

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

6º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

**PRÁTICAS DE CUIDADOS DOS ENFERMEIROS  
PERANTE O DOENTE COM PATOLOGIA CIRÚRGICA,  
SEM PERSPETIVA DE CURA, EM CONTEXTO  
HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada para a  
obtenção de grau de Mestre em Cuidados  
Paliativos, sob a orientação da Professora  
Doutora Maria Manuela Cerqueira

Ana Sofia Barros Costa<sup>1</sup>

Porto, 2016

---

<sup>1</sup> Enfermeira no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E.



“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.” Antoine de Saint-Exupéry



## **AGRADECIMENTOS**

Para a concretização desta dissertação tivemos o apoio e ajuda de várias pessoas. Desta forma, agradecemos a todos que colaboraram e contribuíram para a realização desta dissertação. Expresso assim, desta forma os meus sinceros agradecimentos:

À enfermeira e Professora Doutora Maria Manuela Cerqueira, que sempre esteve disponível, que me orientou quando o caminho se tornava difícil de percorrer. O seu conhecimento e saber foi transmitido de forma elucidativa, através das suas sugestões e correções que fez ao longo da realização deste trabalho de investigação.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E. pela viabilização do estudo através da autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados.

À Equipa de Enfermagem do serviço Cirurgia Especialidades do CHVNG/E E.P.E. que colaborou de forma prestável, mostrando-se sempre disponível para contribuir com as suas vivências - o seu papel foi fundamental.

Às minhas amigas que me motivaram e compreenderam as ausências.

À enfermeira, colega, amiga e companheira de Mestrado Ana Pais.

Aos meus pais que sempre me incentivaram a estudar mais e a ser melhor pessoa e profissional.

À minha irmã Natália que tão sabiamente me aconselhou e ajudou.

Por fim, mas não menos importante, ao Tiago, pelo seu amor e companheirismo, e que sempre me amparou, incentivou e me deu apoio incondicional.



## RESUMO

Ao longo dos tempos, cuidar do doente cirúrgico sem perspectiva de cura tem colocado aos enfermeiros muitos desafios, na medida em que, se por um lado os avanços tecnológicos e científicos têm conduzido à curabilidade da doença, por outro a prática de cuidados é muitas vezes centrada na técnica, descentrada das necessidades efetivas do doente e família, “negando” um atendimento holístico. Os Cuidados Paliativos serão assim, o garante da qualidade de vida da pessoa que vive a sua última etapa. Neste sentido, colocou-se a questão de investigação: “*Que cuidados de enfermagem são prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?*” Tendo esta dissertação como objetivo geral: Conhecer os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura, com a finalidade de contribuir para cuidados humanos para que a dignidade da pessoa não seja posta em causa.

A metodologia tem por base um estudo qualitativo, exploratório descritivo com recolha de dados através de entrevista semiestruturada cujos participantes são enfermeiros de uma unidade de cirurgia do Norte de Portugal. A análise de conteúdo foi efetuada segundo o referencial de Bardin (2011). O estudo respeitou o princípio ético-moral.

Os resultados obtidos evidenciam que os enfermeiros estão muito orientados para a filosofia curativa, adotando quase exclusivamente modelos biomédicos. Verificamos que os cuidados prestados pelos enfermeiros ao doente cirúrgico sem perspectiva de cura centram-se sobretudo em assegurar as funções fisiológicas e promover o conforto. As estratégias mais utilizadas no seu processo de cuidados para lidarem com estes doentes situam-se a nível da referenciação para unidades de Cuidados Paliativos (C.P.) e para a consultadoria em C.P. Apontam como maior necessidade, mais disponibilidade e mais conhecimentos relativos ao processo de transição. A gestão de emoções/sentimentos é a sua maior dificuldade. O evitamento e a aceitação são os mecanismos de *coping* mais adotados. Sugerem como medidas corretivas a existência de um maior rácio enfermeiro/doente e mais formação em Cuidados Paliativos.

É necessária uma aposta na formação em Cuidados Paliativos, para que, a prática de cuidados concilie dois modelos de cuidados: o biomédico e o humano.

**Palavras – Chave:** Cuidados Paliativos, Doente Cirúrgico, Enfermeiros, Hospital de Agudos.

## ABSTRACT

Over time, taking care of the surgical patient without healing perspective has placed nurses many challenges, if on one hand the technological and scientific advances have led to the curability of the disease, on the other hand the practice of care is often focused on technical, off-center of the actual needs of the patient and family, "denying" a holistic service. Palliative Care is thus the guarantor of the quality of life of the person who lives the last stage of his life. In this sense we put up the research question: "*What nursing care is provided to patients with surgical pathology with no prospect of cure?*" With the general objective: To know the nursing care provided to patients with surgical pathology with no prospect of cure, in order to contribute to human care without compromise the person's dignity.

Research Methodology: Qualitative, descriptive and exploratory study using semi-structured interviews for data collection. Participants: nurses from surgery unit in northern Portugal. Content analysis performed based on Bardin (2011). The study complied with the ethical moral principle.

The results show that nurses are very oriented to the healing philosophy, adopting almost exclusively biomedical models. We found that the care provided by nurses to surgical patient without healing perspective focus mainly on ensuring the physiological functions and promote comfort. The strategies most used in their care process to deal with these patients are located at the level of referral to palliative care units and for consultancy. They point as greater need, more availability and more knowledge about the transition process. The management of emotions/feelings are their greatest difficulty. The avoidance and acceptance are the most adopted coping mechanisms. They suggest as corrective measures the existence of a higher nurse/patient ratio and more training in palliative care.

A commitment to training in palliative care is required in order to reconcile the two models of biomedical and human care.

**Keywords:** Palliative Care, Surgical Patient, Nurses, Acute Hospital.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ANCP** – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

**APCP** – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

**Art.** – Artigo

**AVD's** – Atividades de Vida Diária

**C.P.** – Cuidados Paliativos

**CHVNG/E** – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DR** – Diário da República

**EDSCP** – Equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos

**EGA** – Equipa de Gestão de Altas

**EIHSCP** – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

**ELA** – Esclerose Lateral Amiotrófica

**EM** – Esclerose Múltipla

**ESAS** – Edmonton Symptom Assessment System

**Et al.** – Entre outros

**Etc.** – *Ete cetera*

**FMUP** – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNCP** – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**Séc.** – Século

**SECPAL** – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde



# ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	v
RESUMO.....	vii
ABSTRACT .....	viii
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS .....	13
ÍNDICE DE QUADROS .....	14
ÍNDICE DE TABELAS .....	15
INTRODUÇÃO .....	17
<b>I PARTE - O DOENTE COM PATOLOGIA CIRÚRGICA SEM PERSPECTIVA DE CURA – PRÁTICAS DE CUIDADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>1. O DOENTE CIRÚRGICO COM PATOLOGIA INCURÁVEL – CONCEITO E PERSPETIVAS.....</b>	<b>21</b>
1.1 A Filosofia dos Cuidados Hospitalares do Doente Agudo.....	22
1.2 Necessidades Experienciadas pelo Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura .....	24
<b>2. CONCEITO DE CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>31</b>
2.1 Os Direitos do Doente Terminal.....	33
2.2 Cuidados de Enfermagem ao Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura - Um Cuidado Condigno .....	35
2.3 Necessidades/Dificuldades dos Enfermeiros no Cuidar de um Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura .....	39
2.4 Recursos Utilizados no Cuidado ao Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura .....	41
<b>II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>43</b>
<b>1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>45</b>
<b>2. Estratégias Metodológicas .....</b>	<b>49</b>
2.1 Tipo de Estudo .....	49
2.2 Terreno de Pesquisa.....	50
2.3 Os Sujeitos em Estudo .....	51
2.4 Instrumento de Recolha de Dados.....	52
2.5 Técnica de Análise dos Dados .....	54
2.6 Questões Éticas.....	55
<b>III Parte - APRESENTAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>57</b>
<b>1. APRESENTAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>59</b>
1.1 Cuidados de Enfermagem Prestados ao Doente com Patologia Cirúrgica sem Perspetiva de Cura.....	60

1.2 Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros para Lidarem com o Doente com Patologia Cirúrgica sem Perspetiva de Cura .....	64
1.3 Necessidades dos Enfermeiros para Cuidar do Doente com Patologia Cirúrgica sem Perspetiva de Cura .....	66
1.4 Dificuldades Manifestadas pelos Enfermeiros para Cuidar do Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura .....	68
1.5 Sentimentos dos Enfermeiros Experienciados no Cuidar do Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura .....	71
1.6 Mecanismos de Coping Adotados pelos Enfermeiros perante o Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura .....	73
1.7 Sugestões dos Enfermeiros para Minimizar as Necessidades / Dificuldades ao Cuidar do Doente com Patologia Cirúrgica sem Perspetiva de Cura.....	74
<b>IV Parte - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>77</b>
<b>V Parte - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES FUTURAS.....</b>	<b>99</b>
<b>1. CONCLUSÕES.....</b>	<b>101</b>
<b>2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>103</b>
<b>3. IMPLICAÇÕES FUTURAS.....</b>	<b>103</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO I – Declaração de autorização para efetivação do projeto de investigação de mestrado .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO II – Declaração de Consentimento Informado .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE I – Cronograma.....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE II – Guião de Entrevista.....</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICE III – Exemplo de Entrevista.....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE IV – Exemplo de Grelha de Análise de Conteúdo .....</b>	<b>129</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Hierarquia das Necessidades de Maslow (Zalenski e Raspa, 2006, p.1121). 25

Figura 2 – Hierarquia de Maslow adaptada para Cuidados Paliativos (Zalenski e Raspa, 2006, p.1124)..... 26

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo da Preservação da Dignidade (OE, 2010).....	38
Quadro 2 - Caracterização dos enfermeiros segundo género, idade, grau de formação e anos de trabalho no serviço de Cirurgia Especialidades. ....	52
Quadro 3 - Categorias, Subcategorias, Unidades de Análise relativas ao tema: “Cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.....	61
Quadro 4 - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.....	64
Quadro 5 - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Necessidades dos enfermeiros para cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.....	66
Quadro 6 - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Dificuldades manifestadas pelos enfermeiros para cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”. ....	69
Quadro 7 - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Sentimentos dos enfermeiros experienciados no cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”. ....	71
Quadro 8 - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Mecanismos de coping adotados pelos enfermeiros perante o do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”. ....	73
Quadro 9 - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Sugestões dos enfermeiros para minimizar as necessidades / dificuldades ao cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.....	75

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativa da necessidade de Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos em Instituições de Agudos (recursos humanos e materiais) em Portugal, ano 2007.....	42
Tabela 2 - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.....	63
Tabela 3 - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”. .....	65
Tabela 4 - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Necessidades dos enfermeiros para cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.....	67
Tabela 5 - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Dificuldades manifestadas pelos enfermeiros para cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”. .....	70
Tabela 6 - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Sentimentos dos enfermeiros experienciados no cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”. .....	72
Tabela 7 - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Mecanismos de coping adotados pelos enfermeiros perante o doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”. .....	73
Tabela 8 - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Sugestões dos enfermeiros para minimizar as necessidades / dificuldades ao cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.....	76



## INTRODUÇÃO

A origem dos cuidados de saúde assenta num modelo patogénico organizado em torno da dicotomia normal/patológico, no qual se procura rigidamente a remoção da patologia correndo o risco elevado de reduzir a pessoa à sua doença/diagnóstico. Apesar de ainda hoje, focarmos, muitas vezes, a pessoa doente exclusivamente na sua dimensão fisiológica, o que é certo, é que temos sofrido muitas transformações na área da saúde, decorrentes do envelhecimento populacional, do avanço da medicina e tecnologia, do aumento das doenças crónicas progressivas e incuráveis e das alterações na estrutura e dinâmica familiar e social. Assim, tem-se procurado implementar novas formas de cuidar, implementar novas políticas de saúde e adaptar recursos de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas.

Neste contexto, qualquer reforma e/ou reorganização de um sistema de saúde deve basear-se na prestação de cuidados que deem resposta aos problemas atuais, objetivando-se na qualidade, na eficácia, na eficiência e na efetividade das ações para alcançar resultados que se traduzam em ganhos em saúde. Contudo, o que se verifica, apesar de toda a evolução, é que o processo de morte está cada vez mais institucionalizado, recordando aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, a inevitabilidade da morte. Mas a rotina hospitalar, não deixa espaço a que se construa uma relação terapêutica compreensiva, dificultando a promoção de um fim de vida condigno.

Assim, viver-se mais não significa que se morra melhor. Por isso, “emerge a necessidade de se oferecer a máxima qualidade à pessoa em fim de vida e família para a qual os Cuidados Paliativos são uma solução premente.” (Cerqueira, 2010, p. 16). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) refere que os Cuidados Paliativos devem ser uma prioridade das políticas de saúde, com a perspetiva de fornecer apoio global aos vários problemas dos doentes que se encontram em fase avançada da doença e em fase final de vida.

Também a nossa experiência como enfermeiras numa unidade de cirurgia de um hospital de agudos, tem-nos demonstrado que o doente cirúrgico sem perspetiva de cura exige dos enfermeiros habilidades não só técnicas como comunicacionais e relacionais de alta complexidade e que nem sempre estamos preparadas para dar resposta a esta dimensão e para um cuidar integral. Assim, pensamos ser necessário realizar pesquisas

que tragam mais conhecimento para que possamos intervir de forma mais integrada às reais necessidades e problemas de saúde, trazendo assim, maiores ganhos em saúde.

Partindo destes pressupostos colocou-se a questão de investigação “*Que cuidados de enfermagem são prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?*”, tendo como objetivo geral: Conhecer os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura, com a finalidade de contribuir para cuidados humanos para que a dignidade da pessoa não seja posta em causa.

Tendo por base a questão de investigação, outras se colocaram:

- Qual a perspetiva dos enfermeiros acerca do significado de Cuidados Paliativos?
- Quais os cuidados realizados pelos enfermeiros para proporcionar o melhor cuidado ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?
- Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?
- Quais as necessidades dos enfermeiros no processo de cuidar do doente patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?
- Quais as dificuldades dos enfermeiros no processo de cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?
- Quais as medidas adotadas pelos enfermeiros no sentido de minimizar as suas necessidades/dificuldades no cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?

Assim, este estudo desenvolvido no âmbito do 6º Mestrado em Cuidados Paliativos da FMUP encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte é constituída pelo marco teórico que sustenta o estudo. Na II parte apresentamos o estudo empírico, na III parte apresentamos o tratamento e análise dos dados, na IV parte a discussão dos resultados e na última parte (V) apresentamos as conclusões, as limitações do estudo e a proposta de investigações futuras.

Foi seguida a norma Harvard nas citações bibliográficas com o apoio do *software* EndNote™.

**I PARTE - O DOENTE COM PATOLOGIA CIRÚRGICA  
SEM PERSPECTIVA DE CURA – PRÁTICAS DE  
CUIDADOS**



# **1. O DOENTE CIRÚRGICO COM PATOLOGIA INCURÁVEL – CONCEITO E PERSPETIVAS**

Nos últimos anos, temos evidências científicas que cada vez é maior o número de doentes cirúrgicos com patologia incurável nos serviços de cirurgia, que estão preferencialmente vocacionados para curar com êxito. O doente cirúrgico caracteriza-se por aquele que vai ser submetido a uma cirurgia, de acordo com Pitrez e Pioner (2003, p. 19). Salienta-se ainda, que este tipo de intervenção representa uma agressão não só a nível físico, como emocional, espiritual e social, na medida em que, grande parte das vezes o doente e a família não se sentem preparados para enfrentar esta situação, quer pela indefinição quanto ao futuro, experienciando esta situação como assustadora da qual emerge uma variabilidade de sentimentos, quer pelo que envolve uma situação cirúrgica, nomeadamente, a alteração das suas rotinas quotidianas, o afastamento do seu meio familiar e o confronto com um ambiente por vezes hostil e desconhecido.

O doente quando está internado não deixa a sua essência como pessoa na porta do hospital, ele traz consigo os seus sentimentos, emoções, as suas crenças, os seus valores, a sua cultura, educação, ou seja, toda uma história de vida, como refere Durman (2000). De facto, a pessoa que se encontra com uma patologia incurável não é somente um organismo biológico, ela é um ser único e irrepetível, assim, e de acordo com Moreira (2001), qualquer doente com uma patologia incurável experiencia além das emoções psicológicas, uma sucessão de respostas emocionais únicas. Na realidade, as unidades de cirurgia estão altamente sofisticadas a nível tecnológico no sentido de tratar a doença, contudo quando se deparam com a incurabilidade os profissionais de saúde sentem dificuldade em enfrentar a morte e procuram combatê-la.

A solução estará em interiorizar a filosofia e as perspetivas dos Cuidados Paliativos que segundo a OMS (2002) consiste em respeitar a vida e ver a morte como um processo normal, nunca apressar nem atrasar a morte, aliviar a dor e outros sintomas angustiantes, incluir os aspetos psicológicos e espirituais nos atos de cuidar, disponibilizar o apoio necessário para que o doente possa ter uma vida tão ativa quanto possível até à morte, amparar a família a lidar com o processo de morrer do seu familiar e a suportar o sofrimento do luto após a morte.

Deste modo, face às especificidades de uma unidade de cirurgia, o doente cirúrgico com patologia incurável necessita de ser atendido na sua multidimensionalidade, para isso é

fundamental que a equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros, reflitam sobre o que são Cuidados Paliativos de forma a integrá-los no seu cuidar, promovendo cuidados humanizados.

### ***1.1 A Filosofia dos Cuidados Hospitalares do Doente Agudo***

O paradigma da medicina em meados do século XIX, contexto da Revolução Industrial e de toda uma revolução cultural e artística, baseava-se no modelo biomédico, predominante ainda na atualidade. Salienta Barros (2002), que o modelo biomédico focou-se, cada vez mais, na explicação da doença, passou a tratar o corpo por partes e reduz a saúde a um funcionamento mecânico. Foucault (1979) refere que o cuidado na conceção biomédica foca-se no controle dos corpos.

Importa salientar, que as conceções de saúde, doença e cuidado foram-se alterando ao longo dos tempos, dependendo da evolução da própria sociedade e dos estilos de vida das pessoas. Embora a procura da cura seja o objetivo da medicina, procurando-se a imortalidade, o que é certo, é que se assiste a um prolongamento de algumas doenças crónicas que persistem, recidivam e requerem terapêuticas por períodos prolongados, (Pimentel, 2006). Também na atualidade “*a pessoa ainda é vista como um número: o da cama x,.. É um exemplo de como a prioridade a dar à pessoa pode ser direccionada para a patologia e número da sala e cama que ocupa, e não tanto à forma como a pessoa vivencia a doença.*” (Frias, 2010, p. 27).

Outro dos aspetos a considerar é o aumento da esperança de vida, a realização de cirurgias cada vez menos evasivas, a procura do triunfo da cura, o evitamento da morte e como tal a utilização predominante do modelo biomédico para atender o doente a experienciar o fim de vida. Sapeta e Lopes (2007, p. 36) enfatizam que os “*avanços tecnológicos e das ciências médicas têm procurado prolongar a vida e adiar o processo de morte, outorgando ao moribundo mais uns dias, à custa de mais sofrimento, devido a terapêuticas inúteis, ao desajuste terapêutico e à pouca atenção que é dispensada aos atributos do sofrimento entretanto vividos*”. Assim, e de acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) elaborado pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2004) o hospital raramente está preparado para tratar e cuidar o sofrimento do doente que se aproxima da última etapa da vida, pelo facto de se centrarem no tratar da doença.

A hospitalização do doente cirúrgico sem perspectiva de cura e a necessidade de uma intervenção cirúrgica envolvem uma série de necessidades que o hospital não tem conseguido dar resposta pelo facto de se orientar para a doença aguda e tratável.

Salientamos que o termo hospital é de raiz latina, e tem como significado tratar os doentes. Para além de ser uma instituição é também uma organização, isto é, uma unidade social com fins específicos, definida no tempo e no espaço, possui normas e possui um mecanismo de autoridade/poder.

As organizações são caracterizadas e definidas por:

- “Uma *divisão de tarefas* (princípio fundador da organização e da diferença entre grupos estruturados e não estruturados);
- Uma *distribuição de papéis* (divisão social do trabalho);
- Um *sistema de autoridade* (de modo a adequar o comportamento dos membros da organização aos papéis distribuídos e à realização dos objetivos instituídos);
- Um *sistema de comunicação* (com o fim de pôr os indivíduos em relação uns com os outros e com o exterior).
- Um *sistema de contribuição-remuneração* (definindo o que cada um deve dar à organização e receber em troca)” (Graça, 2000, p. 5).

Evidencia ainda o mesmo autor que o hospital detém uma cultura muito própria, “*ligada às questões da vida, da dor e da morte, às diferentes representações sociais da saúde/doença e do papel da medicina, aos diferentes modelos etiológicos de saúde/doença, e às próprias ideologias e estratégias profissionais.*” (Idem, p. 6).

Contudo, e conforme dizia Hennezel (2002, p. 18) a sociedade de hoje é “*uma sociedade que privilegia os valores de efectividade, em detrimento dos valores afectivos. É o progresso técnico, a performance, o poder e o controlo que contam (...) dá-se pouca importância ao mundo da interioridade, aos sentimentos, aos valores espirituais.*” Assim, a partir da década de 60 do século XX surge, em Inglaterra, a filosofia de Cuidados Paliativos, nas mãos de Cicely Saunders que iniciou o chamado movimento dos hospícios, com a intencionalidade de dignificar o fim de vida. Hoje os Cuidados Paliativos são reconhecidos como um direito humano. Assim, em 2003 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados, pelo Decreto-Lei N.º 281 de Novembro de 2003, dando respostas específicas para doentes que necessitam de cuidados de média e de longa duração, em regime de internamento, no domicílio ou em unidades de dia, vocacionada para a recuperação global e a manutenção da funcionalidade do doente crónico. (DGS, 2004, pp. 1-2).

Em 2004 foi publicado pelo Ministério da Saúde o *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*, documento que reconhece os Cuidados Paliativos como uma área primordial dos cuidados de saúde em Portugal. O programa pressupõe o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal nos vários níveis de diferenciação, executados por equipas interdisciplinares, e prevê a criação de equipas e unidades de Cuidados Paliativos. Assume como componentes essenciais: alívio dos sintomas; apoio psicológico, emocional e espiritual; apoio à família; interdisciplinaridade (DGS, 2004, p. 4).

