomédico; - A assistência terminal é focada: na individualidade; no cuidado humanizado; no respeito pela autonomia; no envolvimento da família e na promoção da dignidade e do conforto; - Difícil gestão do envolvimento do enfermeiro com o doente/família; - Destacada a importância do envolvimento e apoio da 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade evidente de criação de espaços para a reflexão sobre a atuação dos enfermeiros, de forma a desenvolverem atitudes paliativistas em detrimento do

	<p>família nos cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recurso à religiosidade como forma de amenizar o sofrimento. 	<p>cuidado mecanizado.</p>
<p>E20 (Lima, Nietzsche e Teixeira, 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A morte é encarada como: a ausência de vida; a falência orgânica e a ausência de sinais vitais; a passagem para outra vida e o fim do ciclo vital; - Sentimentos desencadeados pela morte: a impotência; a frustração; a tristeza e a pena; - No permanente contato com a morte, o enfermeiro assume uma postura rígida e a encara como uma rotina; - A experiência de morte do doente em idade jovem provoca um maior impacto nos enfermeiros; - Os enfermeiros revelam falhas na sua formação acadêmica sobre a terminalidade e atribuem as suas dificuldades a essa lacuna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de uma disciplina específica que aborde a terminalidade em contexto acadêmico, fator este que influencia a atuação do enfermeiro na sua prática profissional.
<p>E21 (Fernandes <i>et al.</i>, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Significados dos cuidados paliativos: focados na promoção da qualidade de vida através do alívio da dor, do sofrimento e na promoção do conforto; - Evidenciada assistência integral e humanizada pela equipa multidisciplinar ao doente e à sua família bem como um suporte terapêutico no processo de luto; - A comunicação encarada como um instrumento essencial para a promoção de uma assistência adequada. 	<ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro refere-se aos cuidados paliativos com objetividade, promovendo a dignidade dos cuidados ao doente e à sua família; - O processo de comunicação assume-se como um elemento eficaz e de extrema importância na promoção de cuidados paliativos de qualidade.
<p>E22 (Salimena <i>et al.</i>, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A comunicação assume-se como uma estratégia essencial na promoção de cuidados paliativos de qualidade; - A morte do doente em idade jovem acarreta maior sofrimento e dor para o enfermeiro; - O enfermeiro sofre ao projetar-se na situação do doente, ou seja, coloca-se no lugar do outro; - O enfermeiro experiencia um misto de sentimentos, que vão desde os sentimentos de gratificação e de satisfação profissional à tristeza e à impotência. 	<ul style="list-style-type: none"> - O cuidado impulsionado pelo enfermeiro pode ser compreendido nas vertentes técnica, ética e humana, que possibilita a promoção das relações interpessoais entre o profissional, o doente e a sua família.

<p>E23 (Fontana & Rosa, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O sofrimento vivenciado pelo enfermeiro leva a que este deseje que o doente morra, encarando a morte como o alívio de todo o sofrimento; - A morte é encarada como uma experiência marcante, pautada de muito sofrimento; - O vínculo estabelecido entre o enfermeiro-doente-família é tanto maior quanto maior for o tempo de internamento, sendo gerador de muito sofrimento; - Sentimentos gerados pela confrontação da morte: a culpa, a impotência e o fracasso; - A presença do medo da morte leva o enfermeiro a negar a morte, afastando-se do doente terminal e da sua família. 	<p>- O sofrimento que o enfermeiro vivencia advém do vínculo estabelecido entre o doente-família e da intenção de promover cuidados de qualidade, emergindo num misto de sentimentos.</p>
<p>E24 Mohan <i>et al.</i>, 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Natureza emocional do cuidado paliativo: elevada componente emocional ligada ao cuidado de enfermagem aos doentes com cancro, através de sentimentos de tristeza, de angústia, de frustração, de desgaste emocional, de inadequação e de desamparo; - Falta de tempo: os enfermeiros referiram sentir necessidade de mais tempo para promover cuidados de qualidade e que essa impossibilidade provoca elevados níveis de frustração e de impotência; - Falta de conhecimentos sobre o tratamento do cancro: os enfermeiros expressaram necessidade de formação e de conhecimentos específicos, sendo que esta lacuna influencia os seus cuidados; - Críticas à classe médica: os enfermeiros referiram que os médicos possuem ainda uma visão focada na doença e que banalizam a dor do doente terminal; - Apoio à família: os enfermeiros referiram dificuldades em promover o apoio e o acompanhamento às famílias que se encontram em processo de não-aceitação da doença do seu familiar; - Ambiente não propício aos cuidados adequados: os enfermeiros referiram que seria vantajoso para o doente terminal partilhar as suas experiências com outros doentes em situação idêntica bem como a ausência de condições físicas adequadas; - Lidar com a não-aceitação do diagnóstico de cancro pelo doente: dificuldade em cuidar de doentes que se encontram em negação da doença, pela não adesão aos cuidados e as dificuldades de comunicação sobre a sua situação de doença. 	<p>- A prestação de cuidados de enfermagem a doentes terminais acarreta um envolvimento emocionalmente desgastante pelo que é importante que os enfermeiros adquiram formação específica sobre os tratamentos, a gestão do tempo e sobre o controlo da dor bem como o aconselhamento perante o cuidado centrado na família do doente terminal.</p>
<p>E25 (Costello, 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A experiência de morte do doente afeta diretamente o enfermeiro; - Uma boa morte provoca efeitos positivos no enfermeiro, uma vez que este sente controlo sobre a morte: quando a morte apresenta alto nível de 	<p>- A perceção dos enfermeiros sobre a morte centra-se no evento e menos sobre o processo de</p>

	<p>previsibilidade; quando a morte é desejada pela equipa; quando esta ocorre em momento oportuno, como durante a noite, de forma a minimizar a interrupção na enfermaria;</p> <p>- Uma má morte implica: uma morte súbita, provocando interrupção na enfermaria; a incapacidade dos enfermeiros na realização dos preparativos para a morte com tempo; quando o doente e a sua família não têm conhecimento que a morte pode ser iminente; o tempo insuficiente para a equipa conhecer a família; quando a morte foi traumática e o doente experienciou elevados níveis de dor ou morreu sem o alívio da sintomatologia;</p> <p>- Uma má morte tem um efeito traumatizante no enfermeiro pois provoca elevado impacto moral e potencia os conflitos entre os vários elementos da equipa.</p>	<p>morrer, sendo que uma boa morte implica o mínimo de impacto na estabilidade organizacional;</p> <p>- Os enfermeiros gerem a morte através de rituais de ocultação (como o fechar das cortinas em torno do cadáver), representando assim a negação social da morte.</p>
<p>E26 (Barnard, Hollig e Hartfiel, 2006)</p>	<p>- Os discursos dos enfermeiros sobre o que significa ser enfermeiro em cuidados paliativos foram divididos em cinco temas: o desejo de realizar tudo o que estiver ao seu alcance; o desenvolvimento de uma relação de proximidade; a necessidade de trabalhar em equipa; a reflexão e a criação de diferentes significados sobre a vida e a morte; a gestão do equilíbrio do envolvimento promovido entre o enfermeiro-doente-família.</p>	<p>- Os enfermeiros referem que o acompanhamento do doente terminal e da sua família implica o desenvolvimento pessoal e um novo conceito de vida.</p>
<p>E27 (Ablett & Jones, 2006)</p>	<p>- Os relatos dos enfermeiros foram agrupados em dez temas: uma escolha ativa para trabalhar em cuidados paliativos; a influência da experiência pessoal na prestação de cuidados; as atitudes pessoais na prestação de cuidados; as atitudes pessoais perante a vida e a morte; a consciência da própria espiritualidade; as atitudes pessoais em relação ao trabalho; os aspetos de satisfação e de <i>stress</i> no trabalho; as estratégias de <i>coping</i> e as questões pessoais/profissionais.</p>	<p>- Os enfermeiros mostraram altos níveis de compromisso e de significado no seu trabalho, sendo que a morte influencia o seu bem estar-estar;</p> <p>- A formação pessoal e o apoio aos enfermeiros influenciam a qualidade dos cuidados ao doente paliativo e à sua família.</p>

<p>E28 (Iranmanesh <i>et al.</i>, 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surgiram três grandes temas dos depoimentos dos enfermeiros: a relação de compaixão e o envolvimento entre enfermeiro-utente, sendo a crença religiosa um fator facilitador nos relacionamentos; a satisfação do enfermeiro ocorre quando consegue promover uma morte digna, através do controlo de sintomas, da promoção do conforto, bem como quando é reconhecido pelos familiares e pelos doentes sob forma de agradecimentos e por <i>feedback</i> positivo; - O sentimento de frustração ocorre nos enfermeiros pela presença de desigualdades de atendimento aos doentes terminais e pelas lacunas dos serviços de saúde; pela desvalorização da carreira de enfermagem, pelo défice de recursos humanos e pela baixa remuneração; pela presença da conspiração do silêncio, dificultando a comunicação e o apoio ao doente e à sua família. 	<ul style="list-style-type: none"> - A proximidade entre enfermeiro-doente-família representa a base dos cuidados em contexto oncológico, sendo que essa produz experiências pessoais e profissionais que vão fazer parte da história de vida dos enfermeiros.
<p>E29 (Wu & Volker, 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os cuidados paliativos são focados numa vertente holística, encarando o doente como um todo na sua individualidade; - A gestão do dia-a-dia do enfermeiro é baseada em relações de proximidade e de confiança, facilitando a comunicação bem como o respeito pelos desejos do doente-família; - A presença de crenças negativas sobre o que são os cuidados paliativos pelos profissionais, pelos doentes e a suas famílias influenciam a adesão dos doentes à sua institucionalização, por associarem ao hospital um local de desesperança e de muito sofrimento; - Os enfermeiros na eminência da morte do doente promovem o envolvimento da família e acreditam que a morte deverá ocorrer no domicílio, o que nem sempre é possível; - A frustração e o <i>stress</i> ocorrem quando os enfermeiros não conseguem controlar a dor do doente após terem feito tudo o que estava ao seu alcance; - O apoio da família, dos amigos e dos colegas de trabalho são uma fonte de apoio para os enfermeiros, ajudando-os a ultrapassar as dificuldades que advém do cuidado na terminalidade; - Outras estratégias: o recurso à religiosidade e a prática de atividades diárias saudáveis; - O enfermeiro perante a morte reflete sobre si e sobre a sua vida, existindo a mudança de atitudes e de valores, valorizando aspetos da sua vida, como por exemplo, a sua família. 	<ul style="list-style-type: none"> - A experiência dos enfermeiros em cuidados paliativos representa uma jornada evolutiva; - Embora a morte ainda seja considerada um tabu, os enfermeiros expressaram o respeito pela autonomia do doente, bem como o desejo em ajudá-lo a morrer com dignidade e conforto.

<p>E30 (Iranmanesh <i>et al.</i>, 2009a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção especial ao doente terminal e à sua família: através da escuta ativa, de uma postura empática, transmitindo a alegria e o otimismo; atenção a aspetos socioeconómicos do doente/família; - Cuidar do doente terminal fez diminuir o medo da morte e aumentou a aceitação da morte pelos enfermeiros, levando-os a ter uma visão diferente sobre os significados e sentido da vida; - Barreiras ao cuidado terminal: a ausência de tempo suficiente para acompanhar devidamente o doente e a sua família; a ausência de um ambiente favorável e de atividades de distração; - Dificuldades em implementar os cuidados paliativos: o recurso a técnicas invasivas que promovem o elevado sofrimento; o não envolvimento da família e do doente nas decisões em fim de vida; a filosofia de cuidados paliativos que é pouco divulgada na sociedade, dificultando a referenciação destes doentes para as unidades de cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - O sucesso dos cuidados oferecidos pelo enfermeiro ao doente terminal encontra-se dependente da relação de carinho interpessoal; - Para facilitar a relação entre o enfermeiro-doente-família é necessária a criação de unidades de cuidados paliativos, bem como a incorporação deste tipo de cuidados na formação académica do enfermeiro.
<p>E31 (Hov, Athlin e Hedelin, 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intencionalidade do enfermeiro na satisfação de desejos e pedidos e em querer fazer mais e melhor em prol do bem-estar do doente terminal; - Os conflitos existentes entre os vários elementos da equipa na tomada de decisão provocam elevada tensão emocional, sendo acompanhada de angústia e de desgaste psicológico; - O enfermeiro sente-se desafiado perante um doente à beira da morte, pelo que necessita de proteção emocional; - Dificuldade em encontrar um equilíbrio entre a proximidade e a distância estabelecida entre enfermeiro-doente-família, bem como a dificuldade em falar sobre a morte com o doente; - Dificuldade entre os vários elementos da equipa, sendo criticados quando assumem uma postura diferente do que é comum. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de paradoxos no trabalho do enfermeiro que podem ameaçar a sua identidade profissional bem como uma exigência demasiada pesada no seu desempenho profissional.
<p>E32 (Salvage, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros revelaram não ter abordado os temas sobre a morte e os cuidados paliativos na sua formação académica; - O contexto de cuidados paliativos promove a aceitação da morte como um processo natural nos enfermeiros; - O ambiente de trabalho influencia os cuidados prestados bem como os recursos humanos em número adequado na promoção de cuidados paliativos de 	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros manifestam o desejo em prestar cuidados de excelência, sendo confrontados com restrições financeiras que acabam por

	<p>excelência;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ênfase na necessidade do apoio psicológico e emocional aos enfermeiros em cuidados paliativos; - O <i>stress</i> surge nos enfermeiros pela sua incapacidade em promover os melhores cuidados na terminalidade; - A satisfação profissional é maior em cuidados paliativos do que em outros serviços; - Presente a visão holística nos cuidados prestados pelos enfermeiros, através do respeito pela autonomia e por uma morte digna; - A família é apoiada e é incluída em todo o processo de cuidar; - Ter disponibilidade e tempo para acompanhar o doente e a sua família é de extrema importância em cuidados paliativos. 	<p>desafiar a identidade do enfermeiro em cuidados paliativos.</p>
<p>E33 (Iranmanesh <i>et al.</i>, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A relação entre o enfermeiro e o doente é baseada numa relação estreita e de confiança, encarando o doente como um ser único; - A família é envolvida, atendendo às suas necessidades individuais, bem como ao aconselhamento e apoio; - Foco nas necessidades espirituais, emocionais, bem como em cuidados focados nas vontades e nos desejos do doente; - O cuidado ao doente terminal foi considerado um processo de aprendizagem e de auto consciência; - O trabalho em equipa e a partilha de valores entre os profissionais auxilia a gestão de situações difíceis em cuidados paliativos; - Sentimento de frustração ocorre pela ausência de unidades de cuidados paliativos e conseqüentemente o prolongamento da vida do doente terminal sem qualidade; - O confronto do enfermeiro com o sofrimento do doente provoca a reflexão sobre as suas atitudes pessoais e o valor da vida; - Ao longo da sua experiência profissional, o enfermeiro aprende a gerir o seu envolvimento nas situações de angústia, de forma a manter um equilíbrio emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar de doentes terminais apresenta-se como um processo exigente em termos éticos, pessoais e profissionais, independentemente do sexo, cultura ou contexto; - O contexto físico e organizacional influencia diretamente as habilidades dos enfermeiros, sendo que as organizações de saúde devem facilitar e habilitar os enfermeiros para o contexto de cuidados paliativos.
<p>E34 (Juthberg & Sundim, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O sentimento de impotência ocorre quando o enfermeiro enfrenta o sofrimento do doente e está convencido que o poderia ajudar, mas o faz por não ter autonomia perante a classe médica; - Os enfermeiros sentem-se confrontados e apreciados por outras classes profissionais, provocando sentimentos de insegurança e de inferioridade; - Os enfermeiros revelaram querer preservar a 	<ul style="list-style-type: none"> - A experiência vivida dos enfermeiros encontra-se repleta de sentimentos de impotência, de luta pela autonomia, bem como pela

	<p>autonomia e a integridade humana, sendo que a impossibilidade de promover os direitos do doente terminal desencadeia sentimentos de inadequação.</p>	<p>falta de coragem e de medo em se exporem perante os colegas.</p>
<p>E35 (Johansson & Lindahl, 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros promovem cuidados paliativos de qualidade e este facto é demonstrado por sentimentos de reconhecimento pelo doente e sua família; - Os sentimentos que variaram entre os enfermeiros: a satisfação e a insatisfação; a gratidão; o desconforto e o <i>stress</i>; - Cuidar do doente terminal implica um gasto de energia quer pessoal quer profissionalmente, sendo que as recompensas a nível pessoal por vezes ultrapassam as dificuldades; - Espaços físicos adequados à prestação de cuidados paliativos promovem sentimentos de segurança e de harmonia a todos os intervenientes; - Estratégias adotadas pelos enfermeiros: a reflexão, a partilha de sentimentos e experiências entre os elementos da equipa; a capacidade de assumir vários papéis perante o doente-família; - Existência de conflitos entre o ideal e a realidade dos cuidados terminais. 	<ul style="list-style-type: none"> - A experiência vivida pelos enfermeiros é repleta de contrastes e de contradições, uma vez que cada enfermeiro vivencia o fenómeno em estudo de forma pessoal e única; - Cuidar na terminalidade é descrito como uma experiência difícil mas também recompensadora e gratificante; - Destacada a importância da adaptação do espaço físico de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados.
<p>E36 (Leung <i>et al.</i>, 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro enfrenta a dualidade de lutar contra o processo de doença enquanto se prepara para a eventualidade da morte do doente; - O enfermeiro sente o peso da responsabilidade de preparar o doente para a morte enquanto promove a esperança; - O enfermeiro sente-se confrontado com a filosofia de cuidados focada na cura, nomeadamente nas atitudes médicas; - Conflitos entre a classe médica e de enfermagem sobre o desejo do doente em não querer ser reanimado; - Surge a ansiedade e a desesperança quando o enfermeiro é confrontado com a negação da doença por parte da família, querendo promover todo o tipo de tratamentos ao doente, independentemente do sofrimento associado; - Relatadas necessidades e lacunas formativas e habilidades comunicacionais pelos enfermeiros; 	<ul style="list-style-type: none"> - É necessária a mudança de cultura e educação sobre a filosofia de cuidados paliativos, de forma que os enfermeiros reconheçam as atitudes contraditórias impostas aos doentes terminais, que só acarretam dor e sofrimento, preparando-os para o fim de vida, promovendo o conforto e

	<ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro tenta gerir o momento de cessar os procedimentos invasivos, integrando e envolvendo a família e o doente, de forma a promover uma morte o mais digna possível; - A ação do enfermeiro é focada na promoção do conforto, no controlo da dor e na autonomia e individualidade do doente; - O envolvimento entre o enfermeiro-doente foi considerado gratificante mas também repleto de sentimentos de tristeza e de angústia, pelo que o enfermeiro sente necessidade de gerir esse envolvimento da melhor maneira possível de forma a não comprometer a proximidade. 	<p>momentos de partilha de medos e anseios.</p>
<p>E37 (Gannon & Dowling, 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presente o envolvimento efetivo entre o enfermeiro e o doente, pela presença de cumplicidade e reconhecimento da individualidade; - A incapacidade de comunicar pelo doente não influênciam o relacionamento entre o doente-enfermeiro, sendo que o enfermeiro se adapta às características e limitações do doente; - A morte é aceite pelos enfermeiros e sentem-se capazes de falar sobre ela ao doente e à sua família, e reconhecem que este aspeto facilita o processo de terminalidade, sendo que este aspeto não implica que a morte não represente um momento difícil; - O tipo de morte influencia diretamente o enfermeiro; - O direito fundamental de morrer com dignidade foi evidente nos discursos dos enfermeiros, promovendo a privacidade do momento da morte bem como a presença efetiva de pessoas significativas ou somente a presença do enfermeiro; - Os enfermeiros sentem que cada doente que partiu fez parte da sua história, pelo que fazem questão de os relembrar; - Os enfermeiros reconhecem a necessidade de envolver e promover a presença da família; - Os sentimentos de tristeza ocorrem quando o enfermeiro reconhece que o doente não é devidamente apoiado e também pela presença de conflitos familiares; - A morte inesperada ou súbita provoca muito impacto emocional no enfermeiro, traduzindo-se em sentimentos de impotência e de desamparo; - Os enfermeiros reconhecem a importância do apoio oferecido pelos colegas, existindo espírito de equipa e de partilha. 	<p>- As experiências do enfermeiro com o doente terminal são repletas de envolvimento emocional e quando a família não está presente, os enfermeiros tornam-se a sua família.</p>

<p>E38 (Ridley, 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Filosofia de cuidados presentes nos discursos dos enfermeiros: cuidados de conforto e de suporte; promoção da qualidade de vida; respeito pela individualidade; cuidado holístico, através da satisfação das necessidades físicas, mentais, psicológicas e espirituais; - O conforto do doente é promovido através do alívio da dor, no acompanhamento e na presença de pessoas significativas para o doente; - Presença de atendimento personalizado através da satisfação de desejos e vontades do doente; - O tipo de morte do doente afeta emocionalmente o enfermeiro; - O sentimento de frustração ocorre quando o enfermeiro não consegue promover os melhores cuidados paliativos; - A família foi referenciada como essencial e que deve ser apoiada e envolvida em todo o processo de cuidar; - A espiritualidade esteve presente, embora indiretamente, nos discursos dos enfermeiros, sendo que as crenças fazem parte integrante da sua atividade profissional; - Dificuldades no controlo da dor e na gestão das expectativas das famílias; - Estratégias de <i>coping</i>: banalização da morte e separação entre a vida pessoal da profissional; - O sentimento de gratificação ocorre pela possibilidade conhecer doentes com histórias muito ricas em ensinados para a vida pessoal, bem como pelo reconhecimento e valorização do seu trabalho pelos doentes e suas famílias; - O apoio psicológico ao doente e à sua família nem sempre foi promovido, sendo que o enfermeiro assume essa competência na maior parte das vezes; 	<ul style="list-style-type: none"> - O confronto repetido com a morte e a dor do doente provoca no enfermeiro o desenvolvimento de mecanismos de <i>coping</i>, sendo que os desafios são compensados pelo reconhecimento profissional.
<p>E39 (Trout, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros revelaram que cuidar de doentes paliativos implica uma relação de envolvimento e de intimidade; - Estar presente no momento certo bem como uma comunicação eficaz foram relatados como aspetos essenciais para a promoção de cuidados paliativos de qualidade; - As capacidades de comunicar, de ouvir ativamente e de tocar foram consideradas habilidades comunicacionais que promovem a proximidade e abertura com o doente e a sua família; - Os enfermeiros encontram na religião o conforto para suportar o sofrimento perante a morte; - Os enfermeiros revelaram que para cuidar em cuidados paliativos é necessário ter vocação; 	<ul style="list-style-type: none"> - O conjunto de desafios emocionais presentes no cuidado ao doente terminal faz com que os enfermeiros desenvolvam a consciência de equilibrar as emoções, aprendendo assim a respeitar os doentes nas suas diferenças, apoiando-se nos

	<ul style="list-style-type: none"> - Os mecanismos de <i>coping</i> surgem pela presença de desafios emocionais, pelo que lidar eficazmente com esses desafios é o que sustenta a continuação dos enfermeiros em cuidados paliativos; - Os sentimentos variam desde a felicidade à frustração existindo a tentativa de equilíbrio entre a vida pessoal da profissional; - Presença de sentimentos de missão cumprida, de gratificação e de satisfação pelos enfermeiros quando sentem que "marcaram" a diferença no cuidado ao doente terminal e à sua família; 	<p>vários elementos da equipa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - A satisfação e a gratificação impulsionam e guiam o enfermeiro no seu trabalho, ajudando-o a enfrentar o impacto do processo de morrer e de morte.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. CATEGORIZAÇÃO

Da análise detalhada dos resultados e conclusões dos estudos selecionados, surgiram as categorias e as subcategorias que respondem ao fenómeno em estudo, que estão expostas no Quadro 14.

Quadro 14 - Processo de Categorização

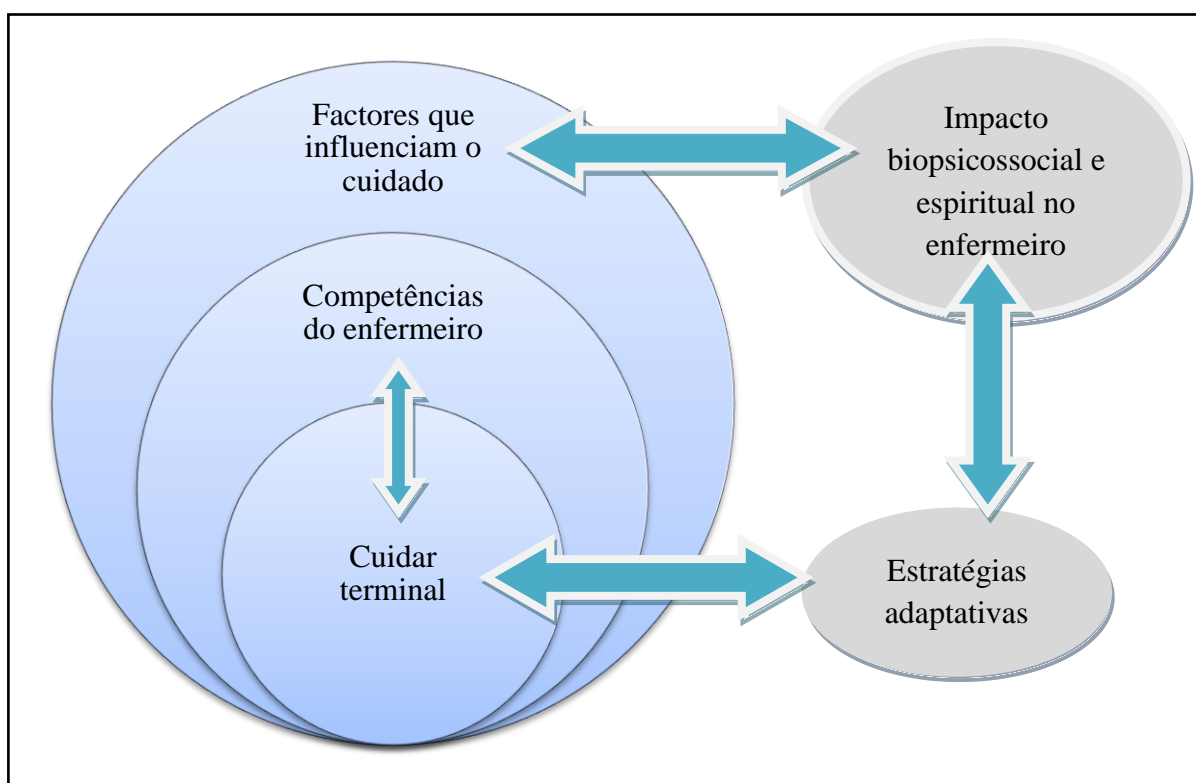
TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
1. Impacto no enfermeiro no cuidado terminal	1.1. Impacto psicológico/emocional	1.1.1. Impotência, revolta e frustração 1.1.2. Tristeza, angústia, pena e choro 1.1.3. Medo 1.1.4. Perda, culpa e ansiedade 1.1.5. Desgaste psicológico e emocional 1.1.6. Confusão de sentimentos 1.1.7. Alívio 1.1.8. Compaixão 1.1.9. Gratidão e satisfação profissional
	1.2. Impacto espiritual	1.2.1. Reflexão sobre a finitude 1.2.2. Valorização da vida e dos detalhes
	1.3. Impacto social	1.3.1. Crescimento e transformação pessoal
	1.4. Impacto físico	1.4.1. Desgaste físico
2. Estratégias adaptativas	2.1. Estratégias adaptativas ineficazes	2.1.1. Banalização da morte 2.1.2. Frieza, distanciamento e assumir diferentes papéis 2.1.3. Fuga 2.1.4. Cuidado mecanizado

		2.1.5. Negação de sentimentos 2.1.6. Projeção
	2.2. Estratégias adaptativas eficazes	2.2.1. Separação entre a vida pessoal da profissional e assumir diferentes papéis 2.2.2. Religiosidade 2.2.3. Busca do conhecimento 2.2.4. Partilha e reflexão entre colegas
3. Competências do enfermeiro na terminalidade	3.1. Competências focadas na promoção dos direitos do doente terminal	3.1.1. Qualidade de vida 3.1.2. Dignidade humana e conforto 3.1.3. Individualidade e autonomia 3.1.4. Direito à informação
	3.2. Competências focadas na satisfação das necessidades do doente terminal	3.2.1. Apoio psicológico e emocional 3.2.2. Apoio espiritual e religioso 3.2.3. Controlo, alívio e validação da dor e do sofrimento 3.2.4. Satisfação de desejos 3.2.5. Satisfação das necessidades básicas e cuidados de higiene como momento privilegiado 3.2.6. Cuidado focado na imagem 3.2.7. Gestão do ambiente e promoção da distração
	3.3. Competências focadas na relação enfermeiro-doente	3.3.1. Proximidade e acompanhamento 3.3.2. Relação de confiança, intencionalidade e compromisso
	3.4. Competências focadas na relação enfermeiro-família	3.4.1. Apoio psicológico e emocional 3.4.2. Disponibilidade e acompanhamento 3.4.3. Envolvimento e participação 3.4.4. Preparar a perda e gestão do luto
	3.5. Competências focadas na comunicação	3.5.1. Comunicação verbal 3.5.2. Comunicação não-verbal
4. Fatores que influenciam o cuidar na terminalidade	4.1. Relacionados com o enfermeiro	4.1.1. Conceções de morte 4.1.2. Conceções de doente terminal 4.1.3. Características pessoais 4.1.4. Filosofia de cuidados 4.1.5. Formação 4.1.6. Experiência profissional
	4.2. Relacionados com o doente e família	4.2.1. Idade do doente 4.2.2. Tipo de morte 4.2.3. Tempo de internamento 4.2.4. Confronto com a doença 4.2.5. Dificuldades da família
	4.3. Relacionados com a equipa multidisciplinar	4.3.1. Classe médica focada no modelo biomédico

		4.3.2. Coordenação, ambiente e comunicação
	4.4. Relacionados com a gestão organizacional	4.4.1. Apoio e acompanhamento do enfermeiro 4.4.2. Recursos humanos 4.4.3. Condições físicas e recursos materiais 4.4.4. Gestão e cultura organizacional 4.4.5. Transição do modelo biomédico para o modelo holístico

As categorias e as subcategorias também são representadas num esquema representativo (Esquema 2), demonstrando que todos os significados descritos pelos enfermeiros estão interligados. Assim, os significados das experiências dos enfermeiros encontram-se diretamente relacionados com a prestação de cuidados paliativos, que são influenciados pelas ações e competências profissionais do enfermeiro, sendo que por sua vez, a ação do enfermeiro está dependente de fatores relacionados consigo mesmo, com o doente e com a sua família e por fatores organizacionais. Todos estes fatores provocam algum tipo de impacto no enfermeiro (emocional, físico, social e espiritual), sendo que a forma como este gere esse impacto (estratégias adaptativas) vai novamente influenciar a sua ação, repercutindo no nível de qualidade dos cuidados paliativos prestados.

Esquema 2 - Esquema interpretativo das categorias emergentes da investigação



CAPÍTULO IV - INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi com o objetivo de explorar as experiências e vivências dos enfermeiros no confronto com a morte e processo de morrer do doente terminal em contexto institucional, que são apresentados os resultados referentes ao fenômeno em estudo.

Sendo através das experiências vividas que os indivíduos transformam as suas perspectivas, reorganizando padrões no sentido da qualidade da sua saúde e da sua vida, é de extrema importância centrar as atenções nos enfermeiros relativamente às suas experiências vividas na sua prática profissional uma vez que estas conduzem a um conhecimento imprescindível para a construção de decisões sobre os cuidados de enfermagem (Parse, 1998 *cit.* Lopes, 2012).

Para facilitar a compreensão da origem das categorias e das subcategorias são expostos os depoimentos dos enfermeiros correspondentes a cada estudo selecionado e seguidamente confrontados com as citações de autores para fundamentar os conteúdos agrupados. É necessário reforçar que os relatos transcritos não sofreram qualquer tipo de alteração, preservando assim os seus significados.

1. IMPACTO NO ENFERMEIRO

O ser humano representa um sistema adaptativo sendo constituído por um conjunto de partes que funcionam como unidades pertencentes a um todo (Roy & Andrews, 1991 *cit.* Neto & Pagliuca, 2002).

Para Lima, Paranhos e Werlang (2009, p.220), "*o fenômeno da morte desencadeia uma série de reações e dificuldades nas pessoas. Essas dificuldades estão relacionadas com a incapacidade humana de representar psicologicamente a morte*". Também Ramos (2002) afirma que nas duas últimas décadas, muitos foram os autores que descreveram os efeitos fisiológicos, emocionais, cognitivos e sociais que os estímulos stressantes provocam no ser humano.

As designadas profissões de ajuda, nas quais se situa a enfermagem, são apontadas como as profissões de maior risco físico e psicossocial (Ramos, 2002). O mesmo autor refere que a

enfermagem é caracterizada por altos ideais de ajuda, onde o contacto com a doença, o sofrimento e a morte, são uma constante. Assim, o processo de morrer e a possibilidade de morte afeta o ser humano em todos os seus sistemas, sendo particularmente difícil para o enfermeiro renunciar os seus sentimentos e medos quando contacta com o doente em fase terminal e quando é confrontado com a morte no seu percurso profissional (Copp, 1994 *cit.* Campelos, 2006).

Os enfermeiros, como a maioria dos profissionais de saúde, consideram que é sempre possível fazer algo mais para evitar a morte (Rossa, 2007), sendo evidente elevados constrangimentos perante o processo de morrer e de morte. Segundo Morgado (2012), o enfermeiro antes de ser um profissional de saúde, é uma pessoa com vida interior, repleto de emoções e de sentimentos, que o impulsionam na sua prática profissional por vezes de forma inconsciente. Assim, o enfermeiro enquanto prestador de cuidados experiencia um misto de sentimentos e vivencia a relação com o paciente de forma subjetiva e única, subjetividade que se encontra presente em toda a sua atividade profissional (Diogo, 2006).

O enfermeiro enquanto ser humano apresenta dificuldades e problemas pessoais e familiares, sendo simplesmente a natureza da sua profissão o que o distingue e atendendo ao tipo de funções desempenhada por este, é compreensível que viva em constante *stress*, pois tem de contactar constantemente com o sofrimento dos outros (Fernandes, 2012). Essa experiência assume um sentido único e subjetivo, que Honoré (2004, p.39) reconhece quando afirma que "*a questão essencial do sentido de cuidar é reconhecer que cuidar tem para cada um sentido*".

Neste sentido, foi evidente que o confronto com o processo de morrer e de morte do doente e de toda a envolvência acarreta implicações para o enfermeiro nas dimensões biopsicossocial e espiritual. Assim, todos os estudos relataram diferentes formas de impacto nos enfermeiros, pelo que neste capítulo constam as categorias: o impacto emocional/psicológico; o impacto espiritual; o impacto social e o impacto físico.

1.1. IMPACTO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

A morte do doente desperta no enfermeiro um manancial de emoções e sentimentos, que marcam a forma como é encarada e vivenciada a relação estabelecida (Morgado, 2012).

Para Martins & Melo (2008, p.125), as "*emoções são, como sua a sua própria etimologia sugere, reações manifestas frente àquelas condições afetivas que, pela sua intensidade, nos mobilizam para algum tipo de ação*". As emoções "*são, essencialmente, impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida, que a evolução instilou em nós*" (Goleman, p.22, 2006 *cit.* Morgado, 2012).

Segundo Damásio (1994, p.145), "*as emoções desempenham uma função na comunicação de significados a terceiros e podem também ter o papel de orientação cognitiva*", sendo que as emoções têm a finalidade de auxiliar o organismo a manter e a regular a vida (Damásio, 1999). O mesmo autor propõe a distinção entre os conceitos de sentimento e emoção, defendendo que o sentimento representa uma experiência mental e privada, sendo a emoção um conjunto de respostas publicamente observáveis a esse mesmo sentimento (Damásio, 1994).

Sendo a vivência emocional e a experiência de sentimentos reconhecidas pelos enfermeiros como inerentes à sua prática profissional, o que é sentido influencia aquilo que é pensado numa combinação de lógica e de emoções, que coexistem num equilíbrio complexo (Querido, 2005). As emoções e os comportamentos adotados perante a morte são a consequência de um processo de socialização influenciado pelas tradições, pelos hábitos culturais e pelos estilos sociais (Lopes, 2010). As emoções e os sentimentos desempenham assim um papel fundamental na racionalidade, sendo uma poderosa manifestação dos impulsos e dos instintos, constituindo uma parte essencial na atividade do ser humano (Póvoa, 2013).

Da análise dos discursos dos enfermeiros emergiram as seguintes reações emocionais: a impotência, a revolta e frustração; a tristeza, a angústia, a pena e o choro; o medo; a perda, a culpa e a ansiedade; o desgaste psicológico e emocional; a confusão de sentimentos; o alívio; a compaixão; a gratidão e a satisfação profissional.

1.1.1. Impotência, revolta e frustração

A impotência, a revolta e a frustração foram as reações emocionais negativas mais referidas pelos enfermeiros:

Impotência

- (...*essa sensação de impotência...portanto de incapacidade perante uma situação dessas...de morte...*)^{E1}; (...*sinto um sentimento de impotência, não só para com o doente, como para com*

os familiares também...)^{E2}; (...sinto-me um pouco impotente porque penso que se calhar poderia ter feito mais e não fiz ou não o soube fazer e isso é difícil...)^{E3}; (...angústia e impotência por vê-los sofrer...)^{E5}; (...temos também o sentimento de impotência...queremos fazer mais mas às vezes isso é impossível, por isso há sempre esse sentimento de impotência principalmente...)^{E7}; (...sentia-me impotente...)^{E8}; (...em alguns casos me sinto impotente...)^{E12}; (...você se sente um pouco sem ação, você é impotente, sempre na frente da morte, que a gente depara com ela todo dia...)^{E13}; (...tem uns pacientes que nos apegamos tanto que é muito difícil de aguentar...choramos, lamentamos, nos sentimos potencialmente incapazes...)^{E15}; (...às vezes me sinto impotente, nulo, porque muitos de nós consideramos grandes demais e quando a doença chega nos assustamos, não acreditamos que possa acontecer com a gente...)^{E19}; (...sensação de impotência...)^{E20}; (...em um dia ele está com dor e aí a gente tenta ajustar a medicação, conversa com médico assistente, tenta mudar posicionamento, melhorar o colchão da cama ...no outro dia ele continua com a mesma dor e essa dor vai piorando...impotente em relação ao próprio curso da doença...)^{E22}; (...às vezes, a gente se sente culpada de não ter prestado um cuidado melhor, impotente diante de muitas situações...)^{E23}; (...sometimes feel helpless because there is nothing you can do personally to stop the cancer and or its progress...)^{E24}; (...I wish we had done more in terms of giving sedation and pain relief...the family watched him die in agony...it was such a shame surely...we could have done more?...he was in pain and we were not quick enough to respond...it was a really bad death...)^{E25}; (...she was at the end... her eyes were insistent with me to understand...I felt terrible that I still could not do anything for her...)^{E30}; (... and you feel insufficient...when you only offer a insignificant dose...why didn't I put my foot down earlier...)^{E34}.

A impotência foi a reação emocional mais evidenciada e surgiu pela incapacidade dos enfermeiros perante a morte, pela sua inevitabilidade, pelo confronto com o sofrimento do doente e da sua família e por não conseguirem fazer mais do que está ao alcance das suas competências humanas. A impotência levou ao aparecimento de reações como a frustração e a revolta, nomeadamente quando os enfermeiros sentiram que os seus cuidados não corresponderam às expectativas do doente e da sua família.

O enfermeiro não consegue ficar indiferente ao sofrimento do doente e da sua família, sendo que presenciar a morte de alguém provoca sentimentos de impotência (Almeida, 2009). O contexto hospitalar está vocacionado essencialmente para a vertente curativa, sendo que a

incapacidade de curar é muitas vezes encarada como uma derrota profissional, provocando elevados níveis de frustração e de revolta perante a morte (Cândido, 2004).

Para Kovács (2010, p.424), "o profissional de saúde, em seu cotidiano lida com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente. Sua dificuldade para lidar com problemas durante a convivência diária junto a pacientes, familiares e colegas tem contribuído para gerar situações de estresse de difícil resolução. O sentimento gerado por estas situações, muitas vezes, se traduz em impotência, frustração e revolta".

Revolta

- (...em determinadas alturas é um sentimento se calhar de revolta...em relação à morte...)E1; (...sinto alguma frustração por não conseguir por vezes apoiar de uma outra maneira..é isso que me revolta...o fato de eu não poder fazer mais nada por este tipo de doentes)E2; (...revolta às vezes um bocado ver os familiares perante...revolta as pessoas trazerem os doentes e abandonarem-nos...)E2; (...eu sinto que não consigo proporcionar-lhes aquilo que eles mais desejam e isso revolta-me...)E3; (...há um investimento em medidas curativas mas que sabemos que não trazem ganhos para o doente e isso dá-nos muita revolta...)E5; (...raiva e revolta por fazermos distanásia...)E5; (...revolta, muita revolta por sabermos que damos sofrimento ao doente com medidas invasivas...)E5; (...muitas vezes de revolta porque temos muita gente nova com filhos e que nos custa muito ver partir porque os filhos precisam deles ou uma mãe que perde um filho...é uma dor terrível e a gente não consegue fazer nada...é contra natura uma mãe perder um filho...)E7.

Foi evidente que as reações de impotência e de revolta são manifestamente mais acentuadas quando o processo de morrer foi pautado por elevado sofrimento e quando se insistiu em tratamentos agressivos e invasivos.

A revolta esteve presente quando os enfermeiros se depararam com a ausência de apoio pela família ao doente, indo ao encontro do que afirmam Valente e Teixeira (2009), que quando os enfermeiros presenciam a negligência familiar emergem os sentimentos de tristeza, de impotência e de raiva.

Os sentimentos de incerteza e de revolta resultam dos enfermeiros não saberem se estão a fazer tudo para promover o bem-estar do doente e assim tendem a prolongar a sua vida. O enfermeiro sente-se impotente por não conseguir conservar o doente vivo e angustiado por não saber como comunicar efetivamente com o doente e com a sua família (Rossa, 2007).

