



UNIVERSIDADE ATLÂNTICA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

3º CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

MONOGRAFIA



Sentimentos e/ou Emoções dos Enfermeiros que cuidam de clientes em fase terminal

DISCENTES:

Ana Cristina Sequeira Ramalho n° 2003 90 426

Rebeca Acciaioli Themudo Martins n° 2003 90 631

ORIENTADOR:

PROF. MARIA JOÃO SANTOS

Barcarena, 31 de Janeiro de 2007



UNIVERSIDADE ATLÂNTICA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA
3º CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

MONOGRAFIA

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

Ana Cristina Sequeira Ramalho

Rebeca Acciaioli Themudo Martins

Orientador: Prof. Maria João Santos

BARCARENA, 31 DE JANEIRO DE 2007

**“Aprende a ouvir o teu silêncio interior e lembra-te
que tudo nesta vida tem um propósito.
Não há erros nem coincidências.
Os acontecimentos convertem-se em bençãos que nos
são dadas para que aprendamos com elas”**

Kubler-Ross (citado por Riba, 2001, p.20)

AGRADECIMENTOS

Seguimos um percurso longo e árduo para a conclusão deste trabalho. Foi um esforço que não só dependeu de nós, mas de todos aqueles que se cruzaram no nosso caminho e nos ajudaram.

A nossa família assumiu um carácter de incondicional apoio, compreensão e ajuda. Sem eles não seria possível estarmos a acabar esta etapa académica.

Desta forma, agradecemos à nossa família, amigos, pelo carinho e apoio que nos deram nas etapas mais difíceis, que sempre com uma palavra de força nos levaram a rumar para a frente.

Sem a orientação, disponibilidade, encorajamento que Enfermeira Maria João Santos nos proporcionou, teria sido impossível a realização deste trabalho. A ela um muito obrigada, por nos ter feito crescer ao longo desta etapa.

A todos aqueles que directa ou indirectamente nos ajudaram nesta monografia.

MUITO OBRIGADA!

ABSTRACT

The nature of nursing profession is in compliance with the care concept. this concept is always present.

This study aimed to know the care concept of nurses, what were their emotions and feelings in caring, and what strategies they used.

This study is about the emotions and feeling of nurses that cares patients in terminal fase, used a qualitative approach based on a investigative and descriptive method. We used a half structured audio recorded interview as our instrument to collect data. To analyze our data we used the contents analyses according to Bardin.

There are the conclusions that were obtained:

The nurses have the knowledge, are sensible to their emotions and feeling toward the patient and his/her family. They analyze it, clarify e promote the well fare of the patients, and is own. Their emotions and feeling are in the care that they proportionate, and are influent in the well fare of the client. They utilize the affection and sensibility on the caring of patient with terminal condition.

RESUMO

A Enfermagem, enquanto profissão, tem como essência o conceito de Cuidar. Sendo a essência da profissão este deve estar presente em todas as fases do ciclo de vida, incluindo a fase terminal.

O estudo realizado, sobre os sentimentos e/ou emoções dos enfermeiros que cuidam de clientes em fase terminal, orientou-se de acordo com uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, cuja questão de investigação assenta em entender: “*Que sentimentos e/ou emoções vivenciam os enfermeiros que cuidam de clientes em fase terminal*”.

Com este estudo pretendeu-se conhecer o conceito de cuidar para os enfermeiros inquiridos, quais os sentimentos e/ou emoções predominantes ao cuidar deste tipo de clientes, identificar se existe a utilização de estratégias ao cuidar.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada, áudio-gravada. Com os dados obtidos, procedemos à sua análise através da análise de conteúdo segundo Bardin.

Chegamos assim, às conclusões de que os enfermeiros conhecem, são sensíveis e estão atentos às suas emoções e sentimentos, aos seus actos emocionais, à sua vivência emocional, analisando-as, clarificando-as e promovendo o seu próprio bem-estar. Percepcionam o modo como as suas emoções e sentimentos se explicitam nos cuidados e influenciam o bem-estar do cliente, procurando deste modo adequar o cuidar às necessidades identificadas no outro. Utilizam a afectividade e a sensibilidade ao cuidar de clientes em fase terminal. Adoptam uma postura de abertura às emoções da pessoa, partilhando e permitindo a expressão emocional, promovendo o bem-estar da pessoa cuidada.

Palavras-chave: Cuidar; emoções; sentimentos; fase terminal

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudo do 3º curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, foi-nos proposta a elaboração de um trabalho de investigação científica acerca um tema que nos suscitasse interesse e que contribuísse para o avanço da investigação em Enfermagem.

A estruturação da Licenciatura em Enfermagem conduziu a que, desde o nosso primeiro ano de estudo, frequentássemos estágios práticos, tanto em Hospitais como em Centros de Saúde, privilegiando a interacção e o trabalho com os clientes.

Esta prática e contacto com a realidade da nossa futura profissão conferiu-nos destreza na realização das técnicas de enfermagem inerentes ao desempenho mas, igualmente, fez despontar o interesse em percebermos as emoções e os sentimentos, sentidos pelos enfermeiros ao cuidarem de doentes em fase terminal. Assistimos à prestação destes cuidados tanto em meio hospitalar como nos cuidados continuados efectuados ao domicílio, através do Centro de Saúde.

Quando nos foi solicitada a realização de um trabalho de investigação científica que contribuísse para o avanço da investigação em enfermagem, foi com naturalidade e após conversação com a enfermeira orientadora que adoptámos este tema.

Os estudos demográficos são demonstrativos do envelhecimento da nossa população e os constantes avanços tecnológicos e farmacológicos dão, cada vez mais possibilidades de tratamento e de preservação da vida, pelo que o estudo desta problemática tem toda a actualidade e interesse científico.

A complexidade da procura de uma melhoria na prestação dos cuidados aos doentes e clientes no nosso Sistema de Saúde dá um lugar preponderante, mesmo cimeiro, à enfermagem. São os enfermeiros que passam a maior parte do tempo junto aos doentes.

Este tema suscitou interesse, pelo conhecimento de que na realidade o enfermeiro é um profissional de saúde que assume um papel fundamental junto do cliente em fase terminal, uma vez que está mais próximo deste e da sua família.

O actual paradigma é uma política de saúde em que os cuidados estão centrados no doente. Compete à enfermagem procurar liderar o exame das crenças e valores subjacentes, desenvolver as suas responsabilidades e competências técnicas, articular

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

com uma visão que oriente e operacionalize a melhoria dos cuidados prestados na prática quotidiana, a proximidade ao doente e como cuidar.

Fomos procurar respostas de forma ordenada e sistemática, como requer a metodologia científica, limitando a nossa pesquisa ao tema “*Que sentimentos e/ou emoções vivenciam os enfermeiros que cuidam de clientes em fase terminal*”.

O local do nosso estudo foi o Hospital Distrital de Torres Vedras, segundo protocolo estabelecido com a UATLA.

Com a elaboração deste estudo pretendemos encontrar resposta para a seguinte questão:

Que emoções e/ou sentimentos vivenciam os enfermeiros que cuidam de clientes em fase terminal?

A realização deste trabalho pretende atingir os seguintes objectivos:

- Conhecer qual o significado do Cuidar dos clientes em fase terminal para os Enfermeiros do Serviço de Medicina C;
- Identificar quais os sentimentos/emoções dos enfermeiros que cuidam de clientes em fase terminal;
- Identificar quais as estratégias que os enfermeiros utilizam para cuidar de clientes em fase terminal.

Os actuais estilos de vida, as maiores capacidades em diagnosticar, tratar e prolongar a vida, o envelhecimento, conduziram à existência de situações patológicas mantidas no tempo, a cada vez mais doentes em situações terminais de vida.

A Enfermagem, desde as suas origens, está relacionada com a noção de “*cuidar*”, de manutenção da sobrevivência com a melhor qualidade de vida possível.

Já no séc. XIX, Florence Nightingale, um marco de referência da profissão de enfermagem, realizou trabalhos sobre higiene, saúde pública, direcção e administração hospitalar, porque era sua convicção ser necessário “*pôr os doente nas melhores condições para que a natureza possa actuar*” Ribeiro, (1996, p.22), cuidar os doentes no seu todo, proporcionar-lhes o melhor ambiente.

Introduziu o conceito holístico no cuidar. Contrariou as noções e práticas da época. Foi responsável pela primeira escola de enfermagem onde a “*Direcção da escola era liderada por uma enfermeira, e não por um médico (...)*”Nogueira, (1990, p.35)

O salto qualitativo produzido nos cuidados prestados ao doente pelas enfermeiras do séc. XIX teve de quebrar barreiras, práticas instituídas, demonstrar resultados, ocasionando enormes ganhos em saúde. Foi o resultado de diagnósticos de enfermagem que produziram respostas a problemas de saúde da actualidade e evitou outros problemas potenciais. Esta prática na enfermagem continua a ter a maior actualidade porque o centro é o indivíduo mas, também, o meio, a saúde e a doença, por isso, a enfermagem pode evoluir como ciência que produz resultados para a prática profissional.

A relação de proximidade da Enfermeira com o doente, o tempo que lhe dispensa, a comunicação estabelecida, transformam o momento de cuidar num momento especial, único, repleto de possibilidades e recheado de emoções. Conforme nos diz Watson (2002, p.67) “*um momento de cuidar singular torna-se num momento de possibilidade (...)*”.

Cada indivíduo é especial, particular, pelas opções que pode tomar e pela variedade de cuidados que lhe podem ser prestados.

O papel fundamental do Enfermeiro junto do doente terminal e da sua família, a relação de proximidade estabelecida entre todos estes actores, as emoções despertadas, tornam esta temática um campo de estudo particularmente interessante, tendo em conta a possibilidade de cada vez existir maior número de doentes nesta situação.

Um cliente, em fase terminal de vida, independentemente da causa, apresenta uma esperança de recuperação, de cura, que é nula o que pode suscitar emoções / sentimentos no enfermeiro passíveis de influenciar os cuidados prestados.

A melhor compreensão destas emoções, dos problemas que possam ser detectados, poderão dar conhecimento, melhor compreensão e linhas de orientação estratégica que, de acordo com uma metodologia científica qualitativa, poderão ajudar a romper com preconceitos e noções prévias, uma das dimensões essenciais do processo científico.

Optámos por uma metodologia qualitativa porque de acordo com Fortin (1999) uma investigação cuja finalidade é compreender um fenómeno segundo a perspectiva dos sujeitos, as observações são descritas principalmente sob a forma narrativa. A metodologia qualitativa tende a produzir sobre um fenómeno uma visão holística, “insights” em profundidade, de acordo com Polit (1995), porque a colheita de dados tende a ser rica e intensa, focalizando a totalidade do fenómeno.

Direccionando para a enfermagem, Thorne refere que um estudo de paradigma qualitativo justifica-se na medida em que os enfermeiros e outros profissionais de saúde desejam compreender claramente e dar sentido à experiência vivida dos seus clientes, entrar no mundo em que eles habitam e perceber o processo social básico dos acontecimentos de saúde e de doença humanos... Thorne (1997), citado por Streubert e Carpenter (2002).

O método que achámos mais apropriado foi o estudo exploratório descritivo porque consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido. (Fortin 1999).

Efectuámos entrevistas semi-estruturadas e áudio-gravadas aos Enfermeiros do serviço de Medicina C.

Após a recolha das entrevistas e da sua transcrição, os dados foram tratados através da análise de conteúdo segundo Bardin (2004).

Delineámos este estudo em cinco capítulos, de modo a facilitar a elaboração e correcção do mesmo.

No primeiro capítulo apresentamos o enquadramento teórico, que contextualiza teoricamente o problema, definindo teorias, conceitos e palavras-chave. No segundo capítulo descrevemos a metodologia utilizada. No terceiro capítulo procedemos à análise e discussão dos resultados obtidos. No quarto capítulo apresentamos as considerações finais, assim como as implicações, limitações e sugestões para futuros estudos desta área. No quinto e último capítulo apresentamos as referências bibliográficas literárias e informáticas.

Através da pesquisa bibliográfica que realizámos, foi possível ter acesso a alguns estudos sobre esta temática, que iremos citar: “Cuidar na morte...que sentimentos?”, “Aspectos relacionais do cuidar: a pessoa doente em fase terminal”, “A vida emocional do enfermeiro”, “Cuidar na intimidade, sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção de vida”, “Cuidar do doente em fase terminal”. São unânimes ao referirem que os cuidados prestados em situação de fase terminal devem englobar não só o doente, mas também a família, pois ela também é importante para se prestarem cuidados de enfermagem de excelência.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A enfermagem tem na sua génese a procura de melhores condições de tratamento e qualidade de vida para os doentes. Quem cuida tem de estar pessoalmente envolvido, um envolvimento total com repercussões sociais, morais e espirituais. Há um comprometimento uni e interpessoal.

As atitudes assumidas traduzem-se em comportamentos que têm por base os valores, a ética, a moral. A capacidade de os aplicar sempre que estamos em contacto com pessoas fragilizadas pela doença e normalmente incompetentes para compreenderem e aceitarem totalmente a sua situação.