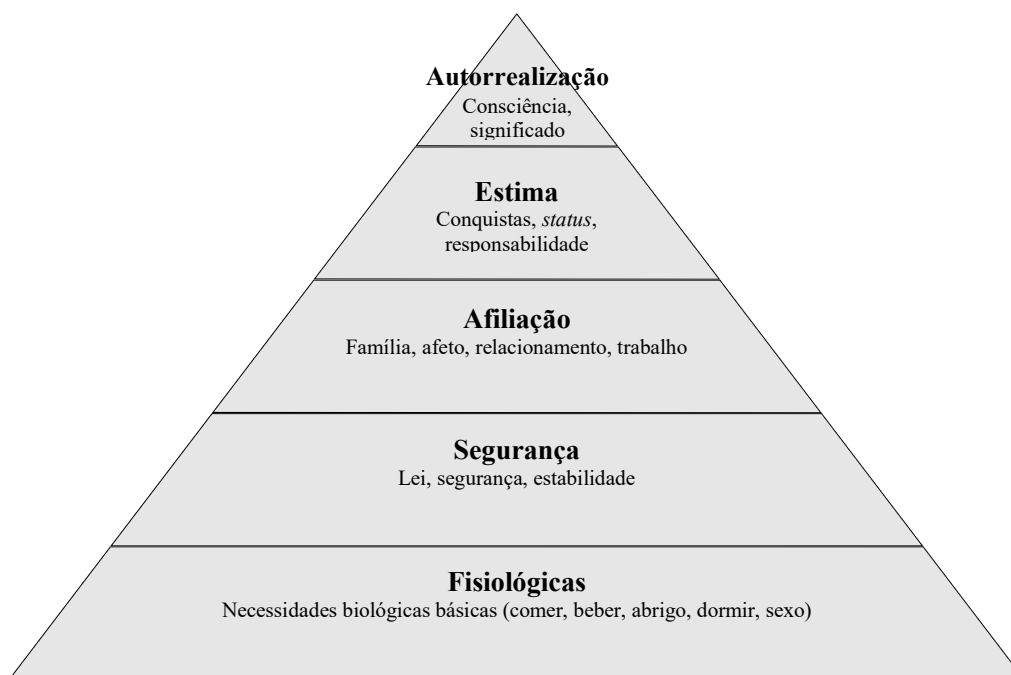
Em Junho de 2006, foi publicado o Decreto-Lei n.º 101/2006 que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), instituindo a colaboração do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social na obrigação da prestação dos cuidados de saúde às pessoas com patologias crónicas incapacitantes, idosas com dependência funcional e ainda com doenças incuráveis na fase avançada e no final da vida. Tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que independentemente da idade, se encontram em situação de dependência (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009, p. 4). Partindo destes pressupostos a filosofia dos cuidados hospitalares ainda muito assente no modelo biomédico tem, de forma progressiva, adotado modelos de cuidados que se orientam para a pessoa, procurando dar respostas efetivas às necessidades presentes.

## ***1.2 Necessidades Experienciadas pelo Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura***

Analisar a questão das necessidades do doente cirúrgico sem perspetiva de cura, remete-nos para a abordagem das necessidades humanas básicas. À luz destas necessidades há teorias que descrevem essas necessidades em forma de hierarquia.

As necessidades humanas, segundo Maslow (1954), estão organizadas numa hierarquia piramidal. Assim, por ordem decrescente de importância, as necessidades estão classificadas em: fisiológicas, segurança, afiliação, autoestima e autorrealização. A necessidade fisiológica é, portanto, a mais forte, a mais básica e essencial, enquanto a necessidade de autorrealização é a mais fraca na hierarquia de importância (ver Fig. 1). Segundo Ferreira (2013, p. 18) “*uma necessidade humana básica é aquela cuja ausência produz doença e cuja supressão permite restaurar a homeostasia e assim o*

*estado de saúde*.”. Por consequência o não seguimento da ordem hierárquica poderá conduzir a uma base pouco estável, favorável ao aparecimento de doença.



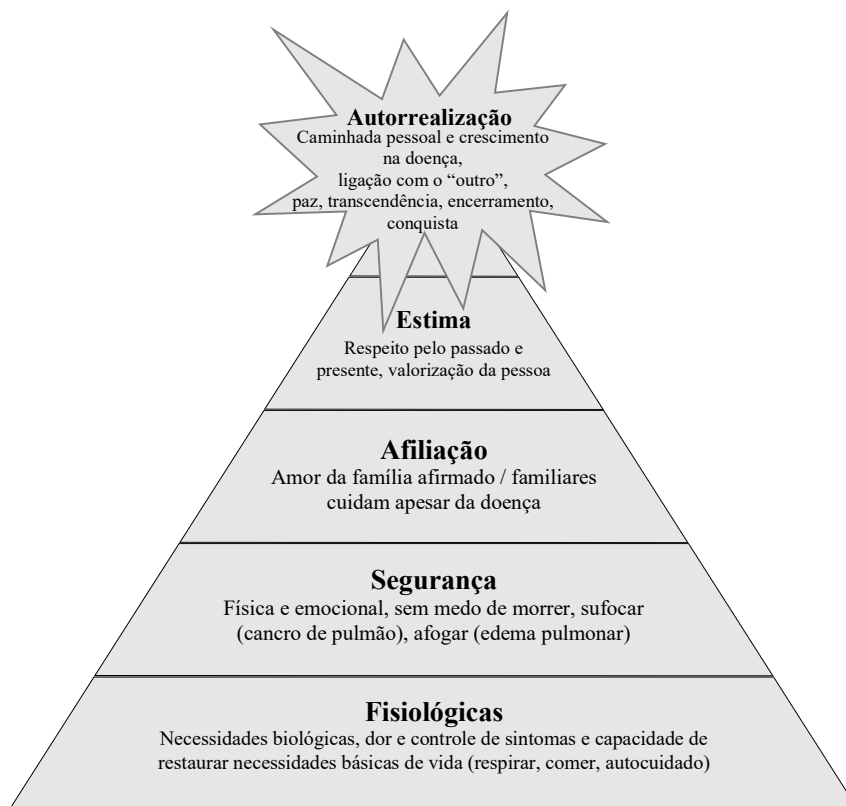
**Figura 1** – Hierarquia das Necessidades de Maslow (Zalenski e Raspa, 2006, p.1121).<sup>2</sup>

Em 2006, surgiu um estudo que vem recuperar esta teoria, mas à luz das necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos, que é o estudo de Zalenski e Raspa (2006), (ver Fig. 2).

Na base da pirâmide mantêm-se as necessidades fisiológicas representadas pelas necessidades biológicas, pela dor e controlo de sintomas e pela capacidade de realizar necessidades básicas como a respiração, a alimentação e o autocuidado. De seguida a necessidade de proteção e segurança caracterizada pela segurança física e emocional, onde não existem medos sobre morrer, sem medo da asfixia (no cancro do pulmão) e sem medo de se sentir a afogar (no caso do edema pulmonar). No nível seguinte encontram-se as necessidades “amar” e “pertença”, em que o amor da família do doente paliativo é afirmado e os familiares cuidam apesar da doença. No penúltimo degrau surgem as necessidades de estima, relacionadas com o respeito pelo passado e pelo presente, pelo valor da pessoa. Por fim, no topo da pirâmide ergue-se a necessidade de

<sup>2</sup> Figura por nós traduzida do original em inglês.

autorrealização com a caminhada pessoal, o crescimento na doença, a ligação com o “outro”, paz, com a transcendência, com o encerramento de algumas questões, conquista.



**Figura 2** – Hierarquia de Maslow adaptada para Cuidados Paliativos (Zalenski e Raspa, 2006, p.1124).<sup>3</sup>

Relativamente à teoria de Enfermagem relacionada com as necessidades fundamentais ao bem-estar do ser humano, podemos referir a Teoria das 14 Necessidades de Virgínia Henderson, enfermeira e teórica. Essas necessidades são:

- Respirar normalmente;
- Beber e comer adequadamente;
- Eliminar os resíduos corporais;
- Movimentar e manter a postura corporal;
- Dormir e repousar;
- Vestir-se e despir-se;
- Manter a temperatura do corpo nos limites normais;
- Estar limpo;

<sup>3</sup> Figura por nós traduzida do original em inglês.

- Cuidados e proteção do tegumento;
- Evitar os perigos;
- Comunicar com os seus semelhantes;
- Praticar a sua religião ou agir segundo as suas crenças;
- Ocupar-se de forma a sentir-se útil;
- Divertir-se e aprender (Crespo, 2009, p. 28).

O doente em fase terminal, devido a todo o seu contexto envolvente, pode apresentar sentimentos de perda, medo, ansiedade e incerteza, à medida que todo o processo progride, levando a que a situação do doente em fase terminal seja ímpar e particular. *“Por esse motivo, requer também cuidados correspondentes no sentido de ir ao encontro das necessidades do doente, que são não só de ordem física, mas também de ordem psicológica, social e espiritual”*(Pacheco, 2004, p. 55). Ainda o mesmo autor refere que as necessidades de ordem física estão relacionadas com a patologia do doente, e vão aumentando de intensidade à medida que o processo de doença evolui. E está associado aos sintomas, como náuseas, vômitos, dificuldade respiratória, etc. As alterações psicológicas surgem com a tomada de consciência da irreversibilidade da doença e da aproximação da morte. Relativamente às necessidades espirituais estas levantam-se quando surgem dúvidas sobre o sentido da vida, sentido da morte, etc.

Sobre as necessidades humanas e sobre as necessidades humanas adequadas ao doente paliativo há teorias e estudos que fazem a sua categorização e análise empírica. As necessidades do doente oncológico paliativo também estão tratadas por Ferreira (2013) no estudo sobre as *“Necessidades em Cuidados Paliativos: na pessoa com doença oncológica”*, onde se descrevem como necessidades do doente oncológico paliativo as:

- Necessidades físicas;
- Necessidades psicológicas;
- Necessidades de informação;
- Necessidades espirituais;
- Necessidades emocionais;
- Necessidades económicas;
- Necessidades de família.

No que se refere às necessidades do doente cirúrgico sem perspetiva de cura, parece-nos importante salientar que o doente passa por determinadas fases e que em cada fase ele apresenta necessidades específicas. Kübler-Ross (1996) uma das primeiras pessoas que se dedicou ao estudo constante das necessidades do doente em fase final de vida,

desenvolveu um modelo de adaptação psicológica à doença grave, apresentando cinco fases para as atitudes que as pessoas têm perante a perspectiva de morte:

1. “Fase da negação”- em que o doente tenta negar a sua doença;
2. “Fase da raiva/revolta”- em que o doente se revolta contra tudo e todos;
3. “Fase da barganha” ou “negociação”- em que o doente faz promessas para melhorar;
4. “Fase da depressão”- na qual o doente se mostra triste e recusa a comunicação;
5. “Fase da aceitação”- em que o doente encara a morte com resignação.

Torna-se ainda importante salientar, que a hospitalização e nomeadamente uma intervenção cirúrgica constituem-se como uma ameaça à autonomia e integralidade da pessoa. Existe um afastamento do seu meio familiar e social, bem como, toda uma alteração dos seus hábitos de vida. Fernandes e Venâncio (2004, p. 4) salientam que a hospitalização e a experiência cirúrgica surgem na vida da pessoa como um fator adverso. Salientam ainda, que a cirurgia afeta a homeostasia da pessoa, pelo que o enfermeiro na relação que estabelece com o doente deve desde o início promover o restabelecimento da independência, indo de encontro às suas necessidades (Idem, p. 7).

Santos e Caberlon citados por Paula e Carvalho (1997, p. 35) referem que a preocupação maior que envolve o doente cirúrgico decorre da obscuridade das informações, abrangendo nomeadamente os aspetos inerentes ao procedimento cirúrgico.

Johnston, citado por Melo (2005, p. 68), verificou que a informação pode influenciar a recuperação; reduzir o internamento, a ansiedade, os níveis de dor e, conseqüentemente, a ingestão de analgésicos. Nestas perspetivas para atender às necessidades é necessário um cuidar holístico respeitando a autonomia e a individualidade da pessoa.

Vieira (1995, p. 116) considera *“para que o doente dê o seu acordo ou permissão com autonomia é necessário que esteja convenientemente informado; dar a informação necessária é portanto, uma forma de respeitar a autonomia.”*

Também o Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 84 refere-se ao respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- a) “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” (OE, 2003, p. 71).

Desta forma, é importante salientar, que conforme chama atenção Vieira (1995, p. 115) *“Cuidar, é mais que um saber científico, uma acção técnica ou uma relação interpessoal, deve ser um imperativo moral que fundamente o exercício da enfermagem na defesa e preservação da dignidade da pessoa que, como enfermeiros, cuidamos.”* As satisfações das necessidades humanas são essenciais para a preservação da dignidade da pessoa.



## 2. CONCEITO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Com o avanço da ciência e da tecnologia são cada vez melhores as técnicas e os procedimentos cirúrgicos. Investe-se cada vez mais na prevenção, no tratamento e na reabilitação. Há a vontade de se conseguir controlar todas as doenças e de dar mais esperança de vida aos doentes, sendo a incurabilidade considerada muitas vezes como fracasso médico. Contudo, quando se estabelece uma doença prolongada, incurável, progressiva, o paradigma tem de ser alterado, ou seja, existe a necessidade de se prestar Cuidados Paliativos, pois já não existe uma resposta científica em termos curativos de determinada doença.

Deste modo, *“Os Cuidados Paliativos destinam-se a doentes que, cumulativamente, não têm perspetiva de tratamento curativo, com doença que progride rapidamente e cuja expectativa de vida é limitada, o seu sofrimento é intenso e têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar os Cuidados Paliativos não se destinam, por isso, a doentes em situação clínica aguda, em recuperação ou em convalescença ou, ainda, com incapacidades de longa duração, mesmo que se encontrem em situação de condição irreversível.”*, como refere o SNS (2010, p. 1).

A ANCP (2006b, pp. 2-3) define Cuidados Paliativos segundo a OMS como *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”*.

Os Cuidados Paliativos não são definidos pelo diagnóstico da doença, mas sim pela necessidade do doente. Daí a pertinência de estudar a realidade do doente cirúrgico, de forma a desmistificar que os Cuidados Paliativos só se aplicam em doentes oncológicos ou com doenças neuro-degenerativas, por exemplo. Segundo o PNCP *“em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou as doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, ELA, EM, etc.)”* DGS (2004, p. 3). Os Cuidados Paliativos devem ser aplicados a partir do momento do diagnóstico de uma

doença incurável e progressiva até ao momento após a morte, com os cuidados no luto à família.

A APCP (2016a) defende que *“Os Cuidados Paliativos deverão ser parte integrante do sistema de saúde, promovendo uma intervenção técnica que requer formação e treino específico obrigatórios por parte dos profissionais que os prestam, tal como a obstetrícia, a dermatologia, a cirurgia ou outra área específica no âmbito dos cuidados de saúde. São cuidados preventivos: previnem um grande sofrimento motivado por sintomas (dor, fadiga, dispneia), pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) associadas à doença crónica e terminal, e reduzem o risco de lutos patológicos. Devem assentar numa intervenção interdisciplinar em que pessoa doente e família são o centro gerador das decisões de uma equipa que idealmente integra médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais. Pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte (e este período pode ser de semanas, meses ou algumas vezes anos), sendo profundamente rigorosos, científicos e ao mesmo tempo criativos nas suas intervenções. Centram-se na importância da dignidade da pessoa ainda que doente, vulnerável e limitada, aceitando a morte como uma etapa natural da vida que, até por isso, deve ser vivida intensamente até ao fim.”*

Como já foi referido, esta filosofia foi introduzida na Inglaterra posteriormente desenvolvida no Canadá, Estados Unidos e mais recentemente na Europa. Atualmente esta Filosofia está disseminada por todo o mundo, tendo como base os Cuidados Paliativos como um direito humano. Contudo, ainda é evidente a assimetria em relação à aplicação da prática destes cuidados à população mundial (Clark, 2002).

Para além da evidente assimetria em relação à aplicação dos C.P., podemos ainda referir que mesmo quando esses cuidados são aplicados, muitas vezes se pensa, erradamente, apenas em doentes oncológicos. É importante desmistificar esta ideia e demonstrar que os C.P. são também focados nos doentes não-oncológicos, como é o caso de doentes com patologia cirúrgica. É frequente estes cuidados não serem devidamente dirigidos por desconhecimento da complexidade inerente, por dificuldade em estabelecer um prognóstico, ou por falta de formação.

A aplicação dos C.P. deve ter em conta os direitos do doente terminal, tema que analisaremos em seguida.

## ***2.1 Os Direitos do Doente Terminal***

Em Cuidados Paliativos, o respeito pelos direitos do doente terminal é fundamental. Os profissionais de saúde devem respeitar e promover estes direitos. Começando pela implementação dos direitos da “Declaração Universal dos Direitos do Homem”, em que “*todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos*” (Art.1); “*todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal*” (Art.3); “*toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar*” (Art.25). Esta é uma declaração global e geral dos direitos humanos. Como o nosso objeto de estudo está relacionado com doentes em regime de internamento, num serviço cirúrgico, torna-se fundamental dar realce aos direitos dos doentes internados.

Em relação aos direitos dos doente internados, também existe uma declaração específica, e está descrita em 14 itens: “**Declaração dos Direitos dos Doentes Internados**” da (DGS, s/d):

1. O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana;
2. O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
3. O doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos;
4. O doente internado tem direito à continuidade de cuidados;
5. O doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
6. O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde;
7. O doente internado tem direito a obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica;
8. O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato clínico ou participação em investigação ou ensino;
9. O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;
10. O doente internado tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico;

11. O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico;
12. O doente internado tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações;
13. O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos;
14. O doente internado tem direito à sua liberdade individual.

Foi publicada em 1975 uma declaração que descreve quais são os direitos do doente na fase final da sua vida: “**Carta dos Direitos do Doente Terminal**”. Nela se faz a junção de todos os direitos fundamentais atrás descritos, sendo estes mais específicos e direcionados à pessoa com doença terminal, como refere Gafo (1996, pp. 173-174). Apesar de ter sido elaborada nos anos 70 do século XX mantém-se bastante atual. É pertinente afunilar a pesquisa sobre estes direitos, uma vez que são eles que guiam a conduta dos profissionais de saúde que cuidam dos doentes em fase terminal. Nela constam os seguintes direitos que devem guiar e orientar a prática dos cuidados em Cuidados Paliativos:

- *“Tenho direito a ser tratado como uma pessoa humana até ao fim da minha vida;*
- *Tenho o direito de manter um sentimento de esperança, qualquer que seja a alteração que me sobrevenha;*
- *Tenho o direito de ser cuidado por pessoas capazes de manter esse sentimento de esperança perante qualquer mudança que me aconteça;*
- *Tenho o direito de expressar à minha maneira os meus sentimentos e emoções perante a minha própria morte;*
- *Tenho o direito de participar das decisões que afetem os cuidados que me vão prestar;*
- *Tenho o direito a receber a atenção da equipa médica e de Enfermagem, mesmo que seja evidente que não me vou curar;*
- *Tenho o direito de não morrer só;*
- *Tenho o direito a não ter dor;*
- *Tenho o direito a que respondam honestamente às minhas perguntas;*
- *Tenho o direito de não ser enganado;*
- *Tenho o direito a receber ajuda da minha família para aceitar a minha morte;*
- *Tenho o direito a morrer em paz e com dignidade;*

- *Tenho o direito de manter a minha individualidade e a não ser julgado pelo facto de que as minhas decisões possam ser contrárias às dos que me assistem;*
- *Tenho o direito de discutir e partilhar as minhas vivências religiosas, mesmo que sejam diferentes das dos outros;*
- *Tenho o direito de esperar que se respeite a dignidade do meu corpo humano depois da minha morte;*
- *Tenho o direito a ser cuidado por pessoas compassivas e sensíveis, competentes na sua profissão, que se esforcem por compreender as minhas necessidades e que encontrem satisfação pessoal ao prestar-me ajuda quando for confrontado com a minha morte” (Gafo, 1996, pp. 173-174).*

Para melhor compreender como devem ser prestados os cuidados de Enfermagem a doentes em Cuidados Paliativos, deve haver primeiro a noção e o conhecimento de quais são os direitos que devem ser respeitados, sendo este o primeiro passo na qualidade na prestação dos cuidados prestados por parte dos enfermeiros. *“No entanto, cuidar dos doentes terminais requer uma filosofia de vida, para a qual reconhecemos que não fomos preparados nem treinados, daí a importância de uma conduta ética em Enfermagem, visto que o contacto quotidiano com situações físicas e psicológicas de sofrimento e de crise, ou com doentes em fase terminal, exige desenvolvimento de competências” (Reis, 2009, p. 18).*

Essas competências também devem ter por base orientadora a questão da prestação de cuidados condignos. Abordaremos este tema, seguidamente.

## ***2.2 Cuidados de Enfermagem ao Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura - Um Cuidado Condigno***

De forma a cumprir todos os direitos dos doentes e mais especificamente do doente terminal, é importante refletir e analisar sobre que cuidados e estratégias são utilizadas para prestar um cuidado condigno. Falamos sobre a humanização dos cuidados de saúde.

Para abordarmos este assunto não podemos fugir ao tema da ética e mais concretamente da bioética. Assim, o termo bioético corresponde a uma realidade muito antiga, tendo como testemunho o “Juramento de Hipócrates”, no qual se encontra a preocupação pelo exercício da medicina. Surgiu no século XX a mudança de nome de moral ou ética médica para bioética. A bioética torna-se a ciência que reflete e estuda os dilemas éticos

relacionados com as ciências da vida, da saúde e da biologia. Torna-se também parte do envolvimento da população, uma vez que os temas mais pertinentes requerem também reflexão da sociedade.

Antes da análise mais profunda sobre a humanização dos cuidados de saúde, abordaremos os quatro princípios fundamentais da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

O princípio mais básico é o **Princípio da beneficência**, que nos diz que *“qualquer técnica, procedimento deve trazer benefícios para o doente e para a sociedade, e jamais lhe causar malefícios. De qualquer modo a aplicação deste princípio é muito complexa. A ponderação de risco/benefício não é fácil (...)”* (Gafo, 1996, p. 19). Ainda o mesmo autor refere, que este princípio está associado ao “não fazer dano”, que hoje se classifica como o princípio da **não-maleficência**. Este princípio não é igual ao primeiro uma vez que o dever de não causar dano é mais obrigatório que a exigência de promover o bem.

O **Princípio da autonomia** está assente na premissa que o doente tem o direito de decidir e escolher relativamente às decisões básicas vitais. Deve ser livre das suas decisões. Para Nunes (s/d) *“O conceito de autonomia refere-se à perspectiva de que cada ser humano deve dispor das condições mínimas para se autorrealizar”*. Contudo devemos estar cuidadosos porque na área da medicina o doente deve ser corretamente informado da sua situação e das possíveis alternativas de tratamento, (Gafo, 1996, p. 20). Concluindo, o conceito de autonomia refere -se *“à perspectiva de que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre, dispondo das condições mínimas para se autorrealizar.”*(Nunes, 2012, p. 251).