Frustração

- (...e o sentimento de uma certa frustração...)^{E1}; (...muitas vezes saio com a frustração de que poderia ter feito mais para ajudar...)^{E2}; (...sinto que alguém termina uma experiência e vai para o desconhecido, para mim é uma sensação desagradável e frustrante...)^{E3}; (...frustração, sinto muita porque não sei como transmitir ao familiar que o seu ente querido está a morrer...)^{E5}; (...eu pessoalmente acho que é complicado gerir situações em que não há cura...pelo menos para mim a nível emocional porque me sinto frustrada...)^{E6}; (...confortar os doentes em fim de vida começa por ser um confronto com frustração, uma certa impotência...)^{E10}; (...frustração porque você tem toda aquela empolgação assistindo o paciente e de repente ele morre...)^{E20}; (...sensação de frustração e impotência diante das situações de morte...)^{E23}; (...feeling unable to provide the type of care they need on a busy surgical unit, and frustrated at this...)^{E24}; (...here we try so much to take care of the people and to prolong their life but actually we do not get the result...)^{E28}; (...I think, for me, if I'd have got a job working in the acute sector, I think I would have just been so frustrated and unhappy...so I would have gone home every day thinking...I haven't given the care that I want to give to my patients...)^{E32}; (... I tried to keep an open mind, but I think that nursing on general wards in acute hospitals didn't leave me feeling satisfied...in fact it was quite the reverse...it left me feeling very frustrated and dissatisfied, because I'd go off duty some days wondering what I'd actually done for anybody...)^{E32}; (...the frustration is I have seen patients here on hospice where I thought that they could really benefit from some intense therapies, but I have seen patients in the ICU receiving intense therapies where I think they would have benefitted more from hospice...)^{E38}; (...sometimes dealing with a family can be frustrating and I have to remember they are coping with a lot...they might be stressed and need a lot of patience...)^{E39}.

O enfermeiro é cada vez mais instruído a curar, a tratar e se possível, suprimir a morte, sendo natural que se sinta impotente e fracassado perante a mesma (Campelos, 2006).

Para Junior & Eltink (2011), a morte encontra-se sempre associada a um sentimento de angústia, de solidão e de impotência para os enfermeiros, pois a morte representa o fracasso e a derrota dos seus cuidados, uma vez que estes foram formatados para promover a vida.

A impotência advém das emoções de tristeza e da compaixão quando os enfermeiros não conseguiram evitar ou reduzir o sofrimento do doente (Diogo, 2006). Também Rich (2005) cit. Campelos (2006) refere que a frustração pode resultar do enfermeiro se sentir impotente

na momento da morte do doente e por sentir-se sem forças e energias para lidar com as suas próprias reações emocionais.

1.1.2. Tristeza, angústia, pena e choro

Os depoimentos dos enfermeiros também revelaram a tristeza, a angústia, a pena e o choro:

Tristeza

- (...alguma tristeza sempre que alguém morre...)E1; (...enfrento a situação de estados terminais com um bocado de tristeza...)E2; (...uma tristeza enorme...)E5; (...tristeza, é só mesmo tristeza porque eu tenho a consciência que tudo que tínhamos para oferecer nós oferecemos, tenho consciência que há um limite e chegando a esse limite já não há para fazer...)E7; (...é uma tristeza e isso entristece-nos também, não saímos daqui e não esquecemos as situações...)E7; (...tristeza, por ter perdido aquele paciente que você lutou tanto...)E12; (...tristeza pela família, pesar pelo paciente...)E20; (...dá tristeza de saber que um paciente não teve êxito, vai ter que voltar a fazer o tratamento ou que vai ter que fazer o tratamento só paliativo...)E22; (...it is sorrowful that you cannot give the time you would like to give to the patients...)E24; (...go home and tell my husband about patient things about the situation at work if I feel really sad...)E26; (...you know just because it's really sad, you just feel really bad for them and patients who really haven't had the best life...)E38.

Para Porto (1999, p. 6), a tristeza "*constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades*". Foi evidente que a proximidade entre enfermeiro e o doente gera sempre algum nível de tristeza quando ocorre a morte, sendo acompanhada de angústia e de pena.

Angústia

- (...é a angústia que sentimos...)E1; (...sinto uma certa angústia quando do contato físico com o doente, principalmente quando vês que o doente está consciente e que tu não consegues...)E2; (...angústia é muita..muitas vezes puncionamos o doente para a terapêutica que muita dela sabemos que não vai surtir efeito de melhora...)E5; (...fico muito angustiado, como disse, choro com os familiares, mas pessoa fica muito abatida mas depois erguemos logo para cima, temos de ser apoio a esta família...)E7; (...é uma angústia...ele está numa luta constante e muitas vezes a solução é a morte...)E7; (...it is really painful to see how the people are provided with care and treatment in a different way due their economical situation...)E28;

(...I get distressed and I experience it as more exhausting than to have to do something that in a way falls outside...what I perhaps would have done if I had decided...)^{E31}; (... I'm aware there's a time limit, you see, that even when somebody's died there's still you know, you can't spend all afternoon talking to relatives, much as you'd like to, and that's something I still struggle with a little bit...)^{E32}.

Por mais experiência que o enfermeiro possua na prestação de cuidados, sempre que contacta com o doente em fim de vida, expressa sentimentos de incerteza, de desespero e de angústia (Rossa, 2007). A dor e a pena espelham o sofrimento que os enfermeiros antecipam à degradação física do doente e à confrontação com uma realidade irreversível.

Pena

- (...sinto pena...realmente eles estão ali e estão a sofrer e já se sabe que não se pode fazer nada...)^{E2}; (...tenho pena e por um lado também alívio porque eles estão numa fase de sofrimento...)^{E7}; (...tantas situações de morte com pacientes que você fica mesmo numa situação de ressentimento em relação ao familiar e fica aquele sentimento de pena em relação à morte do paciente...)^{E20}.

A tristeza, a angústia e a pena que surgiram nos enfermeiros demonstram que por mais que a morte se torne rotineira, esta implica sempre algum grau de sofrimento e de envolvimento pois vivenciar a dor e perda de alguém provoca a reflexão sobre os limites da vida humana. Os profissionais de enfermagem referem que podem existir doentes com os quais se estabelece uma relação diferenciada e singular, e ao vivenciarem o seu processo de morte, surgem os sentimentos de tristeza e de vazio (Sousa *et al.*, 2009). Compreende-se que estes sentimentos estão intimamente relacionados com as dificuldades em lidar com a proximidade da morte, em comunicar com o doente acerca da sua própria morte, bem como das diferentes perceções, valores e atitudes dos vários membros da equipa (Sapeta & Lopes, 2007).

O chorar também foi uma manifestação presente nas falas dos enfermeiros:

Choro

- (...já tive situações em que chorei desesperadamente...)^{E1}; (...e eu desatei a chorar...eu nunca me lembro de ter chorado, juro...)^{E1}; (...por vezes lágrimas e até choro, amargura...)^{E5}; (...eu já chorei muitas vezes com eles)^{E7}; (...minha tarde naquele dia acabou porque me apeguei muito a ela...quando cheguei em casa, chorei tanto, tanto que nem lembro a última vez que tinha chorado tanto assim...)^{E15}; (...choro com a família, tento consolá-los, mas realmente não é fácil...)^{E19}; (...às vezes, realmente a gente sofre mesmo...além de sermos

profissionais, nós somos seres humanos, não vejo vergonha nenhuma, o paciente ir a óbito, você chorar...o tratamento é longo, você está ali acompanhando desde o início...)^{E22}; (...sometimes I go home and I'll have a good cry and feel a lot better or just talk about the family member no specifics but just my emotions and my feelings, I find getting it off my chest and being able to talk to someone and having a good cry makes me feel a lot better....)^{E26}; (...I was nearly crying myself with them....because, it was so lovely to see him...die, but he was surrounded by his whole family...)^{E37}.

O choro caracteriza-se por uma expressão de emoção permitindo uma experiência de satisfação e/ou de alívio de tensão (Santos, 2000). Considerar que os enfermeiros são uns seres especiais, capazes de desligar a sua corrente emocional é considerado uma utopia (Fonseca, 2013a).

É incontestável que o enfermeiro também chora, pois sofre com o doente e com a sua família e inconscientemente entra na luta contra a doença. Assim, o choro acaba por ser o refúgio libertador da frustração, revelando o que passa no íntimo do enfermeiro como consequência da sua experiência (Mendes, 2003).

Termina-se esta categoria com o testemunho do enfermeiro Fonseca (2013a, p.1), em que refere que "*os enfermeiros choram, lidando da melhor forma possível com as perdas, com os fracassos que acompanham diariamente, com a angústia de não poder fazer mais e melhor naquele momento em que é tudo necessário. Choram em silêncio, não querendo fomentar o sofrimento de quem cuidam, querendo ser um pilar de força, segurança, confiança e acima de tudo, de esperança no futuro*".

1.1.3. Medo

O medo foi outra reação evidente nas falas dos enfermeiros:

Medo

- (...os colegas mais novos têm muito medo desta situação porque de certa forma são postos em causa quando prestam algum cuidado...)^{E1}; (...eu tenho tanto medo de morrer...é muito complicado...)^{E1}; (...eu, pessoalmente tenho da morte em si...tenho receio, de encarar a morte...)^{E2}; (...inicialmente, talvez por uma preparação mais básica, não é, essencialmente acho que o que nos surge com maior dificuldade e com maior medo é a morte...mas acho que no fundo, ao fim destes três anos, a reflexão que posso dizer é que esse medo em relação à

morte mais não se prendia com o facto de ser medo da minha própria morte, portanto o confronto com...)^{E4}; (...medo do desconhecido...)^{E5}; (...temos que prestar cuidados de higiene mas lavar o corpo destas pessoas gera-me medo, porque não temos disponibilidade para ver que está ali uma pessoa...)^{E5}; (...receio do que vai acontecer ao doente...)^{E5}; (...eu queria fazer logo o procedimento e sair, queria me livrar daquele paciente...ficava-me perguntando por que eu temia?...por que eu queria me afastar logo?...então, era o medo da morte que me afastava...)^{E23}; (...inicialmente, quando eu me deparei com esses pacientes em situação terminal, eu senti medo, muitas vezes eu, assim, ficava meio que paralisada...)^{E23}; (...when I saw the patient's face, I was scared and stunned...the senior nurse didn't tell me the patient had become stiff and her face's skin color was bad because she died over six hours before...it was 3 am...I was too scared to see her...in that situation, I couldn't cry but only finished my job...)^{E29}; (... it is easier to change sheets and wash the patients than to talk with them about death...)^{E31}; (...I had never experienced someone who had died before, so I was scared to death that she might die on my duty...)^{E31}; (...then that's it... I don't like to talk about the rest of the stuff because I really don't know how to continue on with it...sometimes I'm afraid for them, I don't know...)^{E36}.

Os enfermeiros ao vivenciar o processo de doença oncológica e os cuidados ao doente terminal confrontam-se com os seus receios perante a inevitabilidade da morte. O receio evidenciado reflete o medo da própria morte, de sofrer e da perda de pessoas significativas. É de conhecimento geral que ter medo da morte é intrínseco ao ser humano sendo transversal a qualquer área e profissão. Este medo não se encerra na morte propriamente dita mas sim no medo de sofrer, de morrer sozinho, de não poder concretizar os sonhos e desejos pessoais.

Para Phaneuf (2005), o medo é acima de tudo, um sentimento difuso e indeterminado que pode provir da própria morte. Também Garcia (1996), em dos seus estudos sobre as emoções existentes no fenómeno da morte, afirma que os profissionais de saúde que trabalham com doentes terminais experienciam os seus próprios medos para além dos medos dos doentes e das suas famílias.

Segundo Florian e Kravetz (1983) *cit.* Campelos (2006), o medo da morte encerra-se na componente intrapessoal, que se refere ao impacto da morte do corpo e da mente; na componente interpessoal, que diz respeito ao impacto da morte daqueles que amamos e que nos são próximos e na componente transpessoal, que está relacionada com a preocupação da possibilidade de ser punido em outra dimensão pelos comportamentos terrenos.

Assim, os enfermeiros ao vivenciarem a aproximação da morte de um doente confrontam-se com os seus próprios medos e receios, com as suas incertezas, crenças e valores, muitas vezes de forma inconsciente e que nem sempre são fáceis de gerir e de enfrentar (Cândido,2004).

1.1.4. Perda, culpa e ansiedade

Em menos frequência, surgiram as reações emocionais de perda, de culpa e de ansiedade:

Perda

- (...*sinto dentro de mim uma perda...*)^{E5}; (...*a morte anda junto com a saudade, com a perda de alguém, a falta eterna que você vai sentir daquela pessoa que você ama...*)^{E15}; (...*sentimento de perda e um pouco de impotência por não poder ter participado mais...*)^{E20}; (...*it's the end of the road, that's it, you're gone, do you know what I mean, that you're never going to see that person again or...that's loss to me...*)^{E37}; (...*there was a great sense of loss when he died, do you know...*)^{E37}.

O sentimento de perda no enfermeiro perante a morte do doente refere-se à possibilidade de morte dos seus familiares e de pessoas significativas e também pelo confronto com a sua finitude enquanto ser humano.

Nem toda a morte é vivida como uma perda, sendo que a reação face à morte depende, em grande parte da forma como o indivíduo se relaciona com os outros, da forma como se esforça para atingir os objetivos profissionais, bem como aos significados atribuídos à morte de acordo com a sua história pessoal de vida e a consciência da sua mortalidade (Gama, 2013).

Culpa

- (...*se os enfermeiros não acompanham...surge o sentimento de culpa...*)^{E1}; (...*a gente se sente culpada, acha que poderia ter feito mais, e fica como se tivesse faltando um pedaço porque convive, por vários meses, com os pacientes...*)^{E23}; (...*but still it was still there inside me that feeling of guilt...*)^{E34}.

O sentimento de culpa parece estar associado aos comportamentos de fuga e também à presença angustiada perante o doente em fim de vida (Abiven, 2001 *cit.* Pereira, 2010). Os sentimentos de medo, de raiva, de culpa e de frustração podem ocorrer em simultâneo ou em sequência no confronto com morte pelos profissionais de saúde (Campelos, 2006), gerando níveis de ansiedade consideráveis.

Ansiedade

- (...às vezes quando temos ali uma família naquele momento...cria-nos alguma ansiedade, porque às vezes percebemos que a família ainda não...ainda não quis ver que ela está numa fase terminal mesmo a morrer...)E1; (...geralmente sinto muita ansiedade sempre que tenho que puncionar estes doentes, geralmente eles têm pele seca, magreza marcada e veias muito difíceis, e hoje sei que com um soro subcutâneo evitaria mais sofrimento ao doente...)E5; (...my stomach tightens...therefore I get pains...I lose my appetite...I get this lump in my chest...)E31.

A ansiedade perante a morte assume-se como um medo "*mais ou menos concreto ou difuso (...) daquilo que rodeia o ato próximo e imediato de morrer e do que eventualmente acontecerá para além da morte*" (Santos & Pinto, 2009, p.383 cit. Carneiro, 2013).

As reações descritas anteriormente relevam que a morte do doente consiste num fator de mal-estar para os enfermeiros, muitas vezes associado à sensação de culpa, de frustração, de fracasso pessoal e de impotência, por sentirem que não foram infalíveis na sua missão de salvar a vida, de impedir que a morte ocorresse, apesar de todos os seus esforços. Assim, as emoções de vergonha, de embaraço e de culpa revelam a incapacidade do enfermeiro em fornecer as respostas perante os pedidos de ajuda do doente e da sua família (Diogo, 2006).

1.1.5. Desgaste psicológico e emocional

O desgaste psicológico e emocional, sob forma de sofrimento e fragilidade emocional foi evidente nos discursos dos enfermeiros:

Desgaste Psicológico e Emocional

- (...há sempre um grande desgaste, não se cuida só do doente sozinho, cuida-se de uma família, de uma equipa, dos colegas, de todos os intervenientes neste processo...)E1; (...sempre me causou muito impacto, desconforto interior, fragilidade emocional...)E3; (...é uma área que nos toca como todas as áreas naturalmente, mas esta se calhar de uma forma mais, talvez mais difícil, porque gera e vamos vivendo situações de grande sofrimento...)E4; (...isto é desgastante e à medida que o tempo passa verifico isso, é um serviço que exige muito nomeadamente não só a nível físico mas psicológico...)E7; (...um dia ele está bem no outro ele falece...é um processo muito rápido, isto é uma coisa que desgasta muito...)E11; (...você vê essa pessoa que melhorou, que lutou, que venceu! Aí, vê ele voltando, já com uma recidiva da

doença...á eu sofro...)^{E22}; (...para mim é muito sofrido prestar cuidados quando a gente vê que não tem mais jeito, a gente vê o sofrimento do paciente e da família...)^{E23}; (...the emotional aspect is hard to bear and it is difficult to bear when you find someone having that kind of distress...)^{E24}; (...I find the care difficult to bear, many times I find it difficult to sleep and this makes me dysfunctional...)^{E24}; (...sometimes I want to quit the job because it is an arduous job...you come off duty late and devote your body, mind, and spirit to this job...actually, I have struggled to decide whether to quit the job or not...)^{E29}; (...you can't really fall to pieces in their presence because you're supposed to be the Nurse...and you're supposed to be strong...after all you are the nurse, you know but we're human...but we're human...with loads of emotions...)^{E37}; (...I know they say you can burn out, and there are times when I have felt that I just can't take one more step...)^{E38}.

Os enfermeiros vivenciam um conjunto de sentimentos e emoções provenientes da sua prática profissional e quando não conseguem gerir esse impacto emocional, podem experienciar o desgaste psicológico e emocional, influenciando a sua vida profissional e pessoal. O desgaste psicológico e emocional encontra-se relacionado como a fadiga, sendo esta um fator de alerta para o enfermeiro reconhecer os seus limites físicos e psicológicos.

A capacidade de adaptação ao *stress* é muito pessoal e pode provocar respostas negativas no indivíduo (Costa, 2009). Para Batista (2008), o *stress* pode acarretar os mais variados tipos de descompensação humana, como os transtornos emocionais, as perturbações psicóticas e as doenças psicossomáticas, e quando a situação indutora de *stress* é intensa e prolongada podem, em último caso, provocar perturbações físicas e mentais, que influenciam negativamente o bem-estar e a qualidade de vida do enfermeiro. O mesmo autor refere que o contato permanente com o sofrimento do doente é considerado um dos principais fatores indutores de *stress* nos enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. Já Ramos (2001) admite que o *stress* define um desajustamento entre as exigências do mundo e a incapacidade do indivíduo em se adaptar às circunstâncias do seu dia-a-dia.

As experiências de contacto frequente com a morte e as vivências do processo de morrer estão marcadas por sentimentos negativos, como têm sido descritos nesta revisão, constituindo assim fatores de elevado *stress*. Neste sentido, é extremamente importante que os enfermeiros possuam redes de apoios eficazes, para que possuam saúde física e mental, indo ao encontro do que refere Silva (2009, p.48), que "*ser profissional de cuidados paliativos é, em particular, cuidar de si*".

1.1.6. Confusão de sentimentos

Os discursos dos enfermeiros evidenciaram a dualidade de sentimentos:

Confusão de Sentimentos

- (...uma confusão de emoções que acaba por abranger não só a família, mas também os profissionais que estão ali...)^{E1}; (...quando estou perante os familiares sinto muitas vezes uma dualidade de sentimentos, por um lado só me apetece fugir, por outro lado questiono-me, será que posso fazer alguma coisa...)^{E5}; (...não posso evidenciar nenhum sentimento em concreto porque é uma mistura muito grande de sentimentos...)^{E7}; (...o conforto em doentes em fim de vida é uma miscelânea de sentimentos e emoções que nos enchem interiormente e que dão força ao dia a dia da prestação...)^{E10}; (...os sentimentos são todos misturados, tem felicidade, tem alegria, tristeza, angústia, decepção...são todos os sentimentos que a gente convive o tempo todo...)^{E22}; (...a rollercoaster of emotions...)^{E37}; (...the emotional roller coaster that it puts you on, when you, when you have a patient that you become quite attached to, and then when they're gone then you have to deal with that loss...that's the hardest part...)^{E38}.

Os enfermeiros na sua prática profissional experienciam sentimentos positivos e negativos, e como refere Damásio (1999), as emoções conjugam-se umas com as outras, encaminhando-se para sentimentos que misturam-se com outros sentimentos. Assim, o enfermeiro pode sentir emoções apostas e vivenciar uma experiência de ambivalência perante o processo de morrer e de morte do doente terminal. Esta dualidade de emoções pode ser explicada pelo fato do enfermeiro experienciar sentimentos negativos perante a morte e o sofrimento do doente mas também sentimentos positivos, quando sente que fez tudo ao seu alcance em prol do doente e da sua família, recebendo um *feedback* positivo e gratificações pelas suas ações.

1.1.7. Alívio

O sentimento de alívio esteve presente nos depoimentos dos enfermeiros:

Alívio

- (...às vezes até a sinto como um alívio...)^{E3}; (...porque tanto a família como o doente acabam por estar em paz e nós ficamos em paz também nessa situação...)^{E4}; (...os doentes de uma faixa etária mais avançada, quando eles morrem é um alívio, estão em sofrimento a maior parte deles e por isso é o alívio que sinto...)^{E7}; (...muitas vezes nós sentimos o alívio porque a

gente vê-o a sofrer, já é a hora final... tenho pena de toda a envolvimento, de toda a família, quando há filhos, é mais por toda a envolvimento, não pelo doente em si...)^{E7}; (...o doente que está na sua última etapa da vida e a sua família provocam em nós imensas emoções, muitas vezes difíceis de lidar...acho que o que melhor define é a paz...)^{E10}; (...na realidade quando o paciente é terminal, eu chego é a sentir alívio...)^{E12}; (...às vezes, num estágio mais avançado, quando o paciente morre, temos aquele sentimento...descansou...porque quem trabalha de perto sabe o quanto que é sofrido...)^{E15}; (...alguns principalmente a gente vê como se fosse um alívio para o paciente...eu tento enxergar por esse lado...)^{E22}; (...não sei se estou certa ou errada, mas eu não gosto de ver ninguém sofrer quando não tem mais jeito ou quando está com aquelas feridas, com escaras demais...eu só peço a Deus que morra logo...)^{E23}.

Os enfermeiros referiram sentir o alívio quando a morte do doente ocorria, por significar o fim do seu sofrimento. Assim, proporcionar o alívio do sofrimento e promover a qualidade de vida ao doente e da sua família produz no enfermeiro um sentimento apaziguador perante a morte.

Para Souza *et al.* (2013), a morte assume a única opção para proporcionar o alívio do sofrimento do doente. É frequente o enfermeiro verbalizar o sentimento de alívio quando o doente não faleceu no seu turno, sendo esse alívio associado à dificuldade em comunicar o óbito à sua família e à incapacidade em dar respostas ao doente perante as questões sobre o seu prognóstico (Rossa, 2007).

1.1.8. Compaixão

A compaixão foi pouco evidente nos discursos dos enfermeiros, mas não menos relevante:

Compaixão

- (...há o sentimento de compaixão pela pessoa...)^{E1}; (...sinto muita compaixão destes doentes, nós temos que lhe proporcionar cuidados mais humanos...)^{E5}.

A compaixão consiste num sentimento que move o ser humano na ajuda ao outro, existindo elevado sentido de humanidade. Segundo Brites (2010), a compaixão é considerada a fonte da moralidade. A compaixão pode ser considerada assim, uma competência moral dos enfermeiros e como refere Nunes (2013), a compaixão assume-se como um sentimento perante o sofrimento, a dor e a tristeza do doente na terminalidade.

Segundo Lazarus (1991) *cit.* Nunes (2013), a compaixão representa o impulso para acalmar o sofrimento do outro sendo necessário manter um distanciamento suficiente para evitar a sobrecarga de sentimentos e evitar a vivência do sofrimento de forma excessiva. A relação entre o enfermeiro e o doente envolve características humanistas de assistência que não podem ser substituídas pela tecnologia, como o ouvir, o prestar atenção, o compartilhar, o envolvimento, a compaixão, a sinceridade e o respeito, sendo estes elementos essenciais para promover o conforto, a identidade e a integridade do doente (Gama, 2013).

Os enfermeiros têm a seu cargo a avaliação e a compreensão do sofrimento e das diversas reações dos doentes, bem como a identificação das necessidades a nível físico, emocional e espiritual, sendo de extrema importância que estes demonstrem a atenção, a disponibilidade, a paciência, o carinho, a compreensão e a compaixão (Martins, 2010).

1.1.9. Gratidão e satisfação profissional

Não foram apenas os sentimentos negativos que os enfermeiros referenciaram, pois cuidar do doente terminal em situação de fragilidade física e emocional também se traduz em reações de gratidão e de satisfação profissional:

Gratidão e Satisfação Profissional

- (...este desfecho às vezes torna-se gratificante...se conseguirmos proporcionar conforto...) ^{E1};
(...e senti-me bem, porque depois a família também...veio ter comigo e demonstrou alguma...alguma...não é felicidade, mas..algum bem-estar em...em...ter acompanhado na morte...) ^{E1}; (...mas no geral, acho que tenho mais experiências positivas...reconhecem o teu trabalho e agradecem...) ^{E2}; (...por vezes reconhecem-nos gratidão...) ^{E2}; (...é muito bom trabalhar aqui é muito gratificante...recebemos muito mais do que aquilo que damos...) ^{E4};
(...como profissional, ajudou-me a crescer mais nomeadamente como pessoa porque eu sinto-me útil com aquilo que faço...eu saio daqui sempre com ideia que participei num pequeno que fosse, muito pequena porção que fosse, isso é muito bom...) ^{E7}; (...acompanhei de perto a situação...quando elas estavam mesmo nos últimos minutos estive junto da filha e marcou-me bastante...e o fato de eu ter lá ficado junto delas foi bom...) ^{E9}; (...fico feliz quando um doente morre tranquilamente, é sinal que a nossa prestação de cuidados atingiu o ponto fundamental...) ^{E10}; (...prestar conforto a alguém que está doente e com pouco tempo de vida é muito gratificante...) ^{E10}; (...nossa, é muito gratificante...) ^{E17}; (...tem o seu lado positivo, que é a receptividade em relação ao paciente...é um local que a gente sente que realmente faz a

diferença, porque eles realmente precisam muito do nosso cuidado...)^{E22}; (...other times I feel good if I have made the patient laugh even just a little bit because you feel you have made their day a better one...)^{E24}; (...I suppose basically I like the job...I get great satisfaction out of the job, great personal reward, my colleagues, the colleagues that I'm really close to...they're very kind, very nice people, they're some of the best people I've ever worked with, the surroundings are nice...)^{E27}; (...when a patient acknowledges me, I feel good to be human because I can do something to save another person's life...)^{E28}; (...their families also were well prepared for the death of their loved ones and felt calm and relaxed about dealing with this situation...the patient's feedback, the learning experiences I've had, and the caregiving experiences have touched me...)^{E29}; (...I think it is a gift to see the process of dying, because we're always leaning when we sit and support dying people...)^{E30}; (...I know a lot of nurses do it, probably, patients and families they get a lot of...thank you's and you're so wonderful and what you've done for people has been excellent...)^{E32}; (...because they feel that we were like part of the family for so long and whatever and they appreciated what was done and the whole lot and they do come back out of respect and are so nice every year...)^{E37}; (...you meet the nicest people, you really do and people that are so grateful for all, for what you do and that's the rewarding part...)^{E38}; (...to be able to be there for people at such an intimate time in their life I think is rewarding to me...)^{E39}.

Foi evidente que quando o enfermeiro sentia que tinha feito tudo ao seu alcance para promover a dignidade da morte, este ficava repleto de sentimentos de satisfação pessoal e de gratificação. Também contribuíram para estes sentimentos o *feedback* positivo dos familiares e dos doentes como forma de agradecimentos, impulsionando o enfermeiro a ser mais e melhor na sua prática profissional.

Como refere Silva (2009), a satisfação pessoal surge pelo carinho e pelo caminho percorrido em conjunto entre o enfermeiro e o doente no processo de doença, sendo que este sentimento proporciona ao enfermeiro o encorajamento para continuar a sua prática profissional na terminalidade.

A satisfação profissional proporciona o desenvolvimento da qualidade do serviço e dos cuidados prestados, influenciando a forma como o cuidado é prestado no relacionamento terapêutico entre o enfermeiro-doente-família (Recco, Luiz e Pinto, 2005).

A satisfação profissional associa-se à esfera individual do enfermeiro, ao seu bem-estar físico e emocional (Ferreira, 2011). Também Almeida, Sales e Marcon (2014, p.39) referem que "na

tríade enfermagem-paciente-família, apesar das dificuldades cotidianas, os profissionais da enfermagem vivenciam não apenas o cuidado, mas também as alegrias e as tristezas de cuidar. Os sentimentos de alegria, prazer, bem-estar e satisfação são manifestados quando a equipe de enfermagem experimenta valorização e reconhecimento ao executar o cuidado de quem está sofrendo".

De igual forma, Marriner-Tomey (1996); Spector (1997) *cit.* Gregório (2008) sugerem que os fatores que influenciam a satisfação no trabalho baseiam-se no sentido de realização, no reconhecimento, nos desafios, na responsabilidade, na possibilidade de progressão, na autonomia, na autoridade e no clima organizacional.

Para terminar esta categoria, é importante referir que a diversidade de reações emocionais expressas pelos enfermeiros são reveladoras dos riscos que estão sujeitos, influenciando a sua saúde física e psicossocial com consequências na construção dos cuidados à pessoa em fim de vida e à sua família.

1.2. IMPACTO ESPIRITUAL

A espiritualidade embora se caracterize por um conceito de difícil definição pode ser descrita como a compreensão humana pela busca do significado da vida por meio de conceitos que ultrapassam o tangível, onde se pode incluir ou não a participação religiosa formal (Saad, Masiero e Battistella, 2001; Guimarães, 2007 *cit.* Pedrão & Beresin, 2010).

A espiritualidade representa a consciência do transcendente e de que algo está para além da experiência ou do conhecimento humano, sendo que esta não se limita a uma dimensão isolada da condição humana no mundo, mas sim à vida na sua globalidade (Twycross, 2003).

Para que o enfermeiro possa promover o apoio espiritual deve primeiramente conhecer-se a si mesmo, pois só refletindo e confrontando-se com a sua própria espiritualidade é que poderá estar sensível aos problemas do doente (Bolander, 1998).

Neste sentido, o impacto espiritual dos enfermeiros foi agrupado na reflexão sobre a finitude, na valorização da vida e dos detalhes.

1.2.1. Reflexão sobre a finitude

O confronto com o fenômeno em estudo despertou nos enfermeiros a reflexão sobre o mistério da vida e da morte:

Reflexão sobre a Finitude

- (...todo este processo faz-me refletir sobre a minha vida e sobre a dos meus familiares principalmente...)E2; (...no fundo acabo sempre por pensar na vida...porque no fundo, tantas chatices, tantos problemas e não somos ninguém e de um momento para o outro pode-te acontecer o mesmo e mais tarde podes ser tu a estar naquela situação...)E2; (...às vezes questiono como será o meu futuro...)E5; (...esta dor mostra-nos como nós somos frágeis e como somos mortais...)E5; (...mas o que me ressalva mais quando se trata de um óbito jovem é sem dúvida a impotência, primeiro é o atestado que somos seres limitados, não podemos fazer mais, chegou o nosso limite...)E7; (...penso mais na morte...)E8; (...alguém que vai morrer em breve confronta-nos com a nossa condição de humano e finitos...isso geralmente provoca em nós a necessidade de nos conhecermos melhor, de fazermos continuamente a pergunta...o que eu quero fazer e ser até morrer?...)E10; (...o doente que está na última etapa da vida, mostra-me como sou finita, confronta-me com a minha própria morte...)E10; (...é que na verdade assim, mexe com o sentimento da gente, a gente sente o quanto a gente é frágil também, porque eu to enfrentando ali com ele, mas nesse momento é ele, no outro momento pode ser eu, a gente tem que reportar pra gente...)E16; (...fica se questionando sem lembrar que a morte faz parte do nosso roteiro...)E23; (...I think I had to be ready to come into this before I actually started it...I think with palliative care you've got to have been through a bereavement yourself and sorted out your questions yourself, you know...why are we here? why does this happen?...)E27; (...it feels a little more like, like life is... it's like, death is in the midst of us...)E35.

Pelos depoimentos dos enfermeiros, foi evidente que a convivência com a morte os confronta com a sua própria morte, que como refere (Moreira, 2001, p.14), "a morte do doente leva-os a confrontarem-se com a sua própria finitude".

Como refere Marques (2010), o ser humano é o resultado das suas opções e é o único ser vivo que se depara com o fim da sua própria existência, confrontando-se com a sua morte e que mais cedo ou mais tarde reflete sobre a sua finitude.

Para Renaud (2006), a fragilidade que advém do confronto com a morte faz emergir questionamentos existenciais. O enfermeiro quando confrontado com o fim de vida e o

sofrimento existencial do doente e da sua família não deixa de pensar na sua existência e compreende a importância de se conhecer a si mesmo e da necessidade de um questionamento mínimo sobre a sua existência (Silva, 2009). O mesmo autor refere que direta ou indiretamente os enfermeiros confrontam-se com a sua própria mortalidade, sendo essa uma das facetas mais difíceis do seu trabalho. Assim, *"a aceitação da própria fragilidade, da vulnerabilidade sentida, por assim dizer, na própria carne, não se faz automaticamente; ela requer um assentimento, um consentimento que constitui uma verdadeira atividade. Mas, enquanto ato próprio, este consentimento exige a nossa liberdade. Pode, com efeito, ser recusado; não é, então, a situação de fragilidade que desaparece, mas é o ato de reconciliação com ela que não está presente"* (Renaud, 2006, p.75).

Como é referido por Neto (2012, p.44), *"o homem é consciente, porque reconhece e intui sua finitude. E, portanto, também ele é responsável, porque vivencia e assume sua vida como imediatez e como projeto que caminha para um fim, desdobrando ao longo desse percurso, uma série de possibilidades que motivam e dão sentido a vida"*.

Conclui-se que quando confrontado com o sofrimento e a morte do doente, o enfermeiro torna-se consciente da sua própria finitude e sente-se impotente face à morte. No entanto, ao estabelecer uma relação profunda com cada doente que sofre e morre, o enfermeiro aprende, cresce e amadurece, tornando-se mais capaz de lidar com a terminalidade (Cândido, 2004).

1.2.2. Valorização da vida e dos detalhes

Os enfermeiros no confronto com o processo de morrer e de morte, refletem sobre a essência da vida humana, valorizando a sua vida e os seus detalhes, que anteriormente eram irrelevantes:

Valorização da Vida e dos Detalhes

- (...a gente passa uma vida toda a trabalhar...a tentar ter uma vida boa e chegamos ao fim se calhar não temos nada, deixamos...tudo o que era importante deixou de ser...)^{E1}; (...trabalhar com este tipo de doente, eu gosto, é tranquilo apesar de as pessoas acharem que não, é muito tranquilo e dá-nos muita paz de espírito...)^{E4}; (...acompanhar estes doentes é muito enriquecedor...leva-nos a refletir o que é verdadeiramente importante nesta profissão, claro que também é muito difícil...mas ao mesmo tempo ajuda-nos a dar mais valor à vida...)^{E5}; (...fazem-nos pensar que não devemos ser picuinhas, digamos assim, damos importância aquelas coisas pequenas da vida e é muito importante...) ^{E7}; (...há certas coisas que a gente dá

mais importância, como demonstrar certos carinhos aos nossos familiares, porque de um dia para o outro a nossa vida fica da mesma forma como aqueles doentes....)^{E7}; (...todos os dias dou valor ao fato de estar vida e poder estar com quem gosto...sem dúvida, todos os dias...)^{E10}; (...é uma experiência, assim, muitas vezes te motiva a viver melhor cada momento da sua vida né?!...porque eles te ensinam dar valor nas pequenas coisas...)^{E17}; (...it teaches me to be grateful for what I have and what I've done with my life...it sobers me because I realize that none of us know what tomorrow may bring, so make the most of what we have today as long as we have it...)^{E26}; (...I've learned how to interact with my family and plan my future...I didn't express my ideas often before...after working in the hospice, I communicate better with my mom and have more physical contact with my dad than before...)^{E29}; (...I can say that I realized what is important in life and some of the things I thought were important are not...that is why I am really satisfied...)^{E30}.

A maior parte dos depoimentos revelam que os enfermeiros ao lidar com o processo de morrer e de morte passam a valorizar a sua vida, a dar mais valor ao seus familiares e às coisas mais simples da vida. Isto pode ser explicado pelo fato que a morte os faz refletir sobre o que é verdadeiramente importante e neste sentido passam a perceber a vida de outra forma.

Segundo Neto (2004, p.47), perante a morte do outro "*aprendemos a valorizar aquilo que é verdadeiramente essencial na vida – as relações, os afetos, as pessoas – e a não valorizar aspetos que, de outra forma, poderíamos considerar quase transcendentos*".

A forma como o enfermeiro assimila o momento de morte ajuda-o a consciencializar-se que a vida é finita e assim, quer vivê-la intensamente (Frias, 2001). A mesma autora refere que à medida que o enfermeiro se centra no sofrimento da pessoa em fim de vida, vai refletindo sobre a sua própria vida bem como a relação que estabelece com o mundo. Também Ribeiro (2013, p.98) afirma que "*a tradução do impacto da experiência vivida pelo enfermeiro é descrita por um lado, pela valorização do dia-a-dia, das coisas simples da vida*".

Assim, a convivência diária com a morte faz com os enfermeiros reflitam sobre a forma como estão a viver a sua vida, revendo conceitos e estabelecendo novas prioridades, levando-os a vivê-la intensamente com as pessoas que lhe são mais próximas (Benincá, Fernandez e Grumann, 2005).

1.3. IMPACTO SOCIAL

Nesta categoria surgiram as subcategorias relacionadas com o crescimento e a transformação pessoal do enfermeiro pois este perante o doente terminal altera a sua maneira de ser, de estar perante a sociedade e com os grupos onde se encontra inserido.

1.3.1. Crescimento e transformação pessoal

A maioria dos estudos revelou que os enfermeiros perante a morte do doente destacam o aumento do crescimento e de transformação pessoal:

Crescimento e Transformação Pessoal

- (...desde que comecei a trabalhar em cuidados paliativos até a minha postura na fila do supermercado eu mudei...)^{E4}; (...há dias muito difíceis...há dias menos difíceis, mais pacificadores, como disse, mas tudo faz parte de uma aprendizagem, isso também integra um crescimento profissional e pessoal...)^{E4}; (...sou uma pessoa muito melhor...)^{E4}; (...ficamos muito mais sensíveis, muito mais recetivos a outras coisas, a nossa vida muda um bocadinho porque vemos muito sofrimento e evoluímos muito como pessoas...)^{E7}; (...com isso mudei um bocadinho a minha forma de ser lá fora, com a família e com os amigos...)^{E7}; (...acompanhar a pessoa na última fase da vida, é muitas vezes, uma forma de me conhecer melhor, de conhecer o meu interior, descobrir os meus valores pessoais...)^{E10}; (...saber lidar com as crenças sobre a morte é tarefa difícil...confesso que sou uma pessoa diferente desde que trabalho com estes doentes...)^{E10}; (...well, it made me question life really and what's it all about...I think I had to be ready, and I suppose it does affect your life because you realize life's short really and it changes your values...)^{E27}; (...patients are like books...we can learn from our patients regardless of their good or bad experiences..)^{E29}; (...I remember that I was so easy to lose my temper before...but I have become more aware of myself after working in the hospice...I was always impetuous before, but now I'm patient while listening to others...)^{E29}; (...as soon as I want to shout at my children, I remember my patients and I think that I should not be angry... I learnt to be patience...)^{E30}; (...I believe that life is not just pleasure...it is also labouring and anxiety provoking...this insight helps me to continue with this work...)^{E33}; (...caring for palliative patients is, like going up and down the whole time but it gives you so much, at the same time as it takes so much out of you...)^{E35}.

O enfermeiro perante a terminalidade percebe a vida de outra forma, valorizando a sua família e refletindo sobre as suas relações e as suas atitudes no dia-a-dia. Também foi evidente que o confronto com a terminalidade provoca a mudança de atitudes e de valores, através de um crescimento pessoal.

Segundo Gama (2013), o enfermeiro perante a morte do doente não sofre somente os efeitos de sobrecarga de sentimentos e de desgaste físico e psicológico mas também passa pelo processo de luto profissional, através do crescimento e do desenvolvimento pessoal e profissional. O mesmo autor refere que este crescimento está associado à mudança de pontos de vista e à capacidade de desenvolver relações no cuidar.

Para Sousa *et al.* (2009), a morte do doente provoca elevado impacto na identidade pessoal e profissional do enfermeiro, sendo que o modo como se relaciona com o conceito de morte e com as suas vivências pessoais e profissionais da perda de alguém vai influenciar a sua prática perante a morte.

Também Frias (2003) afirma que os enfermeiros consideram o cuidar da pessoa em fim de vida como um processo de aprendizagem e Sequeira (1997) acrescenta que esse processo se baseia na evolução ao longo do tempo dos valores e das convicções que regulam e dão sentido à vida pessoal dos enfermeiros.

Por fim, este crescimento significa tomar a consciência da importância do amor como dinâmica fundamental da vida e da aceitação da morte como uma realidade (Gama, 2013).

1.3. IMPACTO FÍSICO

Nesta categoria as manifestações físicas foram descritas apenas em desgaste físico.

1.3.1. Desgaste físico

Foi evidente o desgaste e o cansaço físico nos depoimentos dos enfermeiros:

Desgaste Físico

- (...trabalhar em cuidados paliativos não é fácil, é uma sobrecarga física e psicológica muito grande...) ^{E4}; (...obviamente que temos dias ou semanas muito mais exaustivos para nós enquanto equipa e enquanto pessoa cuidadora e que são de facto mais complicados para nós

e em que saímos daqui um bocadinho mais exaustos...^{E4}; (...isto não dá qualidade de vida aos enfermeiros, é muito pesado fisicamente e emocionalmente...)^{E7}; (...a pessoa que trabalha com doença e que trabalha num hospital oncológico, ela tem uma perda de energia muito grande durante o trabalho, seja emocional ou até física...)^{E11}; (...I couldn't alleviate some patients and their families' suffering at the time of death...at that time I felt very tired...I worked every day and often faced death and grief, which are negative things...)^{E29}.

Foi visível nas falas dos enfermeiros que o desgaste físico esteve sempre acompanhado de desgaste psicológico e emocional, existindo uma relação muito estreita entre ambos. O esgotamento profissional para Phaneuf (2005) é considerado um estado de exaustão física e afetiva produzido pelo contacto com o doente em sofrimento. Segundo Garcia (1996), as manifestações físicas, psicológicas e comportamentais do enfermeiro perante a morte do doente e de todo o processo de terminalidade, estão associadas a problemas gastrointestinais, a insónias, a dificuldades em tomar decisões, a irritabilidade e ao absentismo laboral.

Como foi referido anteriormente, os vários tipos de desgaste no enfermeiro podem levar ao *stress* e em último caso, ao *burnout*. Segundo Maslach & Jackson (1981) *cit.* Ascensão (2013), o *burnout* pode ser considerado como uma resposta inadequada ao *stress* emocional crónico, levando o indivíduo ao esgotamento físico e psicológico, acompanhado de cansaço emocional e de uma sensação de descontrolo. Para Valente (2008), o enfermeiro deverá estar consciente dos sinais de esgotamento de forma a identificá-los precocemente, sendo eles: a depressão, o desinteresse, a frustração, a dificuldade de atenção, a falta de memória e de iniciativa, o cansaço, a insónia e as cefaleias, a irritação constante, o isolamento e os conflitos de equipa, o cinismo e a crítica destrutiva.