Temos de ajudar os doentes a perceber o que se está a passar com o seu corpo, com a sua mente, ajudar a tomarem decisões, a cooperarem no seu tratamento. Tentar colmatar a sua falta de saberes para gerirem a sua condição de doença.

Os Enfermeiros têm de oferecer total atenção e estarem sempre disponíveis. Atingir estes objectivos pressupõe um conhecimento de todo o processo de cuidar mas também auto-conhecimento das capacidades e limitações para negociar situações em que as emoções estão exacerbadas, tanto por parte do doente como do cuidador.

Este capítulo é referente à nossa visão pessoal do fenómeno do que é cuidar, do papel da enfermagem, das emoções, das vivências e da fase terminal.

Palavras chave: cuidar, cuidados, sentimentos, emoções, vivencia, dignidade, enfermeiros, fase terminal

2.1. CUIDAR

A palavra *cuidar* provém do latim *cogitare* que significa pensar e é definido como *aplicar atenção, tratar, interessar-se por*. (Dicionário de Língua Portuguesa, 2001)

A origem latina da palavra cuidar já nos conduz à necessidade de um empenhamento total traduzido pela expressão da nossa inteligência e capacidade de raciocínio mas, também, acrescentamos o que o corpo vivência e expressa tanto fisicamente como através das emoções que deixa transparecer e tudo comandam.

A situação de cuidar é trans-pessoal, uma interacção subjectiva e humanista, um ideal moral da enfermagem. Podemos dizer que é a primeira arte da vida, que tem assegurado a continuação da espécie através da relação mãe/filho e está na matriz de todas as culturas, conferindo significado às nossas vidas. (Diogo, 2006)

Cuidar tem uma vertente que conduz à acção traduzível no ajudar, assistir e apoiar, no “saber-fazer” e uma outra vertente comportamental de “saber-ser”, menos aparente, de emoções, sentimentos e atitudes.

Ao cuidarmos estamos a realizar um acto intencional que está assente no respeito que sentimos pelas pessoas e que funcionará como princípio base subjacente a todas as trocas de cuidados que realizarmos. (Gaut, citado por Meckenna, 1994)

O acto de cuidar implica comprometimento para a protecção e preservação do indivíduo, ou seja, “*o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade*” Watson (2002, p. 108).

Inicialmente, cuidar, foi visto como forma indispensável de assegurar a vida humana, individual e em grupo, uma forma de fazer recuar a morte.

Cuidar envolvia, actividades como cuidar do território, afastar o inimigo, protecção da família e bens materiais. Todas estas actividades estavam mais ligadas aos papéis desempenhados pelo homem. À mulher estava reservado o cuidar das crianças, assegurando e mantendo a continuidade da vida humana. A prática de cuidados, é sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo. (Collière, 1999)

A maternidade, os cuidados aos recém-nascidos e crianças, deu relevo a esta relação entre a mulher e o cuidar. Isso é evidente pela utilização na língua inglesa do termo “nurse” para referir quer a mulher que amamenta, quer a pessoa que cuida dos doentes. (Collière, 1999)

A mulher cuidava também da alimentação preparando as refeições e fazia os tratamentos à base de plantas com propriedades medicinais. (Collière, 1999)

Até ao séc. XVII os sentimentos presentes no cuidar traduziam uma relação interpessoal repleta de responsabilidades com sentimentos e atitudes de desvelo traduzidas em representações figurativas e simbólicas ligadas à religião. (Rossi, citado por Silva, 1993)

Mais tarde, com o desenvolvimento do Cristianismo, o cuidar surge ligado ao papel feminino das irmãs de caridade, que prestavam cuidados a nível espiritual e protegiam a integridade corporal praticando a castidade e mantendo a pureza. (Collière, 1999)

As ordens religiosas tinham como missão acolher os ‘sem-abrigo’, cuidar de órfãos, de feridos e pessoas doentes, “*as dimensões filantrópica e caritativa eram a tónica desse cuidar quase doméstico*” (Silva 1993, p.34). Nessa época, “*as enfermeiras, mulheres consagradas, exerciam a sua prática como um acto de caridade, dedicando totalmente as suas vidas a cuidar dos sofredores*” (Collière 1999, p.56).

Esta prática das mulheres pertencentes a ordens religiosas tratarem dos doentes e dos indigentes, perpetuou-se ao longo de séculos.

No modelo de cuidar de Watson (2002) o cuidar é chamado de “*trans-pessoal*” enquanto uma arte humana, uma ciência humana e um ideal moral a atingir pela enfermagem. Os valores implicados no cuidar estão associados a um profundo respeito pela admiração e mistério da vida, ao reconhecimento da existência de uma dimensão espiritual, à capacidade de crescimento e de mudança que todos possuímos. Uma enorme riqueza, a explorar no mundo subjectivo-interno de qualquer pessoa.

Este modelo coloca a tónica na ajuda dada ao indivíduo para a aquisição de mais e maior conhecimento próprio, aumentar o auto-controlo, preparar-se para o auto-cuidado, independentemente da condição externa de saúde. Como o enfermeiro é considerado um co-participante no processo de cuidar, é atribuído um elevado valor ao relacionamento que se estabelece entre o enfermeiro e o cliente.

Na perspectiva de Hesbeen (2004 p.76) cuidar consiste em “*ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que esta se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo*”. Esta definição de cuidar está perspectivada para ser aplicada por todos os profissionais de saúde.

As diferenças de actuação no cuidar não modificam a finalidade pretendida, residem na natureza dos meios utilizados. A equipa de cuidados torna-se pluridisciplinar, e a capacidade de cuidar advém da intencionalidade de cada profissional.

Obter a qualificação de enfermeiro, não significa forçosamente que se tenha transformado num cuidador. Apenas a intenção, que guia as suas acções, permite qualificá-lo como tal.

Cada situação de vida encontrada, cada doente cuidado constitui uma nova prova às capacidades de estar presente e disponível para os outros, de ser encarado pelo doente como uma ajuda e, como tal, da taxa de sucesso obtida com os cuidados prestados. Esta conceptualização do cuidar é, por isso, aplicável a todas as profissões que produzem cuidados em saúde, às equipas pluridisciplinares.

Outros autores como Honoré, citado por Diogo (2006), consideram existir duas formas de cuidar, apesar de todas as variações intermediárias:

- Forma quotidiana de cuidar, em actos de cuidados prescritos segundo uma categorização de situações e de problemas encontrados. Esta forma não é considerada autêntica porque se dirige ao indivíduo excluindo a pessoa.

- Forma autêntica de cuidar, que consiste na decisão em agir com precaução e com respeito pela vida propriamente humana, que se sustenta e deixa conduzir até ao fim de uma existência.

Num caminho de realização, por muito que tenhamos de cuidar, estamos sempre à espera do que existe para manter e para desenvolver. À espera do mais desejável: a revelação da nossa verdade humana. Não podemos é esquecer que devemos cuidar numa perspectiva das necessidades de cuidados do doente, do que é necessário para que o doente exista segundo a sua própria natureza, as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos. (Honoré citado por Diogo, 2006)

A essência dos cuidados de enfermagem é a acção interpessoal da enfermeira com o doente com vista a produzir neste um resultado terapêutico. Para o doente terminal, podem ser considerados como acessórios os cuidados de enfermagem constituídos pelo conjunto de técnicas, de protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados, utilizados pelas enfermeiras. O termo acessório não significa sem importância, mas sim, o modo como o doente o pode classificar, um adereço, um acessório à sua situação, à sua procura de bem-estar. Uma dualidade de sentimentos que pode ocorrer entre quem presta os cuidados e quem é beneficiário desses mesmos cuidados. (Watson citado por Hesbeen, 2000)

A acção de cuidar pressupõe várias intenções, reparar ou aliviar, satisfazer ou contentar, formar ou educar, de acompanhar um desenvolvimento. Umas dizem respeito mais especificamente ao sofrimento, outras ao prazer outras, ainda, ao suporte e à plenitude. (Collière, 1999)

Se os profissionais de saúde limitarem a sua prestação de cuidados às técnicas bem executadas, ao seguimento estrito dos protocolos, à linguagem tecnicista e específica da sua profissão, são, nesse caso, muito pouco” prestadores de cuidados”. (Hesbeen, 2000, p.45)

A diferença entre cuidar e cuidados, referindo que as significações do cuidado estão em relação com as significações do cuidar, no entanto estas distinguem-se como acto, acção, atitude, forma de agir. Enquanto actos, os cuidados são aquilo que se faz como mais ou menos conhecimento, geralmente com consciência dos seus actos previsíveis. O acto do cuidado designa o lado exterior do agir cuidador, aquilo que é efectivamente realizado quando se cuida. (Honoré citado por Diogo, 2006)

Numa perspectiva alargada de cuidar do mundo, Hesbeen (2004, p.23), classifica cinco formas de cuidar:

- *“a primeira forma em que se manifesta é a cuidar de si próprio;*
- *a segunda forma é a de cuidar dos outros;*
- *a terceira é a de cuidar das coisas e da técnica;*
- *a quarta é cuidar do meio e de tudo que o compõe;*
- *a quinta é cuidar da beleza”.*

Cada ser humano, quaisquer que sejam as suas características e a sua história, quaisquer que sejam os actos que tenham cometido, é – e permanece – equivalente em dignidade. Esta dignidade não se perde nunca. Há que ter respeito pela pessoa e pelo que a sua individualidade acresce à humanidade. (Hesbeen, 2004)

2.2. ENFERMAGEM

Na segunda metade do séc. XIX apareceram as primeiras Escolas de Enfermagem. Desde essa altura, a evolução da Enfermagem tem sido constante mantendo as tradições mas, evoluindo na dinâmica das mudanças sociais e dos cuidados de saúde. Mantém a mesma filosofia de Nightingale, os cuidados globais. (Bolander, 1998, p.22)

Em 1966, uma das primeiras teóricas da Enfermagem a escrever uma definição de Enfermagem mais enquadrada na actualidade foi Virgínia Henderson. Considera como papel da Enfermeira *“assistir o indivíduo doente e ajudá-lo a recuperar saúde, a ganhar*

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

autonomia”, mas também, “*assistir o indivíduo saudável para o ajudar a manter a saúde e o indivíduo que está a morrer, ajudando-o a ter uma morte serena*”. A morte é inevitável, ocorre por si, mas os conhecimentos da Enfermeira colmatam a ignorância do doente, ajudam a manter a necessária força de vontade para enfrentar o desconhecido e enfrentá-lo, com o maior conforto possível. (Bolander, 1998, p.22)

A American Nurses’ Association, desde 1980 que define Enfermagem como o “*diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde actuais e potenciais*”. Uma definição muito ampla que abre um grande leque de possibilidades de actuação. (Bolander, 1998, p.22)

Numa sociedade em que se pretendem os cuidados de saúde centrados no doente devemos ponderar como operacionalizar, que comportamentos específicos desenvolver para atingir os objectivos de cuidar, quais as metodologias a aplicar para desenvolver as estratégias delineadas. (Bolander, 1998, p.22)

Num estudo efectuado pela Arthur Anderson & Co. em hospitais americanos, concluiu-se que após subtrair as horas exigidas pela documentação e outras tarefas, os Enfermeiros, só despendiam 35% do seu tempo junto ao doente, a cuidá-lo, por isso, ser necessário pensar novas estratégias para centrar os cuidados nos doentes, como lemos em Brider, que englobou este estudo no artigo que escreveu para a AJN em 1992. (Bolander, 1998, p.22)

As competências dos Enfermeiros foram sendo alargadas e porque os seus saberes foram aumentados, o seu poder foi acrescido. Poder, no sentido de actuação imediata em situação de urgência, ou emergência em trabalho em equipas multidisciplinares, porque é a enfermagem que mais tempo pode despende junto do doente e das suas famílias. (Bolander, 1998, p.22)

Em situações de doença terminal, paira de forma muito palpável a morte. Morte certa num período conhecido ou desconhecido. (Bolander, 1998, p.22)

Tendo presente os vários estadios da morte descritos na teoria de Kübler- Ross – “*negação, raiva, negociação, depressão e aceitação*”, pelos quais os doentes vão passando e as categorias de Martocchio para os processos de luto pelos quais podem passar as famílias desses doentes em fase terminal – “*angústia, desorganização, desespero, choque e dúvida, identificação com o processo de luto, saudade e protesto,*

até à restituição e reorganização”, temos muitos diagnósticos de Enfermagem a serem feitos, campos de actuação muito vastos e interventivos por parte da Enfermagem. (Kübler- Ross, 1991, p.14)

A avaliação inicial feita pela Enfermeira reveste-se de particular importância para os indivíduos que vivem o sofrimento e a perda, seja ela qual for, porque o grau de variabilidade encontrado nas respostas das pessoas que vivem estas experiências é muito grande. (Bolander, 1998, p.22)

Pela compreensão dos processos fisiopatológicos das doenças e dos processos fisiológicos e bioquímicos desencadeados pelas terapêuticas em curso, o Enfermeiro tem mais capacidade para antecipar potenciais situações de desconforto que possam surgir. (Bolander, 1998, p.22)

Este conhecimento utilizado para esclarecer e orientar tanto o doente como a sua família, está inserido no cuidar global que se pretende que seja a Enfermagem.