O quarto princípio da bioética é o **Princípio da Justiça**, que determina a condição fundamental da equidade. Trata-se de uma obrigação ética de tratar cada doente conforme o que é moralmente adequado, de dar a cada um o que lhe é devido. Deve-se atuar com imparcialidade e os recursos devem ser equilibradamente distribuídos.

A estes quatro princípios *“é acrescentado um quinto, o princípio da precaução, surgido precisamente na era pós descodificação do genoma humano.”*(Bessa, 2013, p. 6).

Atualmente, a estes cinco princípios vão sendo adicionados outros princípios, como sejam, o princípio da vulnerabilidade, o da responsabilidade, o princípio da solidariedade, o da confidencialidade, entre outros.

O termo humanização vem muitas vezes associado ao termo: cuidados de saúde ou cuidados de enfermagem. Está relacionado com a hospitalização, a ética, a tecnologia,

as políticas de saúde ou a relação entre os profissionais da saúde e a pessoa que recorre a uma unidade de cirurgia.

A humanização dos cuidados respeita os direitos dos doentes, a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia e a sua subjetividade. Para além disso há a valorização dos cuidados nas suas dimensões técnicas e científicas, sem esquecer o reconhecimento do profissional também enquanto ser humano, ou seja, pressupõe uma relação sujeito/sujeito como referem Almeida et al. (2009, p. 90).

A necessidade é recolocar o doente no centro do processo, e a humanização envolve solidariedade, compaixão, aproximação e respeito.

Trata-se, no mínimo, de um paradoxo semântico. Como procurar humanização quando se fala do cuidado a seres humanos?

Além da atuação de acordo com os princípios da bioética e da utilização da humanização nos cuidados, também devemos referir a dignidade como estratégia a um cuidado condigno.

A dignidade é um conceito de difícil definição e de complexa interpretação. *“Nos cuidados de saúde tem-se vindo a tornar um conceito vazio pela sua ampla utilização com conclusões divergentes em problemas concretos”* (Magalhães, 2016, p. 17). O conceito de dignidade é um conceito transversal a todos os seres humanos, tal como vimos anteriormente, implementado também nos direitos dos doentes. Falar em dignidade ainda se torna mais pertinente quando falamos de doentes em fase terminal.

O fim de vida por si só é um momento em que o doente se sente mais debilitado e por isso mais propenso a que a sua dignidade seja afetada. Assim, *“o fim de vida e a dignidade são pilares em que os cuidados paliativos estão assentes, sendo a dignidade em fim de vida o core dos cuidados paliativos de excelência”*, como refere Magalhães (2016, p. 18). Podemos concluir então que a dignidade e os Cuidados Paliativos devem permanecer lado a lado no cuidar do doente em fim de vida, em qualquer circunstância e em qualquer momento. Para tal, é necessária a aplicação de todos os direitos consagrados do Homem e do doente no dia-a-dia da prática de cuidados dos Enfermeiros.

A OE (2010, p. 16) utilizou o Modelo de Preservação da Dignidade baseado no modelo do autor Chochinov (2002). Este Modelo propõe um guia como um mapa terapêutico no qual se abordam as questões da dignidade em pessoas em final de vida na sua preparação para a morte. Segundo Magalhães (2016, p. 56) todos os centros de cuidados devem ter a dignidade como conceito orientador.

O Modelo de Preservação da Dignidade organiza um quadro de referência que permite avaliar a conservação, ou não, da mesma o que nos leva mais além da mera prestação de cuidados empáticos (cf. Quadro 1).

A organização do modelo reflete-se em três temas e os respetivos subtemas relacionados com a dignidade no fim de vida.

*As preocupações relacionadas com a doença:* está associado o nível de dependência do doente e controlo de sintomas.

O *Repertório de preservação da dignidade* relaciona-se com as perspetivas que os doentes têm de si próprios e as práticas que utilizam para manter a sua dignidade face à doença.

Relativamente ao *Inventário da dignidade social*, este é composto por fatores externos ao doente.

<b>Principais Categorias, temas e subtemas da dignidade</b>		
<b><i>Preocupações relacionadas com a doença</i></b>	<b><i>Repertório de preservação da dignidade</i></b>	<b><i>Inventário da dignidade social</i></b>
<p>Nível de independência:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acuidade cognitiva;</li> <li>▪ Acuidade funcional.</li> </ul> <p>Perturbações relacionadas com os sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perturbações físicas;</li> <li>▪ Perturbações psicológicas</li> <li>▪ Incerteza médica;</li> <li>▪ Ansiedade relativamente à morte.</li> </ul>	<p>Perspetivas de conservação da dignidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Continuidade do (próprio) Eu;</li> <li>▪ Preservação de papéis;</li> <li>▪ Possibilidade de sucessão / legado;</li> <li>▪ Manutenção do orgulho próprio;</li> <li>▪ Esperança;</li> <li>▪ Autonomia/controlo;</li> <li>▪ Resiliência/espírito combativo.</li> </ul> <p>Práticas de conservação da dignidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Viver no momento;</li> <li>▪ Manter a normalidade;</li> <li>▪ Procurar conforto espiritual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limites de privacidade;</li> <li>▪ Apoio social;</li> <li>▪ Teor dos cuidados;</li> <li>▪ Fardo para terceiros;</li> <li>▪ Preocupações com o período após a morte.</li> </ul>

**Quadro 1** - Modelo da Preservação da Dignidade (OE, 2010).

Podemos então concluir que: “*a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.*” (OE, 2001, pp. 10-11).

Como cada ser é único, também o profissional de saúde vivencia a sua prática de forma distinta um do outro. Cada enfermeiro sente necessidades e dificuldades ao cuidar do doente terminal. Serão, de seguida, abordadas essas necessidade e dificuldades.

### ***2.3 Necessidades/Dificuldades dos Enfermeiros no Cuidar de um Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura***

Não são só os doentes e suas famílias que apresentam necessidades ou dificuldades. Os profissionais de saúde também as demonstram, mais concretamente os enfermeiros que estão no cuidado ao doente 24 horas por dia. É um contacto constante, próximo e particular. Segundo Twycross (2003, p. 200) os profissionais de saúde que cuidam de doentes em Cuidados Paliativos enfrentam vários fatores potencialmente stressantes como:

- “Comunicação de más notícias;
- Adaptação ao insucesso da cura médica;
- Exposição repetida à morte de pessoas com as quais estabeleceram uma relação;
- Envolvimento em conflitos emocionais;
- Absorção da cólera e da mágoa expressas pelo doente e pelos familiares;
- Manter um papel obscuro na equipa de cuidados;
- Idealismo pessoal;
- Desafio ao sistema de crenças pessoal.”

Por vezes a necessidade de apoio psicológico, ou mesmo de aconselhamento profissional, ajuda a ultrapassar algumas das dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidado ao doente em fim de vida. Pode também ajudar no seu desenvolvimento espiritual. As oportunidades de crescimento podem refletir-se em:

- “Enfrentar a própria mortalidade;
- Enfrentar limitações próprias, pessoais ou profissionais;
- Partilhar o controlo;
- Aprender a estar com os doentes e não só prestar-lhes serviços;

- Enfrentar o desafio às próprias crenças;
- Lidar honestamente com as emoções próprias, por exemplo, cólera, luto, mágoa” (Twycross, 2003, p. 201).

Para os autores Sapeta e Lopes (2007) os enfermeiros encontram como dificuldades no cuidar do doente em fase terminal:

- O medo da morte;
- A dificuldade na comunicação;
- O trabalhar em equipa interdisciplinar.

Os enfermeiros que cuidam de doentes em fim de vida têm necessidades muito específicas para que o seu desempenho seja o melhor possível. Bernardo et al. (2010) sugerem estratégias para que os profissionais enfrentem melhor o seu dia-a-dia, evitando, por exemplo o *burnout*.

Assim, os enfermeiros demonstram como necessidade pertencer a uma equipa com uma liderança eficaz, que permita a expressão dos seus sentimentos; uma comunicação eficaz entre os membros da equipa de trabalho; existir por parte da chefia e colegas de um feedback positivo; existência de um enriquecimento das tarefas realizadas; a existência regular de reuniões interdisciplinares; reconhecimento da presença de *stress*; promover a introspeção e autoavaliação; clarificar objetivos e prioridades; organizar a equipa.

Os enfermeiros também têm necessidade de sentir prazer na sensação de competência profissional, de dever cumprido. Sentem ainda a necessidade de refletir sobre a morte e a vida, pois lidam com esta situação diariamente.

Algo muito importante centra-se na capacidade do profissional encontrar tempo para si próprio, para relaxar, para se exercitar, estar em contacto com a Natureza, bem como tentar fazer uma alimentação equilibrada. Por vezes, será uma dificuldade para os enfermeiros manter uma atitude positiva e o humor.

Os enfermeiros que cuidam do doente paliativo enfrentam uma realidade diferente de toda a área clínica convencional. Necessitam de construir um bom suporte social, emocional e físico, para que as suas necessidades e dificuldades sejam ultrapassadas. Contudo, cada pessoa é diferente e lida com as situações de forma singular, mas os profissionais que cuidam do doente terminal têm “*um contacto muito íntimo com as dificuldades e emoções humanas; por isso, há que perceber esse privilégio e aprender a tirar partido das pequenas coisas de cada dia!*” (Bernardo et al., 2010, p. 781).

## ***2.4 Recursos Utilizados no Cuidado ao Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura***

Com o aumento da incidência das doenças oncológicas bem como a inclusão de doentes não oncológicos, houve a necessidade de aumentar os rácios. Entre 20-30% de lugares em Unidades de Cuidados Paliativos integradas em hospitais de agudos (hospitais com mais de 250 camas ou hospitais monográficos em oncologia). Estas camas (80 a 100 camas por milhão de habitante) são destinadas ao tratamento de doentes com perfil “agudo e de alta complexidade”. No caso de Portugal estes lugares não serão incluídos no âmbito da RNCCI, como refere a DGS (2004, p. 27) no PNCP.

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos sugere que as unidades de Cuidados Paliativos devem incluir, pelo menos:

- “Médicos que assegurem a visita diária e assistência durante todos os dias da semana, incluindo as chamadas e visitas urgentes durante a noite;
- Enfermeiros em permanência efetiva, durante as 24 horas;
- Auxiliares de ação médica em permanência efetiva durante as 24 horas;
- Psicólogo clínico que possa assegurar visita diária aos doentes, suporte às famílias e apoio aos profissionais;
- Fisioterapeuta e terapeuta ocupacional que possam assegurar apoio diário aos doentes, de acordo com os planos terapêuticos individuais;
- Técnico de serviço social;
- Apoio espiritual estruturado;
- Secretariado próprio;
- Coordenação técnica da unidade” (DGS, 2004, pp. 30-31).

Segundo Capelas (2009, p. 55), *“as unidades de internamento, sendo importantes são uma das diversas tipologias de respostas, que não deverão ser a primordial prioridade, pois estão dirigidas a específicas tipologias de doentes, nomeadamente quando exista exaustão de cuidadores e descontrolo sintomático que não consiga ser restabelecido no domicílio ou pelas equipas de suporte intra-hospitalar.”*. Assim, muitos hospitais de agudos utilizam as EIHSCP e EDSCP uma vez que requerem menos recursos técnicos, têm custos relativamente baixos e podem desenvolver a sua atividade de forma mais progressiva e ponderada. Esta situação verifica-se no hospital em estudo, que não tem uma unidade de internamento de C.P. mas conta com o apoio da EIHSCP e da EDSCP.

Capelas (2009, p. 55) realizou uma estimativa da necessidade de Unidades de internamento de C.P. em Instituições de Agudos, verificando que no Norte do país seriam em média necessárias 10 destas unidades e em média cerca de 94 enfermeiros/dia, (ver Tabela 1).

Regiões	Unidades			Médicos			Enfermeiros/dia		
	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média
Portugal	14	42	28	42	170	106	106	425	266
Continente	14	41	28	41	162	102	101	405	253
Norte	5	15	10	15	60	38	37	150	94
Centro	3	10	7	10	38	24	24	95	60
Lisboa	4	11	8	11	45	28	28	112	70
Alentejo	1	3	2	3	12	8	8	30	19
Algarve	1	2	2	2	7	5	6	17	12
Açores	1	1	1	1	4	3	6	10	8
Madeira	1	1	1	1	4	3	6	10	8

**Tabela 1** - Estimativa da necessidade de Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos em Instituições de Agudos (recursos humanos e materiais) em Portugal, ano 2007.

O recurso utilizado pelo hospital em estudo é a utilização da colaboração da EIHSCP e da EDSCP, não existindo por isso um serviço de internamento de C.P. neste hospital. Assim, sempre que há a necessidade de acompanhamento de um doente em Cuidados Paliativos a equipa intra-hospitalar pode ser acionada para colaborar com os serviços requisitantes.

A equipa intra-hospitalar funciona como consultora, como complemento aos cuidados que são prestados no serviço de origem.

O médico dos Cuidados Paliativos recebe um pedido de colaboração, de qualquer serviço do hospital, para que haja aconselhamento terapêutico e estratégico para cuidar de um doente que não tem perspetiva de cura.

Para além de todas estas vantagens para os doentes e suas famílias, o sistema de saúde também sai beneficiado com a existência de equipas de Cuidados Paliativos domiciliárias, com a diminuição de internamentos hospitalares, com redução de custos e com uma maior cobertura assistencial.

## **II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**



# 1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica tem por objetivo dar respostas, aumentar os horizontes sobre os fenómenos do mundo e tem como foco contrapor ou melhorar teorias, integrar dados, corrigir resultados e pode ser uma forma de acrescentar informação. Assim, com este estudo pretende-se acrescentar conhecimento sobre algo que ainda está pouco estudado e que se relaciona com os Cuidados Paliativos e o doente cirúrgico sem perspetiva de cura, internado numa unidade de cirurgia de um hospital de agudos.

A procura pelos Cuidados Paliativos ainda está muito associada ao doente oncológico, ao doente com doença degenerativa, ou ao doente em fim de vida.

Neves (1998) efetuou um estudo sobre *Práticas cuidativas numa unidade de cirurgia/ significado contextual para os doentes*, tendo como objetivo determinar o significado que os doentes atribuem às práticas curativas dos enfermeiros, verificando que: nem sempre os cuidados dos enfermeiros correspondiam às suas expectativas; existia um défice de informação no que se refere à preparação pré- operatória; o tipo de cirurgia a que iam ser submetidos; possíveis efeitos da anestesia e quando iam executar o 1º levante (p.8).

Também Cerejo (2000) efetuou um estudo, intitulado *Impacto de um programa de informação estruturada na recuperação pós operatória* com o objetivo de verificar qual o impacto de um programa de informação estruturado, no restabelecimento do doente após cirurgia. Concluiu que uma intervenção estruturada traduz-se positivamente na recuperação do doente.

Silva (2002) desenvolveu um estudo sobre as *Vivências do Doente Cirúrgico no Peri operatório* tendo verificado a existência de uma disparidade relativamente ao tipo de emoções e sentimentos vividos pelo doente nas três fases que compõem o peri operatório. Os participantes do estudo referiram que os enfermeiros devem dar mais atenção, informação, presença e apoio psicológico no pré-operatório (p.7).

Também nós, enquanto enfermeiras, presenciamos que uma das situações críticas do cuidado ao doente cirúrgico sem perspetiva de cura é, quando esta experiência é marcada pela dor e sofrimento intolerável. Estes são os motivos pelos quais muitas vezes a opção pela eutanásia se torna atrativa. É muito frequente ouvir nas enfermarias e corredores do hospital, doentes que verbalizam que não temem tanto a morte em si mesma, mas sim a dor e o sofrimento do processo do morrer. O cuidado da dor e do

sofrimento é a chave para o resgate da dignidade da pessoa. Neste sentido, a partir da questão de investigação “*Que cuidados de enfermagem são prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?*” traçamos o objetivo geral: Conhecer os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura, com a finalidade de contribuir para cuidados humanos para que a dignidade da pessoa não seja colocada em causa.

Procuramos, por tanto, dar voz aos enfermeiros de forma a atingir o objetivo geral do estudo e sua finalidade.

A partir da questão de investigação outras se colocaram:

**Questões:**

- Qual a perspectiva dos enfermeiros a cerca do significado de Cuidados Paliativos?
- Quais os cuidados realizados pelos enfermeiros para proporcionar o melhor cuidado ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?
- Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?
- Quais as necessidades dos enfermeiros no processo de cuidar do doente patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?
- Quais as dificuldades dos enfermeiros no processo de cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?
- Quais as medidas adotadas pelos enfermeiros no sentido de minimizar as suas necessidades/dificuldades no cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?

**Objetivos:**

- Conhecer a perspectiva dos enfermeiros a cerca do significado de Cuidados Paliativos;
- Identificar os cuidados realizados pelos enfermeiros para proporcionar o melhor cuidado ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura;
- Identificar as necessidades dos enfermeiros no processo de cuidar do doente patologia cirúrgica sem perspectiva de cura;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros no processo de cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura;

- Saber quais as medidas adotadas pelos enfermeiros no sentido de minimizar as suas necessidades/dificuldades no cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura.



## 2. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A opção metodológica deve estar ligada ao objeto da investigação e às suas questões e segue várias fases. Impera uma coerência entre as diversas fases do estudo, de modo a não adulterar os princípios epistemológicos que encerram. Neste sentido, a nossa opção recai na metodologia qualitativa porque tenta captar os fenómenos de uma forma holística, dando um contributo para a compreensão dos fenómenos nos seus contextos (Quivy e Campnhautd, 1995).

Leininger (1985, p. 12) refere que *“os métodos qualitativos ajudam o investigador a obter um conhecimento mais profundo das realidades e significados humanos, sentimentos, características, dados subjectivos, atributos intrínsecos e extrínsecos das experiências humanas”*. Este tipo de investigação, interessa-se mais pelo processo do que propriamente pelo produto. O significado é de importância vital na abordagem qualitativa, ou seja, o que está em causa é o modo como as pessoas dão sentido às suas vidas.

A investigação qualitativa privilegia a descrição e o estudo das percepções pessoais, coloca a sua ênfase na compreensão dos comportamentos humanos. Os dados recolhidos são designados de qualitativos o que quer dizer, ricos em pormenores descritivos relativamente a acontecimentos, situações, locais e sujeitos implicados (Bogdan e Biklen, 1994).

Em síntese, a principal fonte de dados é o ambiente natural. O investigador é o principal agente de recolha de dados e analisa-os de forma indutiva, não recolhendo os dados com o objetivo de confirmar hipóteses construídas *à priori*.

### 2.1 Tipo de Estudo

Nesta investigação foi utilizado um estudo descritivo-exploratório para que os objetivos do estudo fossem atingidos.

A investigação descritiva baseia-se no descrever sistemático de factos. O investigador descreve os fenómenos no seu contexto natural sem o alterar, de forma a compreendê-lo e analisa-os para os poder explicar. Quando o investigador pretende conhecer o significado dos acontecimentos para as pessoas nos diferentes momentos da sua vida, o método descritivo é o método de eleição (Parse et al., 1985). Assim, os estudos

descritivos têm como objetivo especificar as propriedades, as características e os perfis importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que se submeta a análise. Selecciona uma série de questões, reúne informações e descreve o que se pesquisa. A mais-valia destes estudos é agrupar dados que demonstrem um acontecimento. Deste modo, Andrade (2002) salienta que o estudo descritivo preocupa-se em observar os factos, registá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, e o investigador não interfere neles. Assim, não há manipulação de dados sobre os fenómenos físicos e humanos que estão a ser estudados.

Relativamente aos estudos exploratórios estes têm como objetivo estudar um tema ou um problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem dúvidas ou não foi abordado antes, tal como Gil (2008) refere. Servem para nos familiarizarmos com conceitos novos e permitem a realização de pesquisas futuras. Andrade (2002) refere como objetivos: proporcionar maiores informações sobre o assunto que se vai investigar; facilitar a delimitação do tema de pesquisa; orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses; descobrir um novo enfoque sobre o assunto.

## ***2.2 Terreno de Pesquisa***

O estudo de investigação decorreu ao longo de todo o mês de fevereiro do ano 2016, num serviço de cirurgia de um Centro Hospitalar da Região Norte do País. Para a realização da colheita de dados deste estudo foi entregue um Pedido de Autorização à Administração do referido Centro Hospitalar (ver ANEXO I). É um hospital central localizado a norte de Portugal, que presta cuidados de saúde à população de Vila Nova de Gaia e de Espinho, sendo cerca de 700.000 habitantes.

Neste hospital encontra-se o serviço de Cirurgia Especialidades, estando incluídas as valências de Neurocirurgia e de Cirurgia Plástica e Reconstructiva Crânio-maxilo-facial. O serviço dispõem de 36 camas, sendo dividido num quarto com 1 cama, duas enfermarias com 2 camas, 1 enfermaria com 5 camas, 2 enfermarias com 6 camas, e 2 enfermarias com 7 camas. Tem uma Sala de Enfermagem, uma Sala de Reuniões / Biblioteca, uma Sala de Tratamentos, uma Sala de Espera, uma Copa, uma Sala de Pausa, um Vestiário, 2 gabinetes de Administrativas, 4 WC (um adaptado com maca-chuveiro) para os doentes e 1 para os funcionários.

O horário de trabalho dos enfermeiros é dividido por turnos, o turno da Manhã das 8h às 15h30, compreende normalmente 7 enfermeiros; o da Tarde das 15h às 22h30, 5

enfermeiros; e o da Noite das 22h às 8h30, 4 enfermeiros. Aos fins-de-semana e feriados o rácio é diminuído (com a exceção das noites). No início e fim de cada turno existe a passagem de turno, no qual se transmite a informação mais importante de cada doente.

Neste serviço são admitidos doentes para cirurgias eletivas - programadas, de urgência, e também paliativas. São também recebidos doentes que foram operados e vêm transferidos de unidades como os Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), pelos Cuidados Intermédios Cirúrgicos (CIC) e pela Unidade Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), são também recebidos doentes vindos do Serviço de Urgência.

### ***2.3 Os Sujeitos em Estudo***

Para dar resposta às questões inicialmente colocadas neste estudo, torna-se fundamental identificar e descrever os sujeitos em estudo, pelo que foi decidido focar a investigação nos enfermeiros que prestam cuidados gerais ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura, no serviço de Cirurgia Especialidades.