Assim, é necessário relembrar que os enfermeiros que cuidam de doentes terminais estão propensos a um conjunto de perturbações que não detetadas precocemente podem influenciar a qualidade dos cuidados prestados.

2. ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS

"Todos os atos, mesmo os mais simples do ser humano, como do nascer ao amar, do aprender ao lazer, do adoecer ao cuidar, todos eles originam stress e coping. Dependendo das situações o stress pode ser mais intenso, noutras o coping é mais complicado, mas em todas

as situações estes dois conceitos têm um papel importante na vida das pessoas, tornando-se inseparáveis" (Alves, 2012, p.16).

Como foi evidente na categoria anterior, o enfermeiro é confrontado a vários níveis pela vivência do processo de morrer e de morte, levando-o a criar mecanismos de defesa, que podem ser positivos ou negativos (Souza *et al.*, 2013).

Perante a morte, os enfermeiros podem manifestar comportamentos desajustados que podem ser a tradução comportamental dos mecanismos de defesa (Rossa, 2007). Os enfermeiros ao longo da sua prática profissional confrontam-se e experienciam a morte do doente, pelo que é necessário o que estes desenvolvam estratégias eficazes de enfrentamento para processar as suas experiências da forma mais saudável possível (Peterson *et al.*, 2010).

Os enfermeiros estão sujeitos diariamente a situações desgastantes, quer pela proximidade com os doentes e com as suas famílias, quer pela natureza das suas tarefas desempenhadas e também pelas características do ambiente de trabalho e da sua organização (Mininel, Baptista e Felli, 2011 *cit.* Gomes, Santos e Carolino, 2013). Assim, o indivíduo faz uma avaliação a nível cognitivo das informações que recebe do exterior, sendo esta avaliação regulada pelas características individuais do indivíduo, nomeadamente pela sua personalidade, pelo nível de conhecimentos, pelas suas competências cognitivas e pela sua estrutura genética (Ramos, 2002).

Para Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998, p. 273) "*o conceito de coping tem sido descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes*". Para Cardoso *et. al.*, (1988, p. 252) *cit.* Ramos (2002), o *coping* é considerado como os "*mecanismos de auto-regulação do sistema que lidam com o meio e a sua avaliação, com o núcleo significante, que os determina tanto, ou talvez mais, que os próprios desafios ambientais, e ainda, com as consequências emocionais na pessoa das exigências da situação*".

Assim, Silva (2009) identificou alguns dos tipos de mecanismos de defesa como: a mentira; o fugir para a frente; a falsa segurança; a racionalização; o evitamento e a identificação projetiva. Também Parece (2010) acrescenta algumas estratégias para lidar com o *stress*: o trabalhar em equipa; a partilhar decisões e responsabilidades; a boa comunicação dentro da equipa; o espírito de abertura; o repouso adequado; interiorizar a importância de viver e o confronto com as suas limitações.

Perante o exposto, a próxima categoria aborda as estratégias adaptativas ineficazes e eficazes adotadas pelos enfermeiros perante o confronto com o processo de morrer e de morte do doente terminal.

2.1. ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS INEFICAZES

Nesta categoria são abordadas as estratégias adaptativas ineficazes presentes nas falas dos enfermeiros, como: a banalização da morte; a frieza, o distanciamento e o assumir diferentes papéis; a fuga; o cuidado mecanizado e a negação de sentimentos.

2.1.1 Banalização da morte

A banalização da morte pelos enfermeiros foi evidente nos seus depoimentos:

Banalização da morte

- (...não faço nada...ultrapasso...tenho que ultrapassar e leva algum tempo...)^{E1}; (...tento ignorar, só que é uma situação da realidade...é uma estratégia que uma pessoa usa, mas usa porque é uma situação a ultrapassar, porque a vida continua...)^{E2}; (...no início achava que sensibilizava um bocadinho mas depois é o nosso dia-a-dia...)^{E7}; (...mas acho que uma pessoa chega a um ponto que faz parte da rotina, já é normal para nós, custa um bocadinho no início mas depois uma pessoa habitua-se...)^{E7}; (...quando acabei o curso pensava... olha, morreu, morreu, paciência...)^{E8}; (... chega um ponto da vida e do trabalho que acostuma...)^{E16}; (...*I grieve and then um I kind o f over time let it flow through me and then...just go on again, do it all over again so I think that's really hard...*)^{E38}.

As falas dos enfermeiros demonstram a banalização e a racionalização da morte, afirmando que esta passou a ser uma rotina na sua prática profissional. Os enfermeiros são considerados os profissionais de saúde que acompanham de perto o doente, sendo que as dificuldades em aceitar e em encarar a morte como processo natural, leva-os a ignorar a morte (Almeida, 2009).

Para Martins & Alves (1999) *cit.* Silva, Ribeiro e Kruse (2009), a naturalidade com que o enfermeiro se dirige à morte acaba por ser uma forma de negação e de banalização da mesma.

Assim, a banalização da morte acaba por ser a neutralização da ameaça, pela ignorância seletiva (Serra *et al.*, 1988) *cit.* Ramos, 2002).

2.1.2. Frieza, distanciamento e assumir diferentes papéis

A frieza, o distanciamento e o assumir diferentes papéis por parte dos enfermeiros foram outras estratégias não eficazes evidentes nos estudos:

Frieza

- (...em relação ao que era no início da carreira, acho que estou mais fria, menos emotiva...)E2; (...a indiferença que por vezes demonstramos/ei considero que é uma fachada para eu não ir abaixo emocionalmente e psicologicamente, após os acontecimentos terem ocorrido, o fim, ou seja, a morte de alguém...)E3; (...ao fim destes anos criam-se defesas, criam-se mecanismos que nos tornam um bocadinho mais frios ou seja, que nos fazem afastar daquele sofrimento e a gente defende-se um bocadinho...)E7; (...a gente se torna fria nesse momento...)E12; (...minha mãe sempre fala que quem trabalha no hospital fica frio... não é que fica frio você tem que aprender a conviver, tem que aprender a enfrentar tem que ser forte...)E16; (...no início do meu trabalho eu me colocava muito no lugar da família, sofria muito, ficava bem “agoniada”...depois com o tempo a gente acaba se tornando, não é que fique fria, mas às vezes, isso parece que faz parte do trabalho...)E20.

A frieza demonstrada pelo enfermeiro no confronto com o processo de morrer e de morte pode ser manifestada por atitudes de distanciamento e de insensibilidade, sendo que estas comprometem a relação terapêutica estabelecida na tríade enfermeiro-utente-família.

Segundo Marques *et al.* (1991) *cit.* Campelos (2006), a não-aceitação da morte pode-se traduzir por uma relação distante, fria e desumanizada, constituindo um entrave à relação. Também Almeida (2009) refere que a frieza consiste na tentativa de separação da vida profissional da pessoal sendo por isso necessário que o enfermeiro faça a gestão da proximidade estabelecida com o doente para não colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Assumir diferentes papéis

- (...eu venho para um teatro em que eu visto o corpo de uma autor quando venho para aqui e em casa visto outra...são mundos que fazem parte de mim em que eu sou personalidade diferentes e tem de ser...)E7; (...I had my uniform on, I was a nurse behind this

barrier...)^{E27}; (...it is really a matter of, yes...I always say that being a nurse is a little bit like being an actress...I think, sort-of, that you can almost get caught up.... yes you take on another role in some ways...as a nurse when you are looking after palliative patients...)^{E35}.

Em menos frequência, os enfermeiros assumiram que na sua atividade profissional assumem diferentes papéis, estando esta estratégia associada ao distanciamento e ao evitamento das situações que lhes provocam a angústia. Para Campos (2010), os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam a cuidar dos doentes que progridem para a morte, sentindo-se ansiosos, desconfortáveis e constrangidos, e por isso são muitas vezes obrigados a distanciarem-se dos doentes terminais.

Distanciamento

- (...se tiver revoltada com alguma coisa até propriamente mais dentro do serviço, se calhar estou a fazer do estilo, quer é despachar...)^{E1}; (...eu podia estar a prestar cuidados de higiene e não... e não falava com as pessoas...)^{E1}; (...estar junto da pessoa em sofrimento exige que tenhamos atenção a vários aspetos que o utente demonstra e por conseguinte se não estivermos despertos podemos proporcionar distanciamento e agravar o seu sofrimento...)^{E5}; (...às vezes tentamos não nos envolver demasiado com o doente ou assim e criar aquela distância...)^{E7}; (...sozinho... com a minha cabeça...)^{E8}; (...um doente que me pede ajuda e eu não consegui aproximar-me dele, ele a dizer-me que ia morrer...estive muito doente...assustou-me muito...o Sr. olhava-me nos olhos...eu tive medo, a pedir socorro...chegou ao fim e eu não consegui...penso que fiz o meu papel como pessoa humana...fui até ao fim dos meus limites...)^{E9}; (...ninguém está preparado, por mais que seja um processo crónico de doença, ninguém está preparado, é muito difícil e assim, e quando tem realmente a morte até como profissional, por mais que eu vivencie muito, na hora não sei o que falar, nem o que fazer...)^{E15}; (...o medo de presenciar a morte faz com que, às vezes, nos afastemos desses pacientes...)^{E23}; (...if you don't have that balance, then I don't think I would have lasted...it's like a distancing thing you do in your head or something or maybe in your heart or something...there's kind of a line that you learn to not cross...)^{E36}.

O enfermeiro adota atitudes de distanciamento perante o doente terminal, o que reduz o seu o seu papel apenas à prestação de cuidados essenciais, descurando a comunicação. O distanciamento pode ser do tipo comportamental e cognitivo, sendo que o comportamental consiste em adotar comportamentos de fuga e de evitamento, e no cognitivo recorre-se a técnicas para ocupar o pensamento com algo diferente do problema interno (Ramos, 2002).

Para Rockembach, Casarium e Siqueira (2010), o distanciamento e o sentimento de indiferença podem ser entendidos como um mecanismo de defesa perante a finitude. Segundo Rossa (2007), os enfermeiros afastam-se dos doentes pelos sentimentos de medo perante a morte, e quase de uma forma inconscientemente, concentram a sua atenção no seu trabalho e no processo de doença com o intuito de afastar expressões de temor e de morte.

2.1.3. Fuga

A fuga esteve presente nas falas dos enfermeiros em alguns estudos:

Fuga

- (...acho que isso nos custa muito e como tal a nossa tendência muitas das vezes é fugir, se calhar esse cuidar também é influenciado negativamente...)^{E1}; (...eu acho que a maior parte de nós foge como...como das minhas primeiras experiências é, a... vamos deixá-los estar sozinhos...)^{E1}; (...por outro lado como não há tempo para estar até ao fim vamos embora, vamos deixá-la sozinha o que acaba por ser uma incongruência...)^{E1}; (...quando o doente morria corriam-se as cortinas, fechava-se o biombo, a família não entrava para nós não termos esse confronto e nós estávamos era sempre desejosos para que acabasse o nosso turno...para que isso nunca acontecesse no nosso turno...)^{E4}; (...nós enfermeiros temos atitudes de fuga porque receamos a nossa própria morte, como a morte dos nossos familiares e amigos próximos e por conseguinte tentamos não nos envolvermos muito, mantemos uma certa distância...)^{E5}; (...a necessidade de fugir por não saber qual a atitude a ter perante a família o doente...pelo que...olha...construo muros dentro de mim...)^{E5}; (...mas a morte assusta-me muito porque não sou capaz de definir nem encontrar estádio para ela...assusta-me muito eu sou daquelas enfermeiras que me ponho atrás de um biombo para ver se vejo alguma coisa mas ainda não consegui ver nada, mas um dia vou ver...)^{E9}; (...nem sempre nós nos sentimos confortáveis naquela posição...isso mexe com os sentimentos nossos, com uma série de outros fatores que muitas vezes nos desculpamos com a falta de tempo real para fugirmos um bocadinho àquela situação, porque interfere com muitos sentimentos...)^{E9}; (...sim...sim foge-se um bocado não sei quais os motivos que levam a fugir ainda não avaliei bem esse aspeto...)^{E9}.

Para Silva (2009), os enfermeiros sentem dificuldades no confronto com a morte bem como na comunicação com o doente e com a sua família, sendo que as atitudes de se desligar do

doente e da própria morte são evidentes, bem como através da adoção de comportamentos de fuga.

Os enfermeiros referiram que adotam mecanismos de defesa, como as atitudes de fuga, expressando assim, comportamentos desajustados perante o sofrimento do doente. As atitudes de fuga adotadas representam a solução encontrada para não ter que lidar e enfrentar com os seus próprios medos e frustrações, por défice de conhecimentos, por execução de técnicas invasivas, pelo despertar de emoções e pela dificuldade em lidar com a dor.

2.1.4. Cuidado mecanizado

O cuidado mecanizado, focado nos procedimentos técnicos e na doença, esteve presente nos depoimentos dos enfermeiros:

Cuidado mecanizado

- (...*não vamos aos extremos de nos influenciarmos com as situações e passa e... pronto...fazemos o que temos a fazer e toca a andar e...*)^{E1}; (... *eu acho que o cuidar profissional, pronto é assim...há o tal cuidar mecanizado impessoal, eu acho que é um bocado, nem... nem sei se é cuidar para ser muito sincera mas pronto é a tal coisa, há a tal rotina...*)^{E1}; (...*somos muito profissionais, muito mecanizados e temos o tal véu...a tal pele...*)^{E1}; (...*sabemos que é importante não substituir o doente mas não temos disponibilidade, temos que cumprir as rotinas...*)^{E5}; (...*é impossível continuarmos a valorizar mais o fazer do que o ser...*)^{E8}; (...*fazem coisas que não deveriam fazer, entubam o paciente...não precisa você atuar desta maneira...*)^{E18}.

Os enfermeiros adotam um cuidado mecanizado como forma de proteção, sendo que por vezes reconhecem que não estimulam o doente e a sua família para uma participação ativa. Assumem assim uma maior preocupação com o cumprimento de rotinas instituídas e procedimentos padronizados pelos serviços, centrando-se no corpo e no controlo da progressão da doença, encarando o doente como um corpo-máquina, visão esta associada à filosofia de cuidados do modelo biomédico.

O profissional de saúde adota mecanismos de proteção através do estabelecimento de rotinas e de protocolos sem ter em conta as características particulares de cada doente, argumentando a falta de tempo e de disponibilidade (Kovács, 2003 *cit.* Campelos, 2006). Assim, como refere Costa (2011, p.46) "*a abordagem da enfermagem, sob a perspetiva biomédica, corre o risco*

de reduzir o ser humano ao para-si, ou à existência do indivíduo, obliterando o em-si, ou a essência do sujeito".

2.1.5. Negação de sentimentos

A negação de sentimentos esteve presente nas falas dos enfermeiros:

Negação de sentimentos

- (...sentimentos meus que também se perdem ali, ou seja há sentimentos que eu deveria...que eu recalco e se eu não os recalcar se calhar me ajudavam melhor depois para outras situações...)E1; (...mas eu uso um sistema que é...evitar ao máximo que os doentes se apercebam...filtro as minhas emoções...não me deixo afetar...)E2; (...tento não misturar os meus sentimentos com a situação, mas nem sempre é fácil...)E3; (...porque não é trabalhado, nem se quer muitas vezes é possível ser sentido...)E4; (...a gente tenta ser profissional e deixar um pouco do emocional de lado e trabalhar...)E16; (...we learn how to control our feelings, trying to be a professional and not to be influenced by anxieties in order to be able to work...)E33; (...then there are periods when it is just in and out as well...and you just hope that the stress doesn't show in your eyes when you are in there...)E35.

Os enfermeiros admitem que colocam de parte os seus sentimentos de forma a executar as suas tarefas de uma forma mais imparcial. A gestão de emoções consiste na capacidade de autoconhecimento, sendo a solução para o bem-estar emocional do indivíduo e quando esta capacidade está comprometida, ocorre a luta contra os sentimentos de angústia (Goleman, 2003 *cit.* Pereira, 2013).

O profissional de saúde confronta-se no seu dia-a-dia com situações que mobilizam o seu emocional, por vezes de uma forma muito intensa (Paiva, 2013). Também Martins & Melo (2008) referem que os enfermeiros devem ter a capacidade de controlar as suas emoções, através da capacidade de expressar eficazmente, evitando as reações ofensivas e improdutivas. Os mesmos autores também identificam a capacidade dos enfermeiros em reconhecerem os seus próprios sentimentos, de forma avaliar a intensidade e a influência positiva ou negativa dos mesmos na sua prática diária. Assim, é necessário que os enfermeiros consigam gerir de forma saudável os seus sentimentos e emoções, sendo que evitá-las não será decerto a forma mais eficaz de contornar o impacto da morte.

2.1.6. Projeção

A projeção esteve presente nos depoimentos dos enfermeiros:

Projeção

- (...eu vejo-me um bocado no papel deles, se me acontecesse aquilo que eles estão a passar, eu não sei qual era a minha força de vontade em viver, ou de força de combater a morte... não é?...)^{E1}; (...pode-te acontecer o mesmo e mais tardes podes ser tu naquela situação...)^{E2}; (...isso com facilidade me reporto para a família do doente e por isso o que queria que me fizessem a mim, eu tento fazer-lhes com maior dignidade...)^{E7}; (...se estiver numa cama e precisar me coçar e não falar, como me vou expressar?...)^{E8}; (...é complicado...a gente acaba também por passar para o lado das filhas...somos filhas somos mães, acabamos por vivenciar e pensar, poderia ser a minha mãe, poderia ser eu que estava no lugar dela...)^{E9}; (...mas se não for um processo com conhecimentos fica difícil de gerir, pois revemo-nos muitas vezes na pessoa de quem estamos a cuidar...)^{E10}; (...assim acaba que a gente se coloca sempre no lugar deles, vê eles assim sofrendo...)^{E22}; (...quando a gente se depara com a questão da morte, eu, particularmente, até hoje me coloco no lugar da família, é inevitável este vínculo com os pacientes e familiares e, quando morre...)^{E23}; (...I tend to think of how I would like things for myself, if I was in that situation, because I don't know how I'm going to die...where, or when...and I hope that I look after patients now the way people will look after me when my time comes...)^{E27}; (...get into existential questions, spiritual questions, where I'm very careful, where I do not really dare...and I sometimes think...wonder what I will and think about when I'll be lying there?...wonder...what my thing will be ...)^{E35}; (...I felt as if it was like it was my own parent...he certainly was...)^{E37}.

Segundo Neves *et al.* (2000) *cit.* Rossa (2007), na identificação projetiva o enfermeiro identifica-se de tal forma com o doente que deixa de conseguir diferenciar os seus sentimentos dos do doente. Já Parece (2010) refere que este mecanismo deve ser vivido de uma forma simbólica, dando sentido à experiência.

"Uma das características mais profundas da mente humana reside na capacidade de integrar conscientemente o passado no presente e de projetar o presente no futuro; mas, também, acrescentar-se-á, justamente, a capacidade de interpretar o presente à luz do passado e de antecipar o futuro no presente" (Renaud, 2006, p.72).

A experiência de uma situação de doença origina nas pessoas um conjunto de sentimentos que facilitam a percepção de que a vida é finita e que as relações interpessoais são extremamente

necessárias no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (Fernandes, 2012). Assim, projetamos sobre o mundo as experiências e as qualidades que são parte de nós mesmos (Clarke, 2002).

Na relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente é de extrema importância que se cumpra uma regra de ouro que se baseia em tratar o outro como se gostaria de ser tratado, compreendendo o outro como gostaria de ser compreendido (Fernandes, 2012). Assim, os processos de identificação com o sofrimento do doente ou com a sua doença podem tornar o trabalho do enfermeiro suscetível, afetando a sua saúde psicológica e mental (Paiva, 2013).

2.2. ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS EFICAZES

O enfermeiro no cuidado ao doente terminal está sujeito aos mais variados conflitos pelo que deve saber gerir o seu comportamento através de estratégias de adaptação ao *stress*, bem como contar com uma rede de apoio que o ajude a colmatar as dificuldades (Almeida, 2009).

"Um indivíduo com estratégias de coping adequadas costuma sentir que tem um bom controlo das situações com que se depara, gosta de confrontar e resolver ativamente os problemas, utiliza mecanismos redutores de estados de tensão que não são lesivos da sua saúde e da sua pessoa, não permite que a vida quotidiana seja interferida pelos acontecimentos indutores de stresse e não tem tendência a deixar-se responsabilizar pelas consequências negativas das ocorrências" (Serra, 2007, p.455).

Assim, as estratégias adaptativas eficazes foram classificadas como aquelas em que o enfermeiro adota para superar as suas dificuldades de forma eficaz, não colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados ao doente e à sua família. Nesta categoria, as estratégias eficazes identificadas foram: a separação entre a vida pessoal da profissional; a religiosidade; a busca do conhecimento; a partilha e a reflexão entre os colegas.

2.2.1. Separação entre a vida pessoal da profissional

A intenção de separar a vida pessoal da profissional foi evidente nas falas dos enfermeiros:

Separação entre a vida pessoal da profissional

- (...o enfermeiro quando sai daqui esquece o serviço...o facto de eu ser assim faz com que as situações sejam muito menos desgastantes para mim...)^{E1}; (...tento separar a vida pessoal da profissional, o que nem sempre é fácil de fazer...nós também somos humanos e custa aceitar a morte...)^{E3}; (...fazer o jantar, arrumar a cozinha, ir até ao facebook, já relaxa um bocadinho, ver as novelas, estar com o meu marido, com a minha família...já é o meu mecanismo de defesa mental...)^{E7}; (...quero ir para o yoga porque dizem que ajuda a relaxar e dizem que é uma fuga e se calhar é bom...mas eu apoio-me mais na família, converso mais com a família...)^{E7}; (... para mim sinto que a parte do desporto ajuda a relaxar e a distrair...)^{E7}; (...você vai buscar fora...seja na família, seja uma terapia que nem a que eu faço, seja com o psicólogo ou alguma prática alternativa de saúde que te alivie...)^{E11}; (...eu não sofro muito..eu tento separar bem porque se tu fores ver tu fica louca...eu tento ver pelo outro lado, que essa pessoa cumpriu o que tinha que cumprir...)^{E16}; (...you have to have a good support system at home...a social life...other interests outside here, and I think that is very important...)^{E27}; (...I do everything I need to while I'm in the home but as soon as I walk out the door, and I know that everything I can do at that time is done, my mental door closes...)^{E38}; (...now I am able to step back a little bit and I think it is important for hospice nurses not to let it affect your personal life to the point where it's involving all the hours of your day and your weekends and your family time...)^{E39}.

Os enfermeiros referiram querer separar a sua vida pessoal dos sentimentos vividos em contexto profissional, recorrendo à sua rede familiar e de amigos, bem como à prática de atividades lúdicas.

O equilíbrio entre a prática profissional e a vida familiar pode ser definido como o estado de harmonia em que o indivíduo é capaz de equilibrar as necessidades de trabalho e as responsabilidades familiares (Chittenden & Ritchie, 2011 *cit.* Gonçalves, 2012). Para Morgado (2012), os enfermeiros procuram realizar uma dissociação emocional através da distinção clara entre a sua vida pessoal da profissional, exercendo o controlo sobre o seu envolvimento com os doentes. A mesma autora refere que nesta separação, de forma a reduzir a tensão, os enfermeiros podem adotar comportamentos aditivos como fumar, uma vez que promovem o relaxamento a curto prazo. As atividades de lazer promovem a saúde física, mental, sendo que as pausas no trabalho representam o escape para o relaxamento e a abstração dos problemas (Camargo & Bueno, 2004 *cit.* Gonçalves, 2012).

Assim, a separação que o enfermeiro adota entre a sua vida pessoal da profissional assume-se como uma estratégia positiva e muito eficaz, pois em qualquer área profissional, o indivíduo deve valorizar e viver intensamente a sua vida pessoal, para que possa estar em pleno na sua atividade profissional.

2.2.2. Religiosidade

O recurso à religiosidade esteve presente nas falas dos enfermeiros:

Religiosidade

- (...tenho uma santinha na porta do meu aposento...e que olho para ela e peço muita saúde e competência para o dia que se vai seguir...)^{E8}; (...acredito que há algo que me ajuda...não sei explicar...)^{E8}; (...eu apenas na hora da morte converso com Jesus e peço para que aquele paciente seja entregue nas mãos dele...)^{E12}; (...é acreditar, acreditar na esperança, na fé, senão você não consegue trabalhar...é Deus que vem primeiro e te dá a mão pra gente conseguir trabalhar...)^{E13}; (...é um momento muito difícil quando o paciente está na fase final da vida...mas o sentimento de religiosidade é fundamental para o enfrentamento dessa situação...a busca em Deus ajuda essa travessia de forma mais humana...)^{E19}; (...tento levar pelo lado de que a morte às vezes é melhor do que se ficasse aqui sofrendo com a doença...é importante buscar em Deus o sentido da vida e da morte...)^{E19}; (...I believe at the end there is something beautiful at the end of the death process and that the person that is lost is never far away...)^{E26}; (...really, I am not afraid to get close to a person who is near to the death, because I believe that death is just a bridge between this earthly life and the life after death...)^{E28}; (...we are Muslim and believe in life after death...referring to the religious beliefs is the best way to support a dying person in order to experience an easy death...) ^{E33}; (...I look at hospice and nursing in general as trying to be an extension of my faith...)^{E38}; (...it touches me spiritually, too, to be able to be there as someone is going to the next phase of their life... I always thought I wanted to be a missionary when I was growing up... I guess my feeling is this is the closest thing to that calling...)^{E39}.

Para Potter & Perry (2006, pág. 568), a espiritualidade dos enfermeiros "*influencia significativamente as suas capacidades para lidar com a perda*".

Os enfermeiros refugiam-se e recorrem às suas crenças religiosas para vivenciar a morte de uma forma mais tranquila, atribuindo-lhe um sentido transcendente. Assim, a espiritualidade

auxilia o enfermeiro a assumir uma postura de aceitação perante a terminalidade de forma mais natural.

O papel da religião consiste na socialização e na direção de ritos para lidar com o medo da morte, sendo que a religião associa-se a recursos simbólicos que permitem compreender o mundo (Brêtas, Oliveira, Yamaguti, 2006; Gutierrez & Ciampone, 2007).

Para Diniz e Aquino (2009), a maioria das doutrinas religiosas concebe a morte como um momento fundamental na vida do ser humano. Alguns autores referem que os enfermeiros procuram um significado espiritual/religioso para a morte e esse fato os auxilia no confronto com o sofrimento e a morte do doente (Sulzbacher *et al.*, 2009; Shimizu, 2007 *cit.* Morgado 2012). Assim, o enfermeiro ao recorrer à religiosidade para enfrentar os seus medos e anseios perante a morte, deve respeitar as crenças religiosas do doente e da sua família, não impondo as suas próprias crenças, respeitando assim a autonomia e liberdade de escolha.

2.2.3. Busca do conhecimento

A busca do conhecimento teórico e prático pelos enfermeiros foi evidente nos estudos:

Busca do conhecimento

- (...fazer um novo trabalho de investigação acho que foi uma estratégia para tentar perceber como é que as outras pessoas...quais eram as emoções que as outras pessoas e sentimentos tinham e como é que elas lidavam com a situação e ao mesmo tempo, saber mais alguma coisa que eu pudesse fazer para ultrapassá-las...)^{E1}; (...a formação, eu acho que a formação também é muito importante, porque a formação é a tal coisa, ainda antes de nos ajudar ou de nos ensinar a fazer certas coisas eu acho que principalmente este tipo de formação, desperta-nos...)^{E1}; (...tudo o que aprendemos aqui nunca é o suficiente, temos sempre coisas novas a aprender nos cursos de cuidados paliativos...há sempre truques, há sempre coisas a descobrir que vai facilitar...o cuidar...)^{E1}; (...acho que a formação passa por ajudar o enfermeiro a lidar psicologicamente e emocionalmente com esses momentos, para proteger e não se envolver emocionalmente...)^{E3}; (...depois de ter desenvolvido e de ter estudado e ter lido algumas coisas, acho que não me faz confusão nenhuma, acho que é um trabalho super digno...)^{E4}; (...estar sempre presente...vencer os meus medos, pois procurei na leitura...)^{E8}; (...fiz formação em cuidados paliativos e foi um grande marco na vida profissional...sem essa formação faria de certeza muitos erros até conseguir prestar cuidados de conforto com a visão global que hoje presto...ou pelo menos tento prestar...)^{E10}; (...buscando mesmo

atualização, de tratamento, de parte científica de estar lendo sobre oncologia, como é que é a dor, como é que é a medicação...)^{E13}; (*...it is just a matter of learning some coping skills...perhaps if you have some counselling experience or something like that will be helpful...*)^{E24}.

A formação contínua foi considerada uma estratégia adotada pelo enfermeiro para colmatar as suas fragilidades formativas e pessoais.

Para Ramos (2002), a procura de informação pelo indivíduo consiste numa estratégia que assenta na pesquisa e na procura de informação específica para lidar e resolver os problemas. O mesmo autor refere ainda que o enfermeiro consegue modificar as condições que estão na origem dos seus problemas através do investimento em ações de busca de informação que lhe possibilita saber o que fazer e assim, ter um auto controlo com os fatores determinantes dos problemas identificados. Também Valente (2008) refere que o enfermeiro para reduzir as dificuldades impostas, deve ter uma atitude de reflexão, de motivação e de pesquisa, bem como a imaginação, a flexibilidade e o gosto por desafios.

Assim, segundo Campelo (2006), cuidar de doentes terminais não é fácil e requer maturidade pessoal e profissional, que pode ser adquirida através da formação e de técnicas de apoio de forma a fornecer a estes profissionais estratégias e competências para lidarem eficazmente na terminalidade.

2.2.4. Reflexão e partilha com os colegas

Os enfermeiros revelaram recorrer à reflexão da morte e à partilha das suas experiências com os elementos da equipa:

Reflexão e partilha com os colegas

- (*...mas às vezes, informalmente, conseguimos desabafar um bocadinho estarmos um bocadinho uns com os outros...*)^{E1}; (*...falamos realmente em equipa... é raro a pessoa que morra, ou durante a noite ou durante a manhã, que não se fique a falar para a tarde, ou que se fale ainda no outro dia porque há sempre pessoas que ficaram mais marcadas e ao fim e ao cabo queremos saber como é que foi e acabamos por conversar e...acabamos por ajudarmos a ultrapassar uns aos outros...*)^{E1}; (*...comento os casos com outros profissionais...*)^{E2}; (*...ouvir experiências de pessoas mais velhas, ajudou-me...*)^{E8}; (*...procurando participar de simpósio, de congresso, sair conversando com outros*

professionais...)^{E13}; (...*I talk to colleagues and we do actually discuss how we feel or how something could have been managed and we give support that way...*)^{E27}; (...*when we feel frustrated and stressed, the team members can support, understand, and accept us...when I talk about my thoughts, the team members can forgive me, listen to me, accept my crying, and give me a hug...*)^{E29}; (...*I felt it as a progress in my own way that I could trust on the other members of the team to take care of motherless children and not face a break down myself...*)^{E33}; (...*there is more of a need to talk to one's colleagues instead...than there is perhaps, if one works with broken legs the whole time...*)^{E35}.

Os enfermeiros para ultrapassar as dificuldades recorrem a momentos de reflexão, como conversar, partilhar experiências e desabafar as suas angústias com colegas de profissão de formar a aliviar e a procurar alguma identidade na sua forma de sentir. De igual forma, os enfermeiros referem que as reuniões em equipa para a partilha de experiências os ajuda a gerir emoções.

De acordo com Phaneuf (2002, p.228) a necessidade de apoio é considerado "*um mecanismo que leva a pessoa a gerir os seus conflitos voltando-se para os outros para pedir ajuda, o suporte e a compreensão*".

Para Rossa (2007), a equipa consiste na principal rede de apoio do enfermeiro e desempenha um papel fundamental no seu suporte psicológico e emocional. A mesma autora refere que o trabalho de partilha de emoções pode aliviar muitos dos conflitos internos do processo de luto e pode alterar o comportamento dos enfermeiros, transformando as atitudes e as intervenções. Já Frias (2001) refere que usualmente os enfermeiros não são encorajados a exporem os seus sentimentos, nem a partilhá-los com a equipa.

Finalizando, segundo Peterson *et al.* (2010), os enfermeiros ao lidarem com a experiência stressante de cuidar do doente terminal, necessitam de programas e recursos para ajudá-los a desenvolver mecanismos e estratégias, de forma a prepará-los para a terminalidade do doente e apoio à sua família.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA TERMINALIDADE

Para os CP, a saúde e a doença são considerados processos individuais coletivos, que se desenvolvem num núcleo biológico que é afetado pelos processos físicos, psicológico, sociais

e espirituais, sendo estas dimensões presentes no passado e no futuro do doente (Santos, Pagliuca e Fernandes, 2007), e para tal, é necessário que os enfermeiros apresentem competências que promovam a qualidade destes cuidados.

Para Pires (1994, p.5), as competências assumem-se como "*capacidades de pôr em prática numa determinada situação profissional, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e atitudes que podem ser decomponíveis em ser, saber, saber fazer*". Já Frias (2001) refere que possuir conhecimentos não significa ser competente, pois a competência não é um estado ou um conhecimento possuído, sendo que esta não se reduz nem a um saber nem a um saber-fazer.

Assim, neste capítulo são expostas as competências que os enfermeiros identificaram como na sua prática profissional em cuidados à pessoa em processo de morrer e morte. Este capítulo encontra-se organizado em quatro categorias relacionadas com as competências focadas: na promoção dos direitos do doente terminal; na satisfação das necessidades do doente terminal; na relação enfermeiro-doente; na relação enfermeiro-família e na comunicação.

3.1. COMPETÊNCIAS FOCADAS NA PROMOÇÃO DOS DIREITOS DO DOENTE TERMINAL

Os cuidados paliativos são reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde de forma a promover a os direitos fundamentais da pessoal, assumindo-se assim, uma obrigação social (Parece, 2010).

De acordo com os Deveres e Direitos do Código Deontológico do Enfermeiro - Artigo 82º, nomeadamente no cumprimento do respeito pelo direito da pessoa à vida durante o ciclo vital, o enfermeiro deve: atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa; participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida e recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante (OE, 2003).

Assim, nesta categoria, são abordadas as competências dos enfermeiros focadas na promoção dos direitos do doente terminal, nomeadamente: a qualidade de vida; a dignidade humana e o conforto; a autonomia; a individualidade; o direito à informação e a satisfação de desejos.

3.1.1. Qualidade de vida

A promoção da qualidade de vida do doente terminal esteve presente nos discursos dos enfermeiros:

Qualidade de vida

- (...cuidar do doente moribundo é...dar-lhes a melhor qualidade de vida possível nesta fase final...) ^{E1}; (...levar a pessoa a ter uma melhor qualidade de vida ou qualidade de bem-estar até ao fim dos seus dias, proporcionar tudo o que englobe qualidade...quer a nível físico, emocional, psicológico, conforto...até que a morte chegue proporcionar o melhor conforto e qualidade de vida à pessoa...) ^{E6}; (...promover a qualidade, dar assistência, medicação, não deixar sentir dor, mudar de decúbito, medicação, alimentação...todos os cuidados necessários para um resto de vida com o mínimo de qualidade possível...) ^{E16}; (...dar qualidade de vida à sobrevida dele...) ^{E18}; (...é fundamental o emprego do paliativismo aos pacientes com doenças que ameaçam a vida...a equipe de cuidadores devem tentar ao máximo acrescentar qualidade de vida nos momentos finais...) ^{E19}; (...são cuidados prestados que visam o conforto e bem estar do paciente, minimizando os sintomas da patologia terminal melhorando a qualidade de vida...) ^{E21}; (...helping to make life as good as it can be, for as long as it can be...) ^{E38}; (...as pain free as possible and having as good a quality of life as possible until it's over...) ^{E38}.

Os enfermeiros dos estudos referiram querer humanizar o processo de morrer e de morte do doente terminal. Para Estanque (2011), o fim de vida do homem possui um valor inestimável que não é inferior a nenhum outro, reclamando uma maior humanização do processo de morrer. Também Watson (2002) refere que cuidar do outro requer uma elevada consideração e reverência pela vida humana. Assim, o enfermeiro deve responsabilizar-se pela manutenção da qualidade de vida do doente não se esquecendo que essa qualidade assume uma dimensão subjetiva (Deodato, 2014).

Na sociedade atual, segundo Moreira (2001), deve-se privilegiar o acompanhamento na terminalidade aliviando a dor física e psicológica, promovendo a qualidade de vida sendo imprescindível o respeito por todos os direitos do doente terminal. Os CP promovem a preservação da dignidade humana, atendendo à qualidade de vida nos últimos momentos, aliviando a dor e proporcionando o apoio psicológico e espiritual (Parece, 2010).

Neste sentido, é necessário que os enfermeiros apresentem uma atitude humanizada que promova o conforto e o respeito pela singularidade de cada indivíduo, para que o momento de fim de vida seja rodeado de humanismo (Paulini, 2007).

3.1.2. Dignidade humana e conforto

A morte digna é considerada como aquela que ocorre com o menor sofrimento possível (Deodato, 2006). Nesta subcategoria, o enfermeiro procura respeitar e promover a dignidade do doente através de uma morte digna e com o máximo de conforto:

Conforto

- (...uma emergência o conforto, não é emergência nenhuma ficarmos sem soros, não haver antibióticos, blá; blá; blá; blá, porque isso agora não vai interessar neste tipo de pessoas...)^{E1}; (...sabemos que vai morrer e se tivermos que a picar mais três ou quatro vezes porque já está com edemas e não sei quê estamos a causar-lhe sofrimento ou outro tipo de manobras, que às vezes não são as técnicas que vão salvar já nada, se calhar era melhor não as fazer e dar-lhe mais algum conforto...)^{E1}; (...as atitudes que adoto são todas no sentido de promover o máximo de conforto...e isto passa muito pelo acompanhamento e disponibilidade que prestamos...)^{E3}; (...eu gosto efetivamente de me centrar no doente e gosto do conforto do doente acima de tudo...mas acho que isso faz parte da equipa, não é?...cada um ter um bocadinho mais de jeito para uma coisa e depois no geral as coisas correm bem...)^{E4}; (...tento aliviar o sofrimento massajando o corpo do doente com um creme hidratante de forma a aliviar-lhe as dores do corpo e ao mesmo tempo prevenir o aparecimento de úlceras de pressão...)^{E5}; (...são cuidados para manter o conforto do doente quando da parte clínica já não há nada mais para oferecer ao doente...)^{E6}; (...a este tipo de doentes, os cuidados são essencialmente o conforto, minimizar a dor e outros sintomas...)^{E7}; (...manter os doentes confortáveis, calmos e sem dor...)^{E7}; (...ter o doente confortável...)^{E8}; (... não deixar morrer o doente com sede que eu acho muito importante e deve ser muito aflitivo estar com os lábios extremamente secos e não ter ninguém para os umedecer...)^{E8}; (...tento valorizar essencialmente o conforto, a ausência de dor e o acompanhamento...)^{E9}; (... todos os cuidados que envolvam o conforto, se a pessoa tem calor se a pessoa tem fome...em termos físicos o conforto, depois há todos aqueles cuidados em termos sociais e psicológicos...o doente não se sentir desprezado, estarmos próximos dele...permitir que os doentes tenham as suas famílias as pessoas significativas a cuidar deles...)^{E9}; (...valorizo o conforto...prestar-lhe os cuidados

conforme ele se sinte bem, e conforme ele se sinte confortável, porque o que é conforto para mim poderá não ser para ele...)^{E9}; (... eu tento confortar o paciente e a família...)^{E12}; (...todos os cuidados e conforto..integridade daquela pessoa em termos de conforto físico...este paciente precisa de conforto)^{E18}; (... somente dou o conforto para o paciente, sem prolongar o seu sofrimento com tratamentos invasivos)^{E19}; (...os cuidados paliativos é uma modalidade de cuidar que valoriza o ser, suas queixas e proporciona o conforto...)^{E21}; (...é uma modalidade de cuidar que promove conforto, qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, em fase terminal atuando por meio do alívio do sofrimento)^{E21}; (...it's to give comfort to people in the last stages of their life...)^{E38}.

Foi evidente que os enfermeiros valorizam o conforto nos seus cuidados. Assim, o conforto holístico baseia-se em quatro princípios: o conforto é geralmente próprio de uma condição; o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo; qualquer intervenção de enfermagem holística melhora o conforto ao longo do tempo e o conforto total é maior do que a soma das partes (Dowd, 2004 *cit.* Nicolau, 2013).

O cuidado ao doente terminal deve focar-se no seu acompanhamento, no alívio de sintomas e sofrimento e na promoção do máximo bem-estar, conforto e dignidade humana durante os seus últimos dias (Valente, 2008).

Dignidade humana

- (...a pessoa tem direito a tê-la...a morte...e a ser respeitada e que nós temos que ter a capacidade de a aceitar...)^{E1}; (...também temos que, se calhar, ajudar uma pessoa a morrer e mais...mais calmamente e mais serenamente...)^{E1}; (...quando sei que é uma fase terminal...eu tento dar a maior dignidade à pessoa e isso é tentar ajudá-la a terminar todos os assuntos...)^{E3}; (...procuro ter sempre respeito, respeito pelo momento, procurando proporcionar à pessoa que morre o maior conforto, a maior serenidade e dignidade...)^{E3}; (...eu digo que o ser humano tem uma esfera holística que o identifica como tal...o sentido de cuidar está em sermos solidários para com o doente e família de forma a humanizar e dignificar este fim de vida...)^{E5}; (...são os cuidados que podemos prestar ao doente para lhe dar uma morte digna e os últimos dias com, com algum conforto...)^{E6}; (...ao cuidar de um doente terminal, nós temos sempre que nos colocar no lado do doente e da família do doente, havendo sempre um respeito máximo pela dignidade do doente...)^{E7}; (...é a qualidade da dignidade de ela morrer pelo menos com o mínimo de desconforto possível...)^{E9}; (...penso que quando não mais existe perspectivas de cura, devemos promover o conforto físico, emocional

e espiritual...evitar terapias abusivas, a distanásia que prolonga o sofrimento humano e promover a ortotanásia ou seja morrer com dignidade...^{E19}; (*...o direito de morrer com dignidade, sem o emprego exagerado de procedimentos fúteis...direito de morrer próximo aos familiares...em casa...com conforto da dor...*)^{E19}; (*...esses cuidados vão...favorecer uma morte digna ao paciente...além de apoiar os familiares durante o cuidado...*)^{E21}; (*...the best part is making a difference to the way people spend the closing times of their illness...actually making a difference and giving somebody a good death...*)^{E27}; (*...even if they would be at the end, we try to help them to have a dignified death or pass through it more easily, and it makes us satisfied...*)^{E28}; (*...it was the last moment, so we hoped the patients' families had the best memory at the last moment...thus, postmortem care is very important for the patients...*)^{E29}; (*...I have worked in the hospice for a long time and understood that I could provide good care to patients to help them have a good death...*)^{E29}; (*...it's literally controlling symptoms and allowing people to die with dignity...*)^{E32}; (*...with a sense of dignity and not ceremony...treated with the utmost respect to the patient's wishes...*)^{E37}.