Os diagnósticos de Enfermagem, feitos através de uma avaliação contínua, são inúmeros, adequados e particulares a cada doente. Englobam áreas físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Doentes que estão a antecipar, ou já viveram, a perda de uma parte do seu corpo, a perda de papéis importantes na sua vida, a morte prevista a tempo certo ou incerto. (Bolander, 1998, p.22)

No perfil dos diagnósticos aos familiares pode detectar-se a forma como os familiares interagem com o doente, um luto antecipatório ou um luto disfuncional.

A capacidade de mobilização de recursos sociais de apoio, é uma boa ajuda para os familiares. (Bolander, 1998, p.22)

O papel interventivo da Enfermagem pressupõe que se estabeleça uma união, um vínculo com o doente e com a sua família para então surgir a confiança, altura em que é esperado que o Enfermeiro resolva todos os problemas que possam surgir. (Bolander, 1998, p.45)

É muito exigente em termos humanos para o profissional de saúde mas, por vezes, traduz-se em gestos tão simples como pôr a mão no ombro, saber ouvir, uma escuta activa e, ser capaz de dar respostas honestas.

Ajudar os doentes a encontrar sentido para a situação que estão a viver, ou perguntar se necessitam de mais alguém, como um padre.

Ajudá-los a tomar decisões, como a posição em que querem ficar na cama ou na cadeira, para que sintam manter o poder de decidir, de serem capazes de gerir a dor. Manterem o mais tempo possível a sua autonomia enquanto forem capazes e, substituí-los com atenção e carinho quando as incapacidades surgirem.

Executar todas as técnicas necessárias ao bem-estar e tratamento do doente, bem como, administrar toda a medicação prescrita de uma forma que o doente não a considere como um acto acessório, desnecessário, para a situação em que se encontra.

O Enfermeiro enfrenta a perda e o sofrimento quer pessoal, quer profissionalmente, necessitando desenvolver estratégias para saber lidar de forma saudável com estas situações.

Precisa ser capaz de reconhecer os seus sentimentos de sofrimento, dar ocasião a que esse processo de dor se manifeste, saber gerir este processo para, no fim, ser capaz de promover a sua auto-renovação.

São estes sentimentos e emoções que pretendemos avaliar nos enfermeiros que entrevistámos para este trabalho e que mecanismos utilizam para a sua auto-renovação.

2. 3. EMOÇÃO E SENTIMENTO

“Sem qualquer excepção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução e de todos os níveis económicos têm emoções, estão atentos às emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas próprias emoções, e governam as suas vidas, em grande parte, pela procura da emoção, da felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis”. Damásio (2000, p.55)

As emoções sempre mereceram atenção e estudo. Aristóteles, que viveu de 384 a 322 a.C., descreveu as emoções e disse que quando as pessoas se sentem amistosas e afáveis pensam num tipo de coisa; quando se sentem iradas ou hostis, pensam noutra coisa completamente diferente, ou a mesma coisa com uma intensidade diferente e defendeu que as emoções estão ligadas à acção, que derivam daquilo em que acreditamos e sentimos. Classificou-as em “*agradáveis*” e “*desagradáveis*”. As suas ideias, preservadas até à actualidade, lançaram alguns dos fundamentos da psicologia das emoções tanto na Europa como na América. (Diogo, 2006)

No séc. XVII, Descartes e Espinosa, foram dois filósofos preocupados em compreender e explicar as emoções. Seguiram rumos diferentes. Descartes foi o fundador da moderna filosofia, Espinosa fundou o Racionalismo. (Diogo, 2006)

Com o livro *Paixões da Alma*, em 1496, Descartes estabelece a actual base da neurofisiologia. O livro analisa as emoções em relação às bases neurofisiológicas, e dá uma explicação das “*seis emoções fundamentais – o espanto, o desejo, a alegria, o amor, o ódio e a tristeza*”, examinando os seus “*aspectos corporais*”. (Diogo, 2006, p.36)

Espinosa, racionalmente, baseia a sua explicação das emoções numa teoria cognitiva, afirmando que “*as emoções se baseiam em avaliações, em formas de pensar*”. (Diogo, 2006, p.37)

Desde os finais do séc.XIX que o discurso científico estava recheado com a discussão dos vários aspectos das emoções, sobre diferentes perspectivas, como as de Charles Darwin, William James e Sigmund Freud. (Damásio, 2000)

Charles Darwin, figura central na biologia moderna, foi igualmente um dos fundadores da psicologia. A perspectiva de Darwin é a de que as “*emoções possuem uma qualidade primitiva*”. Constituem elos com o passado da nossa espécie, o nosso passado e a nossa própria história individual. Para Darwin as expressões emocionais “*são padrões de acção*” que ocorrem mesmo sem, aparentemente, serem úteis e “*derivam de hábitos*” que no nosso passado evolucionário ou individual, alguma vez, mostraram utilidade. (Damásio, 2000)

William James reduziu as emoções às suas “*expressões corporais*” e a “*exuberância desta resposta, era determinante da intensidade das emoções*”. Seriam as emoções que condimentavam as vivências, ou tudo ficaria baço, sem cor nem calor. (Damásio, 2000, p. 76)

O trabalho de Freud deu início à tese de que, deliberada ou involuntariamente, a mente parece prevenir-se contra emoções negativas e desagradáveis. Chamou-lhes “*mecanismos de defesa*”. As emoções nem sempre são simples. Frequentemente, são sentidas de forma obscura ou com efeitos que não compreendemos. Classificou o impacto das emoções através de “*teorias – a dos traumas emocionais, a dos conflitos internos e a da compulsão à repetição*”. Chamou a atenção para a importância de reflectirmos ou falarmos com outros sobre as emoções sentidas, como forma de melhor serem compreendidas. (Damásio, 2000, p.69)

Apesar de tudo, as emoções nunca tiveram um lugar preponderante nem nas neurociências.

Só Damásio (1999), em finais do séc. XX, através das suas pesquisas, veio repor o erro cometido por Descartes, perpetuado ao longo dos tempos, dando às emoções o seu lugar central – sinto, logo existo.

O estudo das emoções contínua e não é fácil, muitos são os caminhos seguidos pelos diferentes cientistas e o seu conhecimento pleno ainda não foi atingido.

Os sentimentos não são observáveis, são conectados com um estado interior, mas podemos observar os seus sinais e efeitos. É o caso do afecto que, quotidianamente, equivale a uma emoção porque tem uma carga mais objectivável. (Diogo, 2006)

Numa abordagem cognitiva Frijda, propôs que “*a condição necessária para uma emoção se manifestar é a mudança na prontidão para a acção*” citada em Oatley & Jenkins (2002, p.55). As emoções geralmente não acontecem todas ao mesmo tempo.

Aparecem devido a uma causa, são processadas e originam consequências. Entramos no estado de “*prontidão para acção*” que, segundo Frijda, “*constitui o núcleo central de uma emoção*”, finalmente, “*dá-se a alteração psicológica, expressão e acção*”. (Oatley & Jenkins 2002, p.56)

Mais recentemente, o psicólogo americano Goleman (2006) propõe que todas as emoções são, essencialmente, impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida que a evolução instilou em nós.

Emoção provém do verbo latino *motere*, que significa mover e ao qual se acrescenta o prefixo *e* que lhe confere movimento - *mover para*. Esta análise linguística insere na própria palavra – emoção – uma tendência para a acção. (Goleman, 2006)

Em Goleman (2006) refere-se a emoção como um sentimento e os raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, acompanhados de um leque de propensões para a acção.

Cada emoção desempenha um papel único e os investigadores estão a descobrir mais pormenores fisiológicos de como cada emoção prepara o corpo para um tipo de resposta muito diferente. Já se conhecem as alterações hormonais, circulatórias, as contracções musculares, a acção do sistema nervoso vegetativo, simpático e parasimpático.

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

Existem centenas de emoções, incluindo respectivas combinações, variações, mutações e tonalidades. Investigadores trabalham no sentido de precisar que emoções podem ser consideradas primárias. Propõem famílias básicas de emoções como:

- Ira: fúria, ultraje, ressentimento, cólera, exasperação, indignação, vexação, acrimónia, animosidade, aborrecimento, irritabilidade, hostilidade e, talvez no extremo, ódio e violência patológicos.

- Tristeza: dor, pena, desânimo, desalento, melancolia, automiseração, solidão, abatimento, desespero, e quando patológica, depressão profunda.

- Medo: ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, e como psicopatologias, fobia e pânico.

- Prazer: felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia, divertimento, orgulho, prazer sensual, excitação, êxtase, agrado, euforia, gratificação, bom-humor, arrebatamento, entusiasmo, e no extremo, mania.

- Amor: aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção, adoração, fascinação, ágape.

- Surpresa: choque, espanto, assombro, admiração.

- Aversão: desprezo, desdém, troça, repugnância, nojo, desagrado, repulsa.

- Vergonha: culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento, mortificação e contrição. (Goleman, 2006)

Goleman (2006 pg. 34) escreveu um livro sobre a Inteligência Emocional dizendo que esta *“abarca qualidades como a compreensão e gestão das próprias emoções, a capacidade de nos pormos no lugar de outras pessoas e a capacidade de gerir relacionamentos”*, que a inteligência emocional inclui o *“desenvolvimento de competências humanas essenciais, como a autoconsciência, o autodomínio e a empatia, e as artes de escutar, resolver conflitos, cooperar”*.

As famílias de emoções são demonstrativas das múltiplas tonalidades da vida emocional, tendo cada uma delas um núcleo emocional básico, do qual emanam em ondas sucessivas incontáveis mutações aparentadas. (Goleman, 2006)

Nas orlas exteriores encontram-se os estados de espírito, que são mais atenuados e duram muito mais tempo do que uma emoção. É raro uma pessoa ter um “ataque” de ira

que dure o dia inteiro, mas pode passar um dia num estado de espírito conflituoso, irritadiço, alternado com curtas explosões de ira. (Goleman, 2006)

Para além dos estados de espírito, há os temperamentos, a prontidão para evocar uma emoção ou um estado de espírito que torna a pessoa mais melancólica, tímida ou alegre. (Goleman, 2006)

O neurocientista português António Damásio (2000, p.78), tem desenvolvido estudos sobre a neurobiologia das emoções referindo que *“à primeira vista não há nada de caracteristicamente humano nas emoções, uma vez que é bem claro que os animais também têm emoções”*.

O autor afirma que as emoções humanas podem ser desencadeadas por qualquer tipo de estímulo e nenhum deve ser subestimado. No entanto, o impacto humano de todas as variadas causas de emoções, com todas as suas tonalidades, está dependente dos sentimentos gerados por essas emoções. *“É através dos sentimentos, que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente. (...) o impacto completo e duradouro dos sentimentos exige também a consciência, pois só com o advento do sentido do si podem os sentimentos tornarem-se conhecidos do indivíduo que os experimenta”* (Damásio, 2000, p.78).

Faz ainda uma classificação para as *“emoções propriamente-ditas”* e utiliza três categorias: *“emoções de fundo, emoções primárias e emoções secundárias ou sociais”*. (Damásio, 1999, p.88)

Existem seis emoções primárias (*inatas, pré-organizadas, jamesianas*) tais como a alegria, a tristeza, o medo, a cólera, a surpresa e a aversão. Estas emoções *“dependem de uma rede de circuitos do sistema límbico, sendo a amígdala e o cíngulo as personagens principais”* (Damásio, 2000, p.70).

Acrescenta que existem outros comportamentos aos quais tem sido atribuído o rótulo emoção. Nestes *“incluem-se as emoções secundárias ou sociais: a vergonha, o ciúme, a culpa, o orgulho, a simpatia, a compaixão, o embaraço, a inveja, a gratidão, o espanto, a indignação e o desprezo”* (Damásio, 1999, p.45). Estas emoções provocam alterações fisiológicas no nosso corpo provocando mudanças no funcionamento visceral, da musculatura esquelética e hormonais.

Denomina as emoções de fundo: o bem-estar ou o mal estar, a calma ou a tensão afirmando que são induzidas internamente e as conseguimos detectar através de pormenores subtis relacionados com a postura corporal, com a velocidade e contorno dos movimentos, com modificações mínimas na quantidade e velocidade dos movimentos oculares e no grau de contracção dos músculos faciais. (Damásio, 2000).

O rótulo emoção também tem sido utilizado para designar impulsos, motivações, estados de dor e prazer. (Damásio, 2000).

Subjacente a estes fenómenos existe uma base biologicamente determinada, inata, proveniente de uma longa evolução e que tem como finalidade ajudar a preservar a vida. Dispositivos a nível do tronco cerebral que, sem intervenção consciente, são automaticamente activados e regulam os estados corporais, mesmo *“a variação individual e o facto de a cultura ter um papel na formação de alguns indutores não negam a estereotipia, o automatismo e o objectivo regulador das emoções”* (Damásio, 2000, p.55).

As emoções expressam-se a nível tanto corporal como cerebral e *“as variadas respostas emocionais são responsáveis por modificações profundas, tanto na paisagem corporal, como na paisagem cerebral. O conjunto destas modificações constitui o substrato para os padrões neurais que eventualmente se tornam nos sentimentos de emoção”* (Damásio, 2000, p.67).