No serviço de Cirurgia Especialidades o pessoal de Enfermagem é constituído por 1 enfermeiro chefe, 28 enfermeiros generalistas e 1 enfermeiro especialista em Reabilitação.

Para a seleção dos participantes neste estudo científico foram usados critérios de inclusão e de exclusão. Critérios de inclusão: enfermeiros que trabalham no serviço de Cirurgia Especialidades do Centro Hospitalar da Região Norte há 1 ano ou mais, que prestam cuidados gerais aos doentes com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura.

Critérios de Exclusão: enfermeiros que exercem funções de Especialistas; enfermeiros com cargos de gestão e chefia; enfermeiros que trabalham há menos de 1 ano na Cirurgia Especialidades.

Quanto à caracterização dos sujeitos selecionados para o estudo, podemos contabilizar onze (11) enfermeiros que foram entrevistados (ponto onde se atingiu a saturação dos dados recolhidos), sendo nove (9) do sexo feminino e dois (2) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 36 anos, o que resulta numa média de idades igual a 30,27 anos.

Em relação às habilitações literárias dos inquiridos dois (2) são detentores de Pós-Graduação e um (1) de Especialidade, tendo os restantes oito (8) Licenciatura em

Enfermagem. O tempo médio de exercício de funções no Serviço de Cirurgia Especialidade é de 3,9 anos. O Quadro 2 esquematiza essas informações.

Nº da Entrevista	Sexo	Idade	Grau de Formação	Anos de Trabalho no Serviço
1	F	31	Licenciatura + Especialidade	6
2	F	27	Licenciatura	4
3	F	25	Licenciatura	1
4	M	32	Licenciatura + Pós-Graduação	5
5	F	36	Licenciatura	6
6	F	27	Licenciatura + Pós-Graduação	4
7	M	34	Licenciatura	1
8	F	30	Licenciatura	4
9	F	28	Licenciatura	4
10	F	29	Licenciatura	4
11	F	34	Licenciatura	4

**Quadro 2** - Caracterização dos enfermeiros segundo género, idade, grau de formação e anos de trabalho no serviço de Cirurgia Especialidades.

## ***2.4 Instrumento de Recolha de Dados***

Tratando-se de uma investigação qualitativa, pareceu-nos adequado utilizar como instrumento de colheita de dados a técnica da entrevista na sua modalidade semiestruturada, tal como refere Estrela e Ferreira (1994), Ghiglione e Matalon (1993) e Polit e Hungler (1995). Segundo Quivy e Campnhaut (1995), a entrevista semiestruturada permite ao entrevistado a expressão livre das suas perceções, cabendo ao entrevistador o encaminhamento da entrevista para os objetivos idealizados e orientar o entrevistado para as perguntas às quais ele não chega sozinho.

Na construção de dados que impliquem a subjetividade dos sujeitos, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas, pois segundo Marconi e Lakatos (2003), a seleção do método e das técnicas a utilizar na investigação têm de ser adequadas ao problema e aos objetivos do estudo.

Na perspetiva de Bogdan e Biklen (1994, p. 170) “*a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do seu mundo*”, uma vez que esse autor pretendia com esse estudo compreender a perceção que os doentes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida têm das suas

necessidades, o que eles desenvolveram ao longo da vida que os ajude agora a encarar a doença e a morte.

A colheita de dados descritivos permite ao investigador desenvolver intuitivamente, os quadros de referência dos entrevistados e o modo como estes interpretam. Conforme Lessard-Hébert et al. (2005, p. 160) a entrevista é utilizada na investigação social, pois permite que o investigador confronte a sua percepção do *“significado atribuído pelos sujeitos aos acontecimentos, com aquela que os próprios sujeitos exprimem”*.

As entrevistas variam quanto ao grau de estruturação em entrevistas estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. As entrevistas semiestruturadas são conduzidas a partir de temáticas gerais, mesmo quando seguem o guião, permitindo ao investigador abordar tópicos variados em que o entrevistado tem oportunidade de conduzir o seu conteúdo.

Patton (1990, p. 278) refere que *“nós entrevistamos as pessoas para termos acesso a coisas que não podemos observar directamente (...) nós não podemos observar sentimentos, pensamentos, intuições ...”*. Como referem Polit e Hungler (1995, p. 150) *“se quisermos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou aquilo em que acreditam o meio mais directo de se obter tal informação é perguntar-lhes”*.

A escolha da entrevista no seu modelo semiestruturada *“parece poder satisfazer a necessidade de obter um material discursivo fiável, isto é, correspondendo efectivamente ao que os respondentes pensam, e válido ao mesmo tempo, ou seja, de acordo com as intenções da pesquisa”* (Blanchet citado por Rodrigues e Esteves, 1993, p. 73).

Assim, foi elaborado um Guião de Entrevista com seis perguntas orientadoras (ver Apêndice II), previamente validado junto de dois enfermeiros considerados informantes privilegiados, e que não participaram no estudo. Este guião não necessitou de ser alterado. Para a realização das entrevistas escolheu-se um gabinete do serviço de cirurgia que oferecia um ambiente confortável. Explicou-se no início de cada entrevista o objetivo geral do estudo e sua finalidade, pediu-se o consentimento livre, garantiu-se o anonimato e pediu-se permissão para o uso de gravador. Garantiu-se ainda a possibilidade de desistência em qualquer momento da entrevista se assim, o desejassem. Foram cumpridos todos os procedimentos ético-legais (ver Anexo II).

As entrevistas duraram entre 30 e 40 minutos, sendo posteriormente transcritas, codificadas e organizadas em lista.

Realizaram-se apenas 11 entrevistas por não existir necessidade de continuar, uma vez que os dados começavam a repetir-se, ou seja, não acrescentavam novas informações ao estudo.

## ***2.5 Técnica de Análise dos Dados***

O recurso a análise de conteúdo foi o procedimento adotado para analisar os dados. De acordo com Bardin (2011, p. 93) “*o recurso à análise de conteúdo, para tirar partido de um material dito “qualitativo”, é indispensável (...), que fornecem material rico e complexo*”. Ainda para Bardin (2011), a análise de conteúdo traduz-se num conjunto de instrumentos metodológicos, que podem ser aplicados em discursos muito diferenciados. Diz-nos também que a inferência pode ser obtida através da extração de estruturas traduzíveis em modelos, pela interpretação controlada e fundamentada na ilação. A análise de conteúdo baloiça entre dois extremos: o rigor da objetividade e a subjetividade fértil. Daí a importância deste instrumento técnico.

Trabalhar os resultados das entrevistas é codificá-los. Assim, o método de codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados de forma sistemática e agregados em unidades. Para Bardin (2011), a organização da codificação compreende três escolhas: a escolha das unidades, a escolha das regras de contagem e a escolha das categorias (através da classificação e agregação).

Assim, com base neste método, após a realização das entrevistas, foi inicialmente realizada a transcrição das mesmas, para que o seu conteúdo fosse mais fácil de analisar. Cada entrevista foi identificada com um número. De seguida, cada entrevista foi minuciosamente organizada e ordenada de modo a que fosse possível trabalhá-la e conseguir uma redução de dados, para que desta forma se tornasse mais simples a sua análise qualitativa. Foi posteriormente elaborado um quadro que agrupa os componentes referentes a todas as entrevistas e respetivas respostas.

Foram então organizadas e esquematizadas: Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise (ou unidades de registro) para cada área temática obtida.

A unidade de registro, segundo Bardin (2011, p. 94) “*é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a frequência.*” Deste modo, as unidades de análise traduzem-se nas transcrições das entrevistas e correspondem à categoria de codificação.

Em determinadas categorias surgiram aspetos mais objetivos e relacionados com as próprias unidades de análise, com o domínio de subcategorias.

No capítulo seguinte, surge a representação dos dados obtidos. Após cada quadro surgirá uma tabela com o número de respostas correspondente ao número da entrevista. Cada entrevista é designada pela letra E, associada ao seu número.

## ***2.6 Questões Éticas***

Qualquer que seja o tema de pesquisa colocam-se sempre ao investigador questões éticas e morais. É essencial ter em conta a ética, como salientam Renaud e Renaud (1996, p. 35) ao se referirem ao que se afigura como a “*fundamentação do agir*”.

Também Fortin (1999) salienta que existem cinco princípios fundamentais determinados pelo código de ética: direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal. Neste sentido, garantimos aos sujeitos do nosso estudo o seu direito de ser livre em participar e garantimos a confidencialidade dos dados. Salientamos que efetuamos aquando do projeto de investigação o pedido de autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração do hospital em que se pretendia realizar o estudo e aplicamos a declaração de Helsínquia aos participantes.



### **III PARTE - APRESENTAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**



# 1. APRESENTAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Através da análise de conteúdo obtido a partir das entrevistas realizadas aos enfermeiros, foi possível classificar-se em categorias e subcategorias os dados obtidos. Desta forma, consegue-se compreender melhor a perspetiva e a forma como os enfermeiros lidam e prestam cuidados aos doentes cirúrgicos sem perspetiva de cura. De seguida, apresenta-se a lista de todas as áreas temáticas exploradas, que no total foram sete:

- Cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura;
- Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura;
- Necessidades dos enfermeiros para cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura;
- Dificuldades manifestadas pelos enfermeiros para cuidar o doente cirúrgico sem perspetiva de cura;
- Sentimentos dos enfermeiros experienciados no cuidar do doente cirúrgico sem perspetiva de cura;
- Mecanismos de *coping* adotados pelos enfermeiros perante o doente cirúrgico sem perspetiva de cura;
- Sugestões dos enfermeiros para minimizar as necessidades / dificuldades ao cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura.

De seguida, o resultado analisado das entrevistas realizadas será esquematizado em forma de quadros e tabelas, assim, nelas estarão delineadas as categorias, as subcategorias e as unidades de análise que nos remetem para citações proferidas pelos enfermeiros aquando das entrevistas. Desta forma, a análise surge de forma organizada e sistematizada.

## 1.1 Cuidados de Enfermagem Prestados ao Doente com Patologia Cirúrgica sem Perspetiva de Cura

No Quadro 3 encontra-se a análise relacionada com os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura. Desta análise sobressaem nove categorias sendo elas: “Proporcionar Conforto”, “Simplificar as medidas terapêuticas”, “Promover o auto cuidado”, “Aliviar a dor e outros sintomas”, “Aplicar medidas não farmacológicas”, “Gerir terapêutica farmacológica”, “Proporcionar o Envolvimento Familiar”, “Proporcionar uma comunicação assertiva”, “Proporcionar continuidade de cuidados”.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Unidades de análise
Proporcionar Conforto		<p>“Conforto. (...)” E1;            “ (...) Se está confortável, se não está confortável. (...)” E2;            “ (...) e deixá-los o mais confortável possível. (...) “; “ (...) Conforto. (...)” E3;            “Tenho mais atenção ao conforto, (...)” E4;            “ (...) o que se deve primar é o conforto. Tudo em prol do conforto” E5;            “Acima de tudo, proporcionar mais conforto” E6;            “E cuidados de conforto” E7;            “Medidas de conforto” E9;            “Tento dar mais conforto, (...)” E11.</p>
Simplificar as medidas terapêuticas		<p>“ (...) e minimizar as intervenções que são invasivas, digamos assim.” E4;            “ E tentar ser o menos invasivo com as coisas, por exemplo, com os cateteres, sondas, (...) tentar reduzir isso ao máximo, não estar a causar dor, porque isso é desnecessário “ E6.</p>
Promover o auto cuidado	Higiene	<p>“ (...) Cuidados de higiene. (...)” E1;            “ (...) Otimizar o leito. (...) “; “ (...) trocamos com mais regularidade os lençóis, as fraldas” E7;            “ Prestar os cuidados de higiene se calhar, mais lentificados, (...) “ E11.</p>
	Posicionar-se	<p>“ (...) Posicionar, (...)” E2;            “ Os posicionamentos.”; “Posicionamentos antiálgicos, (...)” E9;            “ (...) às vezes nós não posicionámos, (...), para não lhes causar mais desconforto (...)” E10.</p>
	Vestir-se/Despir-se	<p>“ (...) que ele não esteja desconfortável, por uma roupa que o esteja a incomodar, ou pelo calor, pelo frio, (...)” E8.</p>
	Alimentar-se	<p>“A alimentação.”; “ (...) dar aquilo que eles lhes apetece, aquilo que eles gostam, independentemente de ser diabético, hipertenso, (...)” E9;            “A nível da alimentação, também, se eles se recusarem não vou estar a insistir com eles, (...)” E10.</p>
Aliviar a dor e outros sintomas		<p>“ (...) Monitorização da dor. (...) ”; “Aquilo a que eu tenho mais atenção é a medicação, a analgesia. (...)” E2;            “ (...) A nível de Enfermagem: minimizar a dor, (...)” E3;            “ (...) tento estar preocupada (...), com o controlo dor, (...) ”; “ (...) mas o controlo da dor é muito importante e tento da melhor forma, (...)”</p>

		<p>“; ”O controlo da dor, (...)“ E8;</p> <p>“Controlo da dor” E9;</p> <p>“A medicação. Se tiver dores falamos com a Enfermeira da Dor e damos a medicação para o controlo da dor” E10;</p> <p>“ (...) atenuar um bocadinho a dor deles, quando tem medicação analgésica, essas coisas assim (...)“ E1.</p>
Aplicar medidas não farmacológicas		<p>“ (...) Massajar (...)“; “ (...) Aplicar um bocadinho de creme. (...)“ E2;</p> <p>“ Massagem terapêutica, aquelas técnicas não farmacológicas, (...)“ E5;</p> <p>“ (...) O toque. Muitas das vezes acho que basta, (...)“ E8;</p> <p>“ (...) mas tentar paparcá-lo – massajá-lo” E11.</p>
Gerir terapêutica farmacológica		<p>“ (...) A nível de terapêutica (...)“; “ (...) insistimos sempre um bocadinho mais, ou até introduzimos uma sonda (...)” E1;</p> <p>“ (...) Medicação administrada. (...)“ E2;</p> <p>“ (...) Administrar os SOS’s. (...)“ E3;</p> <p>“ (...) otimizamos o oxigénio (...)“ E7;</p> <p>“ (...) gerir a terapêutica para que aquele doente possa estar confortável (...)” E8.</p>
Proporcionar o Envolvimento Familiar		<p>“ (...) Incentivo o apoio familiar, também. (...)“; “ (...) Incentivar os familiares a estarem com eles, falarem, darem apoio. (...)” E3.</p>
Proporcionar uma comunicação assertiva	Favorecimento de uma escuta ativa	<p>“ (...) para estarmos ali com eles a falar e a conversar. (...)” E1;</p> <p>“ (...) Passo algum tempo com estes doentes, tentar falar, perceber, (...)“ E3;</p> <p>“ (...), sentarmo-nos ao lado dele e falar (...)” E5;</p> <p>“Nós temos que ouvir todos os doentes, (...) precisam de ser ouvidos sem pressas, ou seja precisamos de estar ali mais tempo, (...)”; “Ouvir o doente” E8;</p> <p>“Ser um bom ouvinte, que acho que é importante” E9.</p>
	Favorecimento de uma esperança	<p>“ (...) E dar sempre esperança. (...)”; “ (...) Dar exemplos da vida. O que é que eles têm pela frente (...)” E3.</p>
	Satisfação das vontades	<p>“ (...) o doente tem indicação de levante para cadeirão, se ele não quer fazer – não faz. (...)”; “ (...) Quer comer isto, quer comer um chocolate – é diabético – come chocolate. (...)“; “Não faço restrições, faço o que ele quiser” E5;</p> <p>“ (...) tentar que a vontade deles prevaleça, tentar atender ao máximo à vontade, (...)“ E8.</p>
	Favorecer a expressão de sentimentos	<p>“ (...) O principal é o apoio (...)” E3;</p> <p>“ (...) a relação empática com o doente – os medos que eles têm, porque devem ter muitos, (...)“ E5;</p> <p>“E mostrar que nós estamos cá para o apoiar em todos os sentidos” E9;</p> <p>“ Às vezes tentando prestar-lhes mais um bocadinho de apoio, estar com ele“ E11;</p> <p>“Conversando, e também tentamos pôr um bocadinho do lado deles, para ver o que é que eles estão a sentir, naquela fase que é um bocado complicada, porque eles sabem que daqui a um tempo não vão estar cá“ E11.</p>
Proporcionar continuidade de cuidados		<p>“ (...) ponho tudo direitinho em SAPE” E2.</p>

**Quadro 3** - Categorias, Subcategorias, Unidades de Análise relativas ao tema: “Cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

		Enfermeiros											Nº Total de Respostas
Categorias	Subcategorias	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	
Proporcionar Conforto		X	X	X	X	X	X	X		X		X	9
Simplificar medidas terapêuticas					X		X						2
Promover o auto cuidado	Higiene	X						X				X	3
	Posicionar-se		X							X	X		3
	Vestir-se / Despir-se								X				1
	Alimentar-se									X	X		2
Aliviar a dor e outros sintomas			X	X					X	X	X	X	6
Aplicar medidas não farmacológicas			X			X			X			X	4
Gerir terapêutica farmacológica		X	X	X				X	X				5
Proporcionar o envolvimento familiar				X									1
Proporcionar uma comunicação assertiva	Favorecimento de uma escuta ativa	X		X		X			X	X			5
	Favorecimento de esperança			X									1
	Satisfação de vontades					X			X				2
	Favorecer a expressão de sentimentos			X		X				X		X	4
Proporcionar continuidade de cuidados			X									1	

**Tabela 2** - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura”.

A Tabela 2 permite-nos fazer a contabilização do número de respostas totais dadas pelos enfermeiros em cada categoria e subcategoria relacionada com os cuidados de enfermagem que são prestados aos doentes com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura. Assim: nove (9) dos onze (11) enfermeiros mencionaram “*Proporcionar conforto*”, sendo este o cuidado de enfermagem mais citado ao longo de toda a entrevista, tendo por isso um relevo importante.

“*Aliviar a dor e outros sintomas*” surge em seis (6) respostas mostrando ser uma preocupação para os enfermeiros entrevistados.

Os dois cuidados a seguir mais referidos foram: “*Gerir terapêutica farmacológica*” e “*Proporcionar uma comunicação assertiva – Favorecimento de uma escuta ativa*”, sendo esta uma subcategoria, com cinco (5) dos onze (11) enfermeiros a enuncia-la.

De salientar que “*Proporcionar uma comunicação assertiva*” se divide em quatro (4) subcategorias: “*Favorecimento de uma escuta ativa*”, “*Favorecimento de esperança*”, “*Satisfação de Vontades*” e “*Favorecer a expressão de sentimentos*”. Assim, a primeira subcategoria, como já foi em cima referido foi cinco (5) vezes citada, a segunda “*Favorecimento de esperança*” com apenas uma (1) citação, a terceira “*Satisfação de Vontades*” foi duas (2) vezes referido e, por fim, “*Favorecer a expressão de sentimentos*” aparece com quatro (4) referências.

De seguida, “*Aplicar medidas não farmacológicas*” aparece quatro (4) vezes pronunciada pelos enfermeiros.

Em relação à categoria “*Promover o auto cuidado*” esta está dividida em quatro subcategorias: “*Higiene*”, referida em três (3) das entrevistas; “*Posicionar-se*” também surge em três (3) entrevistas; “*Alimentar-se*” foi referido duas (2) vezes; e por fim “*Vestir-se/Despir-se*” só um (1) enfermeiro o proferiu.

A categoria “*Simplificar medidas terapêuticas*” é mencionada duas (2) vezes pelos enfermeiros.

Por fim, os cuidados de enfermagem prestados ao doente cirúrgico sem perspectiva de cura, que foram enunciados apenas uma (1) vez foram: “*Providenciar o envolvimento familiar*” e “*Proporcionar a comunidade de cuidados*”.

## 1.2 Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros para Lidarem com o Doente com Patologia Cirúrgica sem Perspetiva de Cura

No Quadro 4 estão representadas as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura. Estas foram “Envolvimento familiar nos cuidados”; “Favorecimento do trabalho em equipa multidisciplinar”; “Referenciação dos doentes”; e “Procura de formação em Cuidados Paliativos”. A categoria “Referenciação dos doentes” está dividida em duas (2) subcategorias: “Equipas de Cuidados Paliativos” e “Equipas consultoras em Cuidados Paliativos”.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Unidades de análise
Envolvimento familiar nos cuidados		“Envolver a família e juntamente com eles tentar perceber quais são os objetivos do próprio doente, (...)” E1.
Favorecimento do trabalho em equipa multidisciplinar		“As coisas funcionam melhor quando trabalhamos em equipa e quando temos uma equipa multidisciplinar e quando envolvemos outras especialidades, (...)” E1.
Referenciação dos doentes	Equipas de Cuidados Paliativos	“A referenciação para as Equipas que são destinadas a esse fim, (...)” E4; “Deviam ser encaminhados para uma Unidade de Cuidados Paliativos, (...), tinham mais tempo para isso, mais vocacionados também” E5.
	Equipas consultoras em CP	“ (...) as pessoas que estão mais dentro da área, que estão presentes no serviço, é por aí” E4; “E pedir opinião a colegas com mais conhecimento” E7.
Procura de conhecimento em CP		“ (...) tens aquelas cadeiras que falam disso, não é, (...)” E6; “Os conhecimentos que temos. Foi aprendido fora do hospital e foi aprendido no tempo que permaneço aqui no serviço.”; “ (...) foi por leitura de outros livros”; “Ler. Estudar” E7.

**Quadro 4** - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

		Enfermeiros											Nº Total de Respostas
Categorias	Subcategorias	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	
Envolvimento familiar nos cuidados		X											1
Favorecimento do trabalho em equipa multidisciplinar		X											1
Referenciação dos doentes	<i>Equipas de C.P.</i>				X	X							2
	<i>Equipas consultoras em C.P.</i>					X			X				2
Procura de conhecimento em CP							X	X					2

**Tabela 3** - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

Em relação à análise da Tabela 3 podemos verificar que apenas dois (2) enfermeiros referiram como estratégia a “*Procura de Conhecimento em Cuidados Paliativos*”. Relativamente à categoria “Referenciação dos doentes” divide-se em duas subcategorias: a existência de “Equipas de C.P.” com duas (2) citações e igualmente com duas (2) a existência de “*Equipas consultoras em C.P.*”. Por fim, apenas com uma referência cada surge as estratégias relacionadas com “*Envolvimento familiar nos cuidados*” e “*Favorecimento do trabalho em equipa multidisciplinar*”.