Na maioria dos estudos foi evidente a intenção dos enfermeiros em proporcionar a qualidade e a dignidade na arte de morrer, considerando nas suas intervenções o alívio do sofrimento e a promoção do bem-estar e do conforto do doente. O enfermeiro na sua atuação deve: oferecer cuidados totais, respeitando a pessoa como um ser biopsicossocial e espiritual; promover cuidado personalizados de forma continuada; centrar os seus cuidados no binómio doente-família; ter presente que há sempre algo a fazer mesmo quando a cura já não é possível; otimizar e promove um ambiente propício ao controlo e alívio de sintomas e por fim, promover a autonomia e dignidade do doente, contribuindo para a elaboração de objetivos terapêuticos (Valente, 2008).

A forma como se lida com o outro, que experiencia uma situação de doença deve ser pautada pelo respeito à pessoa que é e ao corpo que veicula a sua existência, pelo que as ações de enfermagem devem ser reveladoras do significado e do respeito por uma pessoa que sofre e que existe num corpo em dificuldades (Honoré, 2004).

3.1.3. Individualidade e autonomia

Foi presente nos estudos, que os enfermeiros encaram o doente como um ser único:

Individualidade

- (...como ser humano único não há que prestar cuidados iguais, não há mais nada desigual do que tratar dois doentes por igual, então cada doente tem um cuidar diferente do outro na sua fase terminal...)^{E1}; (...a nossa maneira de ser, a nossa maneira de cuidar daquele doente naquela situação, claro que não é igual para todos os doentes, não é...)^{E1}; (...quer dizer a pessoa não é uma patologia, não é !?...eu conheço aquela pessoa como uma pessoa e não como uma patologia...)^{E1}; (...tentar compreender cada pessoa como um ser único...)^{E3}; (...o nosso cuidar e nomeadamente na prestação dos cuidados de higiene temos que ter sempre presente que é um corpo de uma pessoa e que esta tem necessidades, crenças e vontades e por conseguinte a minha intervenção tem sempre por base uma pessoa que está a morrer que está a sofrer e que precisa que eu a olhe como um ser que tem vida ...)^{E5}; (...é necessário que tenhamos sempre o cuidado de manter a pessoa tapada com um lençol...não necessitamos de expô-la...)^{E5}; (...nunca mais vai haver uma como ela...)^{E8}; (...às vezes o levantar-se para o cadeirão por exemplo, escolher a fase que ele se sintia melhor e negociar com ele o tempo que deve ficar no cadeirão mesmo de forma a ele estar confortável...)^{E9}; (...good communication, support for the family, respecting people as, you know, an autonomous person...respecting them as people you know, whatever field whatever setting you're working in...)^{E32}; (...I went in and I said 'what do you want to do today? what are your priorities and your care today?...and he said, 'oh, I wouldn't mind being clean, having a bath'...so every day we kind of had a routine where I would give him this bed bath, but we'd put on this music that he liked and we'd do the bed bath...)^{E36}; (...this person belonged you know...yes, you know him...they're not just a number to fill up your beds...)^{E37}; (...the hospice philosophy even in a care center has changed it to a point where you look at it as comfort only, and there's no schedule, there's no set time to get up, no set time to eat...)^{E38}.

Os enfermeiros revelaram que cuidar verdadeiramente do doente implica encará-lo como um ser único e como tal, a relação estabelecida entre enfermeiro-doente é pautada por sentimentos nobres como o amor, o cuidado e o afeto (Fernandes, 2012).

Para Renaud (2006, p.71), o enfermeiro no cuidado ao doente sem possibilidade de cura deve encará-lo como um "*ser humano na sua individualidade mais concreta, isto é, na sua singularidade*".

Os enfermeiros procuram promover a autonomia e a participação do doente em fim de vida no processo de tomada de decisão:

Autonomia

- (...procuro avaliar com o doente o que consegue fazer...é muito importante e pela minha prática do dia-a-dia tenho verificado que o doente sentir-se dependente acarreta um sentimento de tristeza e de afastamento familiar...)^{E5}; (...o respeitar quando ele querem ser alimentados, o que eles querem também, facilidade de lhes dar daquilo que é possível ou pedir à família quando há possibilidade...percecionar o que eles querem, porque em determinados momentos somos demasiados autoritários...impomos cuidados...o doente pode nem sempre os não aceitar e nós nem sempre exploramos essa situação...)^{E9}; (...é fundamental respeitar a autonomia do paciente...)^{E19}; (...do you want a wash now?...oh, I think you should have a wash now...ok?...they're just very small examples of that, so I think we will...it's certainly the way nursing is going generally, but I think also that the design of the ward it'll help us to be able to encourage them to sort of make their own decisions...)^{E32}; (...oh... he had great independence yeah, it was his bed, but it was his home and he treated it like he was living in a house because he came and went and did his own thing as normal...)^{E37}; (...everyone is different, some people would rather be in a little pain and not be sleepy, others are happy to be sleepy...that's why it is important to find out on the first visit, find out what they want...)^{E38}.

Segundo Cabral (1996, p.53) cit. Rossa (2007), o princípio da autonomia é "*chamado princípio da liberdade, prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões, que sejam verdadeiramente autónomas e livres*".

Perante a progressiva perda de autonomia do doente terminal, espera-se que o enfermeiro o auxilie na definição de estratégias de adaptação ao seu grau de dependência, encorajando-o a participar na tomada de decisões para que mantenha o sentido de participação e de controlo (Carvalho & Botelho, 2011).

Assim, Deodato (2014, p. 91) refere que o enfermeiro ao respeitar o doente "*se dirige à vida e à valorização inequívoca, à promoção de modos de vida que se realizam com os outros, que defende a autonomia e o poder individual para encaminhar a sua vontade*". Este respeito deve ser focado na preocupação pela pessoa como um ser único, com dignidade própria e em plena autonomia que lhe é inerente (Pinto, 2003).

3.1.4. Direito à informação

Em alguns estudos, os enfermeiros referiram a preocupação em informar o doente terminal sobre os cuidados prestados:

Direito à informação

...a vontade de explicar até ao doente o que é que vai acontecer provavelmente ...)^{E1}; *(...no caso da terapêutica para alívio da dor muito se evolui, procuro e defendo que o doente bem como a sua família façam parte das nossas decisões, embora reconheça que neste hospital nem sempre é fácil...)*^{E5}; *(...eles tentam sempre saber até às vezes a medicação que estão a fazer, exames que mesmo assim vão fazendo, em que eles vão perguntando e nós vamos dando resposta...)*^{E9}; *(...nós temos o dever de lhes explicar...para que eles também facilmente poderem compreender...)*^{E9}; *(...they at least should be able to use sedative drugs, but the physician is the one who decides even about using sedative...)*^{E30}.

O doente terminal possui o direito à informação, que está relacionado com o conceito de verdade acerca do seu estado de saúde (Pinto, 2003). O doente sem o conhecimento sobre a sua doença e o prognóstico não poderá participar no seu plano terapêutico nem dar o seu consentimento informado (Silva, 2008).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, no Artigo 84º, referente ao dever de informação, o enfermeiro deve: informar o indivíduo e a sua família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e com cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem e informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (OE, 2003).

Os enfermeiros devem estar sensibilizados para este direito, sendo fundamental que mantenham o doente e sua família informados sobre todo o processo terapêutico, gerindo a informação e o momento de a transmitir (Pacheco, 2006).

3.2. COMPETÊNCIAS FOCADAS NA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DO DOENTE TERMINAL

O doente terminal tem necessidades que precisam de ser satisfeitas e para tal, o enfermeiro para além das suas competências técnicas deve também valorizar os aspetos relacionais

(Pinto, 2003). Nesta categoria, são abordadas as competências dos enfermeiros na satisfação das necessidades do doente terminal, nomeadamente: o apoio psicológico e emocional; o apoio espiritual e religioso; o controlo, o alívio e a validação da dor e sofrimento; a satisfação de desejos; a satisfação das necessidades básicas; os cuidados de higiene como um momento privilegiado; o cuidado focado na imagem; a gestão do ambiente e a promoção da distração.

3.2.1. Apoio psicológico e emocional

Os enfermeiros demonstraram estar sensibilizados para as necessidades psicológicas e emocionais do doente terminal:

Apoio psicológico e emocional

- (...os cuidados ao doente...moribundo ou em fase terminal...passam fundamentalmente por um acompanhamento ao nível psicológico...)^{E1}; (... é fundamental que nos nossos cuidados de enfermagem permitamos que o doente fale dos seus sentimentos...eu procuro nos meus cuidados fazê-lo, afirmo que é muito importante porque tenho verificado que o doente se sente mais ativo e relaciona-se connosco e nós com ele de uma forma mais próxima e afetiva...)^{E5}; (...os cuidados são desde a parte mental, espiritual, tentar ajudar a nível psicológico...)^{E7}; (...cuidar de um paciente oncológico é, em primeiro lugar, estar cuidando do psíquico dele...)^{E11}; (...cuidar pra mim...não só em termos de assistência de enfermagem mas psicologicamente...dar um apoio...)^{E12}; (...a gente procura dar um apoio emocional pro paciente...)^{E13}; (...encaminho para falar com a assistente social, ou psicólogo que estão mais preparados para lidar com esta situação...)^{E14}; (...o nosso relacionamento, a nossa postura de cuidador para auxiliar é auxiliar no curativo, realizar o curativo com toda técnica adequada, mas não se esquecendo que ali está um individuo que precisa de necessidades emocionais...)^{E17}; (...cuidar...dos sentimentos...não só dos procedimentos ...)^{E18}; (...I think it might be nice and more supportive if they were nursed with other people going through similar experiences...)^{E24}.

Os enfermeiros demonstram que ao ajudar os doentes a expressar os seus sentimentos estão simultaneamente a estabelecer uma relação de ajuda no equilíbrio do seu bem-estar emocional. O processo de doença é acompanhado por elevado sofrimento psicológico que atinge o doente e a sua família, sendo que os enfermeiros necessitam de ter a capacidade de identificar, avaliar e minorar os sintomas físicos da doença mas também intervir nas alterações de papéis sociais e no isolamento social (Cardoso *et al.*, 2009).

Cuidar dos doentes na terminalidade exige por parte dos enfermeiros uma ponderação individual das circunstâncias, considerando as manifestações dos seus valores culturais e espirituais e o seu envolvimento afetivo, familiar e social (Rossa, 2007).

3.2.2. Apoio espiritual e religioso

Alguns estudos revelaram o interesse dos enfermeiros na promoção do apoio espiritual e religioso do doente terminal:

Apoio espiritual e religioso

- (...eu acho que fazem apoio espiritual e religioso todo o sentido e que são muito importantes...) ^{E4}; (...acredito e defendo, eu no meu cuidar procuro ter sempre como foco de atenção a espiritualidade destes doentes que estão a morrer é fundamental que nós estejamos atentos à sua necessidade espiritual e que o doente tem direito...) ^{E5}; (...se for uma pessoa religiosa que ela tenha apoio espiritual ...) ^{E18}; (...for me, when a patient is dying we need to provide spiritual care and get the chaplain in, if that's what the patient wants...to go peacefully is important, and to go without a fuss and without being in pain is important both for the patient and us....) ^{E25}; (...most of the time we help patients find their meaning of life because of their suffering...we always help patients inspect their relationships with themselves, others, God, and the environment...) ^{E29}; (...religion doesn't play a part in what we do, it's going where the patient is spiritually...doesn't mean religious help, unless it's going with them with their own religion and what they are telling us...) ^{E38}.

Os enfermeiros reconhecem a necessidade de cuidar das outras dimensões do sofrimento humano, procurando proporcionar o bem-estar biopsicossocial e espiritual.

Assim, "a espiritualidade é própria de cada um de nós. A definição de espiritualidade é influenciada pela cultura, pelo desenvolvimento, pelas experiências de vida, por crenças e valores de vida. A espiritualidade permite-nos amar, ter fé e esperança, procurar um sentido para a vida e criar relações com os outros" (Potter & Perry, 2003, pág. 469).

Para Chochinov & Cann (2005) cit. Pinto (2011), a espiritualidade é essencial em qualquer fase da vida humana, especialmente no alívio do sofrimento e na promoção do conforto na terminalidade.

O acompanhamento espiritual é reconhecido como um direito básico dos cidadãos, principalmente daqueles que se encontram em fase terminal, sendo necessário profissionais

vocacionados para promover um acompanhamento religioso e espiritual de qualidade (Nunes, 2006). O doente terminal que apresente um maior bem-estar espiritual terá uma maior experiência sobre a compreensão e o significado da vida, deixando-se de focar apenas nos seus problemas desenvolvendo uma visão mais holística sobre a sua vida (Martins, 2011).

Os enfermeiros devem agir de modo a contribuir para a diminuição da angústia existencial do doente terminal, através da sensibilidade e intimidade, procurando compreender as vontades do doente e providenciando, quando se justifique, um profissional vocacionado no apoio religioso e espiritual (Carvalho & Botelho, 2011).

3.2.3. Controlo, alívio e validação da dor e do sofrimento

A intenção de controlar, aliviar e validar a dor e o sofrimento esteve presente nos discursos dos enfermeiros:

Controlo e alívio da dor

- (...às vezes cuidar do doente moribundo é...aliviar-lhes a dor...)^{E1}; (...é uma emergência a dor...)^{E1}; (...proporcionar-lhe alívio da dor...)^{E3}; (...quando o doente manifesta dor, procuro aplicar algumas medidas como a massagem, a aplicação de calor ou frio, fazer alternância de decúbitos etc., no entanto o tempo disponível para o fazer é muito pouco pelo que somente intervenho a nível da dor do corpo...)^{E5}; (... o enfermeiro está alerta para muitas coisas...um exemplo a água, quantas vezes esses doentes têm a boca seca, o facto só de se molhar com uma compressa, são aqueles pormenores que acho que marcam a diferença...)^{E6}; (...portanto de minimizar qualquer sintomatologia do doente...)^{E6}; (...administrar medicação para a dor...)^{E7}; (...cuidados de conforto, massagem, qualquer forma de aliviar a dor...)^{E7}; (...para já o alívio da dor, tentar que a pessoa não tenha dor...)^{E9}; (...se tiver analgesia prescrita administro...se não tiver solicitado ao médico...depois poderá haver outro tipo de prescrições...massagem, posicionamento uma administração de oxigénio...alguma coisa que o doente possa solicitar...)^{E9}; (...privilegiar a terapêutica subcutânea, quando se privilegia hoje em dia a endovenosa...evitar picá-los, fazer terapêutica subcutânea, essencialmente reduzir o sofrimento...)^{E9}; (...diminuir o sofrimento do paciente que sofre muitas dores...)^{E18}; (...pain relief and that sort of thing...)^{E38}.

Os enfermeiros atribuem grande importância à diminuição da dor e do sofrimento, como forma de proporcionar qualidade de vida ao doente no processo de morrer e de morte, ou seja, através do alívio da dor e validação do sofrimento. O alívio dos sintomas é referido pelos

enfermeiros como uma forma de amenizar o sofrimento, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Validar o alívio da dor e do sofrimento

- (...e se realmente aquela nossa massagem...aquele doente gosta ou não gosta, porque grande parte das vezes aplica-se um pouquinho de creme hidratante e fazemos a massagem, mas será que ele gosta será que ele não gosta...)^{E1}; (...as minhas estratégias são quase sempre voltadas para a pessoa e procuro logo validar o sofrimento que está presente naquelas pessoas...)^{E5}.

Quando a doença segue um caminho irreversível, o objetivo primordial encerra-se no controlo da sintomatologia e promoção do conforto, assumindo a dor uma particular importância, uma vez que esta acarreta elevada carga negativa biológica e emocional para o doente terminal (Valente, 2008). A dor representa um grande desafio quer para os doentes, que tem de aprender a viver com ela, e para os enfermeiros, que tentam encontrar os meios necessários e possíveis para o seu alívio (Sousa, 2009).

No controlo de sintomas, nomeadamente da dor, os enfermeiros devem possuir conhecimentos específicos de forma a proceder à sua identificação e identificação atempada aos elementos da equipa multidisciplinar, para assim planear, implementar e avaliar as intervenções mais adequadas (Carvalho & Botelho, 2011). Também o princípio da beneficência refere que o doente terminal tem o direito de não sofrer indevidamente, pelo que a equipa multidisciplinar deve usar todos os meios para o combate da dor e da sintomatologia (Rossa, 2007).

O sofrimento representa uma experiência individual e subjetiva, pelo que difere de pessoa para pessoa, de acordo com a sua história e identidade pessoal (Martins, 2010). Assim, o controlo da dor e a validação do sofrimento assume uma competência essencial nos enfermeiros, devendo estes conhecer as diferentes reações à dor e os diferentes significados atribuídos pelo doente, de forma a possibilitar uma melhor abordagem terapêutica (Valente, 2008).

Assim, para Gameiro (1998, p.9), é "*importante ter em conta a atenção ao ser humano em sofrimento provocado por uma situação de doença, para além de ser uma questão de solidariedade humana constitui um imperativo ético para todas as profissões de saúde*".

3.2.4. Satisfação de desejos

Foi explícita a intenção dos enfermeiros em satisfazer as vontades e os últimos desejos do doente terminal:

Satisfação de desejos

- (...lembro-me que houve outra altura em que a senhora quis meloa, foi meloa, quis kiwi, foi kiwi, não interessa...) ^{E1}; (...que uma pessoa pede é uma ordem para mim, acho que sim...) ^{E1}; (...se ela expressar alguma vontade procuo dar resposta a esse desejo...) ^{E3}; (...para isso tento satisfazer as vontades e preferências dos doentes tais como as leituras e a música, para que ele ainda se sinta vivo...) ^{E5}; (...se o desejo da pessoa ter alguém presente é tentar que isso seja possível, nomeadamente contactar família, avisar a família que o doente se encontra pior se querem vir...satisfazer esse desejo da pessoa ou do próprio familiar quando o manifestou...) ^{E9}; (...que o doente possa solicitar...que se possa fazer também...fazer aquilo que nos é pedido desde que isso não vá interferir com nada que está prescrito ou que seja contra indicado naquela situação...) ^{E9}; (...quando presto cuidados de conforto tenho que estar atenta a muitas coisas...a presença de pessoas que o doente gosta, fotografias, flores, etc...ou mesmo deixar o doente falar do que espera que nós, podemos fazer com ele antes de morrer...) ^{E10}; (...confortar é satisfazer o que os doentes querem...pensar nos desejos deles, por muito pequenos que nos possam parecer...) ^{E10}; (...devem buscar atender os desejos do paciente, evitar intervenções invasivas, propiciar a participação dos familiares e resgatar a dignidade do morrendo...) ^{E19}; (...a patient we had here didn't like hospital food and all he talked about all day was prawns...so I went to the shop and bought him some prawns and took them to work the next day...it made his week, not his day, but his week...it was just so nice...I get enjoyment out of seeing a patient getting such a thrill...) ^{E26}; (...small things matter here like on Saturday, a lady who died on she died on Monday morning, but on Saturday she wanted to go to the garden, so her whole bed was pushed out into the garden... ok, it was only for fifteen minutes, but it happened...or it could be that somebody just you know, wanting their last bath or whatever little things that matter, whereby...I'm not sure it does in all aspects of nursing...it should do...) ^{E32}; (...I facilitated her leaving, she went to her village and died after three days, the feeling of being able to understand her last will was really satisfying...) ^{E33}.

O enfermeiro deve conhecer os desejos e as necessidade do doente e da sua família, de forma a intervir e ajudá-los a estabelecer objetivos realistas, proporcionado assim o máximo de conforto e dignidade (Alves, 2013). Também Pinto (2003) refere que o enfermeiro no respeito

pelos valores do doente terminal deve atender ao que este mais valoriza, às suas crenças e decisões.

O respeito pelos desejos e vontade do doente é entendido como uma capacidade interpessoal do enfermeiro, em que deve demonstrar a receptividade e a sensibilidade pelos desejos e emoções do doente (Martins, 2006).

Assim, como refere Fernandes (2012a, p.61), "*o respeito pela liberdade dos doentes, pelos seus desejos, preferências, convicções e decisões é um princípio básico - princípio da autonomia. Para tal é necessário que haja comunicação e sejam fornecidas as informações que o doente quer, e, pensa necessita, para tomar decisões quanto aos tratamentos propostos e outras questões da sua vida*".

3.2.5. Satisfação das necessidades básicas e os cuidados de higiene como momento privilegiado

Os cuidados de higiene foram considerados pelos enfermeiros momentos fundamentais para conhecer o doente:

Cuidados de higiene como momento privilegiado

- (...a nível de conforto, e falando dos cuidados de higiene este tem que ser efetuados com alguma calma com alguma serenidade, tentarmos planear com ele mesmo não tendo muito tempo...o que acha ou o que é melhor para si..)^{E9}; (...e os cuidados de higiene são um momento fundamental para conhecermos a pessoa que cuidamos...)^{E5}; (...penso que este momento é fundamental pois permite que a pessoa nos manifeste as suas necessidades e nós podemos dar respostas adequadas...)^{E5}; (...é durante os cuidados de higiene que temos mais tempo para perceber das necessidades do doente...)^{E5}; (...I think, yes, I think in you learn so much about your patient when you're washing them, you know helping them to the toilet giving them a bath you learn so much...)^{E32}.

Como refere Fonseca (2013), os enfermeiros atribuem aos cuidados de higiene um cuidado que permite cuidar da pessoa e de igual modo perceber as suas necessidades, criando laços de relação, num espaço de presença e contacto direto.

A satisfação das necessidades básicas do doente terminal esteve presente em algumas falas dos enfermeiros:

Satisfação das necessidades básicas

- (...tentar satisfazer as necessidades básicas...)E1; (...os cuidados básicos a... da higiene e conforto, da mobilização da alimentação, da hidratação ...)E1; (...tentar dar resposta, de forma a satisfazer as necessidades de alguém que está a terminal a vida e que precisa de estabilidade máxima...)E3; (...quando estamos com a doente e identificamos necessidades, a nossa intervenção é direcionada e por conseguinte intervimos no alívio do sofrimento...a identificação de necessidades também é realizada através da passagem do turno, através dos familiares e equipa de saúde em diferentes momentos do turno...)E5.

Embora em menos quantidade, os enfermeiros referiram dar importância à identificação e à satisfação das necessidades do doente em fim de vida, sendo esta competência fundamental para avaliar as intervenções de uma forma contínua.

Como é referido no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011, p. 3), o enfermeiro nas suas funções "*identifica as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal. Concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a Dignidade, a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir o seu sofrimento*".

Assim, o enfermeiro é o profissional que mais tempo passa com o doente, sendo necessário que dê especial atenção à monitorização de sintomas e à identificação de necessidades, de forma a promover o máximo de bem-estar e qualidade de vida (Valente, 2008).

3.2.6. Cuidado focado na imagem

Os enfermeiros demonstraram cuidados focados na imagem e na estética do doente terminal:

Cuidado focado na imagem

- (...uma higiene mais cuidada, termos às vezes a boca, que eles têm...a boca com alguma sensação de fresco dá-lhe alguma qualidade...)E1; (...penso que ao melhorarmos a sua imagem corporal estamos automaticamente a melhorar o seu bem-estar, pois estamos e afirmo a diminuir a sua ansiedade pelo medo que tem de o seu aspeto físico afastar as pessoas...)E5; (...se faz a barba todos os dias, se gosta do pijama abotoado ou desabotoado, se

gosta das pantufas azuis...)^{E8}; (...houve uma doente recentemente por exemplo os bochechos, os cuidados de higiene oral eram muito importantes ela adorava...)^{E9}.

Para Neto (2004), uma das fontes de maior sofrimento do doente terminal corresponde à alteração da sua imagem corporal provocada pelo processo de doença. Também Barbosa & Neto (2006) referem que a auto-imagem representa um dos aspetos de perdas associadas à doença terminal. Assim, segundo Bittencourt *et al.*, (2009), quando ocorre qualquer distúrbio da imagem do doente surgem fragilidades e desequilíbrios que levam à desarmonia do homem com o mundo, sendo por isso necessário que o enfermeiro envolva nos seus cuidados a atenção da imagem corporal, reconhecendo o doente como um ser único e singular.

3.2.7. Gestão do ambiente e a promoção da distração

A gestão do ambiente e a promoção da distração do doente terminal estiveram presentes em alguns estudos:

Promoção da distração

- (...leituras e a música é uma estratégia que por vezes utilizo porque penso que favorece o doente...)^{E5}; (...tento distrair o doente pergunto se quer ver televisão ou ver uma revista, por detrás disto tenho sempre a intenção que o doente não se desligue da vida...)^{E5}.

Os enfermeiros procuram no seu processo de cuidados utilizar meios de distração de forma a criar momentos agradáveis e permitir ao doente a sua conexão com o mundo que o rodeia, facilitando assim a abstração do seu sofrimento.

Gestão do ambiente

- (...dou-lhe espaço, tempo e um local para refletirem sobre a vida do moribundo...)^{E3}; (...permitir-lhes estar e deixá-los trazer o padre ou quem quiserem tentando deixá-los num espaço reservado...)^{E3}; (... é necessário que nós tenhamos em atenção o barulho, que na maior parte das vezes é para o doente e mesmo para a família incomodativo, estes doentes precisam de estar num espaço calmo que não aumento o seu stress, o cheiro, principalmente o da comida e o das fezes implica, termos que ter cuidado e sensibilidade para diminuir o contacto do doente com estes cheiros...)^{E5}; (...procuro ter em atenção os fatores provenientes do meio ambiente como o barulho, os cheiros, o aglomerado de visitas e principalmente o excesso de luz, pois estes doentes referem como ser perturbador...)^{E5}; (...o ambiente mais sossegado com menos ruído com menos luz, tudo um pouco, podermos fornecer até coisas

que eles gostem, que queiram...)^{E9}; (...proporcionar um ambiente calmo...)^{E9}; (...como equipa acabamos sempre por favorecer, ou tentar arranjar um espaçozinho, ou tentar privatizar a zona um pouco mais isolada, dar algum conforto à família para estar sentada, mais junto...)^{E9}; (...minha experiência diz-me que estar atento ao meio envolvente é fundamental para que o doente se sinta realmente confortável...nesta etapa da vida a pessoa valoriza o que para nos, as vezes, é considerado irrelevante e sem importância...)^{E10}; (...amenizar...os cheiros, ele se preocupa se estiver num lugar, ele acha que qualquer coisa de errado é dele...)^{E18}; (...*a patient with terminal cancer needs to be nursed in a quiet convenient environment not a busy ward...*)^{E24}.

Foi evidente que perante a proximidade da morte, os enfermeiros passaram a gerir o ambiente de forma mais acolhedora, providenciado o conforto e a privacidade do doente terminal.

A otimização do espaço físico deve focar-se num ambiente calmo, de apoio e de abertura (Valente, 2008). Já Frias (2008) refere que o ambiente influencia a prestação de cuidados de enfermagem pelo que a existência de um quarto privado para o doente terminal morrer pode também levar a situações que comprometam a dignidade e em último caso, ao isolamento. É necessário que o enfermeiro faça a gestão do ambiente e da presença de pessoas significativas, para que o conceito de privacidade não leve ao isolamento do doente moribundo.

Assim, para Gameiro (1998, p.9), "*o controlo da dor física, o ambiente do alojamento, as condições de conforto e de higiene, as facilidades de visita e de permanência de familiares ou de outras pessoas significativas, entre outros aspetos são questões importantes e que exigem a atenção de uma equipa multidisciplinar em que a responsabilidade da enfermeira se destaca pelo seu papel de proximidade e de maior permanência em contacto direto com o doente*".

3.3. COMPETÊNCIAS FOCADAS NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE

A enfermagem é considerada uma profissão de relação, em que os enfermeiros lidam diariamente com doentes, trabalhando em contextos em que a morte é uma presença constante, sendo extremamente difícil e doloroso enfrentar essa realidade (Tojal, 2011). Ao considerarmos a profissão de enfermagem como humanista, pode-se inferir que lhe está implícita a relação humana, quer seja com o doente quer com a equipa multidisciplinar, logo

pode-se considerar que se trata de uma profissão onde as relações interpessoais ocupam um lugar de destaque (Costa, 2009).

Nesta categoria, são abordadas as competências dos enfermeiros focadas: na relação enfermeiro-doente: na proximidade e no acompanhamento; na relação de confiança; na intencionalidade e no compromisso.

3.3.1. Proximidade e acompanhamento

A presença efetiva do enfermeiro foi reconhecida como essencial no acompanhamento do doente terminal:

Proximidade e acompanhamento

- (...na prática o apoio é uma coisa muito complexa, às vezes passa simplesmente por estares lá, tu ou a família, basta esse gesto para as pessoas se sentirem apoiadas ...)^{E1}; (...a maior parte das vezes não é preciso dizer nada realmente, porque realmente a presença do enfermeiro...)^{E1}; (...acompanhamento da pessoa até que a morte ocorra...)^{E3}; (...eu sinto que quando estou presente, demonstrando esta presença à doente, ela consegue mostrar o que lhe vai na alma e quase sempre no final diz sentir-se melhor, por vezes até dizem que as dores desapareceram...)^{E5}; (...estar mais perto dele...)^{E7}; (...máximo de atenção possível, mais disponibilidade, mais um contacto direto...)^{E7}; (...sentirem que estão acompanhados...)^{E7}; (...não tenho medo de ir às salas de noite...)^{E8}; (...é a facto do doente não se sentir desprezado...estarmos próximos deles...)^{E9}; (...mas o sentirem que a gente favorece a presença, o sentir que a gente está presente, se for necessário alguma coisa, acho que os deixa um pouco tranquilos...)^{E9}; (...acompanhar é mais do que estar com ele...é viver intensamente com ele e com a família de modo que a solidão e o desespero diminuem significativamente...)^{E10}; (...procurar estar sempre próximo dele...)^{E13}; (...é de muita importância, pois este momento, todas as possibilidades de vida se esgotaram... enfermeiro é a pessoa e o profissional que está próximo do paciente...)^{E19}; (...I learned from people that they need us to be there and spend time with them...over time I realized that this is the most important thing in the care...)^{E28}; (...you don't have to actually say anything...you can just be there...)^{E32}; (...I learned from people that they need us to be there and spend time with them...over time I realized that this is the most important thing in the care...)^{E33}; (...you're very aware when somebody is dying, and I would be very aware and I would be in and out all the time...and not leave them on their own...)^{E37}; (...I think for me it's an unspoken contract that I

'll be there...it doesn't matter to me if you can't give me anything back, I am still willing to be here, and that, for me, is the hospice nurse's contract...)^{E39}; (...today you can just touch their hand or give a hug...just be there...)^{E39}.

Os enfermeiros referiram proporcionar o acompanhamento do doente na fase final procurando estar presentes e disponíveis. É importante que o enfermeiro saiba conduzir o seu envolvimento com o doente de forma eficaz e saudável, proporcionado um cuidado humanizado, que envolva o calor humano e o carinho (Benincá, Fernandez e Grumann, 2005). A presença efetiva do enfermeiro requer atenção no cuidado prestado, através da comunicação dessa disponibilidade ao doente e à sua família (Santos, Pagliuca e Fernandes, 2007).

Também Sapeta (1997) refere que o doente terminal espera mais do enfermeiro do que a simples execução de técnicas e procedimentos, procurando um suporte humano na busca desesperada do alívio ou da cura da sua doença. Para Cândido (2004), o enfermeiro ao estabelecer uma relação terapêutica com o doente terminal estabelece uma relação de proximidade que nem sempre é fácil de gerir. Para tal, é necessário que o enfermeiro desenvolva atitudes que favoreçam o acompanhamento, como: saber ouvir as necessidades e os seus receios; saber gerir uma presença silenciosa; proporcionar abertura, recetividade e atenção às diferentes dimensões do doente que sofre física e espiritualmente (Martins, 2006).

"É mais difícil do que fazer o que os enfermeiros normalmente fazem nestes casos: a visita apressada do enfermeiro...é mais simples do que sentarmo-nos à cabeceira de um doente terminal e falar com ele sobre o que o preocupa" (Morris, 1989, p.3 cit. Rossa, 2007). Nisto, a presença do enfermeiro ao doente terminal representa a última dádiva que a ninguém pode ser negada (Oliveira, 2006).

3.3.2. Relação de confiança, intencionalidade e compromisso

Foi evidente nas falas dos enfermeiros a intencionalidade e o compromisso de querer fazer mais e melhor pelo doente terminal:

Intencionalidade e compromisso

- (...a gente tenta se dar de todas as formas, tenta dar o seu melhor, para poder atender às necessidades dele...)^{E11}; (...ir aprimorando todo o serviço, melhorando toda parte desde o atendimento com os pacientes, a educação com os funcionários...)^{E13}; (...pra mim não existe um paciente que não se faça mais nada, enquanto há vida, enquanto houver batimento

cardíaco, até já o último respiro...)^{E16}; (...isto significa que enquanto há vida temos o dever e a obrigação de cuidar, mesmo sabendo que o que fazemos é um paliativo a fim de confortar o pouco que resta...)^{E19}; (...lets make this day the best day that we can for...so if there is something we can do for you we will...)^{E26}; (...how I look after people, with the way I am, means that only the best I can do for them is good enough really...)^{E27}; (...in the hospital you can always behave in the same way, but here you have to adjust and you can not behave in the same way among different persons...)^{E33}; (...and I think I do a good job at it, I think I enjoy it, and I can, I can make a difference...)^{E38}; (... you walk in and you don't always know what you are walking into...you are able to make a difference, you're able to make someone smile that wasn't smiling...)^{E39}.

Os enfermeiros demonstraram querer fazer mais e melhor para o doente e sua família, estando presente a intencionalidade na promoção do conforto e no bem-estar global. De acordo com Estanque (2011), o cuidar, como ideal moral, ultrapassa o ato específico de um enfermeiro individualmente e produz atos coletivos da profissão de enfermagem que têm consequências e repercussões importantes para o doente e sua família.

Também a relação de confiança estabelecida entre o enfermeiro e o doente terminal esteve presente em alguns estudos:

Relação de confiança

- (...eu tive ai doentes lhe não lhe dei senão um ombro amigo...)^{E9}; (...os nossos pacientes ficam muito tempo com a gente, eles voltam sempre, ficam às vezes meses internados, a gente cria um vínculo com eles...)^{E11}; (...na oncologia ele se torna um amigo seu, uma pessoa que você, por mais que não queira, você tem uma relação de envolvimento com ele...)^{E11}; (...eu tento me dedicar a eles, dar atenção, me interessar pelo que eles estão falando, ter um bom relacionamento com o acompanhante, brincar, conversar, você cria um vínculo muito forte com esses pacientes...)^{E13}; (...estabelecer um vinculo com esse paciente né?!...enquanto, um vinculo, assim, de confiança e que...através desse vinculo, eu consigo prescrever e executar e fazer cumprir medidas que são necessárias, assim, pra ele, pro cuidado dele, pra melhor assistência dele e a gente, assim, também obter um retorno...)^{E17}; (...If you have five minutes, ask if she wants her fingernails painted...it's always good to paint people's fingernails...and you think 'I'm just painting her fingernails ' but they then start talking to you about their life, and they get to know you a bit as well and, you know, you do those extra little things that you wouldn't normally do for other people...)^{E32}; (...it's a question of getting this special

relationship and if you don't have continuity, or are not consistent you can't create that relationship...)^{E35}; (...you've opened a window that's so amazingly intimate and allowed me into a place that, in many regards, I had no right to be in...I am a stranger...I think it's what nursing is intended to be, *there is always a relationship...*)^{E39}.

Os enfermeiros relataram que para promover uma relação interpessoal eficaz com o doente-família é necessário a acessibilidade e a disponibilidade, que deve assentar essencialmente numa relação de confiança. Para Gama (2013), a relação enfermeiro-doente é uma das muitas relações que afeta a forma como se desenvolve a trajetória da vida e da morte de qualquer doente. O processo de cuidar permite traçar com a pessoa cuidada um horizonte para onde ela pretenda caminhar, caminho este que deve estar repleto de laços de confiança e no respeito pela pessoa, de escuta ativa, de disponibilidade, de simplicidade, de humildade, de autenticidade, de humor e de compaixão (Hesbeen, 2000 *cit.* Rossa, 2007). Assim, para Gama (2013), o cuidar envolve o relacionamento interpessoal que tem origem na relação de ajuda e de confiança, na empatia mútua e que se desenvolve por base em valores humanísticos e em conhecimento técnico-científico.

3.4. COMPETÊNCIAS FOCADAS NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-FAMÍLIA

A família é considerada a unidade básica da sociedade, sendo o seu principal objetivo proporcionar o bem-estar aos seus elementos e quando um elemento se encontra dependente, a família representa o apoio social privilegiado (Moreira, 2001 *cit.* Castro, 2008).

Nesta categoria são abordadas as competências dos enfermeiros focadas na relação enfermeiro-família, nomeadamente: no apoio psicológico e emocional; na disponibilidade e no acompanhamento; no envolvimento e na participação; na preparação da perda e da gestão do luto e na promoção da privacidade.

3.4.1. Apoio psicológico e emocional

Os discursos dos enfermeiros evidenciaram que estes proporcionam o apoio psicológico e emocional à família do doente terminal:

Apoio psicológico e emocional

- (...agora tens que ver bem o que é que aquela família...naquele momento precisam...)^{E1}; (...apoio à família...)^{E3}; (...reajo um bocado em função da família que está à minha frente, quando choram tento confortá-los...)^{E3}; (...é assim em cuidados paliativos, não se consegue prestar bons cuidados paliativos sem prestar apoio à família ou seja, o doente não morre tranquilo, não tem uma morte digna se não souber que a sua família está dentro do possível bem...) ^{E4}; (...penso ainda que se torna necessário permitir e facilitar a expressão de medos dos familiares, este facto torna-se mais eficiente quando realizado longe do doente pois este permite maior abertura do familiar...) ^{E5}; (...é aliviante ter alguém que os compreenda e que diga que estão a dar o seu melhor, que estão a fazer o seu melhor...)^{E6}; (...tentámos também, tranquilizar a família...)^{E7}; (... não é preciso ter um dia inteiro, às vezes também dar um conforto ao doente e família se a gente de vez enquanto passar e disser como é que ele está? Está tudo bem? Como é que está? Precisa de alguma coisa? Às vezes também só cinco minutinhos de vez enquanto, acaba por ser o suficiente...para diminuir um pouco a ansiedade...) ^{E9}; (...conversando com as pessoas procurando saber o que elas pretendem de nós para as podermos ajudar nesta última fase...)^{E9}; (... a gente tem que ter com a família...se está encarando isso de fato de maneira digna...)^{E18}; (...significa que estou prestando assistência inclusive à emocional no momento que o paciente e a família mais precisam...)^{E19}; (...cuidado prestado para aliviar o sofrimento do paciente portador de uma patologia crônica e sem cura, proporcionando conforto e minimizando as complicações, sendo de grande importância para o paciente com câncer terminal e sua família...)^{E21}; (...there needs to be support for the family from a social worker and chaplain, though death is also personal, you cannot teach people how to handle it...) ^{E24}; (...I asked for assistance from oncology-palliative care staff and seek social worker/pastoral care assistance for emotional support to patient and relatives...)^{E24}; (...I didn't know why I had a special connection with some patients' families...after the patients died, their families hugged me and cried just like I was part of their family...)^{E29}; (...sometimes we make an appointment out of the hospital...such friendly relations help them to overcome their problems at least their psychological problems...)^{E30}; (...so, it's a lot of education for family, and a lot of listening, a lot of just feeling their fears, and listening to them, and trying to help them cope with what they're feeling...)^{E38}.

Os enfermeiros relataram que cuidar do doente terminal implica cuidar da sua família e das pessoas que lhe são significativas. Assim, o enfermeiro deve atento ao sofrimento da família provocado pela perda, sendo da sua responsabilidade ajudá-la a expressar a sua dor em

relação à morte (Parece, 2010). Também Neto (2004) alerta que os enfermeiros devem adotar uma atitude pró-ativa, de forma a avaliar sistematicamente as necessidades da família. A mesma autora destaca a necessidade da criação de espaços e de programas próprios para a discussão com a família sobre a evolução da doença e dos tratamentos.

3.4.2. Gestão da disponibilidade e acompanhamento

Os enfermeiros relataram demonstrar a disponibilidade e o acompanhamento da família do doente terminal:

Disponibilidade

- (...tento que eles compreendam que estou disponível para os ajudar no que eu puder e souber...)E3; (...procuro sobretudo mostrar disponibilidade para os esclarecer...)E3; (...considero fundamental relativamente à família mostrar disponibilidade de forma, a que eles possam comunicar os seus sentimentos, os seus medos em relação à situação que estão a viver para podermos assim melhorar o seu sofrimento...)E5; (...é necessário no meu entender e eu procuro sempre que tenho disponibilidade...ouvir os familiares sobre os seus sentimentos de forma, a que este possa ajudar o seu familiar a viver este período de forma mais tranquila.....se nós conseguirmos que o familiar viva este momento com mais confiança, com menos dor, logicamente que este aspeto também se vai repercutir no doente...)E5; (...normalmente ofereço tudo o que o hospital pode dar a uma família, se for possível permanecer junto do doente durante a noite...mostro disponibilidade e vontade para o familiar ficar perto do doente...)E9; (...in the general ward...yeah I find it can be hard sometimes with the family, you don't have a lot of time for their families, especially if you are starting to grieve and starting to go through that process...it is quite hard because you don't have a lot of time for them...)E24; (...I think that's one of the things that is so important to give your family the time they need that...)E32; (...I think to make it as simple as I possibly can, it's about being in the moment, and whatever that moment is for that patient and family....for some families it's about not dealing with the illness at all...for other families it is about wanting to deal with every detail they can possibly know...but it is meeting them where they are that is important, where they are at that time....)E39.

Segundo Casmarrinha (2008), o enfermeiro deve mostrar-se disponível para escutar as preocupações da família, facilitando a comunicação e a interação na resolução de problemas,

sendo que ao articular os recursos disponíveis pode proporcionar a satisfação de algumas necessidades, fazendo com que esta se sinta auxiliada e acompanhada.

Acompanhamento

- (...as famílias que inicialmente conseguimos empenhar mais tempo, explicar melhor a situação de doença e que eles podem colaborar conosco...)^{E1}; (...procuro também não os deixar sozinhos porque não é fácil ver uma pessoa morrer...)^{E3}; (...ajudo-os a organizar o que é necessário fazer...tento fazer com que a família não se sinta abandonada...)^{E3}; (...um doente em fase terminal nem sempre está com a situação familiar e ele próprio estabilizado...o doente deixa de conversar fica prostrado, deixa de interagir...fica desorientado nestes momentos nós temos que acompanhar a família, porque a família não compreende estas situações...)^{E9}; (...é a dificuldade que eles tem em lidar com a situação...mas o sentirem que a gente favorece a presença, o sentir que a gente está presente, se for necessário alguma coisa, acho que os deixa mais tranquilo...)^{E9}; (...eu tento estar próxima desse paciente...o máximo que eu posso e dessa família...)^{E13}; (...em relação aos familiares, estar sempre perto deles...)^{E18}; (...sometimes you don't need to say anything...the patient and the family just need to know that they are not alone...)^{E39}.