Para Damásio a função biológica das emoções é dupla produzindo-se uma reacção específica para a situação indutora e a regulação do estado interno do organismo. Assim, para certos grupos de estímulos claramente perigosos ou valiosos, provenientes do meio interno ou externo, a evolução encontrou uma resposta sob a forma da emoção. Por esta razão consegue-se prever, apesar das infinitas variações encontradas em diversas culturas, indivíduos e ao longo de uma vida, que determinados estímulos irão produzir determinadas emoções.

As emoções conferem a capacidade de dar respostas com eficácia, mas de um modo pouco original, em várias circunstâncias que promovam ou ameacem a vida. (Damásio, 2000)

O sentimento introduz um alerta mental para as boas ou más circunstâncias e permite prolongar o impacto das emoções ao afectar a atenção e a memória de maneira duradoura. Acrescenta ainda que *“as emoções fazem parte da regulação homeostática e*

estão sempre prontas, pelas suas acções, a evitar a perda de integridade que prenuncia a morte ou produz até á própria morte, e estão sempre prontas a proporcionar fontes de energia, abrigo ou sexo. E em consequência de mecanismos de aprendizagem tais como o condicionamento, emoções de todas as tonalidades ajudam eventualmente a ligar a regulação homeostática e os “valores” de sobrevivência a numerosos acontecimentos e objectos da nossa experiência autobiográfica. As emoções são inseparáveis da ideia de recompensa ou de castigo, de prazer ou de dor, de aproximação ou afastamento, de vantagem ou desvantagem pessoal” (Damásio, 2000, p.69).

Outros autores como Luzes, citado por Cunha (2000) separam as emoções primárias das secundárias subdividindo as primárias em positivas e negativas:

- *“Emoções positivas*
 - 1) *Interesse-exitação: sobrancelha baixas, seguir com os olhos, olhar e ouvir;*
 - 2) *Fruição-alegria: sorriso, lábia afastados para cima e para fora;*
- *Emoções de re-adaptação*
 - 3) *supresa-sobressalto:sobrancelhas levantadas, pestanejar;*
- *Emoções negativas*
 - 4) *desconforto-agústia: grito, sobrancelhas arqueadas, boca descaída, lágrimas, soluçar rítmico;*
 - 5) *medo-terror: olhos esgazeados, palidez, pele da face pálida e fria, sudação, tremor facial, cabelos eriçados;*
 - 6) *vergonha-humilhação: olhos baixos, cabeça baixa;*
 - 7) *desprezo-repugnância: escárnio, chacota, levantamento do lábio superior;*
 - 8) *cólera-raiva:sobrolho carregado, maxilares apertados, rubor da face”.*

As emoções são imediatistas, menos duradouras que os sentimentos e surgem em primeiro lugar. As emoções estão alinhadas com o corpo, os sentimentos estão alinhados com a mente. Conforme nos indica Damásio (2000, p.71)“*os pensamentos desencadeiam as emoções e as modificações do corpo, enquanto as emoções se transformam nos*

fenómenos mentais a que chamamos sentimentos. O sentimento de uma emoção é uma ideia do corpo quando este é perturbado pelo processo emocional”.

Os sentimentos dão-nos informação sobre o nosso estado de vida, o que estamos a vivenciar. É o caso de quando sentimos medo, quando estamos em qualquer situação de risco. Informam-nos sobre aqueles com quem estamos a relacionar-nos numa dada altura, através da antipatia ou da empatia, permitem-nos relacionar socialmente. Depreende-se que os sentimentos não se resumem exclusivamente a reacções químicas, equacionam muitos factores e experiências passadas. (Wikipédia, 2006)

Conforme afirma Chalifour, que é citado por Mateus (2005, p.56), os sentimentos são uma *“experiência subjectiva que acompanha uma emoção”*.

Muitos dos sentimentos existentes não estão relacionados com emoções, tal como diz Damásio (1999, p.23) *“todas as emoções originam sentimentos, se estiver desperto e atento, mas nem todos os sentimentos provêm de emoções”*. Este tipo de sentimentos são chamados de *“sentimentos de fundo ou background”* são, de certa forma, neutros nem demasiado positivos nem demasiado negativos, ainda que se possam classificar em agradáveis ou desagradáveis.

Só nos apercebemos subtilmente de um sentimento de fundo se este corresponder aos estados do corpo que ocorrem entre as emoções, ou seja, quando o sentimento de fundo é suplantado por um sentimento emocional, *“o sentimento de fundo é a nossa imagem da paisagem do corpo quando esta não se encontra agitada pela emoção. Quando os sentimentos de fundo não mudam ao longo de horas e dias e tranquilamente não se alteram com o fluxo e o refluxo do conteúdo dos pensamentos, o conjunto de sentimentos de fundo contribui provavelmente para um humor bom, mau ou indiferente”* (Damásio, 1999, p.14).

Relativamente às variedades de sentimentos e citando sempre Damásio (1999, p.14), existem dois tipos de sentimentos que são os *“sentimentos de emoções universais básicas e os sentimentos de emoções universais subtis”*.

A primeira variedade baseia-se nas emoções *–“sendo as mais universais a felicidade, a tristeza, a cólera, o medo e o nojo”*- que correspondem a perfis de resposta do estado do corpo que são pré-organizados.

Quando o corpo se ajusta aos perfis de uma daquelas emoções sentimo-nos felizes, tristes, irados, receosos ou repugnados.

A segunda variedade de sentimentos são os que se baseiam nas emoções que são pequenas variantes das cinco atrás mencionadas: “*a euforia e o êxtase são variantes da felicidade; a melancolia e a ansiedade são variantes da tristeza; o pânico e a timidez são variantes do medo*”. Esta segunda variedade de sentimentos é sintonizada pela experiência, quando gradações mais subtis do estado cognitivo são conectadas com variações mais subtis de um estado emocional do corpo. É a conexão entre um conteúdo cognitivo intrínseco e uma variação de um perfil pré-organizado do estado do corpo que nos permite, por exemplo, sentir gradações de remorso, de vergonha, de vingança.

Conforme foi constatado por Damásio (2000), o sistema de orientação é o próprio corpo: eventos emocionais são experimentados como reacções corporais. Explica-nos que se produzem marcadores que podem ser memorizados e assim, face a várias decisões possíveis, os resultados já identificados previamente como maus originam uma sensação visceral desagradável. Automaticamente, baseados num condicionamento, tendemos a não tomar decisões que nos conduzam a um de evento penalizador.

Através de um mecanismo semelhante, temos tendência a sentirmo-nos atraídos para eventos que foram associados a uma recompensa. (Damásio citado por Oatley & Jenkins, 2002)

As emoções e os sentimentos são mecanismos que nos permitem defrontar um problema e escolher o rumo mais favorável a seguir. (Oatley & Jenkins, 2002)

O sentir é algo tão espontâneo que, já existe, antes de o sabermos ou sentirmos. Pode ser justificado como “*um processo cognitivo que tem duas partes: a experiência cognitivo-emocional que o objecto provoca e os efeitos que essa experiência desencadeia no organismo, incluindo esse subsistema que é o sujeito*” conforme também nos diz Pino (2003, p.56).

2.3.1. FISILOGIA DAS EMOÇÕES

O trabalho de investigação que tem sido executado para estudar as emoções demonstrou, como reafirma Luzes, citado por Cunha (2000) que se produz uma resposta do sistema nervoso vegetativo, uma estimulação tanto simpática como parasimpática.

Os efeitos sobre o sistema simpático adrenérgico conhecidos desde então consistem em hiperglicémia, pilo-erecção, sudação, inibição gastro-intestinal, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, secura da boca, etc. (Luzes citado por Cunha, 2000)

A excitação parasimpática é demonstrada por bradicardia, lacrimejo ou choro, aumento da excreção de insulina pancreática, aumento da frequência da micção e defecação, erecção do pénis, etc. (Luzes citado por Cunha, 2000)

O papel do sistema nervoso é inequívoco, como nos informa Maia quando citado por Cunha (2000) *“a activação do S.N.A. e o sistema cognitivo - interpretativo. Uma descarga do S.N.A. provocada por uma interrupção de uma actividade, seria condição necessária para a ocorrência de uma emoção que só terminaria após a remoção do estímulo interruptor”*. (Luzes citado por Cunha, 2000, p.10)

Como o sistema nervoso vegetativo é autónomo, não é activado pela nossa consciência e vai libertar para a corrente sanguínea substâncias químicas hormonais que vão actuar em receptores específicos, podem acontecer respostas mais ou menos exuberantes, não adequadas aos estímulos actantes, dado que fogem à possibilidade de um controlo fino, são respostas automáticas. (Luzes citado por Cunha, 2000)

Há pessoas que respondem no caso de uma emoção com taquicardia acentuada, mas sem alteração da pressão sanguínea, enquanto outras, respondem com elevação tensional, mas sem modificação da frequência cardíaca. (Luzes citado por Cunha, 2000)

Em cada indivíduo, as respostas são o resultado duma alteração do equilíbrio vegetativo, com maior incidência sobre um dos ramos do S.N.A. simpático ou parasimpático. (Luzes citado por Cunha, 2000)

A resposta individual também pode ser mais centrada a nível das vísceras, facto explicado pela teoria visceral das emoções. Esta teoria comprovou a sensibilidade visceral, até demonstrou uma certa especificidade visceral, condição necessária mas não suficiente para que emoção aconteça. (Luzes citado por Cunha, 2000)

Os centros sub-corticais atingidos pelos estímulos que vão provocar respostas emotivas estão situados no hipotálamo, mas a sua acção não é única. Os movimentos emocionais do rosto também estão sujeitos à influência do diencéfalo. (Luzes citado por Cunha, 2000)

Surtem também descargas descendentes a partir do hipotálamo, fenómenos endócrinos, com a libertação de acetilcolina que parece ser mediada pela secreção prévia de adrenalina que posteriormente vai activar o lobo anterior da hipófise. (Luzes citado por Cunha, 2000)

As emoções também podem provocar no lobo anterior da hipófise a excreção de hormona anti-diurética. A acção da dor ou a perda momentânea de conhecimento devida a uma emoção, maior dose de hormona anti-diurética é eliminada. (Luzes citado por Cunha, 2000)

A organização de respostas emocionais também sofre influência especial dos lobos frontais, do sistema límbico e dos neurotransmissores das sinapses cerebrais. (Luzes citado por Cunha, 2000)

O sistema límbico composto por um conjunto de estruturas (hipocampo, giro do cíngulo, giro do hipocampo, núcleo amigdalóide, e área septal) seria responsável pela experiência subjectiva da emoção, sendo o hipotálamo o principal órgão efector. (Luzes citado por Cunha, 2000)

Podemos ler em Cunha (2000, p.13) *“admite-se que no sistema límbico ocorra uma interacção entre as informações vindas do meio externo e as informações vindas do meio interno configurando as necessidades do organismo num dado momento. Esta interacção influencia a percepção do ambiente externo, proporcionando uma “valorização” ou conferindo um “colorido emocional” às percepções do indivíduo interferindo com as estratégias comportamentais a serem adoptadas”*.

A estimulação das estruturas límbicas provoca respostas gastro-intestinais, respiratórias e cardiovasculares. Estados emocionais manifestam-se através de múltiplas respostas autonómicas: taqui ou bradipneia, bradi ou taquicardia, rubor ou palidez facial devido à dilatação ou constrição da circulação periférica, contracções viscerais, lacrimejo, alterações da condução eléctrica a nível da pele, erecção pilosa, alteração das secreções glandulares etc. (Luzes citado por Cunha, 2000)

Há também aspectos neuro-químicos na regulação emocional, através da libertação de neurotransmissores como a serotonina e a noradrenalina que são monoaminas e através da endorfina que é um péptido. Actuam ao nível das sinapses cerebrais e também, por acção directa ao nível do 3º e 4º ventrículos. (Luzes citado por Cunha, 2000)

Este conhecimento de que há libertação de neurotransmissores e uma resposta visceral quando estamos sobre a acção de emoções, veio dar relevo ao risco de quando sujeitos a situações de stress, ansiedade, pânico etc. poderem ocorrer, reacções a nível cardíaco. Os receptores de adrenalina a nível cardíaco podem ser bloqueados no decurso de estados emotivos. (Luzes citado por Cunha, 2000)

O que sentimos não é fácil de separar do que pensamos, influenciam-se reciprocamente, o que é potenciado pelas extensas ligações entre o córtex cerebral e o sistema límbico razão pela qual há quem afirme: “*a actividade cognitiva é necessária e suficiente para que a emoção ocorra*” (Lazarus, citado por Cunha, 2000,p.13).

Havendo ligação entre a emoção e a cognição, a emoção não ocorre isolada no cérebro. Há interacção com acontecimentos, com o meio ambiente interno e externo. Acontecimento significativo para a sensação de bem-estar e avaliados pelo sujeito, por isso há “*avaliação cognitiva de significância dos acontecimentos. Avaliação essa necessariamente deliberada racional e consciente*” (Maia citado por Cunha, 2000 p.14).

2.4. VIVÊNCIAS

Vivências são o que experimentamos ao longo dos dias. São como capítulos de um livro que, no seu conjunto, formam um volume que constituirá o livro da nossa vida.