### ***1.3 Necessidades dos Enfermeiros para Cuidar do Doente com Patologia Cirúrgica sem Perspetiva de Cura***

As necessidades encontradas pelos enfermeiros que cuidam dos doentes com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura encontram-se no Quadro 5. Essas necessidades são: “*Maior disponibilidade*”, “*Possuir conhecimento relativo ao processo de transição da Medicina Curativa para a Medicina Paliativa*”, “*Referenciação precoce para os C.P.*”, “*Mais equipas de C.P. no acompanhamento dos doentes*”, “*Mais recursos humanos e físicos*”, “*Maior apoio da equipa médica*”, “*Existência de psicólogo*”, “*Existência de normas*”, “*Mais formação em CP*”.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>Unidades de análise</b>
Maior disponibilidade		“Tempo” E1; “A falta de tempo (...)” E8; “( ... ) acho que somos um rácio pouco, para esse tipo de doentes e que eles exigem muito mais vigilância da nossa parte, (...)” E10.
Possuir conhecimento relativo ao processo de transição da Medicina Curativa para a Medicina Paliativa		“Quando é que nós devemos intervir com os Cuidados Paliativos? (...) devia estar estabelecido quando é que os Paliativos deviam atuar” E2; “( ... ) muitas das vezes sinto que quando passa ao cuidar em vez de tratar, portanto os doentes são muito esquecidos” E9.
Referenciação precoce para os C.P.		“Quando o doente está referenciado para Paliativos, às vezes já não se consegue ir a tempo. Se fosse referenciado precocemente, (...)” E2.
Mais equipas de C.P. no acompanhamento dos doentes		“Estes doentes deviam para já de estar num serviço onde houvesse só enfermagem e médicos para este tipo de doentes” E3; “( ... ) ter mesmo uma equipa especializada só para esses doentes” E10.
Mais recursos	Humanos	“( ... ) humanos - também não temos” E5.
	Físicos	“Necessidades físicas (...)” E5.
Maior apoio da equipa médica		“E também apoio médico que não temos” E5; “E às vezes acho que há falta de informação, falta de apoio, embora, as coisas têm melhorado, mas acho que há falta de apoio” E8.
Existência de psicólogo		“( ... ) falta o apoio psicológico” E10.
Existência de normas		“Se houvesse por exemplo uma norma no serviço, uma coisa estipulada, (...)” E6.
Mais formação em CP		“Saber o que dizer na hora exata, nestes doentes, acho que ainda não temos muito essa noção” E9.

**Quadro 5** - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Necessidades dos enfermeiros para cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros											Nº Total de Respostas
		E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	
Maior disponibilidade		X							X		X		3
Possuir conhecimento relativo ao processo de transição da Medicina Curativa para a Medicina Paliativa			X							X			2
Referenciação precoce para os C.P.			X										1
Mais equipas de C.P. no acompanhamento dos doentes				X							X		2
Mais recursos	<i>Humanos</i>					X							1
	<i>Físicos</i>					X							1
Maior apoio da equipa médica						X			X				2
Existência de Psicólogo											X		1
Existência de normas							X						1
Mais formação em C.P.										X			1

**Tabela 4** - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Necessidades dos enfermeiros para cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

Na Tabela 4 a maior necessidade descrita pelos enfermeiros é a de “*Maior disponibilidade*” com três (3) respostas. De seguida, com duas (2) referências a cada necessidade temos: “*Possuir conhecimento relativo ao processo de transição da Medicina Curativa para a Medicina Paliativa*”, “*Mais equipas de C.P. no acompanhamento dos doentes*” e “*Maior apoio da equipa médica*”. Com apenas uma (1) resposta temos as necessidades: “*Referenciação precoce para os C.P.*”, “*Mais*

*recursos – humanos e físicos”, “Existência de Psicólogo”, “Existência de normas” e “Mais formação em C.P.”.*

#### **1.4 Dificuldades Manifestadas pelos Enfermeiros para Cuidar do Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura**

No Quadro 6 estão descritas as dificuldades encontradas pelos enfermeiros. Estas dificuldades são: *“Défice de formação em Cuidados Paliativos”, “Confronto com a degradação da pessoa doente”, “Tomar decisões de alta complexidade”, “Saber respeitar a vontade do doente”, “Saber gerir emoções/sentimentos”, “Saber gerir o tempo”, “Existência de várias especialidades cirúrgicas”, “Inadequação do contexto para o doente cirúrgico sem perspetiva de cura”, “Saber gerir sintomas”, “Saber comunicar de forma assertiva”.*

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Unidades de análise
Défice de formação em Cuidados Paliativos		“(…) Eu não sei lidar bem com estes doentes (…) E3; “(…) Não tínhamos formação para isso (…) ”; “(…) Nós ficamos sem saber como ajudar (…) “E5; “(…) Acho que nós na Licenciatura não estamos, não temos bem a noção do tipo de doentes que vamos receber (…) “; “Penso que não estamos formados para dar apoio psicológico e emocional aos doentes” E9.
Confronto com a degradação da pessoa doente		“E uma das maiores dificuldades é ver o estado de degradação ao longo do tempo (…) “ E3.
Tomar decisões de alta complexidade		“Saber o que poderá ser uma prioridade, se terei que fazer aquela intervenção naquele doente, se é realmente fundamental (...). A escolha de intervenções é uma dificuldade“ E1.
Saber respeitar a vontade do doente		“Se a doente se recusar a alimentar – eu insisto, naquele caso insisto, (...)“ E1.
Saber gerir emoções/sentimentos		“Quando a emoção vem ao de cima. É quando não fala a parte profissional e fala mais alto a parte emotiva.”; “Começo a ficar muito sensibilizada, uma pessoa começa a ver o doente a decair, o estado dele já não é o mesmo de quando foi encontrado.” “Mas uma pessoa não é de ferro e às vezes fico assim um bocadinho mais sensibilizada” E2; “Abstrair-me da tristeza (...) “ E3; “A nível pessoal, custa bastante. Mais por isso. Porque depois, queres queiras quer não, vais-te afeiçoar às pessoas, e acho que é mais isso. A maior dificuldade é pessoal“ E6; “Não gosto muito de lidar com este tipo de doentes, porque lá está: causa-me pena (...) “ E11.
Saber gerir o tempo		“O tempo para tratá-lo como ele merece, estando ele na situação em que está. O pouco tempo.” E5;

		“Se calhar em termos de tempo.” E7.
Existência de várias especialidades cirúrgicas		“Temos uma panóplia de especialidades, não dá. Por mais que a gente tente...claro que se faz o melhor, mas...poder-se-ia fazer mais” E5.
Inadequação do contexto para o doente cirúrgico sem perspetiva de cura		“ (...) está inserido num contexto cirúrgico – que não deveria estar” E5; “é quando temos um doente cirúrgico que está inserido num contexto cirúrgico – que não deveria porque já estão...estes têm a imunidade mais comprometida, (...)” E7.
Saber gerir sintomas		“ Dificuldades... Se calhar mesmo, às vezes acho que é mesmo a gestão terapêutica.”; “ (...) mas às vezes sinto que é difícil o controlo da dor neste tipo de doentes.”E8 “E muitas das vezes por muitos esforços que a gente faça, com a medicação e tudo, não é o suficiente porque eles continuam queixosos” E10.
Saber comunicar de forma assertiva		“O diálogo do cuidar emocional, não físico“ E9; “Mas, por exemplo, quando são doentes que não verbalizam, são doentes da Neurocirurgia, eu sinto que muitas das vezes nós não conseguimos perceber (...) “; “Nos doentes de Neurocirurgia, que muitas das vezes, são dependentes, não falam e assim, tenho dificuldades - claro” E10.

**Quadro 6** - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Dificuldades manifestadas pelos enfermeiros para cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros											Nº Total de Respostas	
		E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11		
Défi ce de formação em C.P.				X		X						X		3
Confronto com a degradação da pessoa doente				X										1
Tomar decisões de alta complexidade		X												1
Saber respeitar a vontade do doente		X												1
Saber gerir emoções / sentimentos			X	X			X						X	4
Saber gerir o tempo						X		X						2
Existência de várias especialidades cirúrgicas						X								1

Inadequação do contexto para o doente cirúrgico sem perspectiva de cura						X		X					2
Saber gerir sintomas									X		X		2
Saber comunicar de forma assertiva										X	X		2

**Tabela 5** - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Dificuldades manifestadas pelos enfermeiros para cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura”.

Na Tabela 5 podemos verificar que a resposta mais mencionada pelos onze (11) enfermeiros relativamente às suas dificuldades é “*Saber gerir emoções/sentimentos*” com quatro (4) menções. Seguidamente, a categoria com três (3) alusões é “*Défice de formação em C.P.*”. As categorias: “*Saber gerir o tempo*”, “*Inadequação do contexto para o doente cirúrgico sem perspectiva de cura*”, “*Saber gerir sintomas*” e “*Saber comunicar de forma assertiva*” aparecem com duas (2) referências cada por parte dos entrevistados. Apenas com uma (1) citação cada surgem as seguintes categorias: “*Confronto com a degradação da pessoa doente*”, “*Tomar decisões de alta complexidade*”, “*Saber respeitar a vontade do doente*” e “*Existência de várias especialidades cirúrgicas*”.

## 1.5 Sentimentos dos Enfermeiros Experienciados no Cuidar do Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura

A análise dos sentimentos dos enfermeiros perante o cuidar do doente cirúrgico sem perspetiva de cura também foi realizada, apresentando-se os resultados no Quadro 7. Os sentimentos dos enfermeiros são “*Revolta*”, “*Incerteza*”, “*Frustração*”, “*Tristeza*”, “*Confusão*”, “*Impotência*”, “*Pena*”, “*Sofrimento*”.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Unidades de Análise
Revolta		“ (...) Fico revoltada. Fico revoltada (...) ” E2; “ (...) Uma certa revolta (...) ” E6; “ (...) Revolta (...) ” E11.
Incerteza		“ (...) Tenho um sentimento de dúvida, se devo fazer determinada intervenção ou não. (...) ” E1; “ (...) Não estamos assim muito à vontade para Cuidados Paliativos (...) ” E2.
Frustração		“ (...) Fico um bocadinho incomodada, por às vezes nós queremos intervir, mas nós não podemos intervir sozinhos. (...) ” E2.
Tristeza		“ (...) Fico triste, porque sei que aquela pessoa mais dia, menos dia... (...) ” E3; “ (...) Sentimentos de tristeza (...) ” E6; “ (...) Às vezes sinto uma certa tristeza também (...) ” E8.
Confusão		“ (...) Em termos técnicos é um sentimento de confusão, porque nós nunca sabemos quais são...não está nada definido aqui no serviço de como devemos tratar. (...) ” E5.
Impotência		(...) não poder fazer nada” E3; “ (...) É sempre um sentimento, no fundo, de impotência (...) ”; “ (...) Percebes que não consegues fazer nada, não consegues. (...) ”; “ (...) É sempre um sentimento, no fundo, de impotência (...) ”; “ (...) Percebes que não consegues fazer nada, não consegues. (...) ”; “ Principalmente se morrerem aqui...é muito mau. Ainda não consigo lidar bem com isso“ E6; “ (...) Sentimento de impotência, de saber que o doente não tem mais do que um determinado tempo (...) ” E7; “ (...) é a impotência, que vais mais além do cuidar. A impotência...pela patologia do doente” E8; “ (...) O sentimento... penso que muitas vezes é de impotência (...) ”; “ (...) Não é fácil para nós também tentar ajudar o outro (...) ” E9.
Pena		“ Pena, (...) ” E11.
Sofrimento		“Deixa-me mais desconfortável pelo facto de ter durante o curso ter tido quatro familiares que faleceram nestas condições (...) ” E4.

**Quadro 7** - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Sentimentos dos enfermeiros experienciados no cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros											Nº Total de Respostas
		E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	
Revolta			X				X					X	3
Incerteza		X	X										2
Frustração			X										1
Tristeza				X			X		X				3
Confusão						X							1
Impotência				X			X	X	X	X			5
Pena												X	1
Sufrimento					X								1

**Tabela 6** - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Sentimentos dos enfermeiros experienciados no cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

Na Tabela 6 o sentimento mais experienciado pelos entrevistados foi a “*Impotência*” demonstrado por cinco (5) dos onze (11) enfermeiros. Com três (3) respostas cada surgem os sentimentos de “*Revolta*” e “*Tristeza*”. Relativamente à categoria “*Incerteza*” esta é referida por 2 (dois) entrevistados. Finalmente, só com uma (1) referência figuram os sentimentos de “*Frustração*”, “*Confusão*”, “*Pena*” e “*Sufrimento*”.

## 1.6 Mecanismos de Coping Adotados pelos Enfermeiros perante o Doente Cirúrgico sem Perspetiva de Cura

No Quadro 8 são explorados os mecanismos de coping utilizados pelos enfermeiros perante o doente cirúrgico sem perspetiva de cura. Estes mecanismos de coping são: “*Evitamento*” e “*Aceitação*”.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Unidades de análise
Evitamento		<p>“ (...) para eles também não sentirem que nós temos pena deles.”; “Uso uma estratégia de defesa para mim própria” E5;</p> <p>“ (...) É tentar criar uma barreira, para não deixarmos influenciar por aquele estado de fim de vida (...) ” E8;</p> <p>“A estratégia é ter um escudo, sabermos diferenciar que não nos podemos também envolver muito a nível emocional em relação a eles.”; “Nós mesmo devemos ter um escudo para termos coragem de os ajudar” E9;</p> <p>“Às vezes é bom pormo-nos do papel só de enfermeira, não pensar muito no papel que eles estão a representar” E11.</p>
Aceitação		<p>“ (...) Para mim são iguais aos outros, trato da mesma maneira que trato os outros (...) E3;</p> <p>“ (...) É igual. Não há assim nenhuma diferença.”; “ (...) é um doente como um todo, como o resto dos doentes do serviço. (...) ” E4;</p> <p>“ (...) Exerço os cuidados como noutro doente (...) ” E10.</p>

**Quadro 8** - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Mecanismos de coping adotados pelos enfermeiros perante o do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros											Nº Total de Respostas	
		E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11		
Evitamento						X				X	X		X	4
Aceitação				X	X							X		3

**Tabela 7** - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Mecanismos de coping adotados pelos enfermeiros perante o doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

Na Tabela 7 o mecanismo de coping mais utilizado pelos enfermeiros é o “*Evitamento*”, sendo que quatro (4) dos onze (11) enfermeiros assim o mencionaram. A categoria seguinte, com três (3) referências foi a “*Aceitação*”.

### ***1.7 Sugestões dos Enfermeiros para Minimizar as Necessidades / Dificuldades ao Cuidar do Doente com Patologia Cirúrgica sem Perspetiva de Cura***

As sugestões que os entrevistados propõem para minimizar as necessidades e as dificuldades ao cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura, inventariam-se em nove (9) categorias que surgem no Quadro 9: “*Maior rácio enfermeiro/doente*”, “*Existência de consultores na área de C.P.*”, “*Formação em Cuidados Paliativos*”, “*Existência de uma unidade de Cuidados Paliativos no hospital de agudos*”, “*Referenciação mais atempada para a EIHSCP*”, “*Referenciação mais precoce para a equipa domiciliária*”, “*Referenciação para Unidades de C.P.*”, “*Maior acompanhamento familiar*” e “*Maior apoio psicológico*”.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>Unidades de análise</b>
Maior rácio enfermeiro/doente		<p>“O tempo significa mais enfermeiros. E menos doentes atribuídos a cada enfermeiro” E1;</p> <p>“Se calhar o rácio era mais ajustado” E7;</p> <p>“Acho que muitas das vezes é mesmo estar atento, estar mais próximo, ter maior disponibilidade para ouvir.”; “ (...), maior suporte de colegas, mais enfermeiros, de forma a eu ter mais tempo para prestar ao doente” E8;</p> <p>“Agora que não temos recursos suficiente, é verdade” E10;</p> <p>“ (...) tentar investir para o conforto do doente, nos recursos físicos e nos recursos humanos“ E11.</p>
Existência de consultores na área de C.P.		<p>“Pessoas a orientarem neste sentido, (...)“ E1.</p>
Formação em Cuidados Paliativos		<p>“Não sei se há quadro clínicos que se possam desenvolver nestes doentes e não noutros, que se calhar nós desconhecemos” E1;</p> <p>“Acho que formação, nestes aspetos que eu já referi antes, tem a ver com a formação“ E4;</p> <p>“ (...) não sei...não estou muito informada sobre isso...” E5;</p> <p>“E muitas vezes há essa dúvida se podem ou não permanecer cá no serviço” E9;</p> <p>“O ideal era se calhar toda a gente ter uma formação, (...)“ E11.</p>
Existência de uma unidade de Cuidados Paliativos no hospital de agudos		<p>“ Os doentes estarem em serviços específicos para isso.” E1</p> <p>“Provavelmente um serviço onde possam estar todos e haja pessoal experiente nessa área” E3;</p> <p>“Aumentar a equipa. Os locais, as enfermarias, as instalações...pores assim um doente... (...)” E6;</p> <p>“Devia de haver um serviço mesmo para isso – de internamento para esse tipo de doentes, com pessoas especializadas na área, que estão mais sensíveis para esse efeito, para esta causa” E10.</p>

Referenciação mais atempada para a EIHS CP		Neste momento o ideal seria mesmo colocar e equipa de Paliativos mais cedo, (...) “ E2; “ (...) há a possibilidade de eles irem para casa, se ainda estão numa fase inicial, e ir uma equipa lá a casa, isso eu sei que há” E5; “Eu acho que isso, lá está, vamos tendo mais o apoio dos Cuidados Paliativos (...) “; “ (...) sempre que a gente chamasse viessem logo, que estivessem sempre disponíveis” E6.
Referenciação mais precoce para a equipa domiciliária		“Mais...Poderem ir a casa. Acho que terminar os seus últimos dias num hospital não é benéfico.”; “Encaminhar mais precocemente estes doentes para o domicílio” E9.
Referenciação para Unidades de C.P.		“Ou então, quando já não é possível, ou quando não há apoio familiar irem para as Unidades” E5; “Já há Unidades mesmo especializadas, para doentes com...Unidade de Cuidados Continuados, Unidades de Longa Duração e de Paliativos” E7.
Maior acompanhamento familiar		“ (...) é que as famílias também é necessário estar muito atento às famílias, também dar-lhes apoio, porque faz toda a diferença. As famílias sentem-se mais calmas e transmitem ao doente” E8; “ (...) haver exceções nessas alturas e a família ter oportunidade de estar mais tempo com eles” E9; “ (...) devia de haver mais acompanhamento psicológico, não só do próprio doente como das famílias.”; “ (...) os serviços deixarem alguém ficar cá, um familiar nos últimos momentos” E10.
Maior apoio psicológico		“ (...) devia de haver mais acompanhamento psicológico, não só do próprio doente como das famílias” E10.

**Quadro 9** - Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise sobre o tema: “Sugestões dos enfermeiros para minimizar as necessidades / dificuldades ao cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros											Nº Total de Respostas
		E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	
Maior rácio enfermeiro / doente		X						X	X		X	X	5
Existência de consultores na área de C.P.		X											1
Formação em C.P.		X			X	X				X		X	5
Existência de uma unidade de C.P. no hospital de agudos		X		X			X				X		4
Referenciação mais para a EIHS CP			X				X						2

Referenciação mais precoce para a equipa domiciliária						X				X			2
Referenciação para unidades de C.P.						X			X				2
Maior acompanhamento familiar									X	X	X		3
Maior apoio psicológico											X		1

**Tabela 8** - Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema: “Sugestões dos enfermeiros para minimizar as necessidades / dificuldades ao cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura”.

Na Tabela 8 podemos constatar que o maior número de enfermeiros sugere “*Maior rácio enfermeiro/doente*”, bem como mais “*Formação em C.P.*”, tendo cinco (5) dos onze (11) entrevistados referido essas categorias. Seguidamente, com três (3) respostas aparece a sugestão de um “*Maior acompanhamento familiar*”. A “*Referenciação mais precoce para a EIHS CP*”, a “*Referenciação mais precoce para a equipa domiciliária*” e a “*Referenciação para unidades de C.P.*” são referidas por dois (2) enfermeiros em cada uma das categorias. Por fim, um (1) entrevistado sugere a “*Existência de consultores na área de C.P.*” e haver “*Maior apoio psicológico*”.

## **IV PARTE - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



Neste capítulo vamos realizar a discussão dos resultados obtidos a partir das respostas que os enfermeiros deram na sua entrevista. Discutiremos os principais temas relacionados com a problemática da investigação e seus objetivos. Assim, discutiremos os resultados sobre os cuidados de enfermagem prestados ao doente cirúrgico sem perspectiva de cura, as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem melhor com este tipo de doentes, as necessidades e dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados, os seus sentimentos e os mecanismos de *coping* adotados.

### ***Cuidados De Enfermagem Prestados Ao Doente Cirúrgico Sem Perspetiva De Cura***

Em relação aos cuidados de enfermagem prestados ao doente cirúrgico sem perspectiva de cura, o que mais se destaca é o **proporcionar conforto**. Este termo é comumente usado na prática de enfermagem, sendo utilizado diariamente pelos enfermeiros. Confortar, do latim *confortare*, significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar; dar alento (Apóstolo, 2009). O conceito conforto surge inicialmente com Florence Nightingale “(...) *não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia*” como surge em *Notas sobre Enfermagem* de Nightingale (2005, p. 132). Podemos concluir então que o termo conforto surge como ancestral e natural no cuidar pelos enfermeiros. Segundo Apóstolo (2009, p. 66) “*para a enfermagem, o objetivo do conforto, a curto prazo, é o de aliviar o desconforto dos pacientes e assisti-los a suportar a sua dor.*” Nove dos onze enfermeiros considera que o conforto é portanto um dos cuidados de enfermagem a realizar quando estão perante um doente cirúrgico sem perspectiva de cura. O conforto é definido como uma “*sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal*”, segundo a OE (2013, p. 43).

Apenas dois dos enfermeiros consideraram: **simplificar medidas terapêuticas** como uma prática no seu cuidado ao doente cirúrgico sem perspectiva de cura. Como nos diz Barbosa e Neto (2010), o plano de cuidados ao doente paliativo tem de ser direccionado às necessidades gerais do doente e da sua família. Para isso, não deve ser descurado um rigoroso controlo de sintomas, bem como o apoio psicoemocional do doente e seus cuidadores. Assim, a qualidade dos cuidados passa pela redefinição dos objetivos

terapêuticos, levando conseqüentemente à sua simplificação, como referiram os enfermeiros do estudo. Essa simplificação passa pela adequação da terapêutica a administrar, bem como a sua via de administração. Esta medida deve passar pela decisão conjunta em equipa, para que não haja paradoxos na implementação dos cuidados. Portanto, os cuidados mantêm-se ativos e devem ter em consideração: as expectativas biológicas previsíveis para cada doente; os objetivos da terapêutica e os benefícios de cada tratamento; os seus efeitos adversos; a necessidade de não prolongar o sofrimento, bem como não abreviar a morte.