A profissão de enfermagem exige que se ofereça ao doente e à sua família a capacidade em estabelecer uma relação repleta de disponibilidade, que lhes permita crescer na alegria, no sofrimento e algumas vezes na iminência da morte (Rossa, 2007). Para cuidar do doente terminal, os enfermeiros são os profissionais de saúde que, por terem maior possibilidade de contato, podem ter uma relação privilegiada com o doente e com a sua família e assim, a possibilidade de maior qualidade nos cuidados que prestam (Luz, Silva e Fernandes, 2012).

Segundo Fonseca & Rebelo (2011), a família deve ser capacitada, compreendida, acompanhada e envolvida, através da promoção de cuidados espirituais e de descanso físico, pelo suporte emocional, elevada compreensão e disponibilidade.

3.4.3. Envolvimento e participação

Foi evidente a intenção dos enfermeiros em querer promover a participação e o envolvimento da família nos cuidados ao doente terminal:

Envolvimento e participação

- (...os cuidados de higiene, a mobilidade, a alimentação mas principalmente a alimentação porque grande parte dos doentes com os familiares comem e connosco muitas das vezes até nem comem, acho que é muito importante a presença das famílias...)^{E1}; (...fazer com que a família, não é que façam as coisas no hospital mas que colaborem, que participem ativamente, eu acho que tanto para o doente como para a família era bom...)^{E1}; (...valorizo sempre as necessidades que eles expressam e tento perceber aquilo que eles não conseguem dizer mas que é importante, por exemplo o quererem estar presentes pra além do horário das visitas e isso tento sempre fazer...)^{E3}; (...acho que aqui na unidade a família faz mesmo parte da equipa...)^{E4}; (...é necessário que comecemos a ver a família como elementos que nos podem ajudar e ajudar bastante o doente, eu procuro sempre que ela esteja junto do seu familiar, se quiser claro...)^{E5}; (...envolver a família nos cuidados é uma estratégia que utilizo com frequência pois não só permite criar um clima de confiança como permite que o familiar se sinta útil e importante e o doente mantenha o vínculo afetivo...)^{E5}; (...dou o máximo de apoio à família para que os familiares estejam mais presentes e em contacto com o doente...)^{E7}; (...procuro sempre que possível que a família esteja junto do doente...)^{E9}; (... é o cuidado social é permitir que os doentes tenham as famílias, as pessoas significativas a cuidar deles...)^{E9}; (...tentar envolver a família que é muito importante, uma vez que o apoio da família nesta fase terminal ou fim de vida é muito importante para a pessoa...)^{E9}; (...ter integração com a família...)^{E13}; (...dar oportunidade da família participar desse contato...)^{E18}; (...a família é um elo entre a equipe e o paciente terminal... a presença dos familiares favorece o cuidado, amenizando o sofrimento do paciente...)^{E19}; (...they could come at different times so we tried to provide this room for them and they could use that back door, you know coming off night shift or day shift or whatever shift they were on...)^{E37}; (...in this work the family is almost sometimes as integral a part of the whole situation...)^{E38}.

Os enfermeiros demonstram a vontade em integrar a família nos cuidados, incentivando-a a estar presente e explicando-lhe o processo de cuidar, providenciando conforto e bem-estar. Assim, os enfermeiros ao envolver a família nos cuidados, estão simultaneamente a facilitar-lhe a expressão de sentimentos e a dar-lhe um sentido de utilidade.

Dentro dos objetivos terapêuticos dos enfermeiros, existe a necessidade de envolver a família no processo de cuidar, colocando-a igualmente como alvo de cuidados, o que é muito representativo para o doente (Sapeta & Lopes, 2007).

Para Fenwick (2011), é primordial que o processo de morrer e de morte implique a necessidade da ligação e presença dos parentes e amigos mais íntimos com o doente terminal. Assim, o enfermeiro não deve esquecer a importância da colaboração dos familiares e dos amigos mais próximos, pelo que deve desenvolver iniciativas no sentido de os envolver em todo o processo de cuidar (Estanque, 2011).

3.4.4. Preparar a perda e a gestão do luto

Os enfermeiros evidenciaram a adoção de estratégias para preparar a perda e a gestão do luto à família do doente terminal:

Preparar a perda e a gestão do luto

- (...tentar dar o melhor de nós àquela família e falar-lhes das coisas, tentar acalmá-los, falar sobre as coisas, como vão acontecer...ao fim e ao cabo...)^{E1}; (...ajudar a fazer o luto muito antes da morte, porque acho que a família também tem todas as outras alterações...)^{E1}; (...proporcionar à família um momento para eles viverem à sua maneira o luto...)^{E3}; (...às vezes temos que fazer entender a família que foi a melhor coisa que aconteceu àquela pessoa...)^{E3}; (...falar com a família e ajudá-los a incorporar a perda que estão a sofrer...)^{E3}; (... além de apoiar os familiares durante o luto...)^{E21}; (...esse cuidado que...ameniza os anseios e apoia a família principalmente no período do luto...)^{E21}; (...sendo necessária uma equipe multidisciplinar para atuar nesses cuidados, mesmo durante o luto...)^{E21}; (...alert the family if the time is short may be within hours...)^{E38}.

Os enfermeiros ao cuidar da família, preparam-na para a morte e para a gestão do luto, uma vez que a consciencialização da morte iminente do doente é vivenciada na maioria das vezes de forma muito dolorosa (Lopes, 2010). Assim, o enfermeiro deve estabelecer perante a família uma relação de confiança, reconhecer e operacionalizar os seus desejos (Fonseca & Rebelo, 2011).

3.5. COMPETÊNCIAS FOCADAS NA COMUNICAÇÃO

A comunicação representa um pilar base no cuidar perante a realidade difícil do doente terminal. A comunicação adequada em CP surge como instrumento fundamental, não só no interior da equipa, mas também entre o doente e a sua família (Carvalho & Botelho, 2011).

Nesta categoria são abordadas as competências dos enfermeiros focadas na comunicação verbal e não-verbal.

3.5.1. Comunicação verbal

Os enfermeiros referiram a importância de uma comunicação verbal efetiva com o doente e sua família:

Comunicação verbal

- (...às vezes só uma simples palavra é o...é o suficiente para a pessoa...sentir-se pessoa...)^{E1}; (...quando cuido tenho um sentido e esse sentido está no encontro com o doente e numa boa comunicação efetiva e emocional que permita o alívio, que proporcione carinho e atenção ou seja que o doente tenha a sua dignidade preservada...)^{E5}; (...em termos de paciência e de conforto, dar uma palavra amiga, um toque nem que seja um olhar...)^{E6}; (...cuidar é ir lá, ficar, conversar, participar, uma palavra de carinho, brincar, isso também faz parte do cuidar, na oncologia, principalmente na oncologia...)^{E13}; (...assim, é de fundamental importância facilitar sua prática através de uma comunicação efetiva...)^{E21}; (...a equipe deve apoiar, estabelecer vínculos, escutar e promover uma boa comunicação para corresponder os anseios e medos do paciente terminal...)^{E21}; (...você pode resolver o problema do paciente simplesmente com um diálogo, não é só fazer, administrar uma medicação, fazer um curativo...)^{E22}.

Na opinião de Twycross (2003), o ponto fulcral dos CP integra a esperança, a honestidade e a abertura, que através de uma comunicação apropriada, permitem ligar três componentes essenciais: o alívio de sintomas, o apoio psicossocial e o trabalho de equipa.

Para Phaneuf (2005), a comunicação verbal entre o enfermeiro e o doente deve ser simples, clara, apropriada ao tempo e às circunstâncias e adaptável às reações do doente e da sua família. Assim, o enfermeiro deve adotar atitudes comunicacionais com ênfase na disponibilidade, no favorecimento de expressão de sentimentos, na delicadeza, na adequação do estilo de linguagem e do tom de voz, na escuta ativa e no contacto visual.

3.5.2. Comunicação não-verbal

Para Phaneuf (2005), a comunicação não-verbal consiste numa troca de informação sem palavras, que abrange um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que

suportam as relações verbais entre as pessoas e que contribuem para o seu significado. Já Briga (2010) refere que a linguagem não-verbal é muitas vezes desprezada e que os enfermeiros nem sempre lhe dão a importância conveniente, uma vez que esta pode transmitir as intenções e as emoções que as palavras não conseguem traduzir.

A observação, o ouvir e o toque foram os tipos de comunicação não-verbal descritos pelos enfermeiros:

Observação

- (...é importante que nós olhemos para o doente...)E5; (...basta um toque e um simples olhar para nós compreendermos e sabermos...não é o morrer de ausência de sinais vitais é o que a pessoa foi e o que vai começando a ser ao longo da doença...)E9; (...também a informação que o próprio doente nos vai transmitindo não só o que verbaliza mas as atitudes que vai demonstrando...)E9; (...ele olhava-me a pedir socorro...ficou-me sempre na memória o olhar desse doente que me olhava nos olhos a pedir ajuda...)E9; (...além de toda destreza manual, de toda técnica, acho que é importante também você ter a sensibilidade, olhar para o doente e saber qual é a ansiedade dele naquele momento...)E11.

Para Querido, Salazar e Neto (2006), a comunicação não-verbal é simultaneamente importante e difícil, pois implica a utilização e o desenvolvimento de perícias básicas que incluem: o ouvir, o observar e o tomar consciência dos nossos próprios sentimentos.

Escuta ativa

- (...o ouvir...o mostrar disponibilidade, amabilidade, o de os ouvir, o desabafar deles...o que eles sentem...)E1; (...escutar o doente é uma estratégia que procuro utilizar sempre que tenho disponibilidade, deixo-o falar, pois prefiro ouvir penso que é mais importante do que falar desadequadamente...tenho verificado que esta estratégia se revela favorecedora ao alívio do sofrimento da pessoa que está a morrer...)E5; (...o enfermeiro é aquele que está geralmente à cabeceira do doente em todos os aspetos...que ouve, que escuta...)E6; (...o apoio, ouvindo, conversando com eles...)E7; (...é uma modalidade de cuidar que valoriza o ser...através da escuta, da comunicação e do respeito ao paciente em sua terminalidade se promove uma assistência qualificada e uma morte digna ao paciente com câncer terminal...)E21; (...we are good listeners...if you treat them as your family, you will find it seems easier to care for patients...)E29; (...I think it's, you know, understood in palliative care especially that time is important...to give time to people, time to care, time to listen or whatever...)E32; (...so I think

you give not only the tools to help them through the process, but you give your ear, you give your touch...)^{E39}.

A escuta ativa é referida pelos enfermeiros como uma estratégia facilitadora que minimiza o sofrimento pela construção de uma relação de confiança. Ser enfermeiro em CP não envolve somente as competências teóricas e técnicas, mas todo o seu ser e a sua pessoa, através da presença, do toque, da palavra, da escuta e da empatia (Silva, 2009).

Escutar o doente em fase terminal consiste numa arte subtil e extremamente difícil (Estanque, 2011). Na relação de ajuda, a escuta é uma capacidade essencial para compreender os doentes, sendo indissociável das várias capacidades inerentes a essa relação, uma vez que escutar não é meramente ouvir, representando um ato voluntário que implica a globalidade do enfermeiro com a globalidade do doente (Moreira, 2007).

Toque

- (...dar-lhes a mão e olhares para ele...fazer sentir a presença...a mão...nós vamos dar alguma coisa a essa pessoa, vamos se calhar tocá-la...)^{E1}; (...e por vezes sinto a necessidade de a tocar...)^{E5}; (...o toque é utilizado por mim e por todos nós, o tato faz parte das ferramentas dos enfermeiros, nós utilizamo-lo para tudo, desde puncionar, colocar uma sonda, etc., mas neste momentos procuro que o toque transmita à pessoa serenidade e confiança...)^{E5}; (...nós damos a mão ao doente para o tentarmos tranquilizar...)^{E7}; (...procuro tratar...chamando-o pelo nome, tocando-lhe proporcionando carinho e respeito...)^{E14}; (...segurando na mão, por que aquela pessoa tem que se sentir querida...)^{E18}; (...the touch and the feel of the presence of somebody else there, is very important to theme...)^{E37}; (...many times I just walked in and laid my hands on somebody and the spouse says...I don't want her bothered today..let her sleep...that is okay...just that touch is important...)^{E39}.

O toque foi apontado por alguns enfermeiros como uma estratégia de comunicação não-verbal, como forma de transmitir o carinho, o respeito, a segurança e consequentemente uma sensação de bem-estar.

Para Briga (2010), o sentido do tato é privilegiado pela carga emocional que poderá transmitir, sendo que as mãos podem estabelecer um elo de comunicação. A comunicação não-verbal envolve os gestos, a mímica, o olhar à posição do corpo e o toque, sendo o silêncio uma forma de comunicar e como tal nunca deve ser sinónimo de vazio (Valente, 2008). A mesma autora refere que a comunicação não-verbal exige muito treino, experiência e

maturidade, sendo que o treino destas aptidões deve ser implementado na formação pré e pós graduada do enfermeiro como um aspeto técnico de grande pertinência.

Para Frias (2001), o tocar na pessoa em fim de vida parece favorecer a sua recuperação, sendo que a intencionalidade do toque acarreta um potencial de humanizar essa mesma relação, em que o doente pode não responder verbalmente mas agradece com o olhar. O tato e audição são os últimos sentidos que se perdem antes da morte pelo que, quando já não há nada ou não se sabe o que dizer pode-se recorrer ao toque como um sinal de compreensão, pois um simples aperto de mão firme e rápido transmite a consideração pelo outro (Valente, 2008).

Segundo Briga (2010), no contexto da relação entre o enfermeiro e o doente terminal as competências comunicacionais são determinantes no processo de interação e por isso torna-se importante que os enfermeiros desenvolvam e implementem na sua prática profissional as habilidades comunicacionais.

Termina-se este capítulo salientando que o conceito de "cuidar" consiste em cuidar com e não apenas em cuidar de alguém (Frias, 2008). Os enfermeiros só podem ajudar os doentes no atendimento das suas necessidades se, eles próprios viverem sentimentos de adequação e de bem-estar. Para tal, é importante que estes valorizem algumas dimensões pessoais como a empatia, o calor humano, a disponibilidade e a aceitação do outro, para que o cuidado conduza o doente em fim de vida a compreender-se a si próprio, a favorecer-lhe a escolha dos cuidados, o controlo e a autodeterminação na forma como vive a sua situação e a preservar a sua dignidade (Frias, 2010).

4. FATORES QUE INFLUENCIAM O CUIDAR NA TERMINALIDADE

Neste capítulo são descritos os fatores que influenciam o cuidado na terminalidade, nomeadamente relacionados com o enfermeiro; com o doente e a sua família; com a equipa multidisciplinar e com a gestão organizacional.

4.1. RELACIONADOS COM O ENFERMEIRO

Nesta categoria, são abordados os fatores que influenciam o cuidado na terminalidade relacionados com o enfermeiro, nomeadamente: as concepções de morte; as concepções de

doente terminal; as características pessoais; a filosofia de cuidados; a formação e a experiência profissional.

4.1.1. Concepções de Morte

O modo como se encara a morte depende das concepções de cada ser humano, sendo que estas resultam da sua história de vida, das crenças e dos valores que suportam o seu comportamento perante os diversos eventos ao longo da vida (Fernandes, 2012).

Para Gama (2013), nem todos os enfermeiros desenvolvem um sistema coerente e consistente sobre os significados da morte e do morrer. Também Rossa (2007) refere que cada enfermeiro encara a morte de uma forma muito distinta e única.

Assim, os discursos dos enfermeiros revelaram várias concepções sobre o que significa o processo de morrer e de morte, nomeadamente como: o processo natural; o fim do ciclo de vida e o processo biológico:

Processo natural

- (...a morte é a lei natural da vida, nascemos, crescemos, envelhecemos e morremos...)^{E3}; (...mas na minha área de atuação, a condição terminal tem sentido positivo, quando todo aquele desconforto físico, emocional e espiritual tem um fim, quando a pessoa cuidada morre sem dor, morre acompanhada daqueles que amam, quando deu um sentido a sua existência e a de seus familiares...)^{E15}; (...o momento da morte é um processo que tu tem que passar na vida...todo mundo nasce, cresce e morre...todo mundo vai passar por isso...)^{E16}; (...a gente nasce, vive e morre, então faz parte do processo do ser humano, mas é um fato que vai acontecer com todos, não tem como pular essa fase...)^{E16}; (...life has nothing to be worried about...even death which is a reality of life comes to me whenever God wants...)^{E28}; (...now this earthly life is so unvalued for me due to what I have seen here...I believe that death will come to me sooner or later...)^{E30}; (...I suppose part of how palliative care work differs from work in other specialties is accepting that we can't do everything, we can't save everybody and that...the illness the patient has is going to take its course - nature's going to take its course...)^{E32}.

Apesar de a morte ser considerada um processo normal na evolução humana, quando ela se manifesta de forma real no cotidiano da pessoa, esta produz sentimentos de dor e de sofrimento, sendo geralmente de difícil aceitação (Santos, Pagliuca e Fernandes, 2007).

Fim do ciclo vital

- (...significa terminar uma experiência de vida...)^{E3}; (...algo inexplicável, o fim de uma longa caminhada, especialmente para os pacientes oncológicos que, depois de tanto sofrimento, depois de tanto lutar contra a doença, chegam a esse fim...)^{E15}; (...é o fim, final de um ciclo é o encerrar de ciclo, então todo ser humano tem um ciclo e termina...)^{E16}; (...é o processo final que faz parte da vida...é uma etapa final...)^{E20}.

Para Vinhas (2012), tem-se assistido a uma morte medicalizada, pelo que existem enfermeiros que percecionam a morte dos seus doentes como uma falha dos seus atos. A mesma autora refere que, sendo a morte inerente à condição humana, os enfermeiros devem encará-la como um processo natural, promovendo cuidados de qualidade na terminalidade.

Ficou assim evidente que a forma como o enfermeiro define o conceito de morte e se a aceita como um processo natural irá influenciar a sua prática profissional perante o doente terminal.

Processo biológico

- (...é a cessação das funções orgânicas...)^{E3}; (...a morte é cessar a função cerebral e deixar de respirar e o nosso coração para de bater, deixa de haver vida biológica...)^{E3}; (...essencialmente pelo estado geral do doente...muitas vezes já em estado comatoso ou astênico...já em falência à resposta terapêutica...)^{E9}; (...a nível de sintomas que o doente já possa trazer, o fáceis e até em termos de terapêutica, associar até o estado geral do doente...decorrente de tratamentos que o utente tem vindo a ser submetido, como o quimioterapia a radioterapia...)^{E9}; (...morte é a falência dos órgãos físicos...)^{E12}; (...é falência orgânica...)^{E20}; (...é quando a pessoa cessa os sinais vitais, para de bater o coração, para de respirar...seria a morte do corpo...)^{E20}.

A morte pode ser entendida como um fenómeno individual e único, em que se encerra a vida biológica (Araújo & Vieira, 2004). Também Parece (2010) refere que morrer faz parte da vida humana, sendo que esta representa a cessação permanente de todas as funções vitais.

Os enfermeiros também atribuíram à morte significados relacionados com a transcendência, sendo a morte considerada como uma passagem. Segundo Frias (2001), os enfermeiros interrogam-se se a morte é o princípio de alguma coisa ou o fim de algo, considerando-a como um mistério.

Transcendência

- (...para mim a morte ou morrer é acabar, é terminar a passagem aqui na terra...)^{E3}; (...ainda hoje depois de muita experiência e situações tenho dificuldade em lidar com a morte porque continuo a achar que não morremos mas sim acontece uma transformação...)^{E9}; (...a morte é o fim da vida e o início para a vida eterna ao lado de Deus...)^{E12}; (...esse outro plano é onde acontece o restante da vida, ou seja, estamos em um plano de uma vida na terra e durante essa transição, essa passagem, iremos dar continuidade de vida em outro lugar, o céu, por exemplo...)^{E15}; (... é tipo assim, uma passagem, uma passagem de vida... você sai do material e vai para o espiritual...é assim, eu acho que não acaba...eu sou católica, tenho que acreditar na ressurreição...) ^{E15}; (...então, para mim, a morte está muito relacionada com a religião, de acreditar que é uma passagem...estamos vivendo nessa vida e a morte é uma passagem para outra vida, para dar continuidade em outra vida...)^{E15}; (...eu acho que a morte é uma passagem...)^{E16}; (...um processo, uma passagem de uma vida para outra...para mim a vida é um momento e o processo depois da morte é outro...não significa ao pé da palavra “acabou”, “nunca mais”....para mim é uma passagem para outra vida...)^{E20}.

O prolongamento da vida do doente terminal provocado pelos avanços tecnológicos levou o enfermeiro a encarar a morte como um inimigo que é preciso evitar, pelo que na sociedade moderna, a morte deixou de ser aceite como um processo natural e necessário ao equilíbrio da humanidade (Cândido, 2004). A negação da morte esteve bem presente nos discursos dos enfermeiros, pelo que consiste numa forma de não entrar em contato com as experiências dolorosas (Gama, 2013).

Negação

- (...às vezes nós dizemos que não temos medo da morte... mas eu acho que nunca pensamos nisso...)^{E1}; (...não, posso falar, posso continuar a falar, mas sabes que costuma-se dizer que quando não conseguimos aceitar a nossa é difícil aceitar a dos outros e eu...não cresci nesse aspeto...)^{E1}; (...não sei lidar, se calhar ainda hoje não sei lidar com isso ...)^{E1}; (...eu lido muito mal com a morte...mas muito mal mesmo com estas situações ...)^{E1}; (...tento sempre evitar o tema porque se calhar fico sentida...)^{E2}; (...mas, normalmente, evito falar da morte...)^{E2}; (...receio abordar os doentes sobre esse aspeto...é um tema bastante complicado)^{E2}; (...mas acho que a morte é sempre difícil de ver, de aceitar, de desistir como enfermeira, de não tentar fazer algo mais...)^{E3}; (...existe ainda a ideia de tratar a morte como um tabu e como algo que não deve acontecer em vez de a aceitar como a certeza mais

inevitável da nossa vida...)^{E3}; (...depois de 25 anos de profissional continuo a considerar que a morte é uma experiência que ainda tenho dificuldades em vivenciar e aceitar, o que me provoca sofrimento...)^{E3}; (...porque a morte, para mim, é uma coisa muito complicada...deem as voltas que derem, é muito difícil encarar a morte como uma coisa real...)^{E5}; (...fugimos um bocadinho...interfere com muitos sentimentos...quem tem dificuldade em aceitar a morte também tem alguma dificuldade em cuidar do doente que está a morrer...)^{E9}; (...pra mim é uma partida muito triste, eu não gosto nem de pensar nisso...)^{E12}; (...a gente não trabalha bem essa questão da perda, infelizmente a gente sabe, que, paciente oncológico, a gente sabe, que infelizmente, muitas vezes o final não é muito feliz...)^{E13}; (...para mim a morte é o que todo mundo sabe que vai passar um dia, mas ninguém quer...)^{E15}; (...eu confesso que procuro evitar pensar na morte, apesar de sempre conviver com isso por conta da minha profissão... na verdade é que ninguém está preparado para morrer...)^{E15}; (...é complicado falar da morte, pois a morte é algo que todos sabemos que um dia irá acontecer, mas nunca queremos que ela chegue...)^{E15}; (...falar sobre morte é difícil, logo que li o roteiro da entrevista pensei que fosse fácil...)^{E20}; (...a gente fala mais sobre a vida e o cuidar, mas na nossa vivência fica sempre lutando contra a morte...a gente não quer aceitar a morte...)^{E23}; (...you never become used to dealing with death...with any death, even if you deal with death every day, death is such a major thing...)^{E37}; (...when the person is seriously ill, you never talk about death...no one ever wants to talk about death, I don't know why not...)^{E38}.

A maioria dos estudos revelaram que os enfermeiros não se sentem preparados para lidar com a morte, tendo dificuldade em aceitá-la e encará-la com naturalidade. Para estas vivências contribuíram a cultura global de negação da morte e a formação que os enfermeiros receberam focada na cura e no tratamento da doença.

Os profissionais de saúde tendem a negar a morte, negando-a e escondo-a também aos seus doentes, não permitindo que estes encararem a sua realidade (Campelos, 2006). O modo como o enfermeiro compreende o conceito de morte e o relaciona com o seu próprio existir, bem como as suas vivências pessoais de perdas anteriores dentro e fora do âmbito profissional são considerados aspetos que influenciam na sua atuação perante a terminalidade (Machado e Leite, 2006 *cit.* Sousa *et al.*, 2009).

Na sociedade atual, onde se vive uma cultura de negação da morte sendo esta frequentemente considerada como um fracasso pelos profissionais de saúde, emerge a necessidade de se explorar a esperança na terminalidade (Viana, 2010). A cultura de negação da morte revela a

dificuldade dos enfermeiros em lidar com a perda, em falar abertamente sobre a sua proximidade com o doente, pela sensação de fracasso e de derrota (Sapeta & Lopes, 2007).

Assim, é necessária uma nova atitude perante a morte, uma vez que se o enfermeiro não for capaz de encarar a morte com serenidade, não poderá ajudar os seus doentes na terminalidade (Kübler-Ross, 1995).

4.1.2. Conceções de doente terminal

As conceções de doente terminal estiveram presentes nos discursos dos enfermeiros:

Sem possibilidade de cura

- (...são os cuidados que, que prestamos a doentes que estão numa fase de dependência, de doença crónica prolongada...dependem dos nossos cuidados para a realização das atividades de vida diária em que estão dependentes...)^{E6}; (...são os cuidados que são prestados a doentes...com doença crónica numa fase terminal de vida...)^{E6}; (...paciente terminal é aquele paciente que a gente tratou e foi feito tudo o que tinha pra fazer e não tem mais, é só esperar a morte mesmo...)^{E16}; (...é o cuidado prestado ao paciente portador de uma patologia que não tem probabilidade de cura...)^{E21}.

Segundo Rossa (2007), a pessoa que se encontra em estado terminal é denominada como doente terminal, moribundo ou mesmo como o próximo da morte. Também Pacheco (2004, p.52) refere que o doente terminal é definido como a "existência de uma doença crónica ou incurável de evolução progressiva, a ineficácia comprovada dos tratamentos, a esperança de vida relativamente curta e a perda da esperança de cura".

Para Martins (2006), o objetivo principal dos CP consistem em assegurar a qualidade de vida quando as intervenções curativas já não têm resposta, colocando de parte a célebre frase que já não há nada a fazer. Assim, alguns discursos dos enfermeiros foram ao encontro da definição de doente terminal, embora estivesse presente a ideia de que perante este tipo de doentes já não há nada a fazer, mentalidade essa associada à frustração e à revolta dos enfermeiros em não conseguirem alterar o rumo da doença. Neste sentido, a forma como o enfermeiro encara e defini o doente terminal, pode influenciar a sua prática profissional, colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados na terminalidade.

4.1.3. Características pessoais

A empatia demonstrada pelos enfermeiros parece influenciar positivamente os cuidados na terminalidade:

Empatia

- (...o facto da empatia, pôr-me no lugar do outro...)^{E1}; (...no lugar do outro a tal relação de ajuda (...)^{E1}; (... dar-lhes apoio...estarmos simpáticas, sorrir é muito importante, e se for preciso chorar com eles também se chora, virar a cara não é o ideal...)^{E9}; (...é a aproximação do doente logo à entrada a minha apresentação como pessoa humana o relacionamento humano o mais importante a empatia...)^{E9}; (...empatia, ter essa amizade com a família, eles, eu acho...)^{E17}; (...ser empático e estar se colocando no lugar daquela pessoa)^{E22}; (...so, we try to make contact with them and their families as we work...while I am injecting I make it seem fun or tell a joke...)^{E30}; (...you've got to be...able to empathise with people..I think...)^{E32}.

A finalidade da empatia consiste em compreender o doente, permitindo uma evolução favorável no curso da doença (Moreira, 2007). A arte de ouvir e de saber escutar, é essencial para o estabelecimento da relação empática e conseqüentemente para o sucesso nas relações interpessoais entre enfermeiro e o doente (Costa, 2009a).

Para Carvalho & Botelho (2011), na comunicação e na relação de ajuda é espera-se que o enfermeiro demonstre o respeito, a empatia, a escuta ativa, o diálogo, a atenção, a congruência e autenticidade, criando condições para a expressão de sentimentos e a verbalização de dúvidas.

O desenvolvimento de uma atitude empática exige aos enfermeiros um investimento pessoal para que consigam manter uma atitude de ajuda efetiva, essencial ao cuidar em enfermagem, traduzindo-se num processo de fortalecimento pessoal e profissional (Estaque, 2011). Já Pereira (2013) refere que de todas as aptidões pessoais, a empatia é fundamental, sendo a capacidade de ler os sentimentos do outro.

Assim, a relação de ajuda deve ser a base dos cuidados de enfermagem, sem a qual não é possível prestar cuidados globais assentes numa visão holística (Valente 2008).

Sensibilidade humana

- (...para mim, o acompanhamento do moribundo, tem muito a ver com que está, com a formação que têm...humana à priori...)^{E1}; (...é também a sensibilidade de cada pessoa porque eu acho que é como tudo...há pessoas que também não têm tanta sensibilidade...)^{E1};

(...não...isto de facto algumas têm mais jeito, penso que um jeito pessoal, há ali qualquer coisa de pessoal naquela relação...)^{E1}; (...tudo isto se entende porque são humanos...)^{E2}; (...mas pronto...compreendo perfeitamente que eles..por isso é perfeitamente compreensível...)^{E2}; (...um simples bom-dia propícia um início de uma relação mais aberta e por conseguinte o doente sente que nós o vemos como pessoa...)^{E5}.

A formação humana e a sensibilidade são características dos enfermeiros que parecem influenciam o cuidar na terminalidade. Assim, os enfermeiros devem prestar atenção a todos os problemas do doente terminal e da sua família, o que implica associar sempre a competência técnica à sensibilidade humana (Pinto, 2003).

Valores pessoais

- (...ajudar a pessoa que está em fim de vida e esta por conseguinte a sofrer exige que nos potenciemos a inter-relação humana...para isso é necessário que nós valorizemos tanto a vertente técnica como a relacional, mas como pudeste verificar isso nem sempre acontece, e eu afirmo isto tem a ver com os valores pessoais de cada um que tem sempre critérios subjetivos...)^{E5}; (... há aspetos que interferem na valorização do sofrimento no nosso cuidar e um dos aspetos que considero que efetivamente influência são os valores que nós, enfermeiros, possuímos, como por exemplo a benevolência...)^{E5}; (...não sabem estar perante a morte... riem, fazem comentários..)^{E9}; (...confortar o doente que se encontra em fim de vida é um ato de responsabilidade profissional, mas também acho que é pessoal...eu posso sempre escolher ou não prestar cuidados que visem a promoção do conforto de quem está a morrer...)^{E10}; (...somos responsáveis pela decisão de estar com quem vive a última etapa da vida...alguém que sabe que a morte é para breve promove em nós a responsabilidade de prestar cuidados com vista à promoção do seu conforto a todos os níveis....)^{E10}; (...I think you have to want to nurse the terminally ill and be able to deal with death, so it's not a nursing environment for everybody...)^{E32}.

Como refere Rassin (2008), os valores pessoais dos profissionais de saúde parecem influenciar o cuidado prestado, nomeadamente o altruísmo, a honestidade, a responsabilidade, a inteligência, bem como a cultura e a educação.

A difícil gestão do envolvimento entre enfermeiro e o utente foi evidente nos estudos analisados:

Gestão do envolvimento

- (...já tenho passado aqui por situações em que tenho esse envolvimento, em que há esse envolvimento e depois quando a pessoa morre também há essa...essa dor...) ^{E1}; (...considero que nessas alturas tentei sempre não me deixar envolver muito emocionalmente, tentei sempre me "proteger", mas são momentos que nunca se esquecem...) ^{E3}; (...isso prende-se obviamente com as relações que nós temos com os doentes, o facto de passarmos imenso tempo com eles e de alguma forma fazerem parte já do nosso dia-a-dia, não é?... o nosso relacionamento, como é tão próximo, acabamos sempre por ter alguma tristeza...) ^{E4}; (...no entanto por vezes tenho medo de me envolver emocionalmente de tal forma que não seja capaz de prestar ajuda, pois nós por vezes somos polivalentes, perguntando-me muitas vezes quais os meus limites...) ^{E5}; (... conseguir conciliar a parte profissional propriamente dita e a parte, parte pessoal...por vezes estão cá no serviço bastante tempo e temos que conseguir separar as coisas e acho que aí é que é a grande dificuldade...) ^{E6}; (...uma pessoa às vezes chega a casa e leva os problemas deles, durante a noite uma pessoa acorda a pensar neles...) ^{E7}; (...tenho dificuldade em dosar o nível de proximidade na interação com o doente, porque, às vezes, não tenho dados sobre ele...) ^{E8}; (... já passei por casos em que me envolvi bastante, e à medida que a morte avança a primeira sensação é que talvez me envolvi mais do que devia...) ^{E10}; (...se criam vínculos também com os pacientes, muitas vezes se sofre com isto também, aí você acaba conhecendo a vida do paciente, ele acaba confiando demais em você e te contando coisas confidenciais...) ^{E11}; (...o enfermeiro deve ser humano, mas não agir com o coração, pois precisamos de agilidade e raciocínio...) ^{E12}; (... a gente vive aqui dentro assim, como amigo, como família, então o sofrimento da gente vai de acordo com isso, a gente vai sofrendo, mas a gente sabe que tem mais pra gente cuidar, a gente vai sofrer mais com aqueles outros e a gente vai se envolvendo nisso assim, dessa forma, mas é, gostando cada vez mais, cada vez mais deles, cuidando mais, com muito carinho...) ^{E13}; (...dependendo da idade do paciente acabo me envolvendo com ele, então sei que muitas vezes isso interfere na assistência...) ^{E14}; (...é assim, um sofrimento porque a gente termina gostando, se apega... termina conhecendo a mãe, o pai, o filho, termina conhecendo a família toda, porque eles estão mais aqui do que em casa...então para mim, a morte mais difícil, mais sofrida é a do paciente oncológico...) ^{E15}; (...quando o paciente é conhecido, que fica bastante tempo com a gente, a gente sofre bastante, porque de certo ponto a gente se apega bastante ao paciente...) ^{E16}; (...então a gente acaba se envolvendo até com a família, com os problemas sociais, tudo a gente acaba passando...então é... bem difícil e envolvente também, a gente se

envolve demais...)^{E17}; (...*tento ser o mais humana possível nesse momento de sofrimento dos familiares, porém tento não me envolver com sentimentos de familiares...*)^{E19}; (...*esses pacientes terminais, a gente acaba se apegando e tenta dar medidas de conforto neste momento de separação...*)^{E23}; (...*I think my younger colleagues ...the definition between their work life and their home life is too blurred...you know, they go home and say, 'oh I was worried about this all night I could hardly sleep'...and that becomes dysfunctional isn't it...*)^{E24}; (...*as you get to know them, they divulge certain things about their life and you divulge, to a certain extent, about yourself...*)^{E26}; (...*you get involved in your job and what you need to do. .but I think you have to protect yourself as well...*)^{E27}; (...*you do get very fond of some people and you get upset, but if anybody dies, I would never go to their funeral...I wouldn't like to intrude on somebody's grief..but apart from that I wouldn't go because I think you've got to switch off somewhere...*)^{E27}; (...*I would like surgical patients for two weeks, I would like gallstones so I don't need to be involved...you need that relief sometimes...*)^{E35}; (...*in your balance, you've got to get it right...otherwise, you are going to really burn out emotionally, mentally...physically, of course, you're totally burned out anyway...the other balance, you've got to get it right and if you have, then you can survive it and you can be a better person with those patients...*)^{E36}; (...*sometimes it's hard to leave work behind....if I have a patient who is actively dying then I think of them when I'm not here..I worry for them and wonder how they are doing and hope that everything is going ok...then I have to think no, this is my time to spend with my family....*)^{E38}; (...*it is different for every nurse, I think...for me, it took over three years before I really understood the boundary issue....if I need to be with someone who is terminally agitated, the family is pulling their hair out, they can't hold it together, and I need to be there for four hours, I am not in the back of my head saying, 'Oh God...how am I going to see all the people I need to see? I am going to be here until midnight ' I don't say that...*)^{E39}.

Os enfermeiros referiram que ao cuidar do doente terminal é inevitável o envolvimento, sendo que este pode provocar o cansaço e o desgaste psicológico. A morte não atinge a equipa de saúde de forma semelhante, sendo que o nível da perda é determinado pela condição em que o doente se encontra e sobretudo, pelo grau de envolvimento, onde a morte representa o término de um relacionamento afetivo estabelecido (Santoro & Oliveira, 2003 *cit.* Sousa *et al.*, 2009).

Os enfermeiros frequentemente consideram os cuidados ao doente em fase terminal emocionalmente penosos e difíceis, procurando um equilíbrio entre o empenho e a distância estabelecida com vista à sobrevivência emocional (Gama, 2013).

Para Pinto (2003), os enfermeiros são orientados para os perigos do envolvimento afetivo com o doente, sendo aconselhados a não se aproximarem demasiado, sendo necessário relembrar que estes não devem focar-se apenas na prestação de técnicas adequadas, uma vez que cuidam de pessoas e não de objetos passivos e manipuláveis.

Assim, a proximidade estabelecida com o doente terminal nunca será indiferente à ação dos enfermeiros, sendo necessário que estes desenvolvam estratégias eficazes, como já foi referido nesta RSL, de forma a vivenciarem o processo de morrer e de morte de uma forma mais natural e saudável.

4.1.4. Filosofia de cuidados

A percepção da experiência vivida do processo de morrer e de morte pelos enfermeiros é única e subjetiva, sendo que cada enfermeiro vai encarar e perceber a sua vivência de acordo com as suas referências, contribuindo em muito o seu referencial teórico e paradigmático que fundamenta a sua postura profissional (Fernandes, 2012). Nesta categoria, foram agrupados os relatos dos enfermeiros relativamente à sua filosofia de cuidados, nomeadamente com o modelo holístico e biomédico:

Modelo holístico

- (...nestes casos devemos fazer tudo pela pessoa, porque os últimos momentos que ela passa, os últimos meses, os últimos dias que ela passa, eu acho que ela deve partir com o máximo de lembranças positivas digamos assim...)E1; (...humanizar um pouco a morte...a morte não deve ser encarada como algo que devia ser vivido de forma isolada e impessoal...)E3; (...diria que devemos tratar e cuidar o doente de forma holística, cuidar do sofrimento humano faz parte dos conceitos e filosofia dos cuidados de enfermagem...)E5; (...cuidar na minha opinião significa zelar pelo paciente ... é você dar assistência integral...)E12; (...procuro prestar uma assistência humanizada atendendo a todas suas necessidades humanas básicas...)E14; (...tem que ser uma assistência humanizada, entendendo todas as partes da doença, desde a sua descoberta até a aceitação, tentando entender os problemas e os questionamentos do paciente...)E17; (...o cuidado físico, de higiene...não vai deixar de instalar um concentrado de hemácias....uma hidratação subcutânea....)E18; (...you come into the world relying on somebody to look after you, to nurture you, to care for you, to clean you, to basically do everything for you and I've seen in the palliative care unit that as you deteriorate, you, the patient, becomes more reliant on you [nurse] for those exact same things...)E26; (...hospice

care stresses that we can't divide human life into parts, especially that we can't focus on physical aspects but ignore the others...I like this idea...)^{E29}; (...I think the nurses who come into palliative care, um, do it because they feel passionate about providing good care and good complete, holistic care, whereas I think in the general wards, I think their time is so restricted that they forget all about the other elements that are necessary. And here, the nurses are unwilling to compromise on care...)^{E32}; (...thinking holistically, um, not just thinking holistically or saying you're thinking holistically and ticking it off but actually doing it. there's a huge difference between sort of saying you're doing holistic care and actually doing it...)^{E32}; (...I can't draw a line between it because the physical is very much dependent on all of the other um what's the word I want, the other things that are done, you know the spiritual, mental, and all because I just can't, I just can't separate them...)^{E38}.

Nos depoimentos, os enfermeiros reconheceram que os cuidados na terminalidade devem ser baseados no modelo holístico, em que o doente é encarado com um todo, de forma integral e global.

A palavra holismo provém do grego *holikós*, que designa o ser humano como um todo, inteiro e completo (Lemos *et al.*, 2010). Os mesmos autores referem que o holismo faz parte da filosofia de enfermagem, conduzindo o pensamento e as ações do enfermeiro, capacitando-o para a construção de uma realidade mais humana. Segundo o Artigo 89º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2003), referente à humanização dos cuidados, o enfermeiro deve prestar cuidados tendo em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.

Modelo biomédico

- (...a maior parte das vezes não estamos vocacionados para cuidar do sofrimento, porque para uns há a visão de existir sempre cura e estes são muitos, enquanto para outros o fim de vida exige medidas de conforto, o que dificulta atender o sofrimento...)^{E5}; (...a falta de critérios para atender o sofrimento e a morte é angustiante, enquanto uns de nós procuram intervir numa filosofia mais de cuidados paliativos, grande parte da equipa ainda utiliza estratégias muito centradas no modelo biomédico...)^{E5}; (...as culturas que possuímos, uma cultura assente em princípios biomédicos, interfere na forma como valorizamos o sofrimento do doente e da sua família...)^{E5}; (...continuamos a ter medicação de antibioterapia e sem ser de analgesia, continuamos aí a ter bastantes doentes com dores...temos aí doentes do foro paliativo neste momento cá...que não estão medicados se quer para a dor, que continuam a

sofrer com dores...)^{E6}; (...a assistência é a mesma dos pacientes, só é um pouquinho diferenciado porque a gente fica mais atenta aos acessos venosos, vê se tem flebite, se tem é... alimentação deles a gente se preocupa um pouquinho mais...o mais importante é isso, cuidado dos acessos venosos porque é meio de infecção, nós sabemos que o que mais desenvolve infecção de uma hora para outra, acho que é isso...)^{E17}; (...actually we just try to extend their life with chemical drugs, even if we see how they suffer from those drugs and how many difficulties they have...)^{E30}; (...every day when I did it, it was hard....because I felt I was doing something that he [the patient] did not wish, but I simply did it. I felt the work was meaningless, because the only purpose was to make him survive for a little while against his wishes. It gave me nothing. I thought it was unworthy that this treatment he didn't want was forced upon him...)^{E31}.