São de todo o tipo com diferentes intensidades, diferentes graus de importância. São individuais, embora sejam o resultado da interacção entre o nosso Eu e o Mundo. Formam a nossa vida, acontecem porque o homem é um ser social e tem uma vida de relação. Resultam de emoções, sentimentos, pensamentos, da vida cognitiva e das manifestações psíquicas. São vida, são “*acto ou efeito de viver (...) modo de ser da actividade psíquica, que se manifesta sob múltiplos aspectos (...) tudo o que é vivido pelo indivíduo com a noção de que é vivido*” Sanches (2001).

Viver é sentir, por isso, nos sentimos bem ou mal, gostamos ou repudiamos, ficamos ou vamos embora, porque os sentimentos nos provocam sintomas e conduzem-nos à acção. Tanta acção no interior do nosso corpo, respostas bioquímicas, viscerais, do

sistema nervoso vegetativo e cognitivo, como respostas que nos levam a interagir com as pessoas e o ambiente que nos rodeia.

Sentir é “*algo de que o sujeito se vale, algo constitutivo do sujeito, algo graças ao qual o sujeito apetece os objectos (e a si próprio), se interessa por eles (para fazer seus ou os afastar de si) e, por conseguinte, se faz no mundo, na realidade psicossocial, e constrói a sua biografia porque, como condição prévia, sobrevive biologicamente*” como refere Pino (2003).

Os sentimentos têm como função a vinculação, a expressão, a organização axiológica e subjectiva da realidade.

Os Enfermeiros durante o exercício da sua profissão, principalmente numa situação como a que escolhemos estudar, cuidar de doentes em estado terminal, estão sujeitos a múltiplas emoções e sentimentos que podem produzir efeitos tanto pessoais como para aqueles que estão a cuidar, “*os sentimentos de um enfermeiro podem afectar directamente a assistência prestada a um doente. Os sentimentos são reacções únicas que alguém apresenta diante de uma situação ou de uma pessoa, e tanto podem ser agradáveis como desagradáveis. Geralmente, são descritos como sendo de natureza emocional, e não de natureza racional, ou do pensamento. Estes têm uma componente fisiológica e uma componente psicológica*” de acordo com Atkinson e Murray (1989).

Os enfermeiros, enquanto cuidadores, têm muitas vezes dificuldade em verbalizar os seus sentimentos, chamam-lhes “constrangimentos”, quando se querem referir a vergonha, humilhação e à repulsa que sentem por cuidar um doente, muitas vezes despoletada pela percepção sensorial de odores desagradáveis.

Nos estudos de Mercadier (2002, p.68) também encontramos “*a repulsa por vezes surge associada à vergonha (...) olfacto, visão e tacto conjugam-se, potenciando os seus efeitos para provocarem a sensação de repulsa*”. Este mesmo autor refere que pode ser sentido pelos enfermeiros a vergonha, vários tipos de vergonha ligada à realização de tarefas que consideram humilhantes, degradantes, ou quando auto induzem a dúvida no seu desempenho profissional. Quando têm de fazer tarefas que interferem com o pudor dos doentes, ou com o seu próprio pudor, tanto físico como psíquico.

Situações de conflito que possam desencadear a ira ou a cólera, situações que possam provocar o medo, como a violência de doentes, o medo da morte são igualmente

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

mencionadas por Mercadier (2002, p.72) “*no hospital, a tristeza está ligada à morte*”, a tristeza “*excepcionalmente, as lágrimas não traduzem tristeza sentida por causa de um doente, mas antes tristeza pela própria pessoa que chora, pelo desgosto e pela humilhação sofridos*” medos esses, que podem também ser potenciados pela solidão ou pelas horas nocturnas.

Quando se cuidam doentes que têm uma perspectiva de vida curta, surgem por vezes questões de ordem espiritual e existencial, a busca de um sentido para a vida que se está a escoar, para a situação que estão a viver, um desejo de encontrar o seu Deus ou uma reconciliação com o Universo. (Mercadier 2002)

Nem todos conseguem lidar bem com estes assuntos existenciais e religiosos, com uma súbita vontade de continuar a viver, com o medo do desconhecido. Os Enfermeiros não são excepção, devendo procurar escutar e tentar acompanhar o doente cujo medo é, muitas vezes, unicamente o de ficar só. (Mercadier 2002)

Podem surgir outros sentimentos como os de “*impotência*”, mesmo uma “*sensação de insuportável*”, como também refere Mercadier (2002, p.65).

2.5. FASE TERMINAL

“A morte exerce no ser humano um misto de fascínio e medo. É uma vivência singular que tem sofrido alterações ao longo dos tempos. Tem variado de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família e de indivíduo para indivíduo. A morte é sempre um acontecimento que perturba a vida do Homem, na medida em que representa o desconhecido e a nossa finitude” Lima, 2006 (em www.ordemdosenfermeiros.pt).

Uma pessoa portadora de uma doença irreversível, sem hipótese de cura, cuja morte irá acontecer, apesar de todos os esforços efectuados para a tratar, está no processo final da sua vida, embora mantendo as suas circunstâncias individuais, familiares, sociais e culturais, encontra-se num período que é chamado de “fase terminal” (Suaréz citada por Moreira 2001)

Tenho em linha de conta a autora, fase terminal significa que já não existem recursos médicos possíveis para tratar, devolver ao doente a sua saúde. Resta proporcionar uma atenção integral, sustentada em objectivos dirigidos, fundamentalmente para o alívio do sofrimento e da dor, proporcionando um máximo de conforto e o bem estar possível.

Este comportamento “*implica que se abandone o esforço médico de querer curar o que é progressivo e incurável, que se centrem todos os esforços no alívio do sofrimento físico, psicológico, espiritual ou social, apoiando tanto o doente como a sua família*”. (Vietas citado por Moreira 2001, p.33)

Nestes doentes encontramos sintomas multisistémicos, multifactoriais que se vão alterando e progredindo, com grande impacto emocional para o doente e sua família, com uma grande carga afectiva para um prognóstico de vida limitado. (Gomez-Batiste et al, citado por Moreira, 2001)

Diversas situações e patologias podem estar subjacentes numa fase terminal fazendo variar o tempo da sua duração. Cada caso é único porque cada doente tem as suas especificidades, individualidade e círculo familiar próprio.

A tipologia dos doentes terminais engloba três tipos básicos para Trelis et al citado por Moreira (2001):

1. *“Doentes “complexos” agudos, de cuidados paliativos por dificuldade de controlo de sintomas ou de aspectos psicossociais;*
2. *Doentes “agónicos”, com prognóstico de dias;*
3. *Doentes “crónicos”, de cuidados paliativos, em que predominam os sintomas sistémicos, de evolução lenta, pouca complexidade terapêutica e grau variável de capacidade de suporte familiar”.*

A classificação de “fase terminal” não ocorre sem discussão porque não existem critérios universalmente aceites para denominar um doente como “terminal”. Barón apresenta sete critérios que considera importantes para o diagnosticar a fase terminal:

- *“Doença de evolução progressiva;*
- *Estado geral grave inferior a 40% na escala de Karnofski;*

- *Perspectiva de vida não superior a dois meses;*
- *Insuficiência de um órgão;*
- *Ineficácia comprovada dos tratamentos alternativos para a cura ou para o aumento de sobrevivência;*
- *Complicações irreversíveis finais*". Barón et al citado por Moreira (2001)

Os cuidados a ter com estes doentes são paliativos, visam o conforto, o controlo da dor, o acompanhamento, manutenção da máxima autonomia possível, do seu poder participativo nos cuidados, na ajuda à tomada de decisões, escutar activamente, tentar compreender, respeitar e manter a dignidade devida a um ser humano, quaisquer que sejam os seus credos, até ao terminar da sua vida. (Neto citado por Moreira, 2001)

Moreira (2001) salienta que o objectivo não é a cura mas sim a promoção de qualidade de vida do cliente e sua família. Logo, o alvo dos cuidados é a unidade cliente/família.

Não implementar estratégias médicas ineficazes, inúteis face à irreversibilidade da doença, e ter em conta que a doença terminal representa sempre uma mudança muito significativa para o doente e a sua família. (Neto citado por Moreira, 2001)

"A tristeza das múltiplas perdas, o sofrimento, o medo da dor e do desconhecido, a saudade, o medo da perda de controlo, proporcionam a estes doentes respostas emocionais únicas" Moreira (2001, p.45).

O processo de adaptação é uma constante no percurso de vida das pessoas. São muitos os acontecimentos de vida que exigem ao ser humano mecanismos de adaptação, sendo a morte, aquele que impõe desafios adaptativos mais dolorosos.

A vivência desta experiência é singular, pois como ser único e irrepetível, vai enfrentar esta situação de acordo com o estado físico e emocional, idade, valores, crenças, expectativas de vida, no contexto familiar e sociocultural em que está inserido. (Moreira 2001)

Nos estudos desenvolvidos por Kubler-Ross, citado por Moreira (2001), concluiu que os doentes passavam por uma série de etapas psicológicas durante o percurso que passavam para assumir a sua doença e a sua morte: *"negação, raiva, negociação, depressão e aceitação."*

- *“Negação – esta fase caracteriza-se pela recusa inicial da realidade. O doente continua a trabalhar, consulta mais que um médico no intuito de escutar um diagnóstico diferente. A negação funciona como uma atitude de defesa ao diagnóstico. Esta atitude inicial de recusa vai dar lugar ao isolamento;*
- *Raiva – o doente vivência nesta fase sentimentos de raiva, de revolta e de ressentimento. É mais difícil de lidar com ele nesta fase do que na anterior porque este manifesta a sua raiva em todas as direcções: família, técnicos de saúde não analisam o motivo da raiva e a assumem em termos pessoais;*
- *Negociação – esta fase caracteriza-se por ser uma tentativa de adiamento que inclui uma promessa implícita, geralmente não cumprida. A maioria das negociações são feitas com Deus e habitualmente são mantidas em segredo;*
- *Depressão – Quando o doente não pode mais negar a sua doença, quando começa a apresentar novos sintomas e a ficar mais debilitado, a revolta vai dar lugar a um sentimento de grande perda. Refugia-se no seu mundo interior, desinteressando-se por tudo o que o rodeia e vive em silêncio uma triste preparação;*
- *Aceitação – se o doente encontra ajuda para superar as fases anteriores, vai contemplar o seu fim com um certo grau de tranquilidade. Nesta fase, geralmente, a família carece mais de ajuda e apoio do que o próprio doente”.*

Regra geral, estas etapas não são vividas de forma sequencial pura, frequentemente elas coexistem, mas o doente pode nunca alcançar a fase de aceitação.

O modelo de Kubler-Ross não tem a concordância de geral, caso de Sporken citado por Ferréz que por sua vez é citado por Moreira (2001).

O doente deve ser sempre informado do diagnóstico, o que nem sempre sucede.

Sporken acrescenta quatro novas fases que antecedem as fases do modelo de Kubler-Ross: *“reacção de despreocupação e ignorância, de insegurança e temor, de negação implícita e de comunicação da verdade”*,:

- ◆ *“Reacção de despreocupação e ignorância – Nesta primeira fase, o doente desconhece a gravidade da sua doença e o seu diagnóstico, vive despreocupado*

sem questionar a possibilidade de morte. Em regra, a família conhece o diagnóstico podendo surgir nesta situação um “pacto de silêncio” em torno do doente e, neste caso, quem precisa de ajuda é a família;

◆*Reacção de insegurança e temor – Nesta fase, o doente quer sair da incerteza e questiona uma e outra vez, quer os familiares, quer os amigos, sobre o que se passa. A atitude do doente oscila entre um optimismo infantil e um pessimismo carregado de medo;*

◆*Reacção de negação implícita – Aqui o doente percebe e intui que a sua doença é morta, mas inconscientemente nega esta realidade porque evita enfrentar a morte;*

◆*Comunicação da verdade – Comunicar a verdade ao doente é acima de tudo um compromisso de ajuda, mais do que uma mera informação do diagnóstico. Esta deve ser feita numa linguagem acessível e compatível, de maneira gradual e flexível, sem usar a mentira piedosa e calibrando o que este quer receber e em que momento”.*

A expressão *doente em fase terminal* é normalmente aplicada a todas as “*peçoas com uma doença crónica e/ou incurável, que se encontram numa fase irreversível, de agravamento de sintomas e com indícios de proximidade da morte*” Pacheco (2004, p.78).

2.5.1. A família e o doente terminal

Um doente em fase terminal e a sua família formam um todo, constituem uma unidade a cuidar, na qual o cliente é o protagonista reservando-se à família o papel de apoio e à equipa de saúde o papel de coordenadora da unidade. (Moreira, 2001)

Lillard afirma que *“a família, ao longo do seu ciclo vital, desenvolve uma homeostasia de padrões de relacionamento e comportamento, baseada na satisfação das suas necessidades e tarefas”* citado por Moreira (2001, p.54).

Quando a homeostasia habitual é quebrada pela doença de um dos seus membros, todos os outros elementos do grupo familiar vão ser afectados, em grau variado, de acordo com o papel familiar do indivíduo que adoece, a idade, o sexo, com a própria estrutura social e a doença. As necessidades individuais e do grupo vão modificar-se globalmente. (Lillard citado por Moreira, 2001)

Constituindo a família e o doente terminal a unidade a cuidar é necessário que se compreenda e igualmente avalie, as necessidades sentidas pela família.