**Promover os autocuidados** foi referido no máximo por sete dos enfermeiros. Os autocuidados estão diretamente relacionados com as atividades de vida diária (AVD's). Como afirmam Costa e Monego (2003), as atividades de vida diária englobam todas as tarefas que uma pessoa precisa executar para cuidar de si próprio e a incapacidade de executá-las implica um alto grau de dependência. Fazem parte das AVD: os cuidados pessoais (comer, banho, vestir, uso de sanitário); a mobilidade (andar, transferir, mover na cama) e a continência (urinária e intestinal). Na entrevista só foram mencionados a higiene, o posicionar-se e o vestir-se/despir-se.

Podemos concluir que o papel do enfermeiro é de facilitador para a autodeterminação do doente relativamente ao autocuidado, como refere Couto (2012).

**Aliviar a dor e outros sintomas** surge com seis respostas relacionada com os cuidados de enfermagem. Demonstra por isso uma grande preocupação, por parte dos entrevistados, o alívio da dor, bem como de outros sintomas. Segundo Gonçalves (2013), a dor é referida como um sintoma e não como um diagnóstico, isto porque a percepção que o doente faz da sua dor é determinada por múltiplos fatores. As manifestações da dor dependem de fatores culturais, de educação e personalidade. Deve-se encarar a dor como Dor Total (sintomas físicos, problemas psicológicos, problemas sociais, problemas espirituais). Este conceito foi desenhado por Cicely Saunders, fundadora do movimento moderno dos Cuidados Paliativos. A dor é, portanto, subjetiva e os profissionais de saúde devem acreditar na dor que o doente refere sentir.

A dor é definida como uma *“percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de*

*apetite*”, segundo a OE (2013, p. 49). Contudo existem definições para os mais variados tipos de dor.

Para o alívio da dor estão disponíveis os analgésicos não-opioides, os opioides para dor ligeira a moderada, os opioides para a dor moderada a intensa, os seus adjuvantes, e no último degrau do tratamento da dor surgem as técnicas anestésicas – como refere a OMS com a criação da Escada Analgésica. A utilização de medicação adjuvante vai ajudar a controlar outros sintomas para além da dor. Os outros sintomas podem ser: sintomas respiratórios, anorexia e caquexia, astenia, náuseas e vômitos, obstipação, oclusão intestinal, delírio, depressão, ansiedade, alteração do sono, etc.

A **gestão da terapêutica farmacológica**, para cinco dos enfermeiros, revela-se uma intervenção interdependente importante para o melhor cuidado destes doentes, que vai de encontro à análise anterior.

A massagem e o toque terapêutico são as **medidas não farmacológicas** mais referidas pelos enfermeiros. É relevante evidenciar que os enfermeiros têm a noção que não são só os fármacos que ajudam na melhoria do doente. Assim, quatro dos entrevistados considera que as medidas não farmacológicas fazem parte dos seus cuidados ao doente paliativo. Para além da massagem e do toque terapêutico existem outras, que não foram enunciadas como: a termoterapia (que utiliza o calor ou o frio para o alívio da dor), a estimulação elétrica transcutânea, o exercício, a utilização de técnicas cognitivas (a distração, a imaginação), o uso de técnicas comportamentais (relaxamento), e a intervenção de suporte emocional, como aponta Sousa (2009).

A **comunicação** é uma das categorias que também surge com algum destaque com “Proporcionar uma comunicação assertiva”. Para os entrevistados o “Favorecimento de uma escuta ativa”, “Favorecimento de esperança”, “Satisfação de vontades” e “Favorecer a expressão de sentimentos” são pontos de interesse na sua prestação de cuidados. A comunicação trata-se de um “*comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados*”, segundo a OE (2013, p. 42). Quando estamos perante outra pessoa, não passamos uma só informação. O que é sentido também é perceptível pelo outro, através das palavras que são utilizadas, dos gestos usados e das expressões corporais (Silva, 2006). Contudo, a comunicação para se tonar eficaz tem de ser assertiva, ou seja o profissional expressar de forma clara as suas ideias e opiniões e encorajar os doentes a darem a conhecer as suas necessidades.

A **escuta ativa** permite ao enfermeiro não só escutar – escutar define-se como “*fazer o esforço de ouvir o outro, ouvir atentamente o que os outros dizem, prestar atenção e responder a outros*” (OE, 2013, p. 100), mas também ir de encontro ao significado que se esconde por trás da mensagem. Assim, submergir no sentido por detrás das palavras dos doentes, prestar atenção aos seus sinais não-verbais, permite compreender a sua forma de ser e estar e adequar a forma do enfermeiros comunicar (Martins, 2014).

Para os entrevistados outro cuidado de enfermagem utilizado é o **favorecimento de esperança**. A esperança é: “*moção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia*” (OE, 2013, p. 51). Contudo é necessário ajustar esta definição aos Cuidados Paliativos, pois vai muito mais além da esperança de cura. Os enfermeiros ajudam o doente a “transcender a situação de doença de forma a encontrar a força interior que a ajude a recuperar da situação de desesperança, a encontrar uma harmonia interior, mesmo que a situação evolua para a morte” (Viana, 2010). No entanto, é necessário ressaltar que “o estabelecimento de objetivos realistas com o doente constitui uma das formas de restaurar e manter a esperança” (Twycross, 2003, p. 33). Segundo este autor, os doentes que se encontram próximo da morte, a esperança tende a focar-se mais no “ser” do que no conquistar, nas relações com os outros, na relação com Deus ou com um ente superior.

Os enfermeiros estão também sensíveis à **Satisfação de Vontades** dos doentes e aos seus desejos expressos. Apesar de se tratar de um serviço cirúrgico, os enfermeiros revelam sensibilidade neste tópico perante o doente sem perspectiva de cura. É, para eles, importante dar resposta à realização das suas escolhas e da implementação da sua autonomia. Devemos fazer o possível, como diz Estanque (2011) para respeitar essa pouca autonomia e tentar seguir os desejos do doente, mesmo que isso provoque um acréscimo de trabalho ou nos pareça absurdo. Atrever-se a ajudar a realizar os últimos desejos de um doente é por vezes fonte de grande satisfação.

**Favorecer a expressão de sentimentos e emoções** permite que os enfermeiros deixem os doentes transmitir o que sentem e que isso lhes permita estar atentos e identificar as diferentes dimensões do outro, através das suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade, como referem Araújo e Silva (2007).

Com menor destaque surgem as categorias **proporcionar o envolvimento familiar e proporcionar continuidade de cuidados**. Na Classificação Internacional os alvos dos

cuidados dos enfermeiros, os clientes, podem ser: o indivíduo, a família ou a comunidade.

A família torna-se então também alvo do cuidado dos enfermeiros. A família pode ter um papel fundamental sendo parte ativa do processo da prestação de cuidados, bem como na tomada de decisão, caso o doente já não consiga ter autonomia. Se este envolvimento familiar for bem-sucedido poderá propor-se aos familiares que haja continuidade de cuidados, caso o doente vá para o domicílio. A família sendo bem acompanhada, bem informada, e bem instruída terá melhor capacidade para cuidar do seu familiar. O papel do enfermeiro revela-se importante neste processo de adaptação às novas circunstâncias. O impacto da doença terminal no ambiente familiar depende da personalidade e circunstâncias pessoais do doente, da natureza e qualidade das relações familiares, das reações a perdas anteriores, da estrutura prévia da família e do momento evolutivo, da qualidade da habitação e do apoio da comunidade, como refere a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2005). Portanto são muitos fatores que podem influenciar o envolvimento da família nos cuidados ao doente cirúrgico sem perspectiva de cura, bem como a continuidade dos cuidados após a alta.

### ***Estratégias Utilizadas Pelos Enfermeiros Para Lidarem Com O Doente Com Patologia Cirúrgica Sem Perspetiva De Cura***

As estratégias mais referidas pelos enfermeiros são a **referenciação** dos doentes para Unidades de Cuidados Paliativos ou para Equipas de consultadoria em C.P. Cabe à equipa de saúde planear o destino do doente após a sua alta, através da sinalização do doente à Equipa de Gestão de Altas (EGA) para dar continuidade de cuidados extra-hospitalar. Se o doente reunir critérios entrará para a lista de espera para a entrada na RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados). Como em grande parte dos casos o tempo de espera é elevado, e muitas das vezes estes doentes não têm muito tempo de vida, outra estratégia encontrada pelos entrevistados foi a referenciação para uma equipa consultora em C.P. Esta referenciação só possível pelo pedido efetuado pelo cirurgião do doente, o que se torna uma limitação para os enfermeiros. Assim, a EIHSCP faz aconselhamento em Cuidados Paliativos e dá apoio a doentes, família e cuidadores. Deste modo, esta equipa para além de ajudar no cuidado ao doente sem perspectiva de cura também se torna um apoio para a equipa de saúde que está de

serviço, disponibilizando também formação – formal ou informal. Segundo a APCP (2016b) estima que existe a “a necessidade de 1 equipa por cada hospital, no mínimo uma por cada hospital com 250 camas”.

A procura de **formação em Cuidados Paliativos** também é uma estratégia utilizada pelos enfermeiros. A formação é uma constante para os profissionais de saúde. Há constantemente a necessidade de atualização e de aprofundamento sobre vários assuntos. A Enfermagem é uma ciência em evolução e em constante mudança. Os enfermeiros sentem necessidade de aprender, de estar informados, para melhor cuidar do doente paliativo, tornando-se por isso fundamental que todos os enfermeiros tenham formação nesta área. Contudo “nem todos carecem do mesmo nível de formação, diferenciando-se a mesma em função da frequência e intensidade do contacto de cada profissional com doentes com necessidades de Cuidados Paliativos” como nos refere a ANCP (2006a). Isto é, para que haja a garantia da humanização dos cuidados prestados é aconselhada a formação básica para uma melhor qualidade. Existem três níveis de formação em C.P. definidos pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos. Assim estabelecem-se os níveis A, B e C (ANCP, 2006a).

O primeiro baseia-se numa formação básica pré-graduada para futuros profissionais de enfermagem durante a sua formação profissional básica; a básica pós-graduada destinada a profissionais de enfermagem que prestam cuidados em serviços gerais de saúde, mas que se podem confrontar com situações que necessitem de uma abordagem paliativa - que é o caso do grupo em estudo: enfermeiros de cuidados gerais que prestam cuidados também ao doente cirúrgico sem perspectiva de cura.

O nível B refere-se a uma formação avançada (pós-graduada) para profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de Cuidados Paliativos ou em serviços gerais onde desempenhem funções de referência em Cuidados Paliativos, profissionais de enfermagem que frequentemente se confrontem com situações de Cuidados Paliativos.

Por fim, o nível C relaciona-se com uma formação especializada (pós-graduada) destinada a profissionais de enfermagem que são responsáveis por unidades de Cuidados Paliativos ou exerçam consultadoria, ou contribuam ativamente para a formação e investigação em Cuidados Paliativos.

**Envolver os familiares nos cuidados** é referida como estratégia para os entrevistados. Como já foi referido anteriormente, a família torna-se alvo de cuidado por parte da equipa de saúde. Uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para melhor lidar

com o doente paliativo é envolver a família na prestação de cuidados. A família conhece melhor o doente do que o profissional. Deve, se for possível, integrar a família na prestação de cuidados, como a higiene, alimentação, etc., de forma a se conseguir reduzir a ansiedade face ao desconhecido. Desta forma também se consegue estimular a comunicação entre o doente e a equipa.

Apenas um dos enfermeiros considerou o **favorecimento do trabalho em equipa multidisciplinar** como uma estratégia que adota para lidar melhor com o doente cirúrgico sem perspectiva de cura. O ideal é a existência de equipas interdisciplinares e não multidisciplinares como refere Gonçalves (2010). Assim, a diferença é que na equipa interdisciplinar procura-se atingir um nível de resposta às necessidades dos doentes mais alto do que o que resultaria da soma do contributo individual dos membros da equipa. Assim, estas equipas caracterizam-se por apresentarem uma identidade que ultrapassa as identidades individuais; a interação entre os membros é indispensável; todos os elementos são considerados membros essenciais da equipa. O doente é considerado um elemento integrante da equipa; deve determinar quais os problemas que para si são mais importantes e assim estabelecer as prioridades. Um dos enfermeiros considera por isso que o trabalho em equipa os ajuda a lidarem melhor com o doente paliativo. Contudo, pela estatística dá para perceber que a maioria dos enfermeiros não referiu esta categoria como estratégia pessoal.

### ***Necessidades Dos Enfermeiros Para Cuidar Do Doente Com Patologia Cirúrgica Sem Perspetiva De Cura***

Em relação à realidade estudada, devemos compreender que estamos perante enfermeiros que prestam cuidados gerais num serviço de cirurgia, em que o seu grande enfoque está na melhoria e recuperação dos doentes internados. Assim, revela-se pertinente analisar as dificuldades sentidas por estes profissionais de saúde quando cuidam de um doente com uma patologia cirúrgica sem perspectiva de cura.

Com destaque surge a necessidade de **maior disponibilidade**, estando a referir-se a uma maior disponibilidade de tempo. Os rácios enfermeiro/doente estão estabelecidos para aquele serviço tendo em consideração que se trata de um serviço de internamento, contudo, não há qualquer alteração aos rácios definidos quando está internado um doente cirúrgico sem perspectiva de cura. A OE (2014) define as dotações seguras dos

cuidados de enfermagem e relativamente aos cuidados hospitalares só faz menção às Equipas de Suporte Intra-Hospitalar em C.P. Relativamente ao conceito “Tempo” Collière (1999) diz-nos que para ser respeitado o custo económico é necessário avaliar o custo em tempo.

**Possuir conhecimento relativo ao processo de transição da Medicina Curativa para a Medicina Paliativa** revela-se uma necessidade dos enfermeiros entrevistados. Antes de mais é necessário compreender que no século XX, com evolução tecnológica e com o aumento do conhecimento científico, a esperança média de vida aumentou. Para além disso o paradigma da morte na nossa sociedade também se alterou. Outrora as pessoas morriam em casa, ao contrário da atualidade onde a morte acontece maioritariamente nos hospitais. Para os profissionais de saúde, a confrontação com a morte nos hospitais é frequente. O paradigma que ainda existe está relacionado com o fracasso perante a morte. Contrariando este pensamento surge a necessidade de definir formas de atuar: ou seja, em Cuidados Paliativos, altera-se o conceito curar para cuidar. O foco também se modifica: de curar doenças para cuidar de pessoas. Assim, os Cuidados Paliativos dirigem-se mais ao doente do que à doença; aceitam a morte, mas também melhoram a vida; constituem uma aliança entre o doente e o prestador de cuidados; preocupam-se mais com a reconciliação do que com a cura, como defende Twycross (2003). Portanto, o processo de transição acontece quando o diagnóstico é feito como sendo uma doença incurável, progressiva e que leva à morte.

Outra necessidade demonstrada é a **referenciação precoce para os C.P.** Esta referenciação está dependente de uma decisão médica, sendo por isso um fator de dependência relativamente ao início da prestação de Cuidados Paliativos. Sabemos que os Cuidados Paliativos devem iniciar-se a partir do diagnóstico de um doença incurável e progressiva, que leva à morte, algo que muitas das vezes não acontece no serviço. Por isso a necessidade divulgada por estes enfermeiros.

Os enfermeiros referem que necessitam de **mais equipas de Cuidados Paliativos no acompanhamento dos doentes.** “*Os estabelecimentos hospitalares, (...) integrados no Serviço Nacional de Saúde, (...) com valências médicas e cirúrgicas de oncologia médica, devem assegurar a existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP)*”, segundo despacho em Diário da República (Portugal, 2014, p. 20827). Essa equipa já existe no hospital em estudo. Será que em vez de haver mais equipas, poder-se-ia aumentar a equipa já existente, para colmatar esta necessidade?

**Mais recursos humanos e físicos** é outra necessidade demonstrada pelos entrevistados. Relativamente aos recursos humanos, o serviço está conforme o exigido pelas dotações seguras. As dotações seguras estão relacionadas com a quantidade e qualidade dos profissionais de saúde. Assim, “*a necessidade de adequar os recursos de enfermagem tendo em conta a segurança, o nível de necessidade de cuidados de enfermagem dos clientes, a qualidade dos cuidados de enfermagem, a carga de trabalho, o ambiente de trabalho e o nível de qualificação/experiência dos enfermeiros, fez emergir o conceito de dotação segura em enfermagem.*”, como referem Freitas e Parreira (2013). Contudo esta dotação deveria ser ajustada quando num internamento cirúrgico está hospitalizado um doente em Cuidados Paliativos.

Os enfermeiros referem que necessitam de **maior apoio da equipa médica**. Cada dinâmica de equipa é diferente, dependendo do seu tamanho, composição, estrutura e as interações entre membros. A metodologia deveria ser comum, partilhando objetivos. A melhoria desta relação entre médicos e enfermeiros deveria ser fortalecida.

A equipa interdisciplinar em Cuidados Paliativos deve ser composta por: assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, fisioterapeuta, voluntários, assistentes operacionais, capelão, doente, família, segundo Gonçalves (2010). Os enfermeiros do serviço sentem necessidade da **existência de um psicólogo**. A EIHSCP do hospital em estudo possui na sua equipa um psicólogo e quando um doente ou a sua família necessitam de intervenção por parte da Psicologia esta atua sempre que é solicitado. Citando Portugal (2014, p. 20827) “*as EIHSCP integram, no mínimo, profissionais das áreas da medicina, enfermagem e psicologia, todos com formação em cuidados paliativos (...)*”, tal como acontece com esta equipa.

Seguir um conjunto de normas e regras possibilita que todos os profissionais trabalhem em conjunto, atuando todos do mesmo modo. Assim, uma das necessidades descritas pelos enfermeiros é a **existência de normas**. Segundo Lopes Ferreira et al. (2012, p. 63), os profissionais que cuidam de doentes em fase terminal devem “*seguir diretrizes que possibilitem aliviar o sofrimento, controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com doença avançada e a dos seus familiares.*”. E para Silva e Hortale (2006) o seu campo de atuação pode ser agrupado em seis domínios: “físico, psicológico, social, espiritual, cultural e estrutural”.

Deste modo, o domínio físico permite avaliar o indivíduo e a sua família, com respeito pelos seus desejos, o controlo dos sintomas baseado em evidências e uma adequação do ambiente onde o cuidado é realizado. O domínio psicológico avalia o impacto da doença

terminal no indivíduo e nos familiares, permitindo estabelecer um programa que os capacite para lidar com a morte dos entes queridos e com os cuidados da equipa clínica. O domínio social avalia as necessidades sociais do indivíduo e da sua família e estabelece uma abordagem individualizada e integrada, mantendo a comunidade alerta sobre a importância dos Cuidados Paliativos e viabilizando a inclusão de propostas de Cuidados Paliativos na formulação de políticas sociais e de saúde. O domínio espiritual pressupõe que as crenças religiosas devem ser reconhecidas e respeitadas e garante apoio espiritual e religioso a indivíduos e a familiares. No domínio cultural, o serviço de Cuidados Paliativos deve atender às necessidades culturais dos indivíduos e familiares, deve refletir a diversidade cultural da comunidade que serve e oferecer programas educacionais aos profissionais para que estes tenham em conta esta diversidade cultural. O domínio estrutural pressupõe uma equipa interdisciplinar, incluindo serviços médicos, de enfermagem e auxiliares, incorporando voluntários e formação especializada em Cuidados Paliativos para a equipa interdisciplinar e a incorporação de atividades de melhoria da qualidade dos serviços, de investigação clínica e de processos de gestão. Concluindo, as normas existem, têm é que ser debatidas e implementadas pelos enfermeiros e pela equipa de trabalho que cuida do doente cirúrgico sem perspectiva de cura.

Relativamente à necessidade de **mais formação em CP**, sabemos que até há pouco tempo não fazia parte integrante de grande parte das Licenciaturas em Enfermagem, ou apenas como disciplina opcional. Assim, os enfermeiros compreendem que esta é uma lacuna para melhor cuidar do doente paliativo. A formação em Cuidados Paliativos considera-se indispensável para todos os profissionais de enfermagem que exercem cuidados gerais, como diz a ANCP (2006a). Porém, é de reconhecer que nem todos carecem do mesmo nível de formação, diferenciando-se a mesma em função da frequência e intensidade do contacto com doentes com necessidades de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006a). Para Fernandes (2013, p. 68) “ (...) a preocupação em investir na formação em cuidados paliativos pode considerar-se imperiosa para os profissionais de Enfermagem, face ao aumento da longevidade e das doenças de evolução prolongada, que conduzem à situação terminal da vida.”

## ***Dificuldades Manifestadas Pelos Enfermeiros Para Cuidar Do Doente Com Patologia Cirúrgica Sem Perspetiva De Cura***

O **déficé de formação** em C.P. é uma realidade e, portanto, uma dificuldade que é necessária colmatar para que se possam prestar cuidados de qualidade ao doente cirúrgico sem perspetiva de cura. Para dar resposta às várias necessidades destes doentes é indispensável o desenvolvimento de competências técnico-científicas, humanas e éticas. A formação ajuda no cuidar ao doente, bem como o próprio enfermeiro a ultrapassar as suas barreiras profissionais e emocionais.

Uma das dificuldades sentidas pelos enfermeiros é o **confronto com a degradação da pessoa doente**. A noção da morte do doente que se aproxima causa sofrimento e sentimentos diferentes no decorrer do todo o processo e o *“medo da dificuldade em suportar a degradação física do doente; e/ou medo de não conseguir controlar as suas emoções”*, como refere Pacheco (2004).

Existe no processo de fim de vida um grande impacto emocional no doente, família, amigos e equipa de saúde, relacionado com o sofrimento e com o processo de morte; a evolução é no sentido da degradação progressiva e falência multiorgânica, como referem Sapeta e Lopes (2007).

Esta degradação do doente pode estar relacionada com problemas como *“a dor, tumores visíveis, exsudados com odores, degradação da estética exterior, diminuição da autoestima, perda de funcionamento sexual, pavor do contágio e dificuldade na comunicação, que se verificam em diversos cancros, contribuem para a manutenção social deste estigma”* (Casmarrinha, 2008, p. 23).