O modelo biomédico consiste na representação dominante da saúde e da doença nas sociedades ocidentais e representa a doença como um desvio do estado normal (Costa, 2011). Para Frias (2008), este modelo de cuidados poderá ser funcional a nível técnico, mas é imensamente redutor na essência do cuidar. Já para Watson (2002), o cuidar tem sido desvalorizado, focando-se em aspetos altamente sofisticados. Também Mendes (1997) refere que apesar da profissão de enfermagem apresentar os seus próprios valores, encontra-se muito subordinada ao modelo biomédico, sendo a cura o objetivo máximo da sua atividade. Esta cultura focada na promoção da cura, muito imposta em ambiente hospitalar, dificulta a personalização dos cuidados, empobrecendo todo o processo de interação entre enfermeiro-doente-família (Sapeta & Lopes, 2007).

Assim, o modelo biomédico em nada favorece a qualidade dos cuidados prestados na terminalidade, sendo necessário que os enfermeiros recusem todas as formas de obstinação terapêutica, uma vez que acarretam elevado sofrimento ao doente e à sua família.

4.1.5. Formação

A morte nem sempre foi bem aceite pelos enfermeiros, já que o seu desempenho é vocacionado para prolongar a vida e porque nem sempre receberam a formação adequada para acompanhar o doente em fim de vida e a família no processo de luto (Gama, 2013). Assim, o enfermeiro deve ser responsável pela satisfação das necessidades humanas fundamentais afetadas no indivíduo e sua na família, possuindo vastos conhecimentos técnicos e científicos (Luz, Silva e Fernandes, 2012). Os enfermeiros reconheceram as suas falhas a nível de

formação académica específica e referiram que uma formação contínua os auxiliaria a combater as dificuldades perante o processo de morrer e de morte:

Reconhecimento de défice de conhecimentos e valorização da formação específica

- (...talvez por falta de formação, mais, mais virada para esse...para esse...acompanhamento ao nível psicológico...)^{E1}; (...acho que não tenho formação suficiente...)^{E3}; (...não sabemos o que dizer aos doentes ou o que fazer quando vemos o seu último...acho que precisávamos de formação sobre como estar presente perante a morte mas essa formação deveria ocorrer não só no curso como também no serviço, porque esse tema é tabu em qualquer lado...)^{E3}; (...acho que a formação passa por ajudar o enfermeiro a lidar psicologicamente e emocionalmente com esses momentos, para proteger e não se envolver emocionalmente...)^{E3}; (...eu quando entrei cá achei que nós aqui estávamos a matar os doentes, literalmente, com o tipo de cuidados, não comiam, mas isto também devido a uma falta de formação, porque eu acho que as pessoas para cuidar não é só tirar um curso de enfermagem e depois trabalhar as pessoas tem que se atualizar, têm que estudar, têm que ler, têm que perceber as coisas...)^{E4}; (... para mim não é nada fácil cuidar destes doentes, geram em mim medos de não saber como lidar com eles, ver estes doentes sofrer causa-me muita dor e muitas vezes vejo-me impotente em resolver, claro que a falta de formação que tenho também me condiciona, era necessário termos formação...)^{E5}; (...formação na área dos cuidados paliativos é essencial para que nós possamos abordar a questão do sofrimento e por conseguinte utilizar estratégias multidimensionais...)^{E5}; (...atitude de fuga que por vezes adoto deriva da incapacidade que muitas vezes temos em agir por falta de conhecimentos...)^{E5}; (... e isto deve-se essencialmente à falta de formação, esta formação é dos médicos e nossa, há ainda alguns medos instituídos relativamente aos efeitos adversos dos analgésicos, nomeadamente da morfina e dos sedativos, temos grande dificuldade em comunicar as más notícias...)^{E5}; (...e mesmo nós pessoal...acho que ainda não estamos bem preparados para lidar com esta realidade...)^{E6}; (...é uma área que precisava de ser mais trabalhada...por falta de formação por falta de estarmos mais atentos a estas situações...)^{E9}; (...se calhar nós temos que nos empenhar mais neste assunto...sugiro formações sobre cuidados paliativo...)^{E9}; (...eu fui mal preparada realmente para isso e tenho um certo bloqueio...)^{E12}; (...é um relacionamento entre...de cuidado do paciente, mas assim, exatamente o que é, eu não lembro mais...)^{E17}; (...sinto-me despreparada, pois tenho sentimentos de frustração, insegurança, revolta às vezes fracasso...)^{E19}; (...com certeza senti falta desse aprendizado...)^{E20}; (...well sometimes I wonder if my knowledge is up to date as it could be...sometimes I think if I knew more I could guide

them...)^{E24}; (...yes, I wanted more information about the illness and the rationales for different treatments...)^{E24}; (...more accurate information about the type of cancer, where it is and a more definite plan of action written out so that we can give the patient and the family informed, accurate knowledge and support...)^{E24}; (...we need to attend continuing education programs, spend a lot of time to care for patients', and attend meetings...)^{E29}.

O déficit de conhecimentos foi referido pela maioria dos enfermeiros, dificultando a prestação de cuidados na terminalidade. Face à proximidade da morte, o enfermeiro verifica que a sua formação é insuficiente e que não se sente preparado para cuidar do doente terminal, uma vez que cuidar na terminalidade vai muito para além do que palpável (Gama, 2013).

Para Sapeta & Lopes (2007), a formação assume um dos grandes alicerces que fundamenta a ação dos enfermeiros, que em déficit representa um grande obstáculo à promoção de cuidados de excelência. Também Valente (2008) refere que os enfermeiros que lidam com os doentes terminais confrontam-se diariamente com a morte, realidade esta que vai contra a formação base que os prepara essencialmente para a cura.

Críticas à formação de base

- (...a escola não me preparou para isto, nada...)^{E1}; (...nós somos é treinados para ajudar a viver, depois é-nos difícil deixar de desistir...)^{E1}; (...a escola sobre a morte, não prepara, não ajuda, porque eu acho que não é..., porque na escola é um bocado como tu estavas ainda à bocado a dizer, é a avaliação positiva ou negativa, nós andamos é preocupados para acabar aquilo e depois chegar aos testes e ter boas notas e chegar aos estágios e ter boas notas, é mesmo assim e eu acho que realmente...)^{E1}; (...acho que na nossa formação académica...nunca foi muito aprofundada...)^{E2}; (...não, acho que não nos preparam para enfrentarmos uma pessoa a morrer e todas as suas manifestações nessa hora...)^{E3}; (...a formação nas universidades não nos prepara para lidar com a morte...este é um tema pouco debatido durante o curso, pois na nossa sociedade a morte é ainda um tema tabu...)^{E3}; (...olha há ainda um longo caminho a percorrer, vocês, escola apostem na formação penso que só assim poderá haver evolução nos cuidados...)^{E5}; (...sinto que a formação que tive para isto é nula...quase tudo foi aprendido com a experiência e com colegas mais velhos...)^{E10}; (...eu acho que a gente vê muito pouco essa parte da morte na faculdade, acho assim que deveria ser uma coisa mais aprofundada...)^{E12}; (...seria ideal sairmos da graduação com esse tema esclarecido...)^{E14}; (...somos preparados para o cuidar e evitar doenças, promover a saúde e assegurar a continuidade da vida, mas não somos preparados para o cuidar no processo de

vida para a morte...)^{E15}; (...acho que não estamos preparados para lidar como a morte... a morte ela é afastada... os profissionais pensam muito na cura e esquecem que a morte faz parte do curso natural da vida...sinto falta de discutirmos mais sobre o processo do morrer na escola, nos hospitais e no cotidiano da vida...)^{E19}; (...seria importante ter alguma disciplina sobre isso, alguma coisa que se trata e mais daquelas cinco fases da morte: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação...)^{E20}; (...se eu tivesse tido essa disciplina teria facilitado...)^{E20}; (...there was a bit about death and dying, but not a great amount..)^{E32}.

Os enfermeiros referiram lacunas a nível da formação académica e profissional especializada e direcionada, bem como a falta de preparação para lidar com a terminalidade, afirmando que a formação académica não os preparou para esta realidade. Para Silva *et al.*, (2012), os enfermeiros são formados numa perceção de prolongamento da vida, sendo a morte algo a ser evitado. Também Ramos (2002) refere que as organizações escolares possuem um papel preponderante na promoção e no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais do enfermeiro, potenciando a qualidade de formação e para tal, devem fazer a articulação desta com os contextos de trabalho.

Segundo Macedo (2004), os enfermeiros que contactam com o processo de morrer e de morte, deveriam ter mais formação no campo das relações interpessoais, de forma a prestarem cuidados mais humanos. Para tal, é necessário o desenvolvimento de competências na área das relações interpessoais, para que o enfermeiro reflita sobre si enquanto ser humano e enquanto ser/cuidador (Rossa, 2007).

Dificuldades em sistematizar e definir o cuidado prestado

- (...é muito complicado...definir o cuidar do doente moribundo...)^{E1}; (... agora o cuidar...a., o cuidar, o cuidar... é, é muito relativo, o cuidar de moribundos...)^{E1}; (...cuidar da pessoa em fase terminal é a tal coisa, é um mundo..., enfim... cada pessoa é uma pessoa...)^{E1}; (... o cuidar é uma coisa muito abrangente ...) ^{E1}; (...é muito é muito difícil de transmitir...é muito difícil de transmitir o que é que se faz em cuidados paliativos e o que é que sentimos ao trabalhar em cuidados paliativos...)^{E4}; (...é complicado falar sobre cuidados paliativos, não é linear...)^{E4}; (...a gente vai trabalhando de acordo com a necessidade do paciente, a gente não faz muito as coisas por escrito, muitas vezes é verbal..a metodologia por escrito, fazer aquele diagnóstico, fazer uma prescrição de enfermagem, isso na prática a gente não realiza...)^{E13}; (...a gente tem a metodologia que a gente já tem na cabeça, a gente já levanta o diagnóstico,

mas é tudo muito na hora, passei, olhei há uma orientação da equipe, mas a nível de papel não...)^{E13}.

Foi evidente que os enfermeiros sentem dificuldades na sistematização dos cuidados prestados ao doente terminal, que provavelmente resultam do défice de conhecimentos relacionados com os cuidados na terminalidade.

Dificuldades em promover apoio emocional e psicológico

- (...estar a dar apoio a uma situação destas é...é...muito incómodo, é uma situação que eu não trabalho com muita facilidade...)^{E1}; (...e eu revejo isso nos enfermeiros novos que tenho agora no serviço, que raramente dão apoio...se fores ver em notas de enfermagem não vês lá escrito apoio emocional...e esquece-se um pouco da...parte psicológica...)^{E1}; (...não consegue falar do assunto e se calhar precisava de um apoio psicológico...)^{E2}; (...a nível psicológico, tentamos também, mas torna-se mais complicado...)^{E4}; (...não intervimos no alívio da dimensão social e mental...)^{E5}; (...provavelmente as famílias às vezes precisariam de mais apoio e o doente também...mas não, não existe não é?...)^{E6}.

As dificuldades associadas ao défice de conhecimentos relacionados com os cuidados prestados na terminalidade também revelam as dificuldades dos enfermeiros na promoção de apoio psicológico e emocional ao doente e à sua família.

Dificuldade em comunicar más notícias e conspiração do silêncio

- (...dar a notícia pessoalmente como me aconteceu muitas vezes é das experiências mais dolorosas e emocionais que tive...)^{E3}; (...tento sempre ter o cuidado de dar a notícia de forma individual e recatada...)^{E3}; (...é sempre com muito cuidado e respeito que dou a notícia, preferencialmente no local reservado e calmo, para poder deixar a família refletir e gerir e perda...)^{E3}; (...se for alguém muito próximo tenho o cuidado de dar a notícia num gabinete e de forma individual...)^{E3}; (...o doente não saber a verdade quanto à evolução do seu estado é melhor...eles já estão a sofrer, que vantagem tem em saber a verdade?...)^{E5}; (... mas o valor da verdade quando se refere ao fim de vida e á transmissão de más notícias este valor não é respeitado...)^{E5}; (...a conspiração do silêncio não é de todo a melhor forma para lidar com esta última fase de vida...explicar aos familiares que não adianta nós estarmos a dizer "sim, sim isso vai passar" e o doente cada dia se sente pior...então fingem todos o jogo dos contentes...os familiares fingem que nada se passa, o paciente não se expressa porque não quer incomodar os familiares e pensa «eles assim ficam contentes porque pensam que eu não sei de nada», então é todo um jogo, toda a gente sabe mas ninguém fala sobre o problema e

isso com a ajuda da, da parte de enfermagem...)^{E6}; (*..impotência muitas vezes, mais a nível quando tens de dizer a um familiar que não há mais nada a fazer...as pessoas procuram outra resposta mas nós temos mesmo de dizer que não há mais nada a fazer...)*^{E7}; (*...estão à espera que a gente lhe diga alguma coisa...fico naquela: será que o doente sabe o que tem?...*)^{E8}; (*...eu não sei muito bem lidar com a morte...eu tenho muitas dificuldades na hora de chegar pra família pra dizer que um ente querido dela foi a óbito...*)^{E12}; (*...ninguém está preparado, é muito difícil até como profissional, por mais que eu vivencie muito, na hora não sei o que falar, nem o que fazer...*)^{E15}; (*...é uma situação bastante complicada, mas é uma realidade que a gente não pode fugir....tem que te manter muito calma, se coloca no local dessa pessoa que ta sofrendo...saber usar a palavra certa na hora certa...é deixar o familiar chorar, reclamar, muitas vezes a gente chora junto...*)^{E16}; (*...pois estamos trabalhando com vidas, tornando-se um momento difícil no processo de comunicação ao óbito e conforto dos familiares...*)^{E19}; (*...Joe's family should have been better informed...they said they didn't know he was dying, but we were of the opinion that they knew...the relatives made us feel so guilty...it was very poor communication really...*)^{E25}; (*...one situation when I felt my conscience was troubled was when I delivered an unpleasant message and I wasn't there for the person...I think the bad conscience ...is about ...how could I be so careless?...*)^{E34}; (*...but I think that, I don't feel, I'm definitely not trained in doing spiritual, I'm definitely not trained in doing emotional...*)^{E38}.

Os enfermeiros reconheceram e atribuem as suas fragilidades emocionais às lacunas na sua formação base. Foi evidente que uma das grandes dificuldades do enfermeiro consiste na comunicação da notícia de morte à família, muito em causa pelo medo das reações descontroladas pelos familiares e também pelo receio de não transmitir essa notícia da melhor forma. Para Ribeiro (2013) a dificuldade na transmissão de más notícias está relacionada com o facto de esse momento estar repleto de sentimentos de impotência, de nervosismo e de frustração para o enfermeiro, que naturalmente tentará fugir desta situação constrangedora. Também para Valente (2008), o diagnóstico e o prognóstico são frequentemente situações de difícil gestão e que originam elevados níveis de ansiedade para os profissionais de saúde.

"Um dos constrangimentos na comunicação com a pessoa em fim de vida tem a ver com o seu prognóstico. Ao longo da nossa vida sabemos mais acerca da nossa situação pessoal do que qualquer outra pessoa e esforçamo-nos por controlar o fluxo de informação, decidindo o que pode ser do conhecimento dos outros e o que deve permanecer só do nosso conhecimento" (Frias, 2003, p.142).

Segundo Santos & Hormanez (2013), é necessário a capacitação profissional dos enfermeiros, focada no desenvolvimento de habilidades e atitudes para a tomada de decisões em fim de vida, para além de programas de treino no início da prática profissional. Já Frias (2001) refere que os contextos organizacionais assumem uma particular importância na aprendizagem do cuidado à pessoa em fim de vida, sendo que as experiências que os enfermeiros vivenciam ao longo da sua prática profissional também assumem uma importantíssima função formadora.

4.1.6. Experiência profissional

As experiências de vida, independentemente do contexto onde ocorrem, representam oportunidades de crescimento pessoal para o ser humano, revelando-se fundamentais e obrigatórias na descoberta de si próprio (Monsarraz, 1998 *cit.* Fernandes, 2012). Segundo Martins (2011), os conhecimentos do enfermeiro são o resultado não só de conhecimentos teóricos e técnicos, através da formação académica, mas também de saberes adquiridos com a experiência e com a relação que estabelece com os doentes e com todos os profissionais no seu local de trabalho. Neste sentido, os enfermeiros de alguns estudos referiram que as suas experiências anteriores em contexto profissional representaram uma fonte de conhecimentos que os auxiliou na sua prática profissional:

Experiência como fonte de saber

- (...a experiência profissional interfere no cuidar...)^{E1}; (...eu com estes anos de serviço que tenho já falhei muito mais do que o que estou a falhar agora, inicialmente era muito mais difícil...)^{E1}; (...no início...tudo era mais chocante, muito mais complicado e agora continua a ser complicado, mas já consigo lidar melhor com a situação...digamos, que adquiri defesas...)^{E2}; (...eu acho que com a experiência que ganhámos no serviço e com as dicas dos colegas e com aquilo que eu vou tirando do que correu bem e menos bem nas mortes que assisti, acho que fui ganhando algum saber...)^{E3}; (...a pessoa depois com alguma prática, alguma experiência também consegue lidar com as situações e consegue prever as situações, preparar-se para as situações e fazer com que as situações o afetem o mínimo possível...)^{E4}; (... ao longo destes últimos anos talvez nestes últimos seis anos a forma de estar perante um doente em sofrimento evolui no sentido positivo ou seja desenvolveram-se estratégias que vão de encontro ao alívio do sofrimento...)^{E5}; (...e daí vem a revolta mas isso nota-se quando somos jovens a trabalhar porque eu lembro-me quando estava aqui há pouquinho tempo chegava a casa e chorava muitas vezes...)^{E7}; (...perceber porque é que a pessoa que está à

nossa frente...está reagindo daquela forma... ajudou-me um bocado nos doentes que estão revoltados, deu-me mais capacidade...)^{E8}; (...sim a experiência, tem-me vindo a dar mais sensibilidade e a perceber melhor o estágio do doente...)^{E9}; (...é o reflexo que vamos tendo ao longo dos anos de trabalho...tem a haver com a experiência profissional que temos com o doente no dia a dia e não logo quando iniciamos a nossa carreira...não existe maturidade suficiente não existe sensibilidade...)^{E9}; (...até a minha experiência faz com que eu queira investir mais nessa pessoa mas em certa altura conhecendo a doença que o doente tem, e pequenas coisas que vão acontecendo percebo...tudo isto me tem vindo a ser adquirido ao longo dos anos pelas vivências/ experiências...)^{E9}; (...tenho um pouco de dificuldades para lidar com isso aqui na instituição, mas com o tempo e com algumas pesquisas eu estou melhorando...)^{E14}; (...apesar de alguns anos trabalhando com oncologia, eu ainda não tenho um emocional suficientemente preparado para suportar os processos de morte e morrer...)^{E15}; (...a gente tem um melhor entendimento da morte na prática do que teoria...você vivenciar aquele processo é diferente...)^{E20}; (...quando a gente é acadêmica não está preparada para isso, então, às vezes, a gente se desespera um pouco, mas aos poucos vai aprendendo a lidar com isso...)^{E20}; (...I have to find my way to work through that, but I also think that experience helps you grow and helps you the next time, so maybe it is not so difficult...)^{E39}.

Os enfermeiros recorrem à sua experiência de vida e aos conhecimentos adquiridos por essas experiências para ultrapassar as dificuldades no processo de cuidar ao doente terminal e à sua família. A experiência profissional e o número de anos de serviço parecem capacitar os enfermeiros perante as situações de terminalidade, sendo que o processo de adaptação foi mais difícil de gerir no início da sua carreira profissional.

Segundo Martins (2006, p.54), "o permanecer junto do doente em fase terminal, com uma forma de estar que vai ao encontro das suas necessidades físicas, psíquicas, intelectuais ou espirituais, é algo que para além de tudo o que é ensinado durante o curso, só se adquire à própria custa, pela experiência do vivido no dia-a-dia". Também para Correia (2012), o processo de construção do conhecimento para o indivíduo baseia-se no investimento do próprio processo de adaptação ao meio onde se encontra inserido. Assim, o maior número de anos de experiência profissional a cuidar de doentes terminais parece conduzir a uma maior maturidade pessoal e profissional, originando uma maior sensibilidade pelos enfermeiros em lidar com o processo de morrer e de morte dos doentes (Sapeta & Lopes, 2007).

Experiências e vivências de morte na vida pessoal

- (...se nós tivermos assistido à morte de alguém ou seja, vivenciamos situações de morte, temos mais afinidade ou menos e mais ou menos dificuldade...)^{E1}; (...ao fim e ao cabo porque todos nós já tivemos experiências, ou morreu a avó, ou alguém próximo que já nos morreu e acabamos por porque dar...dar o melhor de nós...)^{E1}; (...conforme o tipo de vivências que a pessoa experiência, eu acho que também é isso que as faz estar mais sensíveis ou não para certos problemas...)^{E1}; (...quando vivenciamos certas coisas na nossa vida pessoal, muitas vezes a gente aprendemos e crescemos com elas, na vida profissional...)^{E1}; (...na minha infância eu passei por isso a...a minha mãe faleceu eu tinha seis anos...com uma neo...)^{E1}; (...eu hoje reconheço que a experiência que vivi com um familiar me ajuda hoje a olhar para estes pormenores que reconheço que são fundamentais na ajuda á pessoa que sofre...)^{E5}; (...my dad died of cancer...and for me, having looked after my dad and seeing what it was like...as upsetting as it was...it sort of turned my dad's dying into a positive thing, you know, that I could understand then what it was like for other people...)^{E27}.

As experiências vividas são tanto mais significativas quanto maior for a valorização memorial que lhes é atribuída, sendo caracterizadas por um conjunto de significados resultantes da interação entre o homem e o mundo (Fernandes, 2012). Neste sentido, as experiências podem ser categorizadas em três formas: quando são agradáveis são apetecíveis, quando provocam o desconforto são ameaçadoras e, quando são neutras, provocam os sentimentos de indiferença (Paldrön, 2006 *cit.* Fernandes, 2012).

Para Sapeta & Lopes (2007), os fatores relacionados com às características pessoais dos enfermeiros, como a idade, as crenças religiosas, a maturidade ligada à sua história de vida e às experiências prévias podem influenciar a sua prática em cuidados paliativos. Segundo Frias (2001), os enfermeiros referem que a sua experiência os capacita nas suas ações, sendo que a morte recente de um familiar os pode condicionar perante a morte do doente terminal. Igualmente, Parece (2010) refere que a forma como os enfermeiros compreendem o conceito de morte está diretamente relacionado com as vivências pessoais de perdas anteriores, dentro e fora do contexto profissional, influenciando a sua atuação perante a morte. Assim, o confronto dos enfermeiros com o processo de morrer e de morte encontra-se associado à sua história pessoal de perdas, à elaboração dos processos de luto, à cultura em que encontra inserido, à sua formação académica e à sua capacitação em contexto laboral (Kovács, 2010).

4.2. RELACIONADOS COM O DOENTE E FAMÍLIA

Nesta categoria, são abordados os fatores que influenciam o cuidado na terminalidade relacionados com: o doente e sua família: a idade do doente; o tipo de morte; o tempo de internamento; o confronto com a doença e as dificuldades da família.

4.2.1. Idade

Foi evidente que o fator idade do doente terminal influencia a vivência dos enfermeiros no processo de morrer e de morte:

Idade

- (...marcam sobretudo as pessoas muito novas, que realmente ainda tinham muito para viver, que sofrem imenso...)^{E2}; (...porque as pessoas mais velhas...já se está à espera...não é?...)^{E2}; (...se for uma senhora de 95 anos, também me custa muito, mas sei que já viu crescer os filhos, os netos, do que uma pessoa de 20 anos, que está no início da vida e que está a desfrutar e que de repente...)^{E2}; (...a morte do idoso não custa tanto porque os objetivos e o percurso de vida foram cumpridos e é sempre mais aceitável...)^{E3}; (...considero que a morte me causa mais impacto no jovem do que no idoso, consigo ultrapassar melhor esse momento tendo em conta que considero a morte um momento inevitável...)^{E3}; (...cuidar destes doentes é muito difícil, embora esta Sra. já seja idosa não se torna menos difícil, sentimos impotência, não podemos fazer nada para melhorar esta situação...)^{E5}; (...um doente jovem custa...custa muito a nível emocional...as pessoas jovens ficam em estados de angústias e às vezes há pessoas que eu já tenho visto aqui com uma angústia do doente oncológico na fase terminal ficam numa fase de angústia que dói, dói olhar para aquelas pessoas, custa-me muito...)^{E6}; (...claro que custa mais ver um jovem do que ver uma pessoa mais idosa mas o sentimento é triste seja qual for a faixa etária, é triste ver as pessoas a sofrer e chegar a esse ponto...)^{E7}; (...quando morrem principalmente essas pessoas jovens, fico triste, às vezes vou para casa a chorar e depois quando vejo os pais, os familiares fico muito triste...)^{E7}; (...foi uma situação muito rápida...era uma doente nova...tinha uns filhos com 20 e poucos anos, foi assim uma situação, que embora soubessem o que a mãe tinha não estava a pensar que fosse uma situação tão rápida isto foi difícil para mim lidar com esta situação visto eles serem tão novos e a Sra. também...)^{E9}; (...algo que muitas vezes você já sabe que não vai escapar, mas não quero aceitar, não me conformo e principalmente se for uma pessoa jovem que tem toda

a vida pela frente...)^{E15}; (...*a gente sofre mais quando é criança do que adulto, sofre bem mais...*)^{E16}; (...*a experiência que marcou minha vida foi com uma criança de dois ou três anos...marcou o desespero dos pais...*)^{E20}; (...*the only person whom I have had younger than my age was a friend and she had leukaemia and that was very painful, painful for her, painful for us and I have another young friend who passed away and he had cancer...he was only 23 and I cared for him...*)^{E24}.

Alguns enfermeiros referiram que os sentimentos de angústia, de tristeza e de medo estavam relacionados com o confronto com a sua própria finitude e com a possibilidade de perda dos seus entes queridos. Estes sentimentos parecem acentuar-se quando se trata da morte de doentes em idade jovem, pois este acontecimento desperta a reflexão sobre a sua vida e o medo de que tal acontecimento ocorra na esfera pessoal do enfermeiro. Em contrapartida, a morte de doentes em idade avançada é mais bem aceite pelo enfermeiro, uma vez que assume que a morte ocorreu na etapa certa.

Para Guandalini (2010) a aceitação ou a negação da morte relaciona-se com a etapa de vida em que esta ocorre, sendo que, enquanto a morte do idoso é bem aceite pela própria naturalidade da vida, já a morte do jovem ou do adulto jovem é sempre indesejada. Também Cândido (2004) refere que a morte por si só já representa um acontecimento gerador de muita ansiedade e que quando esta ocorre em idades jovens, o desafio é muito maior.

Assim, como refere Pacheco (2006), a aceitação da morte por parte dos enfermeiros está relacionada com a idade do doente terminal, sendo que estes conseguem conviver mais facilmente com uma situação de morte de uma pessoa idosa porque os familiares também estão normalmente mais preparados para vivenciar o processo de morte. A mesma autora refere ainda que a morte de um jovem ou de uma criança já não é sentida da mesma forma, uma vez que pode gerar grande revolta, quer pela família quer pela equipa multidisciplinar.

4.2.2. Tipo de morte

Segundo Estanque (2011), quando a fase terminal do doente é acompanhada por elevados níveis de dor e de sofrimento, seguida por diversos dilemas éticos, os enfermeiros vivenciam o processo de morrer e de morte de uma forma complexa e de difícil gestão:

Tipo de morte e sintomas não controlados

- (...as sensações e as emoções dependem muito da causa da morte..se esta é devido a uma doença prolongada acompanhada de sofrimento pode provocar sensações de alívio, de paz para aquele que morre...)^{E3}; (...depende do percurso de terminar a vida, se ele termina bem, se termina mal...)^{E3}; (...sinto que muitos doentes conseguem atenuar em grande parte esse sofrimento e muitas vezes, a grande maioria das vezes, quando falecem aqui connosco na unidade conseguimos que eles faleçam em paz e que seja um coisa...)^{E4}; (...cuidar do sofrimento causa-me constrangimentos pela dor visível na expressão e pela minha própria dificuldade em lidar com essa mesma dor...)^{E5}; (...temos aqueles doentes que estão, que apesar de terem esse tipo de patologias estão conscientes e orientados, que sabem aquilo que têm e por vezes é complicado lidar com o sofrimento deles...)^{E6}; (...alguns pacientes marcam mais, como um paciente, com câncer, que sofria demais, a gente via a dor dele e da família...) ^{E23}; (...Elsie, she went quietly one night...her relatives were informed and probably (were) relieved that she went at that time...they never bothered coming in...)^{E25}; (...we do have good deaths, even though I recall some really bad (ones)...I think we all know the good deaths, because we tend to know the family and the patient well...when it's expected, we can plan and make arrangements and be prepared for the relatives..it's always better if you can anticipate the likely time of death and be ready for it...)^{E25}; (...Joe died too quickly...we were not ready at all...it was a very bad death for him, us and the family...)^{E25}; (...Edna had an awful death...she died on her way back from an endoscopy investigation...rather than admit that she died in transit, we pretended that she died sometime later, when back on the ward...) ^{E25}; (...the greatest difficulty is when patients still feel discomfort after we have applied all of the strategies....what can we do then?...we felt restless as if we were sitting on a pin cushion...)^{E29}; (...the family begged her to enter the hospital, where they felt her pain could be better controlled...she died there, holding her daughters' hands...)^{E30}; (...he had the most beautiful death, just drifted away in his sleep and the whole experience, for them, was lovely...) ^{E37}; (...there are some very stressful parts...it's when you cannot get a patient's pain or anxiety controlled. That is the most stressful I think for me...) ^{E38}.

Os autores Sapeta & Lopes (2007) referem que a presença de sintomas não controlados empobrece a qualidade de vida do doente, diminui a sua capacidade de comunicar com os que o rodeiam, influenciando assim o processo de interação entre o doente e o enfermeiro, com elevado impacto para ambos. Também Kovács (2010) refere uma morte difícil é aquela que

não é aceite pelo doente e pela sua família, com a presença de sentimentos de revolta, de abandono e de solidão e por conflitos.

Assim, segundo Parece (2010), os enfermeiros definem uma boa morte como aquela que ocorreu dignamente e com tranquilidade, sendo que o tipo de morte afeta diretamente os seus comportamentos e as suas reações na terminalidade.

4.2.3. Tempo de internamento

O tempo de internamento do doente parece influenciar os cuidados prestados pelos enfermeiros:

Tempo de internamento

- (...quando estão internados durante muito tempo...acabamos por estar mais envolvidos com a família, com o que ele era, com as coisas que ele tem...)^{E1}; (... tem paciente que fica muito tempo internado e você acaba se envolvendo sim, com a família, com o paciente...) ^{E11}; (...a gente acaba-se apegando pelo tempo de internação que ele ficam aqui na unidade e acaba-se vinculando a família...) ^{E20}; (...a gente acaba se apegando pelo tempo de permanência dos pacientes, gera um vínculo com o paciente e a família...) ^{E23}; (...many of our patients are so depressed..they tell us that being in a hospital for a long time is so boring for them...) ^{E30}.

Como refere Sousa *et al.*, (2007), o envolvimento no processo de morte e de morrer está estreitamente relacionado com o tempo de internamento do doente, formando-se um maior vínculo entre o doente e o enfermeiro, contribuindo para o aumento do sofrimento pelo enfermeiro quando ocorre a morte.

4.2.4. Confronto com a doença

O processo de doença pode ser vivenciado por diferentes fases, como a negação, o isolamento, a ira, a negociação, a depressão e por fim a aceitação, sendo que estas fases não ocorrem por esta ordem obrigatoriamente (Kübler-Ross, 1995). A forma como o doente encara o processo de doença e de terminalidade parece influenciar os cuidados prestados pelos enfermeiros:

Da negação à aceitação da doença pelo doente

- (...quando estão a morrer eles têm umas fases até chegar à fase de moribundo, têm fases que... eu acho que são tão más...tão difíceis de ultrapassar que...)^{E1}; (...às vezes até percebe que o próprio doente já está numa fase de aceitação ...)^{E1}; (...há doentes que aceitam a doença, outros que não aceitam, acho que também tem um pouco a ver com isso porque há doentes que são mais renitentes que estão revoltados com a própria situação e que se calhar não aceitam tão facilmente os nossos cuidados...)^{E6}; (...eles falam acerca disso, falam-nos que o dia está para chegar, que não estão preparados para isso dos seus receios...dos objetivos que ainda tem para cumprir, que não cumpriram, do que fizeram, quais foram as suas vivências, ai ficamos a saber que a pessoa se está a preparar para morrer...)^{E9}; (...well, they don't want to talk about their disease, one then finds it difficult to approach this issue or have discussion about treatment plan...)^{E24}; (...I think she was a patient that was just unusual... I think there was nothing more that we could really do for her...I don't know of any other service...)^{E24}; (...in the last moments he still was not able to accept that he was near to death, so he held my hand and appealed to me to do something for him...)^{E28}.

Para Sapeta & Lopes (2007), o processo de adaptação à doença pelo doente depende de um conjunto de fatores como: da qualidade das relações que está dependente do grau de informação que o doente detém acerca da sua situação; da preservação da sua dignidade; dos sentimentos vivenciados durante essa fase; da capacidade de manter a esperança e de desenvolver a resiliência. Também para Frias (2001), o doente em negação recusa a sua própria doença encontrando-se numa labuta entre a revolta e aceitação. Para Twycross (2003), é necessário que o enfermeiro promova a esperança para que o doente possa aceitar a sua condição, estabelecendo objetivos realistas e assim construir e restaurar a tão fundamental esperança.

A forma como a família reage ao processo de doença do seu familiar também parece influenciar os cuidados prestados pelos enfermeiros:

Da negação à aceitação da doença pela família

- (...on occasions families can become angry...it is difficult to deal with...)^{E24}; (...on many occasions the family insisted on intravenous therapy, intravenous antibiotics and oxygen when patient is obviously in end stage...)^{E24}; (...it is hard when relatives refuse to let go and demand all resuscitation methods to be done...)^{E24}; (...family members particularly those insisting that patient must not know the diagnosis...their attitudes hinder the patient from

moving through the grief process...)^{E24}; (...well, I get the chemo because they want me to have it,... but I'm tired...he kept saying that he was tired...he didn't want any more, but the family keeps saying...go for more...go for more...why don't you go for more?...)^{E36}; (...the other stressful thing is when a family member is refusing to give medications that you're offering to a patient and you know that that will help the situation...)^{E38}; (...and we have had some difficult families that weren't ready for the transition, but it was great seeing them grow and seeing the patient accept and the family accept what was happening and that death was coming...)^{E39}.

Para Pacheco (2002), a equipa multidisciplinar sente na maioria das vezes elevada pressão pelos familiares para promoverem a obstinação terapêutica, através da utilização de todos os meios disponíveis no tratamento de doença. Já Jacobs *et al.*, (2002) *cit.* Sapeta & Lopes (2007) referem que as reivindicações por parte dos familiares, o recurso a terapêuticas pouco realistas, do prolongamento da vida do doente a todo o custo, ou de lhe esconderem a gravidade da sua situação, denunciam as falhas de comunicação dos profissionais junto dos familiares.

Segundo Alencar, Lacerda e Centa (2005), os enfermeiros devem conhecer e compreender as diferentes fases pelo qual passa o doente terminal e a sua família, para que desenvolvam as suas ações de forma integral, particularizada, humanizada e compartilhada, e que adotem uma postura de compromisso e de ética, com respeito pela individualidade humana.

4.2.5. Dificuldades da família

Foram evidentes pelos discursos dos enfermeiros as dificuldades das famílias em promover a morte do seu familiar no domicílio:

Impossibilidade de promover a morte no domicílio

- (...se calhar como ela queria que era morrer em casa, isso a gente não conseguiu fazer...)^{E1}; (... que em casa a maior parte das pessoas não têm essas possibilidades...)^{E1}; (...na minha opinião era melhor um doente se possível, se a família gostasse...se colaborasse e até se estivesse desperta para isso, ir para casa, rodeada dos objetos, de fotografias, das imagens, da roupa, do quarto, das cores, do que propriamente no hospital...)^{E1}; (...claro que eu defendo que eles deveriam morrer em casa mas ainda não temos retaguarda, assim é nosso dever dar apoio emocional dando-lhes muita atenção...)^{E5}; (...já acompanhei doentes que eles manifestavam vontade de ir para casa mas depois têm outros problemas, as famílias que por

vezes não têm condições ou têm receio que lhes aconteça alguma coisa...não têm condições físicas e por vezes monetárias e psicológicas...)^{E6}; (...muitos doentes manifestam vontade de morrer em casa, mas têm medo de pedir à família...o medo surge porque sabem que há pouco apoio domiciliário, mas era tão importante que fosse possível alargarmos o acesso a morrer em casa...)^{E9}; (...they preferred that their father tolerate discomfort in a general ward rather than have him receive any hospice care..their expectations were for the patient to receive endotracheal intubation, electric shock, or cardiac massage when he couldn't breathe...)^{E29}; (...his economical situation was bad...we collected money for him to pay for thickets and his travel budget...)^{E33}.

O Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2003) no Artigo 87º refere que o enfermeiro no acompanhamento do doente em fase terminal deve respeitar e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase final.

Segundo Moreira (2001, p.45), o domicílio é considerado "o lugar privilegiado para os cuidados paliativos, pois o meio familiar pode oferecer ao doente a continuidade da sua vida diária, o envolvimento das pessoas e objetos significantes que contribui para que se sinta menos isolado, reconhecendo-se o hospital como o local de passagem transitório no decurso do processo da doença, só quando o doente necessita". Também Nietsche *et al.*, (2013) refere que o domicílio é considerado o local ideal para a realização do cuidado ao doente terminal pois este promove o conforto, a privacidade, a liberdade e a proximidade com a família.

Dificuldades em serem envolvidas

Os enfermeiros também relataram a dificuldade em envolver a família nos cuidados:

- (...nem sempre as famílias conseguem ter a disponibilidade para ir para junto da pessoa que está a morrer...)^{E1}; (...há famílias que não gostam de ser integradas no cuidar...)^{E1}; (...houve famílias que ficaram mais renitentes, mas também depende de muitos fatores e da relação que a família tem com os seus entes queridos...)^{E1}; (...nem sempre é possível envolver os familiares, muitos deles não tem nem condições físicas, nem emocionais, pelo que procuro sempre que possível ajudá-los através da escuta...)^{E5}; (...a principal dificuldade é em lidar com a família porque normalmente o doente aceita aquilo que tem..mas a maior dificuldade prende-se com, com a família...)^{E6}; (...temos vários tipos de famílias umas que recusam e nem querem falar sobre isso, outras sim, querem ser informadas...)^{E9}; (...muito poucos a querem envolver-se, porque nós temos o cartão de acompanhante servem para estarem presentes para participarem numa higiene para participarem em certa atividades com o doente...muitas

vezes a família se afasta...)^{E9}; (...acho que a família muitas vezes até não quer tanto, quanto a gente pensa...)^{E9}; (...a família nem sempre ajuda..às vezes é muito mais difícil ajudar a família do que o doente...)^{E10}; (...in some cases, family could not be present as relations had broken down in the past or no family remained...in such cases, nurses...took the place of the family there...)^{E37}; (...some families are more difficult to work with than others and are more...)^{E38}.

A família do doente terminal perante o processo de doença transforma as suas rotinas passando por uma fase de elevado sofrimento e de desequilíbrio. Neste sentido, os enfermeiros devem estar preparados para identificar as dificuldades dos familiares ajudando-os na gestão dos seus recursos, uma vez que a falta de preparação pode ser observada a vários níveis (Moreira, 2007).

4.3. RELACIONADOS COM A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Para Ascensão (2013), o trabalho em equipa consiste num dos pilares fundamentais em CP, sendo necessário que a equipa multidisciplinar aborde o doente numa vertente holística. De acordo com Graça (1992, p. 11) *cit.* Almeida (2009), a equipa como ser definida como "*um pequeno grupo, baseado na cooperação, e em contacto regular, contacto esse que não é à distância, mas face a face, que está envolvido numa ação coordenada, e cujos membros contribuem de maneira empenhada competente e responsável para a realização de uma ou mais atividades concretas*".

Para Serra (2007), numa instituição de saúde, há um conjunto de interações a gerir, uma vez que existem várias equipas interdependentes, sendo que os conflitos surgem não só de dentro da equipa, como da relação com as outras equipas e com outros profissionais. Assim, nesta categoria, são abordados os fatores que influenciam o cuidado na terminalidade relacionados com: a equipa multidisciplinar: a classe médica focada no modelo biomédico; a coordenação, o ambiente e a comunicação.

4.3.1. Classe médica focada no modelo biomédico

Os enfermeiros referiram que a abordagem da classe médica influencia a sua prática profissional em CP:

Classe médica focada no modelo biomédico

- (...o que nós consideramos é que os médicos ainda não têm a sensibilidade que nós temos, porque estamos sempre com eles...)^{E1}; (...nós podemos ver umas coisas e no entanto os médicos continuam a prescrever todo um conjunto de terapêuticas e exames invasivos, que claro vai dar mais esperanças à família e às vezes com estas ..não é perfeitamente compatível e é uma dificuldade...)^{E1}; (...então os médicos aqui, nós temos a abertura suficiente sobretudo para chamar a atenção nomeadamente da medicação da dor...a... porque eles medicam e esquecem-se do doente, é doente moribundo...)^{E1}; (...mas, no geral, os médicos não estão muito preparados para certos fármacos, para certas terapêuticas ou não terapêuticas, não é?...assumir certas coisas...)^{E4}; (...sentimos impotência, embora por vezes sintamos revolta em relação aos médicos que muitas vezes continuam a investir sem atender ao sofrimento do doente...)^{E5}; (...há muita dificuldade em certos médicos de passar de uma medicina curativa para uma medicina paliativa por isso a prescrição de analgésicos fortes por exemplo como a morfina e outros para o alívio dos sintomas é por vezes difícil, por sua vez os colegas demonstram algum receio de administrar os opióides...)^{E5}; (...pelo menos da parte médica não está ainda tão sensibilizada para, para a questão dos cuidados paliativos...e muitas vezes os médicos de cá optam por, por não, não seguir...)^{E6}; (...outros que temos é também a nível da medicação endovenosa, antibióticos e outro tipo de medicação que...já não têm o benefício que, que e já não são estritamente necessários para o utente e muitas vezes continuam a ser feitos, a gente perde o acesso e somos quase que obrigados a punccionar outro acesso quando todos nós já sabemos que há uma medicação, há muita medicação que pode ser administrada a nível subcutâneo...)^{E6}; (...doctors don't want their patients to die and do not prescribe pain relief or respect the patient's wishes to stop treatment...)^{E24}; (...medical staff sometimes are too lean or too stingy...for example, they would prescribe 2.5 mg of morphine to the patient and I would say "she needs a bit more", you know I would say what?...you are afraid she would get addicted?...you know the person is dying...)^{E24}; (...if I told that physician I don't think he needs parenteral hydration...shouldn't we rather give palliative treatment?...then the physician might say...ok...you can say that we are mini-doctors who only need a boss to authorise it on paper and that is challenging...)^{E31}; (...the problem with our patients is that...a lot of time we have to do the DNR sort of talk with them...and doctors really don't go through that...so that's the hard part...they [doctors] don't really get it across...they go to talk to them and then they never really get it across how bad the situation is...)^{E36}.