A família deve ser encarada como a *“unidade receptora de cuidados, para que assim possa também desempenhar a função de prestadora de cuidados”* conforme nos diz Monteiro, (2001) e nos apresenta o plano de necessidades criado por Lamau:

- *“Estar e sentir-se acolhido a fim de reencontrar o seu lugar “de acompanhante natural”;*
- *Estar sossegado sobre a qualidade de cuidados, sobre a atenção ao alívio dos sintomas, em particular da dor;*
- *Estar sempre informado sobre a evolução dos sintomas e sobre os tratamentos instituídos, permitindo-lhe compreender e adaptar-se;*
- *Ser consultado sobre os hábitos e sobre as decisões a tomar;*
- *Estar orientado para se envolver na participação dos cuidados;*
- *Estar apoiado e poder exprimir cansaço, agonia e tristeza”.*

Cuidar da família faz parte integrante dos cuidados a prestar à pessoa em fase terminal Lima (2006 em www.ordemdosenfermeiros.pt) por que o doente não vive isolado.

Cuidar da família do doente em fase terminal passa por saber ouvi-la, mostrando disponibilidade e compreensão. *“É importante reconhecer que, muitas vezes a sua revolta e agressividade não é dirigida pessoalmente aos enfermeiros, mas é uma demonstração de dor e desespero perante a incapacidade de ajudar a pessoa que amam”.* (Lima 2006 em www.ordemdosenfermeiros.pt)

O enfermeiro deverá, sempre que possível, proporcionar privacidade para conversar e dar apoio aos familiares, compreender os seus sentimentos e reacções, responder às suas dúvidas e, sempre que necessário, indicar outras entidades competentes, quando as situações exigirem. (Lima 2006 em www.ordemdosenfermeiros.pt)

Deste modo, cuidar da família deverá fazer parte integrante dos cuidados a prestar à pessoa, na medida em que *“uma família insegura e ansiosa pode transpor esses sentimentos para o doente, tornando ainda mais difícil esta fase”* (Lima 2006, p.43).

2.5.2. Cuidar da pessoa em fase terminal

Os cuidados a prestar ao doente em fase terminal, em que como sabemos a cura já não é possível, consistem essencialmente em cuidados paliativos, no seu acompanhamento e conforto, um máximo de bem estar ao longo de todo o período da aproximação iminente da morte. (Pacheco, 2004)

“Os profissionais de saúde estão treinados para o exercício da medicina curativa” Pacheco (2004). Preparados e motivados para enfrentar a doença, tratar as suas causas e tentar evitar a morte. Não tem sido privilegiado o treino de prestar cuidados ao doente em fim de vida, de ajudar o doente a morrer. (Pacheco, 2004)

A morte é um acontecimento com o qual os profissionais de saúde se defrontam no dia a dia. Devido à natureza dos cuidados que prestam, o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que vivência mais directa e imediatamente o processo da morte de alguém. (Lima 2006 em www.ordemdosenfermeiros.pt)

“Cuidar do doente em fase terminal constitui um verdadeiro desafio para os profissionais de enfermagem. O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que mais próximo e mais tempo permanece com o doente e família. Tem, deste modo, o privilégio de conhecer melhor a pessoa com doença, no que respeita às suas necessidades, e de partilhar com ela os seus momentos mais íntimos. O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para ajudar a pessoa o doente/família nesta etapa, que é o fim de uma vida” (Lima 2006 em www.ordemdosenfermeiros.pt)

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

Cuidar de uma pessoa em fase terminal exige conhecimentos teóricos e técnicos de enfermagem, são eles que resolvem os problemas físicos, mas para se ter um bom desempenho é necessário estar atento à chamada dor psicológica, estar disponível com afectividade.” *Na relação com doente em fase terminal, o enfermeiro não pode fugir, tem de assumir-se com um trabalho diferente, cujo objectivo principal é cuidar o doente na realização das actividades que contribuem para uma morte serena. A ênfase dos cuidados não está no curar mas sim no aliviar/acompanhar*” (Oliveira et al, 2005).

Os enfermeiros, ao cuidarem de doentes em situação de fase terminal, vão estabelecer elos de ligação com esta unidade de cuidados representada pelo doente e sua família. (Lima 2006 em www.ordemdosenfermeiros.pt)

Estes elos de união baseados na confiança que se vai estabelecendo ao longo do tempo, no grau de intimidade criado e no nível de comunicação estabelecido, pode conduzir ao despertar de emoções e sentimentos fragilizantes para o próprio Enfermeiro. (Lima 2006 em www.ordemdosenfermeiros.pt)

É necessário estar atento ao despontar destas situações para que sejam reconhecidas e tratadas, a fim de que o enfermeiro possa fazer o seu próprio luto, renovar-se como pessoa, poder dar saltos qualitativos na sua humanidade e ser capaz de continuar a prestar cuidados de enfermagem de excelência.

3. FASE METODOLÓGICA

Um trabalho de investigação utiliza na metodologia um conjunto de normas, critérios e princípios que têm como objectivo orientar a pesquisa, seleccionar e elaborar técnicas para o esclarecimento do problema em estudo.

Tendo delimitado o problema e feito a visão pessoal do fenómeno, vamos descrever a metodologia que utilizámos, tendo em conta que “*o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (...) define a população e escolha dos instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados*” Fortin (1999, p.34).

Torna-se, por isso, evidente que durante a fase metodológica do processo de investigação, se determinam os métodos a utilizar para chegar às respostas das questões de investigação delimitadas.

Há que assegurar a qualidade e a fiabilidade dos resultados da investigação, sendo necessário escolher um desenho de investigação adequado, ter uma boa definição da população e selecção apropriada dos instrumentos de colheita de dados.

Metodologia é de acordo com Gil (1989, p.89) “*um processo racional para chegar ao conhecimento ou à demonstração da verdade onde a sua ordem de assuntos tenha uma sequência lógica, ou seja, a metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade*”.

A metodologia “*é uma ciência*” como nos afirma Dias (1999, p.65) e “*uma mais valia para a execução de estudos científicos*”, mesmo para o aumento significativo da produção científica.

“*É através da metodologia que se confrontam as questões de investigação a serem verificadas com os dados observados, englobando assim um conjunto de operações através das quais o modelo de análise é submetido ao teste dos factos e confrontado com os dados observados*” Quivy (1992, p.56).

Vamos caracterizar o tipo de estudo que efectuámos, qual a questão em investigação, definir a população e a amostra, definir os instrumentos de colheita de dados e porque iríamos fazer entrevistas, realizámos um pré-teste. Procederemos depois à análise dos dados e terminaremos com algumas considerações éticas.

3.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Quando se decide traçar uma pesquisa faz-se com base numa dúvida que o investigador gostaria de clarificar, ou num problema para o qual considera ser relevante encontrar uma solução. Esta dúvida apresenta-se sob a forma de uma questão ou pergunta de partida e tem como objectivo servir como o fio condutor da investigação/pesquisa.

Encerra um papel fulcral na base da sustentação para a delineação da pesquisa, tendo que obedecer a certas características, como apresentar-se sob a forma de “*um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.*” (Fortin, 1999, 76)

Terá sempre que ter em conta determinados aspectos como a clareza, exequibilidade, pertinência e as suas dimensões metodológicas e éticas. Fortin (1999)

Surge então a nossa questão de investigação:

Quais os sentimentos e/ou emoções dos enfermeiros que cuidam de pessoas em fase terminal?

Brink e Wood citado por Fortin (1999) dizem que existem duas componentes numa questão de investigação, que são o domínio e a questão pivô, deste modo “o domínio, é o aspecto geral do problema que se quer estudar.” e “A questão pivô é a interrogação que precede o domínio no enunciado da questão e precisa a direcção que será dada à investigação”.

Com base nas características da questão pivô consideramos que se trata de um estudo de nível I, pois este leva-nos à “*descoberta de factores, consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido.*” (Fortin, 1999, p.222)

3.2. TIPO DE ESTUDO

De acordo com as a questão de investigação delineadas e a finalidade do estudo, seleccionamos um estudo de paradigma qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. Procurámos uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, através de uma observação, descrição, interpretação e apreciação do meio e do fenómeno tal como ele se apresenta, sem o controlar (Fortin, 1999).

A pesquisa qualitativa é frequentemente “*o caminho inicial para descobrir fenómenos e documentar aspectos desconhecidos (...) é também o método que melhor permite compreender as atitudes humana, conhecer as experiências contextualmente e compreender a visão do mundo das pessoas.*” (Leininger s d),

Queiroz (2004) afirma que as pesquisas qualitativas implicam descoberta, identificação, descrição aprofundada que geraram explicações.

O estudo de paradigma qualitativo, é o que se enquadra na nossa investigação, uma vez que, “*visa essencialmente a explicação dos fenómenos seguindo uma lógica indutiva, consistindo numa abordagem sistemática, subjectiva, adequada à descrição das experiências de vida de modo a atribuir-lhe significado.*” Focaliza a compreensão global do fenómeno que é consentânea com a visão holística de enfermagem. (Bogdan e Biklen 1994)

É um estudo descritivo de tipo exploratório, pois permite a compreensão em profundidade da temática, pois “*consiste em explorar os domínios da investigação teóricamente pouco desenvolvidos*” . (Fortin 1999, p.48) porque permite, deste modo, o estudo, a caracterização e a compreensão do fenómeno.

Tal como na perspectiva de Polit, et al (1995), o objectivo do estudo descritivos é obter e descrever informações sobre o estado actual de um fenómeno que nos interessa.

Este tipo de estudo encerra em si vantagens, tais como o facto de produzir informações ricas e detalhadas mas, mantendo intactas as perspectivas dos participantes; fornece informações úteis a respeito de tópicos mais pessoais ou de difícil abordagem em desenho de estudos mais estruturados. Todos os métodos carregam com certas limitações. Segundo Queiroz (2005) as limitações deste método encontram-se nas medidas pois estas “*são mais subjectivas, a probabilidade de viés é maior o que pode comprometer a*

validade do estudo; os resultados não podem ser generalizados; os custos, poderão ser elevados, já que o trabalho é intenso e demorado; a análise de dados subjectivos é muitas vezes percebida como problemática, trabalhosa, e o pesquisador deve ser muito experiente, a ponto de poder criticar a possibilidade do seu próprio viés de observação.“

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na elaboração de um estudo de investigação é essencial delimitar a população. As características que esta apresenta, definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção.

Deste modo, *“a população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para os estudos.”* Fortin (1999, 65)

Silva citado por Vieira (1991) refere-nos que *“dá-se o nome de população ou universo a um conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição.”* E ambos os autores são da opinião que as populações podem ser *“finitas, como o conjunto de elementos de uma escala de determinado ano, ou infinitas, como o número de vezes que se pode jogar um dado.”*

Fortin (1999, p.39), diz-nos ainda que a população alvo é uma população particular que é submetida a um estudo. É constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção pré-definidos pelos pesquisadores, com o objectivo de se desenvolver uma descrição rica e densa do fenómeno. Contudo, existe a impossibilidade de aceder-se à população alvo na sua totalidade, visto que a investigação é limitada a uma determinada região, cidade, hospital, entre outros. Logo dá-se o nome de população acessível aquela que seja conveniente aos investigadores, segundo o tema em estudo.

Visto que recolher dados de uma população na totalidade se torna uma tarefa murososa, e nem sempre é possível fazer um estudo exaustivo da população a analisar, a amostragem torna-se útil. É definida como um *“sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”* Fortin (1999, p.50), ou ainda, como um *“sub-conjunto do universo ou população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população”* Gil (1989,

p.73). Trata-se de um processo pelo qual um grupo de pessoas ou um sub-conjunto de uma população é seleccionado com vista a obter informações relativas ao fenómeno, e de tal forma que a população esteja representada na sua totalidade.

De acordo com o tema do estudo, a população alvo deste são os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em fase terminal, no Hospital Distrital de Torres Vedras. Deste modo, a população acessível são os enfermeiros do serviço de Medicina C do referido Hospital, que aceitaram participar no estudo.

Utiliza-mos um tipo de amostragem não probabilístico intencional, pois a amostra do tipo não probabilístico, os elementos que compõem o sub-grupo são escolhidos em razão da sua presença num local, num dado momento, pois segundo Gil (1989) “*este tipo de amostra depende unicamente de critérios do pesquisador.*”

É intencional porque os investigadores possuem determinados conhecimentos sobre a população, que são utilizados para seleccionar a amostra.

Deste modo, o número de participantes que escolhemos para a realização deste estudo são de quatro enfermeiros do serviço de medicina C do Hospital Distrital de Torres Vedras, sendo este o nosso sub-conjunto da população alvo.