**Tomar decisões de alta complexidade** é outra dificuldade manifestada. O exercício profissional dos enfermeiros inclui a vertente interprofissional. As intervenções de enfermagem distinguem-se em intervenções interdependentes e autónomas. As interdependentes estão relacionadas com as que dependem ou são iniciadas por outros profissionais de saúde, por exemplo: prescrições médicas. As autónomas iniciam-se com independência de prescrição do enfermeiro, assumindo responsabilidade pela prescrição e implementação da técnica da intervenção.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), após efetuada a identificação da

problemática do utente (OE, 2001, pp. 12-15). No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. *“Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (OE, 2001, p. 15).

Especificamente, no cuidar do doente paliativo emergem outras decisões de difícil deliberação. Por exemplo: *“A tomada de decisão de abstenção ou interrupção de tratamentos é um processo complexo que envolve muitas variáveis e que difere de situação para situação.”* (Vilhena, 2013, p. 9). Quando se decide parar algum tipo de tratamento não significa parar de investir ou abandonar o doente, mas é a decisão de cuidar do doente até ao fim.

A suspensão de procedimentos inúteis está relacionada com a ação contra a futilidade terapêutica; a suspensão de medidas ativas; suspensão de tratamentos ativos, segundo Barbosa e Neto (2010, p. 735). A abstenção de procedimentos é não dar início a medidas terapêuticas; a abstenção de terapêutica; não utilizar técnicas de reanimação. Portanto, as decisões complexas com que se deparam os enfermeiros estão muito relacionadas com facto de saber se o tratamento é benéfico para o doente e avaliar os riscos e os benefícios.

Outra dificuldade referida pelos enfermeiros é **saber respeitar a vontade do doente**. Ao longo dos tempos, sobretudo com a melhoria e avanço da tecnologia, a vontade da sua aplicação quando já não há perspectiva de cura é recorrente. A esse facto chama-se de obstinação terapêutica. Por outro lado, quando se desiste por completo do doente estamos perante abandono clínico. Nenhum destes dois casos deve ser a prática do cuidar do doente paliativo. Assim, deve ser importante validar com o doente qual é a sua vontade. Para Nunes a questão central é *“saber se o doente deve ou não poder ser livre para se autodeterminar e fazer escolhas livres, informadas e esclarecidas, nomeadamente quando se trata de doentes terminais.”* (2012, p. 250). Portanto, se estes critérios forem cumpridos deve respeitar-se a vontade do doente na ótica do seu melhor interesse, sem o prejudicar.

Os enfermeiros entrevistados consideram uma dificuldade **saber gerir emoções / sentimentos**. *“Compreender as emoções, enquanto figuras do comportamento humano,*

*constitui um dos grandes objetivos para quem desenvolve a sua atividade profissional com e para as pessoas” (Xavier, 2014, p. 23).*

Na CIPE as emoções são um “*processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença*”, (OE, 2013, p. 51). Os sentimentos não são observáveis, são privados e relacionam-se com o interior. Não se associam a nenhuma causa imediata e surgem quando tomamos consciência das nossas emoções. Enquanto as emoções têm origem numa causa, num objeto e são reações corporais específicas, observáveis. São públicas e voltadas para o exterior, automáticas e inconscientes. Podem ser negativas ou positivas.

**Saber gerir o tempo** é mais uma das dificuldades encontradas. O tempo bem gerido reflete uma melhor qualidade nos seus cuidados. A gestão do tempo tem um impacto direto no desenvolvimento do trabalho, pelo que o planeamento das atividades a desenvolver torna-se essencial. No entanto, num serviço em que o rácio no turno da manhã são um enfermeiro para seis doentes, quando um deles é um doente paliativo, torna-se complexa a gestão de prioridades, bem como a gestão das atividades prioritárias naquele turno.

O facto de se verificar a **existência de várias especialidades cirúrgicas** faz com que o serviço se torne mais complexo, resultando numa ainda maior dificuldade no cuidado do doente terminal. Os enfermeiros consideram também que há, por isso, **inadequação do contexto para o doente cirúrgico sem perspetiva de cura.**

**Saber gerir sintomas:** o controlo de sintomas é essencial para a qualidade de vida dos doentes em fase terminal. Existem múltiplos sintomas “*não só físicos, mas também psicológicos, espirituais e sociais e que advêm não só da progressão da doença primária mas também do seu tratamento e das co morbilidades*” (Sousa, 2012, p. 13). Em Cuidados Paliativos um dos grandes focos é o controlo sintomático, pois só com um bom domínio dos sintomas se consegue aliviar o doente e trazer-lhe maior conforto.

A abordagem científica do controlo de sintomático resume-se em cinco categorias:

- *“Avaliação (diagnóstico de cada sintoma antes do tratamento);*
- *Explicação (explicação ao doente antes do tratamento);*
- *Controlo (tratamento individualizado);*
- *Observação (avaliação contínua do impacto do tratamento);*
- *Atenção aos pormenores (não fazer juízos infundamentados)” (Twycross, 2003, p. 79).*

Já para Barbosa e Neto (2010, p. 66) os princípios do controlo de sintomas são:

- *“Avaliar e monitorizar corretamente os sintomas;*
- *Utilizar uma estratégia terapêutica mista (medidas não farmacológicas e farmacológicas);*
- *Adequar a via de administração;*
- *Antecipar as medidas terapêuticas – fomentar uma atitude preventiva;*
- *Estabelecer planos com o doente e família;*
- *Dar uma explicação sobre a situação;*
- *Reavaliar periodicamente;*
- *Dar atenção aos detalhes;*
- *Estar disponível”.*

Os profissionais de enfermagem, pela sua maior proximidade com o doente, detêm um papel fundamental na monitorização dos sintomas e, por consequência, no sucesso do processo terapêutico (Barbosa e Neto, 2010, p. 66). Para a avaliação de sintomas a equipa poderá usar a “Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)”. Esta escala foi desenvolvida para o uso diário na avaliação de nove sintomas comuns encontrados nos doentes com cancro, sendo eles: apetite, fadiga, náusea, depressão, sonolência, ansiedade, dor, dispneia e mal-estar.

Os sintomas apresentam portanto várias dimensões e necessitam de uma avaliação rigorosa e objetiva. O controlo de sintomas tem princípios bem definidos e representa não só uma estratégia e intervenção no sofrimento como também no seguimento da doença (Barbosa e Neto, 2010, p. 67).

A comunicação é uma atividade básica do ser humano. O saber comunicar eficazmente depende de um conjunto de aprendizagens. *“O desenvolvimento de competências comunicacionais está hoje em dia amplamente reconhecido como um objectivo essencial da prática e da formação em saúde”* (Pereira, 2005, p. 63). **Saber comunicar de forma assertiva** é uma dificuldade manifestada pelos enfermeiros entrevistados. Pereira (2005, p. 80) citando Pereira (1996) refere que *“a atitude assertiva permite-nos resultados positivos na relação com os outros, sendo portanto um comportamento socialmente eficaz”*. O que o profissional diz ao doente deve ser coerente e ter o mesmo significado através dos seus gestos e atitudes que demonstra perante ele. Assim, através da comunicação a relação enfermeiro/doente é estreitada - *“A qualidade da relação entre o profissional de saúde, o doente e a família determina não só o grau de satisfação dos doentes, mas também o modo de lidar com a sua doença, tendo,*

portanto, implicações na qualidade dos cuidados e na qualidade de vida/sobrevivência do doente” (Pereira, 2005, p. 31).

### ***Sentimentos Dos Enfermeiros Experienciados No Cuidar Do Doente Cirúrgico Sem Perspetiva De Cura***

Relativamente a esta área temática os enfermeiros que cuidam do doente cirúrgico sem perspetiva de cura referem experienciar sentimentos como: **revolta, incerteza, frustração, tristeza, confusão, impotência, pena e sofrimento**. A categoria que mais foi referenciada foi, a impotência com 5 ocorrências.

Os enfermeiros são a classe profissional que se encontra mais próxima dos doentes, estando em contato permanentemente, 24 horas por dia. Quando para além do cuidar do doente cirúrgico se junta o plano de cuidados um doente em fase terminal, a equipa de enfermagem revela sentimentos negativos relativamente ao cuidar do doente paliativo.

Sapeta e Lopes (2007, p. 47) referem que “raramente são apresentados sentimentos positivos, tomam esse cariz quando associados a estratégias de confrontação das situações”.

Assim, a **impotência** é uma “*emoção negativa: sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato, reduzida capacidade de escolha, incapacidade de agir pela convicção de que as suas ações não vão afetar significativamente os resultados*” (OE, 2013, p. 74). É também considerada “*uma resposta altamente subjetiva, complexa, envolve fatores multidimensionais que se interrelacionam, tem alto grau de abstração e, além disso, compartilha seus indicadores com outras respostas humanas*” (Braga e Cruz, 2005).

As entrevistas revelam que grande parte dos enfermeiros se sente impotente perante o doente paliativo, pela proximidade da morte, pela incapacidade de impedir que a morte ocorra, pelo facto de não conseguirem ajudar mais aqueles doentes. “*Por isso, a morte ainda incomoda e desafia a onipotência dos profissionais de saúde, ensinados apenas a cuidar da vida, mas não da morte*” (Germano e Meneguim, 2013, p. 523).

A **Revolta** relaciona-se com a não-aceitação de uma determinada situação e a tendência para a modificar. E os sentimentos de **Incerteza** prendem-se com o facto de não se conseguir prever o resultado de uma ação ou o seu efeito.

A **Frustração** é “*emoção negativa: sentimentos de descontentamento e desapontamento no alcançar de um desejo devido a limitações externas, falta de apoio externo; resistência ou comportamentos errados, desonrosos e insensatos da parte de outros; os sentimentos de frustração dirigem-se para os outros, não para o próprio.*” (OE, 2013, p. 54). A frustração surge quando algo desejado não acontece, e está relacionada com a sensação de incapacidade quando esse acontecimento depende do próprio. A referência à frustração, neste caso, está relacionada com a vontade de querer atuar tendo em vista o cuidar do doente paliativo, manter-se medidas de atuação não-paliativas.

A **Tristeza** é uma “*emoção negativa: sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia*” (OE, 2013, p. 79).

**Confusão** é um “*Pensamento distorcido: memória comprometida, com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa*” (OE, 2013, p. 43).

**Pena** é um sentimento provocado pelo sofrimento dos outros. A dificuldade de lidar com o doente em fase terminal pode ser explicada devido ao sentimento de sofrimento e à negatividade associada à certeza da morte, que são conduzidos por um sentimento de pena e fracasso profissional.

O **Sufrimento** é uma “*emoção negativa: sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crónicos como a dor, desconforto ou lesão, stress psicológico crónico, má reputação ou injustiça*” (OE, 2013, p. 76). Resumindo, Sapeta e Lopes (2007, p. 53) dizem-nos que “*alguns conceitos que traduzem o sofrimento do enfermeiro, tais como sensação de fracasso, frustração traumática e um compromisso algo confuso e descontrolado, dada a delicadeza da situação do doente, dos sentimentos e vivências do enfermeiro em confronto com a hostilidade do meio hospitalar, que no seu conjunto impossibilitam uma comunicação franca e honesta*”. Estes sentimentos não só dificultam a comunicação, mas também todo o processo de cuidar do doente em fim de vida.

## ***Mecanismos De Coping Adotados Pelos Enfermeiros Perante O Doente Cirúrgico Sem Perspetiva De Cura***

Os mecanismos de *coping* são esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações de dano, de ameaça ou de desafio. Os enfermeiros que cuidam do doente em fim de vida têm de encontrar competências para ultrapassar essas dificuldades. Assim, os enfermeiros referiram que usam o **Evitamento** e a **Aceitação** como estratégias de *coping*.

O *coping* é definido pela CIPE como: “*Atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico*” (OE, 2013, p. 45). Para Ramos (2005) cit. in. (Batista, 2008, p. 148), o **evitamento** define o afastamento da pessoa em relação ao fator stressante e à ameaça que ele encerra. É motivado pela necessidade de proteção. As estratégias de evitamento são utilizadas quando as pessoas julgam não ter controlo sobre o problema, e se sentem incapazes de mobilizar qualquer recurso ou estratégia ativa para fazerem frente à dificuldade. Contudo, segundo ainda o mesmo autor, este tipo de estratégias não favorece a adaptação e o ajustamento das pessoas ao *stress*, apenas ajuda a piorar as situações. Na CIPE, evitar é “*prevenir: afastar-se ou manter-se afastado de alguma coisa*” (OE, 2013, p. 100).

A **aceitação** “*é um processo que nos torna capazes de ver, tocar e falar abertamente sobre a morte e ao mesmo tempo, deixá-la percorrer o seu percurso, longe dos nossos domínios, do nosso controlo racional*”, para Moreira (2013, p.173). É ainda definida pela CIPE como “*processo de coping: gerir e controlar ao longo do tempo, eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, restrição de comportamentos destrutivos*” (OE, 2013, p. 34).

Estas duas estratégias referidas pelos enfermeiros estão em polos opostos. Estas estratégias de *coping* manifestadas pelos enfermeiros podem ser entendidas como mecanismos de proteção face ao seu sofrimento e ao sofrimento demonstrado pelo doente e sua família (Moreira, 2013, p. 169).

## ***Sugestões Dos Enfermeiros Para Minimizar As Necessidades / Dificuldades Ao Cuidar Do Doente Com Patologia Cirúrgica Sem Perspetiva De Cura***

O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros entrevistados denota ainda bastantes necessidades e dificuldades que são necessárias colmatar, isto porque o cuidado ao doente em fim de vida exige uma grande complexidade de fatores. Assim, em igual número foram mais sugeridas: **Maior rácio enfermeiro / doente e Formação em C.P.**

A existência de um **Maior rácio enfermeiro / doente** permitiria disponibilizar mais tempo para o cuidar do doente em fim de vida. Só com menos doentes atribuídos a cada enfermeiro por turno se consegue obter mais tempo para conseguir olhar para o doente de uma forma holística.

Se existisse mais **Formação em C.P.** os enfermeiros conseguiriam adquirir mais e novos conhecimentos sobre o doente em Cuidados Paliativos, podendo desta forma melhorar o seu desempenho profissional e suprimir assim as suas dificuldades, conseguindo melhorar também a sua competência emocional.

A **Existência de consultores na área de C.P.** já existe no hospital em estudo, provavelmente o que os enfermeiros queriam sugerir é que estes consultores estivessem mais presentes ou que fossem em maior número. Desta forma, sempre que surja alguma dúvida, dificuldade, ou até mesmo a sugestão de estratégia, teriam alguém habilitado na área de C.P. com quem contar.

**Existência de uma unidade de C.P. no hospital de agudos** - A Proposta de Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos do MS (2008-2016) admite que aproximadamente 30% das camas destinadas a C.P. se encontrem em Hospitais de agudos, o programa recomenda que cada unidade de internamento tenha entre 10 a 20 camas para esse efeito. No hospital estudado não existe um serviço de internamento de C.P.

A **Referenciação para unidades de C.P.** já existe, o que se nota é uma demora para a realização da transferência do doente, uma vez que existem poucas camas. Na Proposta de Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2008-2016) admitem como meta a existência de 350 camas em Unidades de Cuidados Paliativos.

A **Referenciação mais atempada para a EIHSCP** só depende, neste momento, da equipa médica. Só através do pedido de colaboração por parte dos médicos, é que o doente é observado pela EIHSCP.

**Referenciação mais precoce para a equipa domiciliária** – No hospital em estudo, desde 2015, existe uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos ECSCP. Essa equipa avalia a necessidade de apoio ao domicílio do doente paliativo que está internado ou que é seguido em consulta no hospital. Esse apoio depende da capacidade de resposta dessa equipa.

Os enfermeiros necessitam de mais tempo e mais formação para assim conseguirem dar um **Maior acompanhamento familiar**. Os enfermeiros sugerem também a existência de **Maior apoio psicológico**, quer para o doente como para as famílias. A EIHSCP tem como elemento um Psicólogo que pode ser sempre solicitado.



**V PARTE - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E  
IMPLICAÇÕES FUTURAS**



# 1. CONCLUSÕES

Cuidar do doente cirúrgico sem perspectiva de cura é um processo complexo, uma vez que estes encontram-se numa fase do seu ciclo de vida em que o seu problema de saúde se revela incurável, progressivo, e que inevitavelmente conduz à morte.

Os profissionais de saúde que cuidam destes doentes necessitam por isso de mudar de paradigma, isto é, deixarem de se centrar na curabilidade e aceitarem que existe doenças incuráveis. Sabemos que esta mudança é difícil pois a formação que adquiriram centrava-se na medicina aguda. A medicina paliativa é ainda escassa nos currículos escolares, embora atualmente as escolas de saúde e de medicina já comecem a integrar estes conteúdos.

Apesar de estarmos numa sociedade altamente tecnológica, o que é certo é que ainda não descobrimos a forma de “combater” a morte. Quando se trata do doente cirúrgico sem perspectiva de cura integrado numa unidade de cirurgia de um hospital de agudos, a não-aceitação do fim de vida é mais evidente, tentando-se a todo o custo negar o fim e cuidando-se como se tratasse de um doente curável. Existe assim, a urgência em desmistificar o conceito de Cuidados Paliativos e sensibilizar os profissionais de saúde para uma maior aposta na formação.

Relembrando o objetivo do presente estudo: Conhecer os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura, com a finalidade de contribuir para cuidados humanos para que a dignidade da pessoa não seja posta em causa, apresentamos as conclusões mais significativas:

1. Os cuidados de enfermagem prestados ao doente cirúrgico sem perspectiva de cura focam-se fundamentalmente no proporcionar conforto. Contudo, avaliar a dor e outros sintomas, gerir a terapêutica farmacológica, proporcionar uma comunicação assertiva (com o favorecimento de uma escuta ativa, favorecimento de esperança, satisfação de vontades e favorecer a expressão de sentimentos), promover o autocuidado, aplicar medidas não farmacológicas, e por fim proporcionar a continuidade de cuidados, também são cuidados executados, mas não com tanto enfoque.

2. Mobilizam determinadas estratégias no seu processo de cuidados tais como: procuram envolver o familiar nos cuidados, procuram trabalhar em equipa multidisciplinar, realizam a referenciação dos doentes e procuram realizar formação no âmbito dos Cuidados Paliativos.

3. Os enfermeiros manifestam uma variabilidade de necessidades que se estendem desde existir maior disponibilidade, possuir conhecimento relativo ao processo de transição da medicina curativa para a medicina paliativa, existir uma referência precoce para os C.P., existirem mais equipas de C.P. no acompanhamento dos doentes, existir mais recursos (humanos e físicos), ter maior apoio da equipa médica, existir a colaboração de um psicólogo, existência de normas até que haja mais formação em C.P.

4. Como dificuldades mais sentidas pelos enfermeiros identificou-se: saber gerir emoções/sentimentos, défice de formação em C.P., confronto com a degradação da pessoa doente, tomar decisões de alta complexidade, saber respeitar a vontade do doente, saber gerir o tempo, existência de várias especialidades cirúrgicas, inadequação do contexto para o doente cirúrgico sem perspectiva de cura, saber gerir sintomas, saber comunicar de forma assertiva.

5. No cuidar do doente cirúrgico sem perspectiva de cura experienciam uma variedade de sentimentos e emoções que nós classificamos como negativas: impotência, revolta, incerteza, frustração, tristeza, confusão, pena e sofrimento. Não há referência a qualquer tipo de emoção positiva como: gratidão, satisfação, compaixão, etc. Os sentimentos mais experienciados pelos enfermeiros centram-se a nível da impotência.

6. As estratégias de *coping* adotadas pelos enfermeiros situam-se em dois níveis opostos: a aceitação e o evitamento, de forma a sentirem-se protegidos psicologicamente.

7. Apresentam como sugestões para cuidados mais humanos ao doente cirúrgico sem perspectiva de cura e sua família as seguintes propostas: formação em Cuidados Paliativos, maior rácio enfermeiro/doente, existência de consultores na área de C.P., existência de uma unidade de Cuidados Paliativos no hospital de agudos, referência mais atempada para a EIHSCP, referência mais precoce para a equipa domiciliária, referência para Unidades de C.P., maior acompanhamento familiar, maior apoio psicológico.

Finalizando, é fundamental referir que a equipa de saúde onde se realizou o estudo é uma equipa jovem e com poucos anos de serviço. Entendemos que uma equipa mais madura poderá estar mais capacitada para enfrentar a complexidade que o fim de vida representa. Cuidar de doentes do foro cirúrgico em fim de vida implica que toda a equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros entendam que para além da medicina curativa existe a medicina paliativa. Parece-nos pois que este estudo demonstra que a

prática de cuidados ainda se centra em dar resposta às necessidades físicas, descurando as outras dimensões da pessoa. Os cuidados espirituais são pouco referenciados, não sendo no nosso entender, ainda devidamente valorizados.

Torna-se fundamental continuar na sensibilização das sociedades e dos profissionais para a importância dos Cuidados paliativos.

## **2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Tratando-se de um estudo de caráter qualitativo realizado num contexto muito próprio, com uma população específica, não podemos efetuar generalizações.

A conciliação entre a atividade profissional ao longo da realização da investigação e a limitação de tempo para a conclusão da mesma, exigiu um esforço e empenho bastante acrescidos por parte da investigadora.

Apesar das limitações deste estudo, através dos resultados alcançados foi possível uma melhor compreensão sobre “*A prática de cuidados ao doente cirúrgico sem perspectiva de cura, num hospital de agudos*”, sendo por isso atingidos os objetivos inicialmente propostos.

## **3. IMPLICAÇÕES FUTURAS**

Podemos afirmar que este assunto investigado na dissertação não se esgota em si mesmo. Sugerimos que novas investigações procurem verificar os cuidados que se prestam noutras unidades de saúde, nomeadamente serviços de medicina. Pensamos que seria interessante conhecer como se cuida em unidades de Cuidados Paliativos. Pensamos que seria interessante alargar o estudo a vários grupos de profissionais e realizar pesquisas que se centrem no doente e família, de forma a conhecer as suas expectativas relativamente aos enfermeiros e a todos os outros profissionais de saúde. Seria também interessante identificar que necessidades apresentam em contexto domiciliário. Achamos recomendável apostar em maior divulgação científica e na formação em Cuidados Paliativos incluindo-os nos currículos escolares.



## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, Débora Vieira, Chaves, Eliane Corrêa e Brito, José Henrique Silveira 2009. Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Referência*, 89-96.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos 2006a Formação de enfermeiros em cuidados paliativos - recomendações da ANCP.
- Andrade, Maria Margarida de 2002. *Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas*, São Paulo, Atlas.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos 2016a. *Cuidados Paliativos - o que são?* [Online]. Available: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos 2016b. *Informação sobre a organização de serviços de cuidados paliativos* [Online]. Available: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>.
- Apóstolo, João Luís Alves 2009. O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, II, 61-67.
- Araújo, Mónica Martins Trovo e Silva, Maria Júlia Paes 2007. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 668-674.
- Barbosa, António e Neto, Isabel Galriça 2010. *Manual de cuidados paliativos*, Lisboa Núcleo de Cuidados de Palitivos , Centro de Bioética, FMUL.
- Bardin, Laurence 2011. *Análise de Conteúdo*, Brasil, Edições 70, Lda.
- Barros, J. A. C. 2002. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo.
- Batista, Paula Manuela Pires Marques Miguel. 2008. *Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia*. Mestrado, Universidade do Porto.
- Bernardo, Ana, Rosado, Joaquina e Salazar, Helena 2010. Burnout e auto-cuidados. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa.
- Bessa, Marta Raquel Ribeiro. 2013. *A densificação dos princípios da bioética em Portugal: estudo de caso: a atuação do CNECV*. Mestrado, Universidade do Porto.

- Bogdan, R. e Biklen, S. 1994. *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto, Porto Editora.
- Braga, Cristiane Giffoni e Cruz, Diná de Almeida Lopes Monteiro da 2005. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39, 350-357.
- Capelas, Manuel Luís Vila 2009. Cuidados paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*.
- Casmarrinha, Manuela de Jesus Linhol. 2008. *Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades*. Mestrado, Universidade do Porto.
- Cerejo, M. 2000. *Impacto de um programa de informação estruturada na recuperação pós-operatória*. Mestrado, Universidade de Coimbra.
- Cerqueira, Maria Manuela Amorim. 2010. *A pessoa em fim de vida e família - o processo de cuidados face ao sofrimento*. Doutoramento, Universidade de Lisboa.
- Chochinov, H. 2002. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: Helping the patient feel valued. *JAMA*, 287, 2253-2260.
- Clark, David 2002. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying *BMJ*, 324.
- Collière, Marie-Françoise 1999. *Promover a vida : Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Lisboa, Lidel.
- Costa, Elisa Franco de Assis e Monego, Estelamaris Tronco 2003. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da Universidade Federal de Goiás*.
- Couto, Glória Maria. 2012. *Autonomia/independência no autocuidado : sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Crespo, Sílvia Margarida Antunes Caiano. 2009. *Histórias de vida e a doença oncológica terminal* - Mestrado, Universidade do Porto.
- Direção Geral da Saúde 2004. Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
- Direção Geral da Saúde s/d. Carta dos direitos do doente internado.
- Durman, S. 2000. *Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em Hospital Geral*. Mestrado interinstitucional, Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal do Paraná.

- Estanque, Carla Maria Jacinto. 2011. *A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida: uma abordagem na perspectiva dos enfermeiros*. Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Estrela, A. e Ferreira, J. 1994. *Métodos e técnicas de investigação científica em educação*, Lisboa, Albano Estrela e Júlia Ferreira.
- Fernandes, José Alfredo Carvalho e Venâncio, Dionísia Maria Gomes 2004. Um olhar sobre o cuidar em contexto cirúrgico. *Informar*. Porto.
- Fernandes, Maria Ana Braz. 2013. *Formação em cuidados paliativos*. Mestrado, Universidade do Porto.
- Ferreira, Ana Daniela Saraiva. 2013. *Necessidades em Cuidados Paliativos: na Pessoa com Doença Oncológica*. Mestrado, Universidade do Porto.
- Fortin, Marie Fabienne 1999. *O Processo de investigação: da concepção à realização*, Loures, Lusociência.
- Foucault, Michael 1979. *Microfísica do poder*, Rio de Janeiro.
- Freitas, Maria João Baptista dos Santos e Parreira, Pedro Miguel Dinis 2013. Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Referência*, III, 171-178.
- Frias, Cidália. 2010. *O processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida: encontro de corpos*. Doutoramento, Universidade de Lisboa.
- Gafo, Javier 1996. *10 Palavras chave em bioética*, Assafarge, Gráfica de Coimbra, Lda.
- Germano, Karoline dos Santos e Meneguim, Silmara 2013. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, 522-528.
- Ghiglione, Rodolphe e Matalon, Benjamin 1993. *O inquérito – teoria e prática*, Oeiras, Celta.
- Gil, António Carlos 2008. *Métodos e técnicas de pesquisa social*, São Paulo, Editora Atlas.
- Gonçalves, José Ferraz 2010. História e filosofia dos cuidados paliativos. Aula de Mestrado em C.P. ed.: Faculdade de Medicina do Porto.
- Gonçalves, José Ferraz 2013. *Controlo de sintomas no cancro avançado*, Lisboa, Coisas de Ler Edições.
- Graça, Luís 2000. Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica *Textos sobre saúde e trabalho*.

- Hennezel, M. 2002. *Para uma morte mais humana: Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*, Loures, Lusociência.
- Kübler-Ross, Elisabeth 1996. *Sobre a morte e o morrer*, São Paulo.
- Leininger, M. M. 1985. Transcultural care diversity and universality: A theory of nursing. *Nursing & Health Care*.
- Lessard-Hébert, M., Gotette, G. e Boutin, G. 2005. *Investigação qualitativa – fundamentos e práticas*, Lisboa, Instituto Piaget.
- Lopes Ferreira, Pedro, Antunes, Bárbara, Barros Pinto, Ana e Gomes, Bárbara 2012. Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30, 62-70.
- Magalhães, Lúcia Diana Moreira de. 2016. *Dignidade em cuidados paliativos - A influência da representação social em Portugal e na Suíça*. Mestrado, Universidade do Porto.
- Marconi, Maria Andrade e Lakatos, Eva Maria 2003. *Fundamentos de Metodologia Científica*, São Paulo.
- Martins, Patrícia Andreia Pimenta de Castro. 2014. *Escuta ativa nos cuidados de enfermagem : uma intervenção confortadora*. Mestrado, Universidade Católica Portuguesa.
- Maslow, Abraham H. 1954. *Motivation and Personality*, Harper & Row, Publishers, Inc.
- Melo, M. L. 2005. *A comunicação com o doente - Certezas e Incógnitas*, Loures, Lusociência.
- Moreira, Isabel M. P. B. 2001. *O doente terminal em contexto familiar – Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*, Coimbra, Formasau.
- Moreira, Terese Ariana Ribeiro de Bessa. 2013. *Vivências dos enfermeiros no processo de cuidar do doente em agonia*. Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Ministério da Saúde 2008-2016. Proposta de revisão do programa nacional de cuidados paliativos. Ministério da Saúde.
- Neves, L. 1998. *Práticas cuidativas numa unidade de cirurgia: Significado contextual para os doentes*. Mestrado, Universidade do Porto.
- Nightingale, Florence 2005. *Notas de enfermagem - o que é e o que não é*, Loures, Lusociência.
- Nunes, Rui 2012. Testamento Vital. *Nascer e Crescer*, 21, 250-255.
- Nunes, Rui s/d. Consentimento informado.

- Ordem dos Enfermeiros 2001. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual, enunciados descritivos.
- Ordem dos Enfermeiros 2003. *Código deontológico do enfermeiros - anotações e comentários*, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros 2010. Cuidados paliativos para uma morte digna - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros 2013. Classificação internacional para a prática de enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros 2014. Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.
- Organização Mundial da Saúde 2002. *Cuidados paliativos* [Online]. Available: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/> [Consultado a 26 de Janeiro 2016].
- Pacheco, Susana 2004. *Cuidar a pessoa em fase terminal - perspectiva ética*, Loures, Lusociência.
- Parse, R. R., Coyne, A. B. e Smith, M. J. 1985. *Nursing research - Qualitative methods*. MD.
- Patton, M. 1990. *Qualitative evaluation and research methods*, Beverly Hills, CA: Sage.
- Paula, Adriana Aparecida Delloiagono e Carvalho, Emília Campos 1997. Ensino sobre perioperatório a pacientes - estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 35-42.
- Pereira, Maria Aurora Gonçalves. 2005. *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto - contributos para a formação em enfermagem*. Doutoramento, Universidade do Porto.
- Pimentel, Francisco Luís 2006. *Qualidade de vida e oncologia*, Almedina.
- Pitrez, F. A. B. e Pioner, S. R. 2003. *Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada*, Porto Alegre, Artemed.
- Polit, D. e Hungler, B. 1995. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Portugal 2014. Diário da República, 2.<sup>a</sup> série - N.º 154, Despacho n.º 10429.
- Quivy, Raymond e Campnhautd, Luc Van 1995. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Portugal, Gradiva.

- Reis, Ana Maria Machado Gonçalves 2009. Qualidade dos cuidados de saúde - reflexões éticas em fim de vida. *Sinais Vitais*.
- Renaud, I. e Renaud, M. 1996. *Fundamentos Éticos*, Lisboa, Editorial Verbo.
- Rodrigues, Ângela e Esteves, Manuela 1993. *A análise de necessidades de formação como campo de investigação científica*.
- Sapeta, Paula e Lopes, Manuel 2007. Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Referência*, 35-60.
- Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos 2005. Guia de cuidados paliativos.
- Silva, M. 2002. *Vivências do doente cirúrgico no perioperatório da cirurgia programada*. Mestrado, Universidade do Porto.
- Silva, Maria Júlia Paes da 2006. *Comunicação tem remédio - a comunicação nas relações interpessoais em saúde*, São Paulo, Edições Loyola.
- Silva, Ronaldo Corrêa Ferreira e Hortale, Virginia Alonso 2006. Cuidados paliativos oncológicos - elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública*.
- Serviço Nacional de Saúde 2010. Portal da saúde - cuidados paliativos. Disponível em: <http://www2.portaldasauade.pt/portal>.
- Sousa, Aurora Daniela Almeida de 2012. Sintomas em cuidados paliativos - da avaliação ao controlo.
- Sousa, Maria Fátima Cardoso Oliveira 2009. *O Enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor - Informação/aplicação* Universidade de Coimbra.
- Twycross, Robert 2003. *Cuidados Paliativos*, Lisboa, Climepsi.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados 2009. Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde.
- Viana, Andreia Patrícia Mendes 2010. A avaliação da esperança em cuidados paliativos - validação transcultural do Herth Hope Index.
- Vieira, Margarida M. S. V. 1995. Cuidar, defendendo a autonomia da pessoa cuidada. *Servir*. Lisboa.
- Vilhena, Rita Rasquilho Vidal Saragoça Mendes. 2013. *Cuidados paliativos e obstinação terapêutica decisões em fim de vida*. Mestrado.
- Xavier, Sandra Maria Miranda. 2014. *Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida*. Doutoramento.

Zalenski, Robert J. e Raspa, Richard 2006. Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 1120-1127.



## **ANEXOS**



# ANEXO I – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETIVAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO DE MESTRADO



CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exma. Senhora  
Enfermeira  
Ana Sofia Barros Costa  
C. Especialidades

N/Ref.: 716/2015

**Assunto:** Autorização para colheita de dados para trabalho de Investigação intitulado “**Práticas de cuidados dos enfermeiros perante o doente com patologia cirúrgica, sem perspectiva de cura, em contexto hospitalar**”

Em resposta ao V/ pedido para efetuar colheita de dados, para realização de trabalho de Investigação intitulado “**Práticas de cuidados dos enfermeiros perante o doente com patologia cirúrgica, sem perspectiva de cura, em contexto hospitalar**”, vimos informar que **está devidamente autorizado** conforme Despacho do Sr. Enf. Diretor Belmiro Rocha, de 24-11-2015.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo.

Para qualquer contacto deve mencionar a **N/REF.: 716 /2015**

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 29 de Dezembro de 2015

Centro de Formação  
Tel/Fax: 22 7865127 – Ext. 11627  
E-mail: [df@chvng.min-saude.pt](mailto:df@chvng.min-saude.pt)

Centro Hospitalar de  
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.  
Rua Conceição Fernandes s/n  
4434-502 Vila Nova de Gaia

[www.chvng.min-saude.pt](http://www.chvng.min-saude.pt)  
Tel. + 351 22 786 51 00  
Fax + 351 22 7830209  
eMail [geral@chvng.min-saude.pt](mailto:geral@chvng.min-saude.pt)

NPC 508 142 156  
Capital Estatutário 47,082,000,00 Euros  
Registo Comercial n° 508 142 156





## ANEXO II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

### ***Designação Do Estudo:***

*Práticas de cuidados dos enfermeiros perante o doente com patologia cirúrgica, sem perspectiva de cura, em contexto hospitalar*

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

-----, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “Práticas de cuidados dos enfermeiros perante o doente com patologia cirúrgica, sem perspectiva de cura, em contexto hospitalar”, realizado pela mestranda *Ana Sofia Barros Costa*, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_

***Assinatura do participante:*** \_\_\_\_\_

A Investigadora responsável:

***Assinatura:***



## **APÊNDICES**



## APÊNDICE I – CRONOGRAMA

Atividades	2015				2016						
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Reunião de orientação											
Participação em eventos científicos											
Redação do enquadramento teórico											
Formulação da metodologia											
Elaboração do Instrumento da colheita de dados											
Recolha de dados											
Análise de dados											
Interpretação de Resultados											
Conclusão											
Esboço final do relatório de investigação											
Redação definitiva do relatório de investigação											
Entrega do relatório de investigação											



## APÊNDICE II – GUIÃO DE ENTREVISTA

*Ao enfermeiro que presta cuidados ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura*

**Tema** – *Práticas de cuidados dos enfermeiros perante o doente com patologia cirúrgica, sem perspectiva de cura, em contexto hospitalar*

**Objetivo geral:** Conhecer o processo de cuidados dos enfermeiros perante o doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura

**Caraterização do corpus de análise** – enfermeiros

Nº de Entrevista	Sexo	Idade	Grau de formação	Anos de trabalho

Objetivos Específicos	Questões
1- Identificar as perspetivas dos enfermeiros a cerca do significado de Cuidados Paliativos.	Ao cuidar deste tipo de doentes, que sentimentos tem? Como enfermeiro de um serviço cirúrgico como lida com doente fase terminal?
2- Identificar os cuidados realizados pelos enfermeiros para proporcionar o melhor cuidado ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura.	Quais os cuidados de enfermagem realizados para proporcionar o melhor cuidado ao doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura?
3- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o doente com patologia cirúrgica sem perspectiva de cura.	Que estratégias usa para lidar com um doente que apesar de estar internado num serviço de cirurgia, necessita de Cuidados Paliativos?

<p><b>4-</b> Identificar as necessidades dos enfermeiros no processo de cuidar do doente patologia cirúrgica sem perspetiva de cura.</p>	<p>Quais as necessidades sentidas para melhor cuidar dos doentes com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura?</p>
<p><b>5-</b> Identificar as dificuldades dos enfermeiros no processo de cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura.</p>	<p>Quais são as suas dificuldades na prestação de cuidados a um doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura?</p>
<p><b>6-</b> Identificar as medidas adotadas pelos enfermeiros no sentido de minimizar as suas necessidades/dificuldades no cuidar do doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura.</p>	<p>Que medidas adota para minimizar essas necessidades/dificuldades?</p> <p>O que poderia ser feito para serem ultrapassadas essas necessidades/dificuldades?</p>

## **APÊNDICE III – EXEMPLO DE ENTREVISTA**

**1.” Como enfermeira de um serviço cirúrgico como lidas com doentes em fase terminal, que sentimentos tens ao cuidar destes doentes?”**

**E2:** “É assim, ao saber que eles estão com os Cuidados Paliativos, eu fico bem, porque sei que estão com a dor controlada, que estão confortáveis. Só que, acho que realmente, nós ainda não estamos assim muito à vontade para Cuidados Paliativos. Não sei se é geral mas realmente acho que a nossa intervenção devia ser mais precoce, em alguns casos, nós agora também temos a Cirurgia Geral e isto aplica-se. Na minha opinião, temos aqui uma doente em que eu aplicaria os Cuidados Paliativos, ah... mas na Neurocirurgia, os glioblastomas, acho que se deveria intervir precocemente nesses doentes. Até para eles terem um encaminhamento para a alta. Agora...ah...

**Como te sentes quando eles não são encaminhados precocemente?**

Fico revoltada. Fico revoltada, porque acho que se estes doentes precisam de paliativos é porque já estão numa fase terminal e acho que nesta fase temos de dar tudo por eles. Para eles ficarem confortáveis, para a família ficar confortável, sem dor, para a família também ficar descansada que estes doentes estão bem. O que interessa nestes doentes é estarem sem dor, confortáveis e eu acho que isso é muito importante. E tem falhado, na minha opinião.

**Essa falha o que te causa?**

Fico um bocadinho incomodada, por às vezes nós queremos intervir, mas nós não podemos intervir sozinhos.

**Porque é que isso acontece?** Os médicos acho que ainda não estão muito sensibilizados, não estão muito à vontade, muito despertos, abertos para isso. Porque nós podemos às vezes dar o alerta ao médico, mas pode deixar para lá, não querer saber muito sobre isso.”

**2. “Quais os cuidados de enfermagem realizados para proporcionar o melhor cuidado ao doente com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura?”**

**E2** “Aquilo a que eu tenho mais atenção é a medicação, a analgesia. Se está confortável, se não está confortável. Medicação administrada. Ponho tudo direitinho em SAPE.

Monitorização da dor. Caso não tenha qualquer tipo de efeito, então aí, contacto a Dor ou o médico que esteja com a doente. Outros cuidados a ter – eu acho que dependente muito do tipo de doente, mas basicamente nesta fase será isso. O conforto e o controlo da dor do doente.

**O conforto poderá ser traduzido em quê, por exemplo?**

Posicionar, ver a pele, massajar, aplicar um bocadinho de creme. Claro que cada caso é um caso, mas acho que se uma pessoa estiver confortável numa cama 24 horas, já é conforto que lhes estamos a dar.”

**3. “Que estratégias usas para lidar com este tipo de doentes?”**

**E2:** “Uma mente muito aberta. Uma mente muito sã. Porque, eu sou sincera, no início, e ainda me mete um bocadinho de impressão, porque quando temos os doentes aqui muito tempo, nós vemos os doentes a entrar de uma forma e eles depois começam a debilitar e isso custa um bocadinho. Mas tento, e o meu trabalho é sempre naquela ideia de o doente está bem. E ir por aquele caminho, e se está a ser seguido por uma equipa especializada, o doente está bem, por isso, é o meu pensamento. E que temos de ir por aí.

**Ou seja a estratégia que usas seria relacionada com a Equipa?**

Sim, as coisas funcionam melhor quando trabalhamos em equipa e quando temos uma equipa multidisciplinar e quando envolvemos outras especialidades, eu acho que isso é muito melhor.”

**4. “Que necessidades sentes para melhor cuidar dos doentes com patologia cirúrgica sem perspetiva de cura?”**

**E2:** “Hmm... eu acho realmente que a necessidade que eu sinto é de por exemplo: há coisas que eu acho que ainda não estão bem. Quando é que nós devemos intervir com os Cuidados Paliativos? Acho que isso devia estar, num doente em que não existe cura para ele, que foi operado, ou que nem vai ser operado, nós devíamos saber e devia estar estabelecido quando é que os Paliativos deviam atuar. Eu acho que isso era o primário. A partir daí, acho que, depois também com a equipa dos Cuidados Paliativos e os médicos das especialidades que as coisas iriam funcionar bem, que de facto é um aspeto que se tem que melhorar bastante. Quando o doente está referenciado para Paliativos, às

vezes já não se consegue ir a tempo. Se fosse referenciado precocemente, ele poderia ir embora, e era acompanhado em casa. Eu acho que era o ideal.”

**5. “Quais são as tuas maiores dificuldades na prestação de cuidados a estes doentes?”**

**E2:** “Quando a emoção vem ao de cima. É quando não fala a parte profissional e fala mais alto a parte emotiva. Começo a ficar muito sensibilizada, uma pessoa começa a ver o doente a decair, o estado dele já não é o mesmo de quando foi encontrado. Depende também da reação da família. Há famílias que reagem de forma: explodem muito. Mas uma pessoa não é de ferro e às vezes fico assim um bocadinho mais sensibilizada. Acho que com o tempo se ultrapassa. Eu no início era um bocadinho pior, mas é mesmo a nossa mentalidade e indo lidando com as coisas. **(pausa por interrupção...)** É pensar que nós estamos a fazer o nosso melhor, ficar com a nossa consciência tranquila. E que não posso fazer mais. E que o doente naquela altura para aquele momento está bem. Que de acordo com as circunstâncias em que ele se encontra está confortável, que está bem, entre aspas.”

**6. “O que poderia ser feito para serem ultrapassadas essas necessidades/dificuldades?”**

**E2:** “Neste momento ideal seria mesmo colocar a equipa de Paliativos mais cedo, se nós interagíssemos mais com a equipa e se os médicos das especialidades interagissem mais, eu acho que, mudava muita coisa. Até nós lidávamos mais com a própria equipa e estávamos mais dentro do assunto, saberíamos melhor como gerir as coisas, atuávamos mais precocemente, para mim esse era o ponto número 1 e resolveria muita coisa. **Lembraste assim de mais coisas que possam ser melhoradas, por exemplo aqui no serviço? Tirando essa articulação?**

É assim, de momento, sinceramente...só se me estiver a falhar...mas se calhar até está **(risos)**, mas acho que não”.

**Terminámos. Obrigada!**

Muito bem!



## APÊNDICE IV – EXEMPLO DE GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

### EXEMPLO DE FORMAÇÃO DE CATEGORIAS A PARTIR DAS UNIDADES DE ANÁLISE

UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS
“ (...) Cuidados de higiene. (...)”	<b>PROMOVER O AUTOCUIDADO</b>
“ (...) OtimizAr o leito. (...) “; “ (...) trocamos com mais regularidade os lençóis, as fraldas.”	
“ Prestar os cuidados de higiene se calhar, mais lentificados, (...)”	
“ (...) Posicionar, (...)”	
“ Os posicionamentos.”; “posicionamentos antiálgicos, (...)”	
“ (...) Às vezes nós não posicionámos, (...), para não lhes causar mais desconforto (...) “	
“ (...) Que ele não esteja desconfortável, por uma roupa que o esteja a incomodar, ou pelo calor, pelo frio, (...) “	
“A alimentação.”; “ (...) dar aquilo que eles lhes apetece, aquilo que eles gostam, independentemente de ser diabético, hipertenso, (...) “	
“A nível da alimentação, também, se eles se recusarem não vou estar a insistir com eles, (...)”	

### EXEMPLO DE FORMAÇÃO DE SUBCATEGORIAS A PARTIR DAS CATEGORIAS

Subcategorias	Categorias
Higiene	<b>PROMOVER O AUTOCUIDADO</b>
Posicionar-se	
Vestir-se/Despir-se	
Alimentar-se	