Os enfermeiros referiram que a classe médica por vezes se esquece do doente e que age perante o doente como se ele representa-se um mero objeto. Para Sapeta (1997), o processo terminal que não é discutido em equipa com o doente e com a sua família representando um acontecimento terrível e negativo que vai perturbar o curso normal do bem-estar e do conforto do doente terminal, levando ao fracasso pelo uso de meio técnicas invasivas.

No estudo realizado por Moraes (2010) em que pretendia explorar as vivências dos médicos de família na sua abordagem sobre o tema morte com o doente terminal, constatou que os médicos apresentavam dificuldades em abordar o tema com os seus doentes e que essas dificuldades eram baseadas nos seus próprios conceitos pessoais e na falta de preparação em CP. Para Quintana *et al.*, (2006), a formação médica tal como a de enfermagem revela que desde muito cedo o aluno é formatado para considerar a morte como o seu maior obstáculo. Também Valente (2008) refere que a relação entre o médico e o doente é muito intensa e que por vezes é muito difícil decidir o momento em que os cuidados curativos terminam e os CP se iniciam. Assim, a classe médica representa um elemento chave em CP, pelo que esta pode ajudar ou dificultar o processo na terminalidade nomeadamente na falta de congruência ou até pelo desconhecimento de informação importante (Sapeta & Lopes, 2007).

4.3.2. Coordenação, ambiente e comunicação

A coordenação e a comunicação eficaz, bem como um ambiente saudável entre os vários elementos da equipa multidisciplinar foi referido pelos enfermeiros como os fatores que influenciam o cuidado na terminalidade:

Comunicação

- (...num serviço hospitalar sem cuidados paliativos as coisas vivem-se de outra maneira e muitas vezes não há espaço para o dialogo entre profissionais falarmos sobre estas coisas, muitas das vezes nem é suposto, não se cria, é difícil...)^{E4}; (...comunicarmos entre nós enfermeiros, entre nós e os médicos e outros profissionais são aspetos que interferem no cuidar do sofrimento e que se revelam favorecedores ao alívio, pois impedimos assim que o doente se sinta só e hoje em dia a nossa organização facilita este processo de comunicação...)^{E5}; (...por vezes não é fácil estabelecer diálogo com os médicos e se calhar fazer valer as nossas posições face ao sofrimento que o doente está a ter e às vezes é um bocadinho complicado articular com a parte médica e para, para determinados procedimentos que também são de enfermagem...)^{E6}; (...tenho dificuldade em dizer ao colega

porque é que ele (doente) está ansioso...)^{E8}; (*...raramente conseguimos ter acesso à informação que o médico deu à família, que é uma grande falha... não temos esse feedback não sei até que ponto não poderíamos estar presente quando o médico fala com a família...)*^{E9}.

Segundo Alves (2011), os profissionais de saúde em CP necessitam de determinadas competências interpessoais e de comunicação no sentido de promoverem a qualidade e a segurança do doente terminal. A mesma autora refere que as principais barreiras a uma eficiente comunicação interpessoal entre os profissionais estão relacionadas com o défice de trabalho em equipa e na falha em atitudes apropriadas relacionadas com a diferença de perspectivas sobre os cuidados a prestar.

Coordenação

- (*...tem muito a ver com a equipa e com a abertura da equipa...)*^{E1}; (*...não trabalhamos em equipa, não há discussão dos casos, enfim são uma informação muito técnica...)*^{E4}; (*...a falta de trabalho em equipa multidisciplinar é um dos aspetos que interfere na nossa prática diária e por conseguinte interfere no cuidar do sofrimento...)*^{E5}; (*...sentimos muita solidão, embora estejamos todos em equipa a trabalhar com o doente, não há partilha nem discussão de estratégias conjuntas e com os mesmos objetivos...)*^{E5}; (*...a multidisciplinaridade revela-se favorável no alívio do sofrimento, embora só agora comece a surgir esta sensibilidade...)*^{E5}; (*... houve uma situação em particular em que o doente estava em fase terminal...e tinha os chamados vómitos fecalóides... o doente pedia para ser entubado, que era uma agonia, sentia aquela sensação de constante enfartamento, com a boca sempre a saber mal...eu cheguei numa tarde e entubei o doente, respeitei o que o doente quis na manhã seguinte quando eu cheguei o doente não estava entubado porque o que está preconizado, segundo a colega é não entubar por isso o «respeitar» o doente, nós tentamos respeitar mas é uma coisa muito individual...)*^{E6}; (*...falta espírito de grupo...)*^{E8}; (*... penso é que nos falta muitas vezes a nível da equipa multidisciplinar não é tanto a nível da equipa de enfermagem... falta aqui a parte médica havia de haver reuniões com os médicos... falta muito e também a família estar presente....ou seja a presença de equipa multidisciplinar...)*^{E9}; (*...what could we say to the family?...we never knew what was really wrong with him....we just said it was his heart, but have no idea what the post mortem will reveal...we felt like idiots...)*^{E25}; (*...we discuss a lot of our patients with each other and how we perceive different things that they've told us and trying to work out how we can improve their care...I think if we went and did it individually then we'd lose that uniqueness of palliative care where we do work as a team to come to the*

common goals on how we're going to help that patient...)^{E26}; (*..it was such a lengthy process and it was terribly painful for the patient and his relatives, because we didn't manage to make a clear decision about what we should do, and we were limping around ... Sometimes he got his medicine, sometimes we did this, sometimes that, and it was exhausting...)*^{E31}; (*...I don't know, there's the hierarchy in other places where you work, but you don't feel that hierarchy working here at all..not at all...)*^{E32}; (*...they could have reported me, it didn't matter...it felt like...I rather make a formal error...to give without prescription...than letting the patient suffer...)*^{E34}; (*...if one of my team members calls me and says...how are things looking...I'll say...well, it's looking pretty bad...my team members will ask...who do you have to see?...so we sort things out...)*^{E39}.

Foi referido pelos enfermeiros que a falta de coordenação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, como a ausência de reuniões e a troca de informações pertinentes sobre o estado do doente, pode influenciar negativamente os cuidados prestados na terminalidade.

Para Frias (2001), os contextos profissionais em saúde não são sempre conducentes às boas práticas do cuidado à pessoa em fim de vida, devido ao cruzamento de diferentes intervenientes onde a reflexão em equipa ainda não se faz sentir eficazmente. Assim, segundo Carvalho & Botelho (2011), a diversidade de necessidades do doente terminal e da sua família exige um trabalho em equipa multiprofissional e uma coordenação efetiva entre os vários elementos, nomeadamente entre o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social, o nutricionista, o assistente espiritual e o terapeuta ocupacional.

Bom ambiente

- (*...gosto de trabalhar aqui também com estes colegas...)*^{E7}; (*...sentir estabilidade no serviço é um fator positivo relacionado com a equipa..)*^{E7}; (*...gosto muito de trabalhar cá e sinto-me bem...gosto deste ambiente de trabalho...)*^{E7}; (*...mesmo em relação entre equipa também fosse muito importante nós melhorarmos a relação entre profissionais...quando pedimos apoio a um médico ele não se afastar, e também nós próprias definirmos estas situações...)*^{E9}; (*...we are family in the sense that the team that works here is really extremely different personality types and different ages and different backgrounds and different experiences and we all learn each day how to co-exist better...)*^{E26}; (*...I thought...wow, this is a really nice environment to work in...)*^{E32}; (*...I have a special case in mind...it was a pressure ulcer that occurred on a leg where the NAs didn't report to me...)*^{E34}; (*...I like to see involvement of staff and consideration rather than, the thing of it just being another chore, yeah...I love the personal touch and I*

love the...and really the team here now at the moment, they're brilliant,...they're absolutely brilliant...^{E37}; (...even though we do have to make major decisions, there's always a back-up...there is somebody to bounce it off and we all do that because we have a great team...)^{E39}.

Os enfermeiros referiram que em CP é necessário um verdadeiro trabalho em equipa interdisciplinar de forma que o doente terminal e a sua família sejam os alvos de uma avaliação coordenada por todos os profissionais de saúde. Assim, como refere Ramos (2002), as boas relações entre os vários membros de uma equipa representam o fator central para promover a saúde individual e organizacional.

4.4. RELACIONADOS COM A GESTÃO ORGANIZACIONAL

Nesta categoria são abordados os fatores que influenciam o cuidado na terminalidade relacionados com a gestão organizacional, nomeadamente: o apoio e o acompanhamento do enfermeiro; os recursos humanos; as condições físicas e os recursos materiais; a gestão e a cultura organizacional; o método de trabalho e a transição do modelo biomédico para o modelo holístico.

4.4.1. Apoio e acompanhamento do enfermeiro

Na maior parte dos estudos, os enfermeiros referiram elevadas lacunas no seu acompanhamento emocional e psicológico em termos organizacionais:

Apoio e acompanhamento do enfermeiro

- (...cada um procura o apoio que quer, em si próprio ou na sua família, por quem lhe der, porque a instituição...não dá...)^{E1}; (...eu acho que era importante, o apoio psicológico aos profissionais, não sei é se... será que existe realmente alguém que nos quisesse apoiar...)^{E1}; (...relativamente ao apoio que nos é dado...não existe pela instituição...)^{E1}; (...deveríamos ter mais um bocadinho de apoio psicológico...)^{E2}; (...deveríamos ter um gabinete de apoio...)^{E2}; (...sentimo-nos incomodados com algumas situações, mas depois claro que o apoio da equipa e o apoio da nossa psicóloga depois acaba também por nos dar aqui um bocadinho mais de alívio...)^{E4}; (...acho que o apoio aos enfermeiros existe, acho que se calhar podia ser de uma forma formal, existir formalmente e algumas vezes existe de uma forma informal...)^{E4}; (...um psicólogo seria fundamental no sentido de ter capacidade de gerir as emoções e nos ajudar a

nós no sentido de permitir a família estar presente numa fase terminal, isto é ser mais fácil para nós abordar a família e não ter medos, cuidar do doente de uma forma célere com o cuidado de não suscitar sentimentos de pena sobretudo quando o doente está consciente na fase final, para isso precisamos de um psicólogo...)^{E5}; (...não...na minha opinião devíamos ter um apoio psicológico, mensal ou assim, uma reunião se calhar até para todos desabafarmos, pormos as cartas na mesa e até desanuviarmos a alma mas nunca tivemos...)^{E7}; (...devíamos ter realmente um suporte a nível psicológico, um psicólogo de vez em quando vir falar connosco, realmente nós sofremos muito com o sofrimento dos outros e muitas vezes as nossas barreiras também vão a baixo...)^{E7}; (...mais acompanhada mais sistemática, que de fato nós no internamento não temos esse apoio psicológico que de fato era pertinente...)^{E9}; (...eu sinto falta disso...reuniões, discussões, alguma coisa com psicólogo para a gente entender um pouco mais sobre tudo isso...deveria ter algum acompanhamento para nós...)^{E11}.

Os enfermeiros referiram necessitar de apoio psicológico e de acompanhamento e que estes nem sempre existiram no seu contexto laboral. O apoio psicológico é referido como uma necessidade urgente na gestão de emoções e dos sentimentos perante o processo de morrer e de morte por parte dos enfermeiros, de forma a preservar o equilíbrio emocional.

É fundamental que os enfermeiros que contactam com o doente em fase terminal recebam o apoio psicológico e emocional para lidarem melhor com seus anseios e com as limitações inerentes à prática do cuidar na terminalidade (Oliveira, Sá e Silva, 2007). Assim, o psicólogo assume a função de promover o cuidando das relações que são estabelecidas entre os membros da equipa multidisciplinar e destes com o doente e com a sua família (Paulini, 2007). Também como é referido por Kovács (2011), é necessário propor o acompanhamento e o apoio emocional aos profissionais de saúde que cuidam do doente terminal e da sua família para que possam perceber que não estão sós e que não precisam reprimir as seus medos e as suas dificuldades.

O apoio aos enfermeiros deve incluir a formação especializada, as reuniões multidisciplinares, os grupos de discussão, o apoio psicológico e a supervisão em enfermagem (Valente, 2008). É necessário assim, um investimento na preparação e na formação, como a implementação de serviços de psicologia nas instituições de saúde para que possam oferecer o apoio emocional aos doentes, aos familiares e aos profissionais de saúde, incrementando as potencialidades do enfermeiro como indivíduo e como profissional de saúde (Susaki, Silva e Possari, 2006).

4.4.2. Recursos humanos

O déficit de recursos humanos foi evidente nas falas dos enfermeiros:

Recursos humanos

- (...a falta de tempo, como sabes corremos de doente para doente, não temos disponibilidade e como tal não intervimos no alívio do sofrimento...)^{E5}; (...possuir mais recursos humanos é fundamental para que nós possamos estar mais disponíveis e podermos assim estabelecer estratégias que vão de encontro á dimensão psicológica da pessoa...)^{E5}; (...acho que sim, agora somos mais do que há uns tempos atrás...)^{E6}; (...o volume de trabalho é enorme...os recursos humanos com que temos ao nosso dispor...são escassos...)^{E6}; (...não há tempo porque a exigência a que somos diariamente confrontados não é compatível com o número de enfermeiros...)^{E9}; (... a nível dos recursos humanos...a estrutura física é essencial mas mais ainda são os recursos humanos...)^{E9}; (...porque são poucos enfermeiros, a realidade nossa, acho que aqui no Brasil são muitos poucos enfermeiros...)^{E13}; (...pouco funcionário, um monte de coisa que atrapalha implementar o trabalho...)^{E13}; (...por enquanto não dá, porque são muitos pacientes, e pra fazer supervisão não tem como, é um enfermeiro só pra vários paciente...)^{E13}; (...it is hard to find time to be able to talk and listen to the patient and their concern...)^{E24}; (...it would be very good if we were sufficiently staffed to enable longer interactions with other patients...at present we are rushed for time and don't have enough time to sit down and really talk to these patients...)^{E24}; (...we know that dying persons need us to be with them, but we really have no time because there are many patients in the ward...)^{E30}; (... one nurse to eight patients was...wasn't safe, it wasn't safe...)^{E32}; (...the resources to do the thing is essential...so that even within a hospice, if you stress a hospice and overload...)^{E32}.

Os enfermeiros apontaram a necessidade de uma maior disponibilidade para promover o acompanhamento eficaz do doente terminal e da sua família e que o déficit de recursos humanos contribui negativamente para a promoção de cuidados de excelência na terminalidade.

Para Batista (2008), existem duas categorias de fatores indutores de *stress* nos enfermeiros: os fatores organizacionais, que se relacionam com as condições de trabalho, nomeadamente a sobrecarga de trabalho, a convivência com o sofrimento e com o processo de morrer e de morte, os conflitos interpessoais, a falta de clareza e a ambiguidade de papéis; e os fatores individuais, como as variáveis sociodemográficas, os aspetos de personalidade e a maturidade psicológica.

Assim, a carga de trabalho atribuída ao enfermeiro, tendo em conta ao elevado nível de dependência e de exigência pelos doentes ou a referência a equipas muito reduzidas em número, representam fatores que impedem a promoção da qualidade dos cuidados prestados, pois obrigam o enfermeiro a gerir o seu tempo de forma a privilegiar as tarefas mais técnicas e relacionadas com a componente orgânica do indivíduo, em detrimento dos cuidados relacionados com a dimensão psicológica, emocional e afetiva (Sapeta & Lopes, 2007).

4.4.3. Condições físicas e recursos materiais

Os enfermeiros referiram que as condições físicas e os recursos materiais disponíveis influenciam a sua prática profissional em CP:

Condições físicas e recursos materiais

- (...recursos físicos interferem no cuidar...se tivermos uma cadeira para oferecer aos acompanhantes, ótimo, se tivermos quartos individuais onde as pessoas estejam lá se quiserem, podem não querer estar lá isoladas, também é bom, depois desde as camas que são articuladas, os colchões, os transferes, as almofadas, os edredons...)^{E1}; (...em termos de condições físicas, temos condições físicas...)^{E1}; (...a família do doente em fase terminal em quarto individual dá-lhes algo parecido com a casa, dá-lhes mais calma, dá-lhes mais...ou seja, vivem as coisas de uma forma mais....natural...)^{E1}; (...a falta de material como biombo ou cortinas separadoras influencia a nossa abordagem junto da pessoa em fim de vida, não conseguimos assegurar-lhe a privacidade e portanto a sua individualidade...)^{E5}; (...considero que a falta de isolamentos isto é de quartos individuais dificulta que a família possa estar junto do seu familiar, daí muitas vezes não conseguirmos envolver estas pessoas no cuidado e apoiar o seu sofrimento...)^{E5}; (...a nível de material acho que há o indispensável, acho que há...)^{E6}; (...camas avariadas que temos também bastantes e torna-se um bocadinho difícil posicioná-los como deve de ser...)^{E6}; (...acontece que o doente vem a morrer ali na enfermaria naquela confusão toda, pelo que havia de haver um espaço mais calmo mais sossegado, mais isolado...mais privacidade nesta fase e que não a tem...)^{E9}; (...realçando a nossa boa prestação de cuidados mas não posso de salientar a falta de estrutura física, como um quarto onde o doente possa ter a sua família junto com privacidade e intimidade, nós damos o conforto ao doente mas em termos arquitetónicos não temos conforto para o doente...)^{E9}; (...difficult because there are not enough facilities or experienced staff to deal with palliative care..)^{E24}; (...ward and most of us work here as the second or third working

shift, so you can imagine how tired we are when we start to work...)^{E28}; (*...it's much nicer and the rooms are bigger and a little more...yes, nicely designed and soft colours then that also affects...and TV and couch, so that relatives can...and it has become very much better after all...and it is felt by all those who are lying in these rooms...)*^{E35}.

Os enfermeiros referiram a necessidade de adequação do espaço físico em contexto de prestação de cuidados, que promova a privacidade e a dignidade do doente na terminalidade.

Para Rossa (2007), a maioria dos enfermeiros prestam CP sem apoio ou formação específica e sem estruturas físicas adequadas. Também Vives (1994) *cit.* Ramos (2002), agrupa as fontes de potencial *stress* para os enfermeiros, nomeadamente os fatores ambientais: as condições físicas do serviço, o estado do doente e o tipo de cuidados prestados, os perigos físicos e os escassos recursos materiais. Já os fatores relacionais relacionam-se com as más relações entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, a falta de confiança, a restrição de autonomia pessoal e a falta de informação médica.

4.4.4. Gestão e cultura organizacional

Foi referido pelos enfermeiros que a gestão e a cultura organizacional podem influenciar diretamente os cuidados prestados:

Gestão e cultura organizacional

- (*...uma equipa jovem é...facilitadora porquê?...porque em termos de filosofia de prestação de cuidados ao doente em fase terminal, foi à chegada quase que imposta ou criada à medida que fomos...criando maturação em termos de equipa ...)*^{E1}; (*...deveria haver hospitais com serviços para doentes oncológicos, serviços paliativos, de modo a que a família tivesse mais condições para acompanhar o familiar e isso seria melhor para os profissionais...)*^{E2}; (*...o ambiente hospitalar também não propicia um cuidado individualizado, ainda se pensa que tudo deve ser feito para manter a vida não valorizando o sofrimento que isso pode causar, sobretudo olhamos para a dor e para o controlo de sintomas que resultam da sua doença, temos rotinas que exigem que nos centremos na técnica...)*^{E5}; (*...a incapacidade de os responsáveis pelos raios perceber que estes doentes precisam de mais disponibilidade de tempo e mais serenidade os profissionais, ou seja para além disto estes doentes necessitam de empenho dos profissionais da equipa multidisciplinar, isto acontece porque não somos ouvidos por quem manda...)*^{E5}; (*...apesar de já termos uma equipa que está criada e que tenta dar algum apoio nos Cuidados Paliativos acho que ainda não é suficiente e depois porque o*

que há de retaguarda é completamente insuficiente e isso acaba por nos complicar também um bocado no nosso papel aqui, nesta instituição não é?...porque não conseguimos se calhar dar o encaminhamento que estes doentes necessitam...)^{E6}; (...*devia de haver uma Unidade de Cuidados Paliativos obviamente no hospital...mas eu acho que a Unidade era o essencial...*)^{E6}; (... *in a specialized area the focus of care is more holistic whereas in a general ward there are many levels of experience and knowledge...*)^{E24}.

A organização e a filosofia dos serviços de saúde parecem influenciar os cuidados ao doente terminal e à sua família, em que os enfermeiros destacam a ausência de uma cultura organizacional em CP, nomeadamente no número reduzido de unidades dirigidas a este tipo de cuidados.

O modelo de gestão e o clima organizacional têm sido frequentemente associados aos conflitos entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, à ambiguidade de papéis, à falta de autonomia e de participação na tomada de decisão, ao empobrecimento nas relações de trabalho e à falta de suporte social, contribuindo desta forma para o *stress* ocupacional (Graça & Reis, 1993 *cit.* Ramos, 2002).

A cultura organizacional existente nas instituições hospitalares incorpora uma filosofia demasiada centrada na cura e no tratamento da doença, desajustada para o doente terminal e para os seus familiares, com acentuada obstinação em terapêuticas inúteis, subestimando a qualidade de vida na terminalidade (Sapeta & Lopes, 2007). Os mesmos autores referem que uma cultura organizacional, massificada e rotinizada dificulta a personalização dos cuidados ao doente terminal e à sua família.

No contexto nacional, a implementação dos CP tem dado grandes passos, mas ainda existe um longo caminho a percorrer, sendo urgente repensar a organização do atual sistema de saúde. Assim, segundo Sapeta (1997), a incidência e a prevalência de doenças oncológicas justifica a criação de uma área própria nas instituições hospitalares, dirigida aos doentes oncológicos de forma a garantir o internamento adequado, o apoio domiciliário ajustado às necessidades de toda a comunidade e ainda os tratamentos e apoio em regime de ambulatório. A mesma autora refere que sem a criação destas estruturas de apoio, os doentes terminais continuarão a morrer em condições dramáticas e os seus familiares a viver verdadeiros pesadelos.

4.4.5. Transição do modelo biomédico para o modelo holístico

Os enfermeiros referiram que as mentalidades sobre os CP se encontram em mudança:

Transição do modelo biomédico para o modelo holístico

- (...as mentalidades tem vindo a evoluir mas mesmo assim poucos prescrevem morfina ainda continuamos a ver o paracetamol e o tramadol prescrito em SOS para doentes terminais, embora cada vez se torna mais raro mas ainda se vê, há uma maior sensibilidade no controlo dos sintomas, alguns de nós embora ainda sejamos poucos já olhamos para a dor como total...)^{E5}; (...o olhar sobre a família, a implicação do doente na decisão é considerado, ou seja este deve ser o centro das decisões, assim já estabelecemos muitas vezes um plano terapêutico com o doente e com a sua família, embora ainda seja um aspeto que tem muito a evoluir...)^{E5}; (...já começa a existir uma maior sensibilidade para a participação da pessoa em fim de vida e sua família no processo de decisão...)^{E5}; (...acho de opinião médica, vá acho que cada vez mais eles estão sensibilizados para o tratamento da dor..., e da parte de enfermagem também...)^{E6}; (...para além do mais temos a Consulta da Dor...)^{E6}; (...acho que a Equipa de Cuidados Paliativos funciona muito bem cá, tanto a parte de enfermagem como a parte médica, acho que eles se articulam bem e dão muito, muito apoio aos doentes internados...)^{E6}; (...vejo grande diferença entre mim e entre os colegas mais novos...eles já tiveram formação, pouca é certo, mas tiveram formação no curso sobre cuidados paliativos...)^{E10}; (...but at least for some patients, and even their families, it is so hard to be in a palliative care unit...I think all the people need to be educated about end-of-life care...)^{E30}.

Os enfermeiros referiram existir a mudança de paradigma e de mentalidades relacionadas com a introdução da filosofia de cuidados focada no doente terminal e na sua família.

A compreensão da doença oncológica na sociedade é encarada como uma doença relacionada com a dor, com a morte e por muito sofrimento (Salimena *et al.*, 2013a). Assim, Mendonça (2011) refere a necessidade de uma reeducação sobre a morte em todas as faixas etárias, focada na mudança de valores, de comportamentos e de atitudes.

Para Frias (2001), é necessário que haja uma cultura de sensibilização da população em geral sobre o que é a morte e sobre o que representam os cuidados paliativos e a quem se destinam. Já Rossa (2007) salienta que a realidade portuguesa ainda se encontra muito longe do ideal a que se propõem os CP relativamente aos mecanismos de suporte, a nível hospitalar e comunitário, sendo necessário uma maior consciencialização a nível político sobre a necessidade de criação de estruturas de suporte adequadas.

Assim, Moreira (2001, p. 419) salienta a necessidade de uma "*sociedade em que se começa a reclamar o respeito pelo direito a uma morte digna (...) em que se privilegie o acompanhamento do doente (...) em que se defenda a qualidade de vida e a sua duração*".

Termina-se este capítulo referindo que na realidade portuguesa já existem algumas instituições que permitem o apoio ao doente terminal e à sua família mas ainda são em número reduzido perante as necessidades de uma população em que os doentes ainda morrem em serviços de cuidados agudos e com a sintomatologia não controlada (Vinhas, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Esta RSL teve como objetivo sistematizar e analisar a evidência produzida relativamente ao significado da experiência vivida pelos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta e à sua família em processo de morrer e de morte em contexto institucional. Neste sentido, da análise dos 39 estudos seleccionados, resultaram quatro temas centrais que evidenciam as diferentes vivências dos enfermeiros. Não é pretendido generalizar os resultados desta revisão pois estes derivaram de estudos de várias culturas e foram sujeitos à interpretação de muitos investigadores, sendo que os resultados finais são o fruto da interpretação pessoal dos investigadores desta revisão. De qualquer forma, os resultados podem induzir as seguintes conclusões.

O enfermeiro perante o processo de morrer e de morte do doente terminal experiencia e vivência diferentes tipos de impacto a nível biopsicossocial e espiritual:

a) Impacto psicológico/emocional, através de um vasto grupo de reações emocionais positivas e negativas como a impotência, a revolta e a frustração; a tristeza, a angústia, a pena e o choro; o medo; a perda, a culpa e a ansiedade; o desgaste psicológico e emocional; a confusão de sentimentos; o alívio; a compaixão; a gratidão e a satisfação profissional; b) Impacto espiritual, através da reflexão sobre a finitude e a valorização da vida e dos detalhes; c) Impacto social, por um crescimento e transformação pessoal; d) Impacto físico, através do desgaste físico.

O confronto repetido com a dor e a morte do doente terminal provoca o desenvolvimento de estratégias adaptativas ineficazes e eficazes pelos enfermeiros, nomeadamente:

a) Estratégias adaptativas ineficazes como a banalização da morte; a frieza, o distanciamento e assumir diferentes papéis; a fuga; o cuidado mecanizado; a negação de sentimentos e a projeção; b) Estratégias adaptativas eficazes como a separação entre a vida pessoal da profissional e o assumir diferentes papéis; a religiosidade; a busca do conhecimento; a partilha e a reflexão entre colegas.

As vivências dos enfermeiros encontram-se inteiramente relacionadas com as suas ações e competências no cuidado ao doente terminal e à sua família:

a) Competências focadas na promoção dos direitos do doente terminal, nomeadamente a qualidade de vida; a dignidade humana e o conforto; a individualidade e a autonomia; o

direito à informação e a satisfação de desejos; b) Competências focadas na satisfação das necessidades do doente terminal, através do apoio psicológico e emocional; o apoio espiritual e religioso; o controlo, o alívio e a validação da dor e do sofrimento; a satisfação das necessidades básicas e os cuidados de higiene como momento privilegiado; o cuidado focado na imagem; a gestão do ambiente e a promoção da distração; c) Competências focadas na relação enfermeiro-doente, como a proximidade e o acompanhamento; a relação de confiança, a intencionalidade e o compromisso; d) Competências focadas na relação enfermeiro-família, através do apoio psicológico e emocional; a disponibilidade e o acompanhamento; o envolvimento e a participação; a preparação da perda e a gestão do luto; e) Competências focadas na comunicação verbal e não-verbal.

Durante esta RSL, foi evidente a presença de fatores que influenciam as vivências dos enfermeiros, sendo organizados em fatores que se relacionados com características do enfermeiro, com o doente e sua família, com a equipa multidisciplinar e com a gestão organizacional:

a) Relacionados com o enfermeiro, designadamente as conceções de morte e de doente terminal; as características pessoais; a filosofia de cuidados, a formação e a experiência profissional; b) Relacionados com o doente e família como a idade e o tipo de morte do doente; o tempo de internamento; o confronto com a doença e as dificuldades da família; c) Relacionados com a equipa multidisciplinar, nomeadamente a classe médica focada no modelo biomédico; a coordenação, o ambiente e a comunicação; e) Relacionados com a gestão organizacional como o apoio e o acompanhamento do enfermeiro; os recursos humanos; as condições físicas e os recursos materiais; a gestão e a cultura organizacional e a transição do modelo biomédico para o modelo holístico.

Pode concluir-se que os significados da experiência vivida encontram-se diretamente relacionados com fatores relacionados com o enfermeiro, com a cultura organizacional e com o doente e a sua família. A forma como o enfermeiro encara a morte, o nível de conhecimentos específicos e a sua filosofia de cuidados, vão influenciar a prestação de cuidados paliativos, sendo que o processo de morrer e de morte provocará sempre algum tipo de impacto no enfermeiro, ultrapassando-o através de mecanismos de defesa.

Ficou evidente que o confronto com o processo de morrer e de morte não é uma tarefa simples, sendo necessário que os profissionais de enfermagem possuam maturidade pessoal e profissional, conhecimentos específicos e sensibilidade humana para cuidar de quem sofre.

Para tal, é necessário que os enfermeiros se encontrem emocionalmente preparados, encarando o doente terminal em todas as suas dimensões, não esquecendo que a família representa o elo de ligação entre o profissional e o doente.

Relativamente às limitações desta RSL, a inexperiência da investigadora representou o principal obstáculo à sua concretização, pois na realização deste tipo de revisões é exigida uma elevada sensibilidade bem como conhecimentos vastos sobre o fenómeno em estudo.

É necessário referir que foi um risco agrupar citações de enfermeiros de nacionalidades e culturas diferentes mas foi evidente que a morte independentemente do país e do local onde ocorre gera idênticas reações e impactos a vários níveis no enfermeiro.

É fundamental mencionar que os critérios de exclusão talvez possam ter eliminado estudos que poderiam enriquecer esta RSL mas o elevado número de estudos ao longo deste trabalho obrigou a optar-se por critérios de inclusão muito específicos. A seleção de estudos apenas em contexto de cuidados prolongados e terminais eliminou também estudos que poderiam ser pertinentes mas ao incluir estudos realizados em contexto de cuidados agudos poderia influenciar os resultados desta RSL, pois compreende-se que os enfermeiros em serviços como urgências estão focados para a promoção da vida, sendo o impacto da morte e os fatores que a influenciam provavelmente diferentes. Também a exclusão dos estudos realizados em ambiente domiciliar verificou-se pertinente, pois as experiências dos enfermeiros nesse contexto podem estar associadas a outros fatores, como por exemplo a dinâmicas familiares e por condições socioeconómicas.

A presença de estudos em diferentes línguas e culturas também representou uma limitação a este trabalho, pois a interpretação e a tradução dos depoimentos dos enfermeiros realizou-se de forma muito pessoal, podendo essa interpretação ter influenciado a criação das categorias desta revisão.

O processo de avaliação da qualidade metodológica também consistiu uma limitação a este trabalho, pois a literatura atual ainda não é conclusiva sobre que critérios a aplicar na avaliação da qualidade metodológica, estando relacionada com a sensibilidade, a visão e a opinião do investigador.

Esta revisão permite sugerir algumas implicações e propostas:

a) Relativamente ao campo de investigação: a realização de estudos relacionados com fenómeno em estudo, em contexto domiciliar, de cuidados agudos e também nos significados

dos enfermeiros no cuidado ao doente terminal em idade jovem, uma vez que os cuidados paliativos pediátricos se encontram em franca expansão;

b) Relativamente às organizações de saúde: as organizações de saúde devem providenciar apoio psicológico aos enfermeiros através de dinâmicas de grupo, pela partilha de experiências e de sentimentos, minimizando o sofrimento emocional. Em relação ao ambiente físico e aos recursos materiais, é necessário que as instituições de saúde proporcionem as melhores condições para promover cuidados de excelência, bem como a criação de unidades e serviços especializados em cuidados paliativos. As instituições também devem fornecer aos profissionais de saúde a oportunidade de participar em cursos de especialização e de sensibilização para a filosofia de cuidados na terminalidade;

c) Relativamente ao campo de ensino: as escolas de enfermagem assumem extrema importância na formação dos futuros enfermeiros, pelo que devem implementar disciplinas focadas no fenómeno em estudo. Os estágios dos estudantes de enfermagem devem contemplar os contextos em que a cura já não é possível, para que desde cedo possam perceber a morte como um fenómeno integrante na atividade profissional;

d) Relativamente à prática profissional: os enfermeiros devem reconhecer as dificuldades inerentes ao cuidado na terminalidade, sendo necessário que apostem em formação adequada e especializada. Será igualmente importante que os enfermeiros reconheçam que existem diferentes mecanismos de *coping* e que a adoção de estratégias ineficazes pode comprometer a saúde física e mental.

A nível pessoal, esta revisão revelou-se uma caixinha de surpresas, pois o confronto da investigadora com a vasta variedade de depoimentos dos enfermeiros veio reforçar a escolha pela formação em CP. Assim, espera-se que esta RSL possa de igual forma iluminar os profissionais de enfermagem e que possibilite uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, advertindo os profissionais de saúde e as instituições de saúde para a necessidade de reeducar os comportamentos e as atitudes na prestação de cuidados na terminalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

Ablett, J.R.; Jones, R.S. (2006). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-oncology*. Aug; v16(8): 733-40. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17171723>>;

Alencar, S.C.S.; Lacerda, M.R.; Centa, M.L. (2005). Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, maio/ago., v7, n.2: 171-180. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8045>>;

Almeida, H.F.O. (2009). Comunicação, Stresse e Estratégias de Adaptação nos Enfermeiros do Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Cultural, Universidade de Coimbra. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17916/1/Tese_Helder%20Almeida.pdf>;

Almeida, C.S.L.; Sales, C.A.; Marcon, S.S. (2014). O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP*; 48(1):34-40. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000100034&script=sci_arttext&tlng=pt>;

Alves, F. (2005). A interpretação de cuidar face à morte: análise fenomenológico-hermenêutica da significação das experiências subjetivas vivenciadas pelos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em <<http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/245>>;

Alves, A.I.A. (2011). Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar. Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <<http://run.unl.pt/bitstream/10362/9585/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Isabel%20Alves.pdf>>;

Alves, L.F.A. (2012). Burnout em enfermeiros dos cuidados continuados. Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados, Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8072>>;

Alves, V.P. (2013). Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem* vol. 17 n.º 1: 17-30. Disponível em <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-1_17_30.pdf>;

A.N.C.P. (2006). Associação nacional de cuidados paliativos: organização de serviços em cuidados paliativos. Recomendações da ANCP. Março de 2006. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf>;

Antoniazzi, A.; Dell'Aglio, D.D.; Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud. psicol*, July/Dec.vol.3 n.º.2:273-294. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X1998000200006&script=sci_arttext>;

Aquino, T.A.A. [*et al.*], (2010). Sentido da vida e conceito de morte em estudantes universitários: um estudo correlacional. *Revista Interação Psicol.*, 14(2): 233-243. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/16696/13924>>;

Araújo, D.F. [*et al.*]. (2010). Cuidados paliativos: percepção dos enfermeiros do hospital das clínicas de UBERABA-MG. *Cienc Cuid Saude*, Out/Dez; 9(4):690-696. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13814/7186>>;

Araújo, P.V.R.; Vieira, M.J. (2004). A questão da morte e do morrer. *Rev Bras Enferm*, Brasília, maio/jun;57(3):361-363. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019636022>>;

Ascensão, D.S. (2013). Burnout nos enfermeiros em cuidados paliativos. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Instituto Politécnico de Castelo Branco. Disponível em <<http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2220/1/Relat%C3%B3rio%20Pr%C3%A1tica%20Cl%C3%ADnica%20-%20Daniela%20Ascensao.pdf>>;

B

Barbosa, A.; Neto, I.G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

Barnard, A.; Hollingum, C.; Hartfiel, B. (2006). Going on a journey: understanding palliative care nursing. *Int J Palliat Nurs*. Jan, 12 (1) :6-12. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16493299>>;

Barreta, J.P.F. (2010). O conceito de vivência em Freud e Husserl. *Revista Psicologia USP*,

São Paulo, Janeiro/Março, 21 (1); 47-78. Disponível em <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12043/art_BARRETTA_O_conceito_de_vivencia_em_Freud_e_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>;

Batista, P.M.P.M.M. (2008). Stress e coping *nos* enfermeiros *dos* cuidados paliativos em oncologia. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19398>>;

Benincá, C.R.; Fernandez, M., Cristiane, G. (2005). Cuidado e morte do idoso no hospital – vivência da equipe de enfermagem. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, jan./jun:17-29. Disponível em <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/27/19>>;

Bettany-Saltikov, J. (2012). How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide. England: Mc Graw Hill. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=9pb6ssRt8hwC&pg=PA164&lpg=PA164&dq=how+to+do+a+systematic+literature+review+in+nursing+a+step-by-step+guide+pdf&source=bl&ots=uCWxV8Mw_P&sig=ogZ5_7JZJbP2AfRs4NP4tdYquI4&hl=pt-PT&sa=X&ei=i-rWU5irLMao0QWkvYCQCw&ved=0CIQBEOgBMAk#v=onepage&q=how%20to%20do%20a%20systematic%20literature%20review%20in%20nursing%20a%20step-by-step%20guide%20pdf&f=false>;

Biblioteca do Conhecimento Online (2008). Biblioteca do Conhecimento Online: Guia do Utilizador. Janeiro. Disponível em <http://www.b-on.pt/downloads/Ajuda/guia_utilizador_2008.pdf>;

Bittencourt, A.R.[*et al.*], (2009). A temática da imagem corporal na produção científica nacional da enfermagem: um destaque para os pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia, 55(3): 271-278, Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/75_revisao_literatura2.pdf>;

Boemer, M.R. [*et al.*], (1992). Dimensão pedagógica do tema "morte". Revista Educ Med Salud, v.26, n°3: 430-443. Disponível em <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/12444.pdf>>;

Bolander, V.B. (1998). Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta;

Both, J.E. [et al.]. (2013). O morrer e a morte de idosos hospitalizados na ótica de profissionais de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, Jul/Set; 12(3):558-565. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18302/pdf_47>;

Brandão, W.C. (2011). A percepção da equipa de enfermagem frente aos cuidados paliativos em oncologia: uma perspetiva fenomenológica em Merleau-Ponty. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Assistencial, Universidade Federal Fluminense. Disponível em <http://www.bdttd.ndc.uff.br/tde_arquivos/32/TDE-2013-07-24T132723Z-3866/Publico/Waleska%20Christina%20Brandao.pdf>;

Brêtas, J.R.S., Oliveira, J. R.; Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Rev. esc. enferm. USP São Paulo Dec.*, v.40, nº4: 477-483. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04.pdf>>;

Briga, S.C.P. (2010). A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>>;

Brites, M. (2010). Provar a compaixão no final da vida uma reflexão a partir de Schopenhauer e Levinas. *Revista Interdisciplinar sobre o Desenvolvimento Humano*, Outubro, n.º 1: 59-65. Disponível em <http://www.ridh.fmleao.pt/paginacao/Provar_a_compassao_no_final_da_vida.pdf>;

C

Campelos, I.C.S.F. (2006). A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde. Monografia para obtenção do grau de licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1012/2/Monografia.pdf>>;

Campos, C.F.G. (2010). Relação supervisiva no processo de morte em pediatria: ajudar os que ajudam a lidar com a morte de uma criança. Dissertação de Mestrado em Supervisão, Universidade de Aveiro. Disponível em <<http://ria.ua.pt/handle/10773/1408>>;

Canastra, C.C.C. (2007). A morte: abordagem interdisciplinar. Dissertação de Mestrado em Bioética Teológica, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5757/3/Tese%20final%20final.pdf>>;

Cândido, A.J.D.E. (2004). Interação enfermeiro-doente: acontecimentos marcantes da vida

dos enfermeiros e seu significado na construção da identidade profissional. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.esenfc.pt%2Fevent%2Fevent%2Fabstracts%2FexportAbstractPDF.php%3Fid_abstract%3D3445%26id_event%3D64&ei=IOHYU9afBe-B7QbD-IHYAQ&usg=AFQjCNEZLVt0u7oKx0xtft3ArqL1eGFnKA>;

Cardoso, G. [*et al.*], (2009). Aspetos psicológicos do doente oncológico. *PsiLOGOS*, revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Pessoa, 6 (2)/7(1-2): 8-18. Disponível em <<http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/429>>;

Cardoso, D.H. [*et al.*]. (2013). Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto contexto - enferm*, vol.22: 1134-1141. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/32.pdf>>;

Carneiro, R.J.S.M.F. (2013). Ansiedade perante a morte e imortalidade simbólica: estudo comparativo entre diferentes grupos. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em <<http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3861>>;

Carvalho, S.C.C.; Botelho, M.A.R. (2011). Os Cuidados Paliativos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários: As intervenções dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem* Vol. 15 N.º 1: 2-24. Disponível em <[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2011_15_1_02-24\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2011_15_1_02-24(1).pdf)>;

CASP (2013). Critical Appraisal Skills Programme. Qualitative Research Checklist. Disponível em <http://media.wix.com/ugd/dded87_951541699e9edc71ce66c9bac4734c69.pdf>;

Casmarrinha, M.J.L. (2008). Familiares do doente oncológico em fim de vida: dos sentimentos às necessidades. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7169/2/TESE%20DE%20MESTRADO%20%20Familiares%20do%20Doente%20Oncolgico%20em%20fim%20de%20Vida%20dos%20Sentimentos%20s%20Necessidades.pdf>>;

Castro, S.C.P. (2008). Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem,

Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19379/2/TeseSusana.pdf>>;

Cerqueira, A.I.V. (2007). O enfermeiro perante a morte do idoso em contexto hospitalar. Monografia para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3144/3/MONO_andreia.pdf>;

Cerqueira, M.M.A. (2010). A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3614>>;

Cezario, E.P. (2012). A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Ciências. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-28082012-090710/pt-br.php>>;

Clarke, S. (2002). Identificação projetiva: do ataque a empatia. NUANCES: estudos sobre educação, ano VIII, nº8:11-32. Disponível em <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewArticle/196>>;

Cordeiro, F.R. (2013). Do governo dos vivos ao governo dos mortos: discursos que operam para a governamentalidade da morte. Revista Aquichan, Dez. v13, nº3: 442-453. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/741/74130042012.pdf>>;