Para Patton citado por Esteves (1986, p.87) “*não há regras para o tamanho da amostra, sendo o mais importante a riqueza da informação*” e ainda segundo Parse citado por Esteves (1986, p.49) “*o número de participantes para conseguir a redundância nas informações ou a saturação, pode já encontrar-se num número de 2 a 10 participantes*”. Na investigação qualitativa evita-se uma amostra com um número elevado de participantes uma vez que origina um enorme amontoado de dados difíceis de analisar. Desta forma, a amostra deve apenas incluir o número de participantes necessários para se atingir a saturação dos dados. Este número varia de acordo com a profundidade da descrição pretendida (Fortin, 1999). Deste modo, consideramos que a amostra é suficiente para atingir os objectivos a que nos propusemos.

No decurso da construção da amostra realizamos a recolha de dados aos quatro participantes. O Quadro nº1 apresenta os dados de caracterização dos entrevistados.

3.4.MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS

É através do instrumento de colheita de dados que o investigador obtém e regista informação necessária e pertinente à resolução do problema. Arruda; Vidigal (2000)

Existem vários métodos de colheita de dados, consideramos que a entrevista é o método mais adequado para este tipo de estudo. A entrevista é uma forma específica de comunicação verbal, que é estabelecida entre os investigadores e os participantes, de forma a colher dados relativos ao tema em estudo, apoiando-se nos testemunhos dos sujeitos. Na entrevista semi-estruturada, o investigador pode elaborar previamente algumas questões, como linha orientadora da entrevista. Com o decorrer da entrevista pode surgir a necessidade de se colocar novas questões ou modificar as anteriormente realizadas, para auxiliar os participantes a explicarem os factos com maior detalhe. Este tipo de entrevista habitualmente utilizado quando se quer conhecer um fenómeno na perspectiva dos participantes. (Fortin, 1999)

A mesma autora ainda nos diz que é um “conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer informação juntos dos sujeitos.”

A entrevista semi-estruturada permite-nos organizá-la, focando determinadas áreas de particular interesse, e ao mesmo tempo possibilita um certo grau de flexibilidade quanto ao objectivo e grau de profundidade da entrevista. Para além disso, a entrevista semi-estruturada, permite-nos conduzir a entrevista com uma determinada direcção, sem contudo controlar excessivamente a natureza do fluir da informação do participante (Polit, 1995)

Por conseguinte, pensamos que este tipo de entrevista semi-estruturada seria o mais adequado para o tipo de estudo a realizar e os objectivos propostos. De modo a que as entrevistas fossem realizadas, efectuamos um pedido por escrito à Direcção de Enfermagem da Instituição em causa, que foi aceite. (ver Apêndice)

As entrevistas decorreram num ambiente calmo à escolha dos participantes o qual foi o mais privado e acolhedor possível.

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

O levantamento dos dados foi efectuado através de entrevistas audio-gravadas, após a autorização dos participantes e posterior transcrição integral das entrevistas para documentos escritos.

Após a transcrição das mesmas pudemos verificar que tinham uma duração de 30 a 45 minutos.

De acordo com Morse citado por Streubert & Carpenter (2002, p.80) “*a saturação refere-se à repetição de informação descoberta e confirmação de dados previamente colhidos.*”

Assim sendo, podemos afirmar que a saturação foi alcançada, pela repetição constante de informação obtida.

Após a realização das entrevistas e transcrição das mesmas, os dados recolhidos foram analisados segundo o método de Bardin.

3.5. PRÉ-TESTE

O objectivo da realização do pré-teste consiste em verificar se as questões presentes no guião da entrevista são bem compreendidas. Esta etapa é indispensável, já que permite corrigir ou modificar o guião da entrevista, avaliando-se a eficácia e pertinência do mesmo.

Para Polit citada por Mazzetti (1999, p.64) o pré-teste determina se o instrumento de recolha de dados se encontra redigido de “*forma clara, livre das principais tendências e, além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja.*”

É necessário proceder à avaliação dos seguintes pontos “*a) se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos; b) se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas; c) se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação; d) se as questões não apresentam ambiguidade.*” (Fortin, 1999, p.234)

Outro aspecto que assume importância com a realização do pré-teste, é o facto de podermos calcular aproximadamente a duração da entrevista, treinar a utilização do gravador e desenvolver competências na técnica de realização de entrevistas.

O pré-teste foi realizado no dia 22 de Setembro de 2006, a um enfermeiro do serviço de medicina C, do Hospital Distrital de Torres Vedras. Por ter sido rica em informação foi incluída no estudo.

É importante referir que a realização do pré-teste permitiu-nos testar e validar as questões por nós propostas, permitindo-nos assim, o desenrolar natural do estudo. O objectivo do pré-teste foi assim alcançado, uma vez que, as perguntas foram entendidas na sua globalidade e a entrevista rica em informação.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

A etapa da análise dos dados tem início nas entrevistas dos participantes e continua com a leitura repetida e contínua das transcrições das mesmas. O objectivo da análise dos dados recolhidos é conservar o que é único em cada experiência vivenciada pelos participantes, e permitir uma compreensão do fenómeno em estudo Streubert e Carpenter (2002). À medida que os investigadores analisam os dados podem identificar e

extrair afirmações significativas dos relatos colocando em evidência as unidades de registo. Estes são os constituintes que determinam o contexto do fenómeno explorado e que incluem necessariamente a parte da significação inerente a este contexto.

Para a análise dos dados utilizámos o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2004). A análise de conteúdo aparece como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens.” Esta técnica de análise de dados “não se trata apenas de um instrumento, mas de um leque de apetrechos, ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”. Bardin (2004)

Para a referida autora existem três fases na análise de conteúdo: “(1) pré-análise; (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”

Na fase de pré-análise é uma fase de organização do material a ser analisado. Corresponde a um período de intuições que tem como objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Esta primeira fase possui três missões: “a escolha dos documentos a serem submetidos a análise, a formulação das hipóteses, dos objectivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.” A ordem cronológica deste factores não é sucessiva mas mantêm-se estritamente ligados uns aos outros.

Deste modo, fizemos uma leitura exaustiva das entrevistas para assim obtermos uma ideia mais abrangente do conteúdo destas. Após termos o material significativo, procedemos à constituição do *corpus*, que é designado pela autora como “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”.

Com o conteúdo significativo seleccionado a próxima etapa foi a da codificação, que segundo Bardin (2004) corresponde “a uma transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices...”, ou como diz Holsti citado por Bardin (2004) “a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados

em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo.”

No processo de codificação é necessário incidir sobre três aspectos fundamentais na organização do material seleccionado: a escolha das unidades de registro (UR), como diz Bardin (2004) *“é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”*, as unidades de contexto (UC) que *“serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registro.”*

A terceira etapa descrita por Bardin (2004) consiste no agrupamento dos dados em categorias através de um processo de categorização. Este é descrito como *“uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos.”* As categorias são designadas como *“rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidade de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.”* Deste modo, encontradas as unidades de registro e de contexto estas foram agrupadas em sub-categorias emergindo posteriormente as categorias.

3.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Com a evolução científica, surgem novos dilemas éticos, e a sua complexidade a cada dia que passa acompanha esta vertiginosa evolução. O profissionalismo, assim como, as práticas de enfermagem, exigem diariamente tomadas de decisão éticas e morais em situações que temos de enfrentar.

A ética *“é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”* Fortin (1999) é com base nessa premissa que se desenrola a praxis de enfermagem.

Relativamente aos estudos de investigação, é necessário haver uma responsabilidade tanto pessoal como profissional, de modo a assegurar que estes mesmos estudos respeitem tanto o ponto de vista ético como moral porque os direitos humanos necessitam sempre de ser protegidos.

Neste trabalho, a ética está presente na sua elaboração teórica e prática, ou seja, na forma como são recolhidos e tratados os seus dados. A informação a utilizar foi proveniente das entrevistas efectuadas aos participantes.

Após terem sido seleccionados os sujeitos a participar no estudo, foi-lhes explicada a natureza, finalidade, revelando-lhes o interesse do estudo e benefícios que daí poderiam advir, através do consentimento informado (Bogdan, 1994). *“Os assuntos relacionados com o consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações participante - investigador na investigação qualitativa implicam novas considerações éticas não esperadas”* (Streubert & Carpenter 1999).

Ao realizarmos a nossa investigação, tivemos sempre em linha de conta os cinco princípios fundamentais éticos que devem ser respeitados pelo investigador, tais como:

- O direito à autodeterminação: proporcionámos aos participantes a liberdade de aceitar ou de não participar no estudo;
- Direito à intimidade: tentámos proteger a privacidade dos participantes não ultrapassando a intimidade que livremente determinaram como sendo possível de partilhar;
- O direito ao anonimato e à confidencialidade: respeitámos este direito uma vez que não associámos a identidade às respostas;
- O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo: avisámos que se se sentissem incomodados com as perguntas poderiam desistir de participar em qualquer altura sem qualquer prejuízo para a sua pessoa;
- Direito a um tratamento justo e equitativo: respeitámos este direito na medida em que informámos todos os participantes sobre a natureza, o fim e a duração da investigação.

De acordo com o que anteriormente foi descrito, durante esta investigação foram respeitados todos os princípios fundamentais. Foi elaborado o consentimento informado, validando sempre com os participantes se a sua participação era voluntária. Para isso,

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

confirmou-se sempre no início de cada entrevista, e sempre que solicitado, o anonimato e a confidencialidade no tratamento dos dados obtidos.

Sendo assim, pensamos que neste estudo foram cumpridas todas as exigências éticas, sem que tivesse sido necessário, por parte das investigadoras, recorrer a alguma tomada de decisão ética que não fossem as delimitadas no início do estudo.

4. FASE EMPÍRICA

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados.

Participantes	A	B	C	D
Idade	39 ^A	45 ^A	23 ^A	26 ^A
Sexo	F	M	F	M
Tempo Exp. Profissional	15 ^A	18 ^A	3m	2 ^A
Tempo de Exp no serviço	3,5 ^A	6 ^A	3m	2 ^A
Outras Experiências	S/ Resposta	Saúde Mental e Psiquiátrica; Diálise; Pneumologia; Infeccologia; Centro de Saúde	-	Saúde Mental e Psiquiátrica;
Grau académico	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura
Categoria Profissional	Enfermeiro Especialista	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro

4.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para a realização desta etapa, procedemos ao tratamento das respostas obtidas através das entrevistas realizadas. Baseamo-nos em Bardin (2004) e nas suas concepções metodológicas, descritas no capítulo anterior.

Como nos baseamos num estudo de paradigma qualitativo, a análise dos dados é apresentada tendo como base a nossa compreensão das citações extraídas das entrevistas aos enfermeiros, bem como, o conjunto de citações de autores consultados durante a pesquisa bibliográfica que nos ajudaram a fundamentar a análise.

Organizamos este sub-capítulo com base nas categorias que obtivemos e nas respectivas sub-categorias.

Iremos apresentar um quadro sumário com as sub-categorias de modo a procedermos à análise pormenorizada de cada uma delas.

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

A síntese da categorização, com as respectivas sub-categorias encontra-se sumariada no quadro nº2.

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

Quadro 2 - SÍNTESE DAS CATEGORIAS E SUB-CATEGORIAS

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
CUIDAR	<ul style="list-style-type: none">- Cuidar é conhecer e ver o outro como um todo.- Cuidar é uma aprendizagem constante, e implica uma evolução de conhecimentos.- Cuidar, é mais abrangente do que tratar, pois consiste na procura da qualidade de vida do outro.- Cuidar depende de vários factores.
FACTORES QUE INFLUENCIAM O ENFERMEIRO NO CUIDAR.	<ul style="list-style-type: none">- O reconhecimento das dificuldades de cuidar de alguém em fase terminal.- O tempo de internamento e a proximidade enfermeiro/cliente influenciam os sentimentos dos enfermeiros.- Existem barreiras de estrutura física que influenciam o cuidar- A vivência de situações de sucesso ajuda o enfermeiro a lidar com situações mais difíceis.
O CUIDAR DE CLIENTES EM FASE TERMINAL PODE SER GRATIFICANTE.	<ul style="list-style-type: none">- Cuidar de pessoas em fase terminal pode desenvolver uma maior sensibilidade e transformar sentimentos menos desejáveis em gratificação.
EXISTE A PREOCUPAÇÃO DO BEM-ESTAR FÍSICO E PSICOLÓGICO AO CUIDAR DO OUTRO.	<ul style="list-style-type: none">- Reconhecimento da necessidade de cuidar com afecto.- Estar atento às necessidades do outro para proporcionar conforto.
SENTIMENTOS DO ENFERMEIRO PERANTE O SOFRIMENTO	<ul style="list-style-type: none">- Revolta, raiva, tristeza e frustração conduzem posteriormente ao sentimento de impotência, perante o sofrimento.

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA MINIMIZAR O SOFRIMENTO E PROMOVER O BEM-ESTAR DO CLIENTE/FAMÍLIA.	<ul style="list-style-type: none">- Existe a necessidade de preparar a família e o doente para a fase terminal/morte.- Interação entre a equipa de forma a conseguir lidar com o sofrimento e ser capaz de incluir o cliente/família no processo de cuidar.- O alívio da dor é uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, de forma a proporcionar uma morte serena.- Consciência da utilização importância da relação de ajuda.
CONSTRUÇÃO E MOBILIZAÇÃO CONSCIENTE DE ESTRATÉGIAS DE DEFESA PARA O PRÓPRIO ENFERMEIRO.	<ul style="list-style-type: none">- A garantia da competência da equipa e a utilização de protocolos contribuem para minimizar o sofrimento.- Da existência de um conflito as defesas surgem instintivamente.
AS ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR PODEM SER INCONSCIENTES.	<ul style="list-style-type: none">- Os enfermeiros sentem as estratégias como algo de intrínseco.
O ENFERMEIRO DEVE SABER GERIR O SEU AGIR PERANTE A MORTE.	<ul style="list-style-type: none">- O enfermeiro deve estar atento às suas atitudes e comportamentos.- O enfermeiro deve ter consciência das suas próprias dificuldades de aceitar a morte.