Correia, M.C.B. (2012). Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf>;

Costa, R.J.D.S. (2009). Trabalhar com o sofrimento: vivências de enfermagem numa unidade oncológica de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Antropologia, Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em <<https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/2053>>;

Costa, A.M.G. (2009a). Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade do Algarve. Disponível em <<http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/240>>;

Costa, J.C.P. (2011). As representações biomédicas da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros no contexto multicultural da prestação de cuidados da UCCI Da Santa Casa Da

Misericórdia De Portimão. Dissertação de Doutoramento em Antropologia, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <<http://run.unl.pt/bitstream/10362/6121/1/Tese.pdf>>;

Costello, J. (2006). Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *J Adv Enfermagem*. Jun; 54 (5) :594-601. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16722957>>;

D

Damásio, A. (1999). *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Publicações Europa América, Lda.;

Damásio, A. (1994). *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Publicações Europa América, Lda.;

Deodato, S. (2006). Autonomia e Morte. *Ordem dos Enfermeiros: Final de vida*, VI Seminário do Conselho Jurisdicional, Jan., nº20: 6-13. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf>;

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Almedina;

Dias, C.F.C.; Fonseca, G.G.P.; Parcianello, M.K. (2011). Trabalhadores de enfermagem frente à morte: relatando experiência, vivências e dificuldades. *Revista Contexto&Saúde*, Jan./Jun., v.10, nº20: 1385-1388. Disponível em <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1814/1520>>;

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma percetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Formasau: Coimbra;

Diniz, A.C.; Aquino, T.A.A. (2009). A relação da religiosidade com as visões de morte. *Religare. Revista De Ciências Das Religiões*, nº 6: 101-113. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/religare/article/view/8238>>;

Dwyer, L.L. [*et al.*]. (2010). Nursing home residents' views on dying and death: nursing home employee's perspective. *Int J Older People Nurs.*, Dec;6(4):251-260. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631874>>;

E

Espíndola, C.R.; Blay, S.L. (2009). Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*; 43(4):707-16. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000035&script=sci_arttext>;

Estanque, C.M.J. (2011). A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida: uma abordagem na perspetiva dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/5532>>;

F

Faresin, C.; Portella, M.R. (2009). Cuidados paliativos e o modo de cuidar - até onde vai o envolvimento. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 14, n. 2: 249-264. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/6190/9318>>;

Fenwick, P. (2011). Phenomena of dying: End of life experiences. *Journal of holistic healthcare*, May, v8: 22-26. Disponível em <<http://www.bhma.org/pages/journal/journal-2010-11-content.php#data3>>;

Fernandes, M.A.B. (2012a). Formação em Cuidados Paliativos. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72736/2/29144.pdf>>;

Fernandes, I.M.R. (2012). Quando o enfermeiro se torna doente: acedendo à experiência vivida. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7423/1/ulsd064150_td_tese.pdf>;

Fernandes, M.A. [*et al.*]. (2013). Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):2589-2596. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900013&script=sci_abstract&tlng=pt>;

Ferreira, V.L.A. (2011). A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de Braga. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56197/2/DissertaoMestradoVera.pdf>>;

Ferreira, G.C. (2012). Morte: o vivido da equipe de enfermagem cirúrgica. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em <<http://www.ufjf.br/pngenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Gisele-da-Cruz-Ferreira.pdf>>;

Ferreira, P.L. [et al.], (2012). Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30 (1): 62-70. Disponível em <<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/conteudos/2012/pdf/8.%20Cuidados%20de%20fim%20de%20vida.pdf>>;

Fonseca, J.V.C.; Rebelo. T. (2011). Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. Rev Bras Enferm, Brasília, jan-fev; 64(1): 180-4. Disponível em <<http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/C06FAE24-93B8-464B-8CB2-AD23CEB5B86E/1781/Necessidadesdecuidadosdeenfermagemdocuidadordapess.pdf>>;

Fonseca, R. (2013a). Os enfermeiros também choram. Crónica no Jornal Público, Novembro. Disponível em <<http://p3.publico.pt/actualidade/sociedade/9938/os-enfermeiros-tambem-choram>>;

Fonseca, E.F. (2013). Cuidados de higiene-banho: significados nos cuidados de enfermagem e perspetiva dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70829/2/1762.pdf>>;

Fontoura, E.G. (2013). Sentido da vida: vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12285/1/TESE%20ELAINE%20GUEDES%20FONTOURA%20SENTIDO%20DA%20VIDA%20VIVENCIA_DOS%20CUI.pdf>;

Fontoura, E.G.; Rosa, D.O.S. (2013). Vivência da tríade trágica nos cuidados de enfermagem à pessoa na finitude da vida. Cienc Cuid Saude, Jul/Set; 12(3):508-514. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18066>>;

Fortin, M.F. (2003). O processo de investigação: da conceção à realização. Loures, Lusociência;

Furtado, A.M.O. [et al.]. (2011). O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica: dignidade e qualidade no processo do morrer. Enfermería Global, Nº 22 Abril:1-8. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt_administracion6.pdf>;

Frias, C.F.C. (2001). A aprendizagem do cuidar e a morte um desígnio do enfermeiro em formação. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <<http://run.unl.pt/handle/10362/296>>;

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

Frias, C. (2008). O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar. Revista Referência II.^a Série - n.º6: 56-67. Disponível em <<http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/065767.pdf>>;

Frias, C.F.C. (2010). O processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim da vida: encontro de corpos. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3746/2/ulsd60863_td_Tese_Cidalia_Frias.pdf>;

Frias, C. (2012). O cuidar da pessoa em fim de vida como experiência formadora. Revista Avances en enfermería, V.XXX n.º 1: 13-22. Disponível em <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a02>>;

G

Gama, M.G.M. (2013). O luto profissional nos enfermeiros. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13973>>;

Gameiro, M.G.H. (1998). O sofrimento humano como foco de intervenção de enfermagem. Revista Referência: 5-12. Disponível em <http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=27&pesquisa=>>;

Gannom, M.; Dowling, M. (2011). Nurses' experience of loss on the death of older persons in long-term residential care: findings from an interpretative phenomenological study. Int J Older People Nurs. Dec;7(4):243-52. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21714852>>;

Garcia, J.T.L. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigacion de las emociones. Revista de psicologia geral y aplicada, 49 (2), 249-265. Disponível em <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358236>>;

Gargiulo, C.A. [et al.]. (2007). Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Out-Dez; 16(4): 696-702. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a14v16n4>>;

Gerow, L. [et al.]. (2010). Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *J Nurs Scholarsh.*, Jun;42(2):122-129. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618596>>;

Gomes, S.F.S.; Santos, M.M.M.C.C.; Carolino, E.R.M.A. (2013). Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* nov.-dez. ;21(6):1282-9. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76051>>;

Gonçalves, V.F.P. (2012). Conciliação da vida privada com a vida profissional dos enfermeiros portugueses. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Universidade de Coimbra. Disponível em <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/21504>>;

Grapiglia, G. (2008).. Monografia para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, Centro Universitário Feevale. Disponível em <<http://ged.feevale.br/bibvirtual/monografia/MonografiaGislaineGrapiglia.pdf>>;

Gregório, F.A.S. (2008). Competência emocional e satisfação profissional dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Disponível em <<https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/732>>;

Guandalini, F.C. (2010). As transformações da relação do homem com a morte. Monografia para Especialidade em Psicologia Analítica, Universidade Católica do Paraná. Disponível em <<http://www.symbolon.com.br/monografias/Felipe%20Correa%20Guandalini%20-%20AS%20TRANSFORMACOES%20DA%20RELACAO%20DO%20HOMEM%20COM%20A%20MORTE.pdf>>;

Gutierrez, B.A.O.; Ciampone, M.H.T. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Revista da esc. de enferm. da USP*, dez., v.41 n.4: 660-667. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/16.pdf>>;

H

Henriques, M.; Monteiro, Z.; Lúcia, A. (1995). O enfermeiro e a morte. *Revista Servir*,

Janeiro/Fevereiro, 43(1): 9-17;

Heringer, C.F. (2012). Grupos centrados na tarefa de dialogar sobre a morte e o morrer: sobre seus significados. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Pará. Disponível em <<http://www.ppgp.ufpa.br/HERINGER,%20CRISTINA%20FREITAS.%20DISSERTA%C3%87%C3%83O.%202012.pdf>>;

Higgins, J.P.T.; Green, S. (2011). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. The Cochrane Collaboration, Version 5.1.0, Março. Disponível em <<http://handbook.cochrane.org/>>;

Honoré, B. (2004). Cuidar: persistir em conjunto na existência. Loures: Lusociência;

Hov, R.; Athlin, E.; Hedelin, B. (2009). Being a nurse in nursing home for patients on the edge of life. Scand J Caring Sci. 2009 Dec;23(4):651-9. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453658>>;

I

Ilha, V.L. (2011). O cuidado na morte: as concepções da equipe da hospedaria de cuidados paliativos do hospital do servidor público municipal-HSPM. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Universidade Católica de São Paulo. Disponível em <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=12623>;

Iranmanesh, S. [et al.]. (2009). A caring relationship with people who have cancer. J Adv Nurs. Jun;65(6):1300-8. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19374671>>;

Iranmanesh, S. [et al.]. (2009a). Caring for People at the End of Life: Iranian Oncology Nurses' Experiences. Indian J Palliat Care. Jul-Dec; 15(2): 141–147. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902116/>>;

Iranmanesh, S. [et al.]. (2010). Caring for Dying and Meeting Death: Experiences of Iranian and Swedish Nurses. Indian J Palliat Care. May-Aug; 16(2): 90–96. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3144438/>>;

Iranmanesh, S.; Rayyani M.; Forouzy, M.A.(2012). Caring at the end of life: iranian nurses' view and experiences. Journal of Nursing Education and Practice, May, v2, n2: 9-17. Disponível em <<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/486/449>>;

J

JBI - The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition. The University of Adelaide, Austrália. Disponível em <<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>>;

Johansson, K.; Lindahl, B. (2011). Moving between rooms: moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *J Clin Nurs*. Jul;21(13-14):2034-43. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22151228>>;

Junior, L.; Eltink, C.F. (2011). A visão do graduando de enfermagem perante a morte do paciente. *J Health Sci Inst*.;29(3):176-82. Disponível em <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/V29_n3_2011_p176-182.pdf>;

Júnior, F.J.G.S. [*et al.*], (2010). Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v. 64 n.6: 1122-1126. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a20.pdf>>;

Juthberg, C.; Sundin, K. (2010). Registered nurses' and nurse assistants' lived experience of troubled conscience in their work in elderly care: a phenomenological hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, January , V47, Issue 1: 20–29. Disponível em <[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(09\)00183-7/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(09)00183-7/abstract)>;

K

Kappaun, N.R.C. (2013); Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde no lidar com o processo de morrer. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <<http://157.86.8.70:8080/certifica/bitstream/icict/2358/2/0000010.pdf>>;

Kappaun, N.R.C.; Gomez, C.M. (2013). O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.18, n.9: 2549-2557. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a09.pdf>>;

Klein, A.; Gevard, F.C. (2008). Paciente em fase terminal: percepção de uma equipe de enfermagem. Monografia para conclusão do Curso de Enfermagem, Universidade Regional de Blumenau. Disponível em <http://www.bc.furb.br/docs/MO/2009/333568_1_1.pdf>;

Klüser, S.R. [*et al.*]. (2011). Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos

pacientes. Rev Rene, Fortaleza, jan/mar; 12(1):166-72. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027974022>>;

Kovács, M.J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. O Mundo da Saúde, São Paulo;34(4):420-429. Disponível em <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf>;

Kovács, M.J. (2011). Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. Psicologia: ciência e profissão, 31 (3), 482-503. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300005>;

Kübler- Ross, E.(1995). Sobre a Morte e o Morrer, 7ª Ed., S. Paulo, Martins Fontes;

Kuster, D.K.; Bisogno, S.B.C. (2010). A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. Revista Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v.11, n.1: 9-24. Disponível em <<http://sites.unifra.br/Portals/36/Saude/2010/02.pdf>>;

Kuhn, T.; Lazzari, D.D.; Jung, W. (2011). Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. Rev. bras. enferm, vol.64, n.6:1075-1081. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a13.pdf>>;

L

Lee, L.H. (2009). Phenomenological study exploring the first year experiences of neophyte nurses in Taiwan. Dissertação de Doutorado em Filosofia, University of Nottingham. Disponível em <<http://etheses.nottingham.ac.uk/966/>>;

Lemos, R.C.A. [et al.]. (2010). Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. Rev. Eletr. Enf;12(2):354-9. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a20.htm>>;

Leung, D. [et al.]. (2011). How haematological cancer nurses experience the threat of patients' mortality. J Adv Nurs. Oct;68(10):2175-84. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22150339>>;

Lidman, E.E. [et al.]. (2012). Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. Scand J Caring Sci.,Jun;27(2):215-223. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22612532>>;

Lima, M.G.R.; Nietzsche, E.A.; Teixeira, J.A. (2012). Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. Rev. Eletr. Enf. jan/mar;14(1):181-8.

Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a21.pdf>;

Lima, G.Q.; Paranhos, M.E.; Werlang, B.S.G. (2009). Contribuições da tanatologia no processo de morrer. *Revista de Psicologia da IMED*, v1, n.2: 220-230. Disponível em <<http://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/31>>;

Lima, D.M. (2007). Enfrentamento de situações de morte e morrer percepções de médicos e enfermeiros sobre o seu preparo. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Federal da Sergipe. Disponível em <http://bdtd.ufs.br/tde_arquivos/15/TDE-2009-03-18T052431Z-72/Publico/DANIELE_MARTINS_LIMA_.pdf>;

Lima, M.G.R., [et al.]; (2013). Percepção de enfermeiros sobre a morte e o morrer: influência do ensino acadêmico. *Rev. Saúde Santa Maria*, Jul./Dez., v.39, n.2: 171-180. Disponível em <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/8559/pdf_1>;

Loiselle, C.G.; Sterling, M.M. (2011). Views on death and dying among health care workers in an Indian cancer care hospice: balancing individual and collective perspectives. *Palliat Med.*, Apr;26(3):250-6. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21464118>>;

Lopes, A.C.S. (2010). Morte e cuidar em ambiente hospitalar: como lidar com a morte do outro. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade de Aveiro. Disponível em <<http://ria.ua.pt/handle/10773/4750>>;

Lopes, A.L.M.; Fracolli, L.A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 771-8. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/20.pdf>>;

Lopes, A.J.M. (2004). Experiência de cuidar da pessoa em fase terminal: na perspectiva dos enfermeiros que cuidam dessas pessoas. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10346>>;

Lopes, J.M.O. (2012). Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso: a experiência vivida da pessoa com problemas de adição. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7296/1/ulsd063772_td_Joaquim_Lopes.pdf>;

Loureiro, L.M.J.; Moniz, P.A.F. (2010). Ansiedade e atitudes perante a morte numa amostra de enfermeiros caboverdianos. *Revista Referência III Série-Suplemento*: 356. Disponível em <http://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=details&id_sp=3116&l=1>;

Luz, M.D.A.; Silva, R.M.O.; Fernandes, J.D. (2012). Cuidados à pessoa em fim de vida: percepção de graduandos de enfermagem em Portugal. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, Jan./Abr., v.26, nº1: 331-346. Disponível em <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6135/5981>>;

M

Macedo, L.C.G.M. (2004). Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade uma educação para a morte. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde, Universidade do Minho. Disponibilidade em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/947>>;

Magalhães, S.B.; Franco, A.L.S. (2012). Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64 (3): 94-109. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229025830001>>;

Marques, F.F.P (2010). A construção da finitude na transição do século XX para o século XXI: contributo para o estudo do caso português. Dissertação de Mestrado em História das Ideologias e das Utopias Contemporâneas, Universidade de Coimbra. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18155>>;

Marques, A.L. (2014). História dos cuidados paliativos em Portugal: raízes. *Revista Cuidados Paliativos*, Março, v.1, nº1: 7-12. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf>;

Martins, L. (2006). Final de vida. *Ordem dos Enfermeiros: Final de vida*, VI Seminário do Conselho Jurisdicional, Jan., nº20: 53-56. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf>;

Martins, M.C.S.F.C. (2010). Aliviando o sofrimento: o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3185>>;

Martins, V.R.F.M. (2011). Caracterização e abordagem das necessidades espirituais do doente em final de vida: visão integrada dos profissionais de cuidados paliativos.

Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6290>>;

Martins, M.C.; Melo, J.M. (2008). Emoção...emoções... que implicações para a saúde e qualidade de vida? Editora Instituto Politécnico de Viseu, Abril, nº34: 125-148. Disponível em <<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/365>>;

Matheus, M.C.C. (2009). Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. Revista Acta Paul Enferm., 22:543-545. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/19.pdf>>;

McCallin, A.M. (2011). Moderated guiding: a grounded theory of nursing practice in end-of-life care. Journal of Clinical Nursing, August , V20, Issue 15-16: 2325-2333. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03543.x/abstract>>;

Medeiros, J.M. (2011). A vivência do ambiente hospitalar pela equipe de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica De Goiás. Disponível em <<http://www.cpgss.ucg.br/ArquivosUpload/2/file/MCAS/Julia%20Maria%20Medeiros.PDF>>;

Medeiros, J.D. [et al.]. (2012). Cuidado paliativo: uma forma de refletir a abordagem do enfermeiro ao cliente oncológico. R. pesq.: cuid. fundam.jul./set. 4(3):2655-71. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1799/pdf_619>;

Mendes, J.M.G. (1997). As práticas profissionais e os modelos de enfermagem. Revista Servir, nº45: 6-15. Disponível em <<http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/3158>>;

Mendes, A. (2003). A atitude do santiagoense perante a morte: rituais fúnebres. Dissertação de Mestrado em Estudos Africanos, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/28444>>;

Menezes, R.K. (2006). Equipe de enfermagem frente ao paciente com diagnóstico de câncer. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103125/235250.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>;

Mendonça, N.L.B. (2011). O luto como questão bioética. Dissertação de Mestrado em Filosofia, Universidade Católica Portuguesa, Braga. Disponível em

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8592/3/TESE%20LUTO_final.pdf>;

Mohan, S. [et al.]. (2005). Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience. *Eur J Cancer Care*. Jul; 14(3): 256-63. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15952970>>;

Morais, A.S.S.M. (2010). Vivências dos médicos de família na abordagem do tema morte com doentes em fim de vida. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade Católica Portuguesa, Porto. Disponível em <<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9274>>;

Moraes, I.I.G. (2012). Se estiveres morrendo...Te cuidarei! Monografia como requisito de conclusão do Programa de Pós-Graduação do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Disponível em <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/6498>>;

Morais, I.C.P.S. [et al.], (2013). Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura. *Revista Interd.*, jan.fev.mar, v.6, n.1:96-104. Disponível em <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/13/pdf_1>;

Moreira, C.D.N. (2007). Os sentimentos/dificuldades dos enfermeiros face ao doente oncológico em fase terminal no domicílio e a sua interferência no cuidar. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade do Algarve. Disponível em <<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/333/1/TESE%20CIDALIA%20FINAL%20PDF.pdf>>;

Moreira, I.M.P.B. (2001). O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. 1ª Edição, Coimbra: Formasau;

Morgado, M.I.M. (2012). A vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fsigarra.up.pt%2Ffmup%2Fpt%2Fpubls_pesquisa.show_publ_file%3Fpct_gdoc_id%3D39487&ei=xK_WU6b_MKad0AWIwIHQDQ&usg=AFQjCNG-B984WQxe308nOSfJtBUXTjbUrw&sig2=pXO5lM9BHnT2Oe68gB-R0A>;

Muñoz, S.I.S. [*et al.*], (2002). Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, Maio:2-3. Disponível em <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a074.pdf>>;

N

Nascimento, C.A.D. [*et al.*]. (2006). A significação do óbito hospitalar para os enfermeiros e médicos. Rev. RENE Fortaleza, jan/abril, v7, n1: 52-60. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/768/pdf>>;

Neto, D.L.; Pagliuca, L.M.F. (2002). Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. Rev Latino-am Enfermagem; novembro-dezembro; 10(6):825-30. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600012>;

Neto, I.G. (2004). A dignidade e o sentido da vida prática dos cuidados paliativos. Cascais: Pergaminho;

Neto, V.B.L. (2012). Tanatologia e logoterapia: um diálogo ontológico. Revista Logos e Existência, 1(1):38-49. Disponível em <<http://www.okara.ufpb.br/ojs/index.php/le/article/viewFile/12573/8044>>;

Nicolau, C.V.V. (2013). Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/11059>>;

Nietsche, E.A. [*et al.*] (2013). Equipe de saúde e familiares cuidadores: atenção ao doente terminal no domicílio. Revista Referência, III Série, Julho, n.º 10: 55-62. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>;

Nordgren, L.; Olsson, H. (2004). Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses' perceptions. J Clin Nurs., Feb;13(2):185-93. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14723670>>;

Nora, C.R.D.; Junges, J.R. (2013). Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. Rev Saúde Pública; 47(6):1186-1200. Disponível em

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000901186>;

Nunes, R. (2006). A morte no ciclo vital. Ordem dos Enfermeiros: Final de vida, VI Seminário do Conselho Jurisdicional, Jan., nº20: 35-37. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf>;

Nunes, L. (2013). Competências morais dos profissionais de enfermagem: cinco estrelas revisitadas. VIII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal, Outubro: 1-14. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf>;

O

OE - Ordem dos Enfermeiros (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

OE - Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf>;

Oliveira, J. (2006). A morte no ciclo vital. Ordem dos Enfermeiros: Final de vida, VI Seminário do Conselho Jurisdicional, Jan., nº20: 38-40. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf>;

Oliveira, A.M.P. (2011). A abordagem do doente em fase paliativa no Hospital de Santa Maria: visão do enfermeiro. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6328>>;

Oliveira, P.P. [*et al.*]. (2013). Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. Ciênc. saúde coletiva, vol.18, n.9: 2635-2644. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a18.pdf>>;

Oliveira, A.C.; Sá, L.; Silva, M.L.P. (2007). O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. Rev Bras Enferm, Brasília, maio-jun; 60(3):286-90. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>;

Oliveira, S.G.; Quintana, A.M.; Bertolino, K.C.O. (2010). Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília, Nov.-Dez, 63 (6): 1077-1080. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/33.pdf>>;

P

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: uma perspectiva ética*. 1ª Edição; Loures: Lusociência;

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: uma perspectiva ética*. 2º Edição. Loures: Lusociência;

Pacheco, S. (2006). A morte no ciclo vital: perspectiva da enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros: Final de vida*, VI Seminário do Conselho Jurisdicional, Jan., nº20: 31-34. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf>;

Paiva, F.O. (2013). *O papel do enfermeiro no controlo da dor na pessoa idosa institucionalizada*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Dor, Universidade de Lisboa. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/8752>>;

Parece, A.M.G.G. (2010). *Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados post mortem em unidades de Medicina*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Medicina de Lisboa. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2432>>;

Paulini, M.M. (2007). Reflexões sobre a postura fenomenológica diante do morrer. *Revista IGT na Rede*, v.4, nº6:92-113. Disponível em <<http://igt.psc.br/ojs2/index.php/igtnarede/article/viewFile/1792/2466>>;

Pedraço, R.B.; Beresin, R. (2010). O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Einstein*; 8(1):86-91. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1208-Einsteinv8n1_p86-91_port.pdf>;

Pereira, E. (1996). Promover a dignidade do homem perante a morte. *Revista Informar*, Julho/Setembro, 6(2): 21-23;

Pereira, C.A.A. (2010). *A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: contributos da enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26912/3/Tese%20Carina.pdf>>;

Pereira, C.C. (2013). As emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Saúde, Guarda. Disponível em <<http://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/1317>>;

Pereira, N.; Botelho, M.A.R. (2012). Experiência vivida dos sobreviventes de cancro do cólon e reto após tratamento com intenção curativa: revisão sistemática da literatura. Rev. Pensar Enfermagem, v15, nº11: 31-50. Disponível em <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo2_31-50.pdf>

Pereira, M.G., Lopes, C. (2002). O doente oncológico e sua família. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores;

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 <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24345%26code%3D757&ei=GL3aU9uEI6i00QXYroCABw&usg=AFQjCNGGYXEunGVhdPNDsJd_guf_H5Kq_g&sig2=JYc3NAZsd0PeNEyxeRnbxQ>;

Potter, P.A.; Perry, A.G. (2006). Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos. Loures, Lusociência;

Peterson, J. [*et al.*]. (2010). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. International Journal of Palliative Nursing 2010, v16, nº9: 432-438. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20871497>>;

Phaneuf, M. (2002). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência;

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência;

Pinto, L.K. (2009). O impacto de mortes significativas vivenciadas por uma equipe de cuidados ao paciente terminal. Monografia para conclusão do Curso de Aprimoramento em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto, Instituto de Psicologia. Disponível em <http://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/monografia_livia_kondrat_pinto.pdf>;

Pinto, M.H. [*et al.*]. (2011). O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. Cogitare Enferm, Out/Dez; 16(4):647-53. Disponível em

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/25433/17052>>;

Pinto, S.M.O. (2011). A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica: estudo numa população de doentes em quimioterapia. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63765/3/Sara%20PintoMCPResumo.pdf>>;

Pinto, C.M.C.B. (2003). Respeito no cuidado de enfermagem: perspetiva do doente terminal. Dissertação de Mestrado em Bioética e Ética Médica, Universidade do Porto. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCsQFjAB&url=http%3A%2F%2Frepositorio-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F9593%2F3%2F4275_TM_01_P.pdf&ei=fDHZU9vIE4rE0QW6tIGQDw&usg=AFQjCNExnJudv3iZiXAI5R2tKvOAo0Kug&sig2=m83EVvaMiRD6haAbPPW8TA>;

Pires, A.L. (1994). As novas competências profissionais. Formar: Revista dos Formadores. Lisboa. Nº10;

Poles K.; Bouso, R.S. (2006). Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev Latino-am Enfermagem, Março-Abril, 14(2): 207-213. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a09.pdf>>;

Popim, R.C.; Boemer, M.R. (2005). Cuidar em oncologia na perspetiva de Alfred Schütz. Rev Latino-am Enfermagem, setembro-outubro; 13(5):677-85. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500011>;

Porto, J.A.D. (1999). Conceito e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr, Maio, v.21: 6-11. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03.pdf>>;

Póvoa, D.M.S.S. (2013). Escola de emoções: sentimentos e emoções na mediação de comportamentos. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade de Aveiro. Disponível em <<http://ria.ua.pt/handle/10773/11530>>;

Prearo, C. [et al.]. (2011). Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia. Arq Ciênc Saúde, jan-mar; 18(1):20-7. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=645655&indexSearch=ID>>;

PNCP (2004). Plano Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em <[http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)>;

PNCP (2011). Plano Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em <http://www.rncci.min-saude.pt/siteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf>;

Q

QARI (2012). QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research. The Joanna Briggs Institute. Appendix 7, p.9. Disponível em <http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/cansynthesise/CAN_SYNTHESESISE_Appendices-V3.pdf>;

QARI (2014). QARI Data Extraction Form for Interpretative & Critical Reserach. The Joanna Briggs Institute. Disponível em <http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/dataExtractionForms/JBC_Form_DataE_IntCrit.pdf>;

Querido, A.I.F. (2005). A esperança em cuidados paliativos. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa. Disponível em <<https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/120/1/A%20Esperan%C3%A7a%20em%20Cuidados%20Paliativ.pdf>>;

Querido, A.; Salazar, H.; Neto, I. (2006). Comunicação. In Barbosa & Neto: Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina;

Quintana, A.M. [*et al.*] (2006). Sentimentos e perceções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, 16(35): 415-425. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300012>;

R

Ramalho, A. (2005). Manual para redação de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau;

Ramos, M. (2001). Desafiar o desafio: prevenção do stress no trabalho. RH Editora, Lisboa;

Ramos, J.L.N. (2002). Stress e coping dos enfermeiros no hospital: contexto de

urgência/contexto de cirurgia. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9736>>;

Rassin, M. (2008). Nurses' Professional and Personal Values. *Nurs Ethics* September vol. 15, nº5: 614-630. Disponível em <<http://nej.sagepub.com/content/15/5/614.short?rss=1&ssource=mfr>>;

Recco, D.C.; Luiz, C.B.; Pinto, M.H. (2005). O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do Estado de São Paulo. *Arq Ciênc Saúde*, abr-jun;12(2):85-90. Disponível em <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/5.pdf>;

Renaud, M.I. (2006). Da finitude e fragilidade humana. *Ordem dos Enfermeiros: Final de vida*, VI Seminário do Conselho Jurisdicional, Jan., nº20: 71-77. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf>;

Rezende, M.C.C.; Neto, J.L.F. (2013). Processos de subjetivação na experiência de uma equipe de enfermagem em oncologia. *Revista Psicologia e Saúde*, jan. /jun v. 5, n. 1: 40-48. Disponível em <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/215/296>>;

R.E.P.E. (1996) - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>;

Ribeiro, R.A.R. (2013). A transmissão de más notícias na perspetiva do enfermeiro. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN-%20rakel-tese.pdf>>;

Ridley, T.C. (2012). Hospice nurses in Utah: a qualitative study of their views on hospice nursing philosophy and practice. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, College of Nursing The University of Utah. Disponível em <<http://content.lib.utah.edu/cdm/ref/collection/ehsl-GerInt/id/97>>;

Rockembach, J.V.; Casarin, S.T.; Siqueira, H.C.H. (2010). Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Rev. Rene*. Fortaleza, abr./jun., v. 11, n. 2: 63-71. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/374/pdf>>;

Rodrigues, R.P. (2011). Morte e luto: vivências de profissionais da saúde de uma unidade

de transplante de células-tronco hematopoéticas de um hospital oncológico. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-08082011-154928/pt-br.php>>;

Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney. Lisboa, Climepsi;

Rosa, A.F. [et al.]. (2006). Percepções das enfermeiras frente aos sentimentos de quem vivencia o processo de morrer e morte. Maringá, maio/ago, v. 5, n. 2: 204-211. Disponível em <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5076/3295>>;

Rossa, M.J.N. (2007). A pessoa em fim de vida: vivências dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Bioética, Universidade de Lisboa. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3159>>;

S

Salimena, A.J.O. [et al.], (2013a). Estratégias de enfrentamento usadas por enfermeiros ao cuidar de pacientes oncológicos. Rev Enferm UFSM, Jan/Abr;3(1):8-16. Disponível em <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/6638>>;

Salimena, A.J.O. [et al.], (2013). O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. Cogitare Enferm. Jan/Mar; 18(1):142-7. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/31320>>;

Salvage, A.V. (2010). Caring towards death: a phenomenological inquiry into the process of becoming and being a hospice nurse. Dissertação de Doutorado em Enfermagem, University of Surrey. Disponível em <<https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CG4QFjAH&url=http%3A%2F%2Fkmi-web23.open.ac.uk%3A8081%2Fdownload%2Fpdf%2F245435.pdf&ei=osnaU7jKLNKX0QWBnYHQDA&usg=AFQjCNEsw-8bIB4yjpRHAZJXhFuf8vuBhw&sig2=1NcMC0Yo1VDM3ngaDZYQ4A>>;

Sampaio, A.I.C. (2011). Cuidar do doente em fase terminal: vivências e estratégias adotadas pelos enfermeiros. Monografia para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em <<http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2763>>;

Santana, J.C.B. [*et al.*]. (2009). Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *BIOETHIKOS*, Centro Universitário São Camilo, 3(1):77-86. Disponível em <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>>;

Santana, J.C.B.; Barbosa, N.S.; Dutra, B.S. (2012). Representatividade dos cuidados paliativos aos pacientes terminais para o enfermeiro. *Enfermagem Revista*, v. 15, n. 1:58-71. Disponível em <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3273>>;

Sampaio, R.F.; Mancini, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, jan./fev., v. 11, n.1: 83-89. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>>;

Santos, M.A.; Hormanez, M. (2013). Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):2757-2768. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a31.pdf>>;

Santos, A.S.C. (2000). Sobre o choro: análise de perspectivas teóricas. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII): 325-334. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n3/v18n3a06.pdf>>;

Santos, A. C. A. [*et al.*]. (2004). A morte de idosos asilados - percepção dos cuidadores de enfermagem. *Maringá*, set/dez, v. 3, n. 3: 277-286, Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11205&indexSearch=ID>>;

Santos, M.G. (2009). O cuidado à família do idoso com câncer em cuidados paliativos: perspectiva da equipe de enfermagem e dos usuários. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93005/275629.pdf?sequence=1>>;

Santos, M.C.L.; Pagliuca, L.M.F.; Fernandes, A.F.C. (2007). Cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. *Rev Latino-am Enfermagem*, março-abril; 15(2). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a24.pdf>;

Sapeta, A.P.G.A. (1997). Família face ao doente terminal hospitalizado: o caso particular

do HAL. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Universidade de Évora. Disponível em <<http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/498/1/Tese%20Mestrado%20Sociologia%20PSapeta.pdf>>;

Sapeta, P.; Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Revista Referência II*, Jun. nº4: 35-57. Disponível em <https://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=15&pesquisa=>>;

Schramm, F.R. (2002). Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1): 17-20. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/opinioao.pdf>;

Sequeira, J. (1997). *Desenvolvimento Pessoal*. Monitor, Projectos e edições, Lda.;

Sedrez, F.R.; Filho, G.C. (2008). Percepção do enfermeiro sobre o cuidado humanizado ao paciente terminal. Monografia para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Universidade Regional de Blumenau. Disponível em <http://www.bc.furb.br/docs/MO/2008/329841_1_1.pdf>;

Serra, A.V. (2007). *O stresse na vida de todos os dias*. 3ª Ed.; Coimbra: Adriano Vaz Serra;

Silva, M.J.P. (2008). Falando da comunicação. *Cuidado Paliativo, Cadernos Cremesp*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: 33-43. Disponível em <[https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paliativo.org.br%2Fdl.php%3Fbid%3D15&ei=DD7ZU-q2FfPH7AbM0IDAAw&usg=AFQjCNHRxSZd0hH3BLUhcJHPw-yAj_08VA&sig2=budJyfezLND9Jtqx4I3spw](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paliativo.org.br%2Fdl.php%3Fbid%3D15&ei=DD7ZU-q2FfPH7AbM0IDAAw&usg=AFQjCNHRxSZd0hH3BLUhcJHPw-yAj_08VA&sig2=budJyfezLND9Jtqx4I3spw>)>;

Silva, C.A.X. [et al.]. (2012). Cuidados paliativos: uma alternativa para os usuários oncológicos fora de possibilidades terapêuticas. *R. pesq.: cuid. fundam. out./dez.* 4(4):2797-2704. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1933/pdf_618>;

Silva, L.D.S. [et al.]. (2009). A morte no contexto hospitalar: a visão de uma equipe de enfermagem. *O Portal dos Psicólogos*:1-18. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0463.pdf>>;

Silva, N.V.R. (2009). Conceito e especificidade dos cuidados paliativos: experiência dos cuidadores e dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto Superior de

Psicologia Aplicada. Disponível em <<http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2720>>;

Silva, K.S.S.; Ribeiro, R.G.; Kruse, M.H.L.(2009). Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? Revista Bras Enferm, maio-jun; 62(3): 451-6. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/19.pdf>>;

Silva, I.P.; Werlang, R. (2009). O enfrentamento dos profissionais de enfermagem na situação morte e morrer de pacientes oncológicos. Monografia para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí. Disponível em <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Ingrid%20Pires%20Silva%20e%20Rosa%20Werlang.pdf>>;

Soares, M.M.A.C. (2011). Experiências dos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem no domicílio de doente oncológico em fase terminal. Monografia para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em <<http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2862>>;

Sousa, M.F.C.O. (2009). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Cultural, Universidade de Coimbra. Disponível em <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/14925>>;

Sousa, D.M. [et al.](2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, Jan-Mar; 18(1): 41-7. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05>>;

Sousa, A.M.S.; Fracolli, L.A.; Zobole, E.L.C.P. (2013). Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. Rev Panam Salud Publica 34(2): 127-134. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fjournal%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D626&ei=g8TYU-I7yp_sBuOSgcgL&usq=AFQjCNHp-SaZNbzWO3shDCBo3yK39JGrEQ&sig2=ourTA8yztKb1rNJD14OygQ>;

Souza, S.L.P. [et al.] (2013). A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. Enfermería Global, Outubro, nº32: 230-237. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_administracion4.pdf>;

Stumm, E.M.F.; Leite, M.T.; Maschio, G. (2008). Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. Cogitare Enferm, Jan/Mar; 13(1):75-82. Disponível em

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11955/8436>>;

Susaki, T.T.; Silva, M.J.P.; Possari, J.F. (2006). Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. *Acta Paul Enferm*;19(2):144-9. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200004&script=sci_arttext>;

T

Teixeira, P.F. (2006). Diante da morte: representações sociais da morte em enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta. Disponível em <<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/708/1/LC233.pdf>>;

Tojal, A.P.L. (2011). Atitude do enfermeiro perante a morte. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESEnfC. Disponível em <http://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=details&id_sp=4512&l=1>;

Tracey, S.C.; [et al.]. (2009). Contacting bereaved relatives: the views and practices of palliative care and oncology health care professionals. *J Pain Symptom Manage.*, May;37(5):807-22. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19073359>>;

Trout, L.A. (2013). Nursing presence from the perspective of hospice nurses. Dissertação de Doutorado em Filosofia, Faculty of the School of Nursing Widener University. Disponível em <<http://gradworks.umi.com/35/70/3570582.html>>;

Trugilho, S.M. (2008). O ser sendo diante da morte: um estudo sobre a experiência de enfrentamento da morte por profissionais de saúde e suas aprendizagens. Dissertação de Doutorado em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/nometese_26_SILVIA%20MOREIRA%20TRUGILHO.pdf>;

Twycross, R. (2003). Cuidados paliativos. 2ª Edição; Lisboa: Climepsi Editores;

V

Vachon, M.; Fillion, L.; Achille, M. (2012). Death confrontation, spiritual-existential experience and caring attitudes in palliative care nurses: an interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, V9, Issue 2: 151-172. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14780881003663424#.U_HnnPldWGY>;

Vargas, M.G.O. (2007). Vivência de enfermeiros no cuidado do idoso moribundo

hospitalizado - a perspectiva fenomenológica. Dissertação de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07012008-114028/pt-br.php>>;

Vasques, T.C.S. (2012). Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos e de sua implementação. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Disponível em <<http://repositorio.furg.br:8080/bitstream/handle/1/3512/taniavasques.pdf?sequence=1>>;

Vasques, T.C.S. [*et al.*]. (2013). Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. *Rev. Eletr. Enf.*, jul/set;15(3):772-9. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a20.pdf>;

Valente, I.C.R. (2008). Os Enfermeiros dos Hospitais Centrais perante o doente terminal. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19349>>;

Valente, S.H.; Teixeira, M.B. (2009). Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliária do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo Sept. v43 n.º.3: 655-661. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342009000300022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>;

Viana, A.P.M. (2010). Avaliação da esperança Em cuidados paliativos: Validação Transcultural do Herth Hope Index. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2019>>;

Vidori, C.; Klockner, L.M. (2008). Os enfermeiros no mercado de trabalho atual: como permanecer perante os últimos momentos de vida um paciente e frente a sua família? Monografia para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, Faculdade Assis Gurgacz. Disponível em <http://www.fag.edu.br/tcc/2008/Enfermagem/os_enfermeiros_no_mercado_de_trabalho_atual.pdf>;

Vieira, M. (2008). Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência. 2ª Edição, Lisboa: Universidade Católica Editora.

Vinhas, M.E.G.V. (2012). Assistência em fim de vida em Portugal, no século XIX. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Disponível em
<<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10216/1/Assist%C3%A2ncia%20em%20Fim%20de%20Vida%20em%20Portugal,%20no%20s%C3%A9culo%20XIX.pdf>>;

Volkmer, C. [et al.], (2012). Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Out, v17, nº10: 2703-2715. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/19.pdf>>;

W

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência;

Wallerstedt, B.; Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scand J Caring Sci*. 2007 Mar;21(1):32-40. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17428212>>;

Wu, H.L.; Volker, D.L. (2009). Living with death and dying: the experience of taiwanese hospice nurses. *Oncol Nurs Forum*. Sep;36(5):578-84. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19726398>>;

X

Xavier, S.M.M. [et al.]. (2013). Conforto em pacientes fora de possibilidades de cura: que significado? *Rev enferm UFPE*, Jun.,7(6):4479-87. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F3282%2F6443&ei=dtDaU5PmNaGc0QWDjIGgAg&usq=AFQjCNHFKhrzWpD8PwtMzb-Z9gdf_I6PRw&sig2=0fCdfHqh-vGVUg2OIgTYYA>;

Z

Zamanzadeh, V. [et al.]. (2013). Life in limbo: experiences of iranian hematopoietic stem cell transplantation recipient patients and nurses in a qualitative study. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res*. 2013;7(3):25-33. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24505532>>;

Zimmer, L. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *J Adv Nurs*., Feb;53(3):311-8. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16441536>>;

Žydzīūnaitė, V. (2005). The meaning of nurse' role mission in nursing care. Dissertação de

Mestrado em Caring Science, School of Health Science Blekinge Institute of Technology.

Disponível

em

<[http://www.bth.se/fou/cuppsats.nsf/all/8caf7e7846136dc4c125727c00590b46/\\$file/V.Zydzinaite_NursMaster_FINAL_appendices.pdf](http://www.bth.se/fou/cuppsats.nsf/all/8caf7e7846136dc4c125727c00590b46/$file/V.Zydzinaite_NursMaster_FINAL_appendices.pdf)>;

ANEXOS

Appendix 7: JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research¹

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear
1. Is there a congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?			
2. Is there a congruity between the research methodology and the research question or objectives?			
3. Is there a congruity between the research methodology and the methods used to collect the data?			
4. Is there a congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?			
5. Is there a congruity between the research methodology and the interpretation of results?			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice versa addressed?			
8. Are participants, and their voices, adequately represented?			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): _____



10 questions to help you make sense of qualitative research

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of a qualitative research:

- Are the results of the review valid?
- What are the results?
- Will the results help locally?

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions.

There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

There will not be time in the small groups to answer them all in detail!

©CASP This work is licensed under the Creative Commons Attribution - NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>, www.casp-uk.net

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- What was the goal of the research?
- Why it was thought important?
- Its relevance

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal?

Is it worth continuing?



Detailed questions

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)?

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the setting for data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, or did they use a topic guide)?
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why?
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
- If the researcher has discussed saturation of data

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during
 - (a) Formulation of the research questions
 - (b) Data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
- To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

9. Is there a clear statement of findings?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the findings are explicit
 - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
 - If the findings are discussed in relation to the original research question
-

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy?, or relevant research-based literature?
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive & Critical Research

Reviewer Date

Author Year

Journal Record Number

Study Description

Methodology

Method

Phenomena of interest

Setting

Geographical

Cultural

Participants

Data analysis

Authors Conclusions

Comments

Complete Yes No