4.1.1. Categoria

▪ CUIDAR

Como ideal moral da enfermagem, o cuidar esteve sempre relacionado com uma interacção subjectiva e humanista. É considerado como trans-pessoal, na medida em que, os cuidados de enfermagem centram-se no encontro entre a pessoa que é cuidada e o cuidador – a pessoa que cuida.

Esta relação trans-pessoal encerra em si mesma um processo, a que chamamos de “processo de cuidar”. Este tem como objectivo avaliar as necessidades sentidas pelo doente/família em crise, de modo a colmatá-las com os meios disponíveis, de forma a assegurarmos a melhoria contínua da qualidade de vida.

Relativamente á categoria *Cuidar*, esta emergiu de quatro sub-categorias, e respectivas unidades de contexto que serão analisadas de seguida.

A sub-categoria *Cuidar é conhecer e ver outro como um todo*, emergiu da união das duas unidades de contexto abaixo mencionadas.

Quadro 3 - Sub-categoria *Cuidar é conhecer e ver o outro como um todo*.

CATEGORIA: <i>Cuidar</i>	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Cuidar é conhecer e ver o outro como um todo.	Cuidar é extenso, implicando muitas coisas, como conhecer e entender o próprio doente e a família.
	Cuidar é perceber os antecedentes pessoais do indivíduo.

Desde sempre, o cuidar está na essência da profissão de enfermagem. Como tal, o enfermeiro deve possuir as competências necessárias de modo a conseguir ver a pessoa como um todo. Quando abordámos os enfermeiros na nossa primeira questão de investigação - Tendo em conta a sua experiência profissional neste serviço o que significa para si cuidar? - obtivemos estas unidades de contexto de onde emergiu a primeira sub-

categoria que realça a importância de conhecermos a pessoa no seu todo, analisando os seus antecedentes pessoais e o meio familiar onde está inserido.

Como os enfermeiros estão em constante contacto, por breves ou prolongados períodos com os clientes e suas famílias, a sua importância torna-se esmagadora no processo de cuidar. Isto porque, a família é um sistema aberto, onde os elementos interagem entre si. Como sistema aberto, possui uma estrutura, função e organização interna, que está directamente relacionada com o cliente. A família é “*a unidade básica da sociedade*” (Bolander 1998, p.47) e como tal os indivíduos são melhor compreendidos quando observados nesse contexto social. Como instituição social, a família deve promover o desenvolvimento de necessidades relacionais e afectivas dos seus membros. Assim, a enfermagem “*considera a família como a unidade primária dos cuidados de saúde*” (Phaneuf, 2005, p.65)

O conceito de família não é de fácil definição, nem é estático e/ou inalterável. Deste modo o enfermeiro ao cuidar de clientes em fase terminal sente a necessidade de “(...)conhecer a família, conhecer a pessoa e interpretar” (E₁). É necessário conhecer bem o cliente, quem é, quem foi, o seu meio sociocultural, a sua família, as suas relações, o ambiente em que viveu, os seus hábitos, “(...) encontrar a família, tento perceber o que se passa” (E₁), de modo a conseguir interpretar e compreender como estão a enfrentar a situação, pois “O cuidar destes doentes também implica o cuidar da família” (E₄).

Passando à sub-categoria *Cuidar é uma aprendizagem constante, o que implica uma evolução de conhecimentos*, esta emergiu das duas unidades de contexto, apresentadas no quadro nº 4.

Quadro 4 – Sub-categoria *Cuidar é uma aprendizagem constante, o que implica uma evolução de conhecimentos.*

CATEGORIA: <i>Cuidar</i>	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Cuidar é uma aprendizagem constante, o que implica uma evolução de conhecimentos.	Cuidar é complexo, dinâmico e desenvolve-se ao longo da aprendizagem com os futuros enfermeiros.
	Cuidar é uma arte que implica uma evolução do pensamento e do comportamento.

Relacionado com a sub-categoria *Cuidar é uma aprendizagem constante, o que implica uma evolução de conhecimentos*, devemos ter em linha de conta que, esta requer uma prática de cuidados mais complexa e exigente, onde os profissionais de saúde têm que adquirir características que vão desde a competência técnica às competências de ajuda, apoio, valorização da pessoa, respeito, confiança e às competências do cuidar.

A noção de competência não se pode reduzir a um saber fazer técnico ou aos conhecimentos. Inclui assim, sistemas de referência, normas mais ou menos explícitas, que condicionam e orientam comportamentos profissionais. A mobilização das competências não pode portanto ser isolada do contexto particular do seu exercício. (Frias, 2003, p.168)

A operacionalização dessas competências, é resultante das suas qualidades pessoais (experiência e formação) e, ao mesmo tempo de contexto e das condições onde presta cuidados (organização de trabalho, relações interpessoais, entre outros). O profissionalismo e a competência resultam não somente de um saber agir, mas de um querer e de um poder agir.

Os enfermeiros verbalizaram que, “*O cuidar desenvolve-se desde o momento da nossa aprendizagem enquanto alunos e acentua-se quando começamos de facto a lidar com este tipo de doentes no dia-a-dia.*” (E2)

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

“Cuidar é uma arte pois há uma evolução constante da nossa maneira de pensar e agir, ou seja, é a combinação de vários conhecimentos, da destreza que vamos adquirindo.”

(E2)

Referente à sub-categoria *Cuidar é mais abrangente do que tratar, pois consiste na procura da qualidade de vida do outro* esta resultou da fusão das duas unidades de contexto.

Quadro 5 – Sub-categoria *Cuidar é mais abrangente do que tratar, pois consiste na procura da qualidade de vida do outro.*

CATEGORIA: <i>Cuidar</i>	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Cuidar é mais abrangente do que tratar, pois consiste na procura da qualidade de vida do outro.	Cuidar é mais do que tratar, desde o início.
	Cuidar é proporcionar qualidade de vida.

Com tudo o que foi dito anteriormente, devemos realçar a importância da manutenção da qualidade de vida do cliente/família que está em fase terminal. Ao acompanharmos o cliente, ajudamo-lo a ultrapassar esta fase de crise utilizando todos os recursos disponíveis e necessários.

Os enfermeiros demonstraram esta importância, do que foi referido anteriormente pela unidade de registo, *“Não é só fazer os tratamentos em si, engloba tudo isso, toda essa vertente e nós tentamos aqui articular-nos e logo à entrada tentar perceber que família temos.”* (E1)

Os enfermeiros reportam-nos a sua visão do tipo de cuidados prestados aos clientes em fase terminal dizendo que: *“Cuidar para mim implica que os utentes tenham a máxima qualidade de vida.”* (E2) podendo passar pela substituição das actividades que não conseguem realizar, *“(…)é substituí-los , agora é assim, proporcionar-lhes o máximo de qualidade.”* (E2)

Neto (2001, p. 188) realça esta vertente referindo que se refere a *“(…) um cuidado total, activo e continuado do utente e sua família por uma equipa*

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

multidisciplinar, quando a expectativa médica não é a cura. O objectivo principal não é prolongar a vida, mas sim conseguir a mais alta qualidade de vida presente para o cliente e sua família. Devem abranger as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.”

Os esforços terapêuticos visam o cuidar e não o tratar, é dar importância ao cliente e não à doença, não identificar as suas causas mas sim aliviar os sintomas - assegurar a melhor qualidade de vida possível: “(...) *é proporcionar o máximo de qualidade de vida nas actividades de vida que eles não conseguem realizar.*” (E2)

Referente à sub-categoria *O cuidar depende do doente, do enfermeiro, da situação e do meio envolvente*, apresentamo-la no quadro nº6.

Quadro 6 - Sub-categoria *O cuidar depende do doente, do enfermeiro, da situação e do meio envolvente*,

CATEGORIA: <i>Cuidar</i>	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
O cuidar depende do doente, do enfermeiro, da situação e do meio envolvente.	Cuidar depende de vários factores.

Centramo-nos no cuidar como um meio para atingir a qualidade de vida total aos clientes em fase terminal, e a importância dos cuidados que se prestam. Devemos ter em linha de conta que, “*os cuidados dispensados aos utentes terminais são um excelente indicador da preocupação de qualquer sociedade pelo respeito e dignidade da pessoa.*” Neto (1999, p.5)

O cliente tem uma história, um passado, antecedentes, está inserido numa sociedade possuindo uma família. O enfermeiro ao cuidar deste tipo de clientes deve ter em mente que se trata de “*um utente para quem, depois do diagnóstico preciso, o acontecimento da morte é certo e não muito distante.*” Gomez-batiste; Domingo; Casas e Quemada (1996, p.34)

Os enfermeiros verbalizam que o cuidar “*Depende de muitas coisas, de nós, da patologia do cliente, de todo meio que nos envolve.*” (E2)

Na relação de ajuda um dos principais requisitos nos enfermeiros é a empatia. Esta é descrita por Couvreur (2001, p. 80) como “*uma espécie de assimilação física daquilo que o nosso interlocutor sente. Este estado de espírito, caracterizado por uma grande abertura aos sentimentos do outro, leva-nos a sentir as mesmas emoções que aquele com quem falamos.*”

A empatia implica que o enfermeiro se centre totalmente no cliente com o intuito de identificar e compreender correctamente o conteúdo das suas mensagens. Este conteúdo pode ser constituído por experiências de sentimentos ou de comportamentos, explícitas ou implícitas, naquilo que o doente exprime. (Lazure, 1994)

Um factor que foi mencionado foi o estado emocional debilitado do enfermeiro, este pode induzir ou potenciar as dificuldades para cuidar. Quando o enfermeiro não se “sente bem” poderá ter as suas estratégias de confronto internas mais fragilizadas. As suas “forças psíquicas” não estão totalmente activas, o que poderá dificultar a sua capacidade de cuidar deste tipo de clientes, nas situações emocionalmente mais intensas. Esta situação foi verbalizada por uma enfermeira:

Os enfermeiros corroboram este facto dizendo que, “*Depende do doente, da forma de ser, da empatia que se gerará entre nós, da minha fase de vida naquela altura.*” (E4)

4.1.2. Categoria

▪ FACTORES QUE INFLUENCIAM O ENFERMEIRO NO CUIDAR

Ao vivenciar a sua experiência emocional ao cuidar, o enfermeiro sente algumas dificuldades, nomeadamente ao lidar com o sofrimento do outro. Os participantes evidenciaram a percepção das dificuldades que sentem ao nível das suas emoções e sentimentos. O enfermeiro possui diferentes tipos de dificuldades que são influenciadas por diversos factores que as potenciam.

Apresentamos no quadro nº 7 a categorização efectuada.

Quadro 7 – Sub-categoria *Factores que influenciam o enfermeiro no cuidar.*

CATEGORIA: <i>Factores que influenciam o enfermeiro no cuidar</i>	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
O reconhecimento das dificuldades de cuidar de alguém em fase terminal.	Às vezes é necessário reconhecer as dificuldades do cuidar perante o sofrimento.
	A morte é difícil de aceitar mesmo quando se convive com a mesma à muito tempo.

O enfermeiro ao cuidarem deste tipo de clientes, sente dificuldades em lidar com as situações negativas, como o sofrimento e a morte do outro. Apesar de lidarem com a morte e com o sofrimento diariamente, não se sentem ainda profundamente preparados para esse facto, reconhecendo como uma dificuldade.

A doença e o sofrimento afligem o enfermeiro pois ele sabe que ninguém é, ou está imune a estes aspectos.

Cuidar deste tipo de doentes é cansativo e causador de stress, “*Existem uns que ficam zangados e dizem “eu vou mudar de serviço”, “eu estou farta disto”, “eu já não tenho idade para isto” e os mais novos dizem “eu vou para outro sítio que seja mais leve, nós trabalhamos e não temos nada em troca” (E1); “(...) é sempre uma situação de grande stress para nós, como é que vamos lidar, como é que o doente vai reagir.” (E1)*

Desta forma o enfermeiro deve ter em consideração que, para conseguir cuidar do outro, deve também cuidar de si. Isto reflecte que, para ajudar os outros a lidarem com as dificuldades da vida, o enfermeiro deve utilizar medidas de gestão de stress na sua própria vida.

A segunda sub-categoria emergiu das referidas unidades de contexto expostas no quadro nº 8.

Quadro 8 - O tempo de internamento e a proximidade do enfermeiro com o cliente potenciam os sentimentos do enfermeiro.

CATEGORIA: Factores que influenciam o enfermeiro no cuidar	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
O tempo de internamento e a proximidade enfermeiro/cliente influenciam os sentimentos dos enfermeiros.	Quanto maior é o tempo de permanência do cliente no serviço, mais “pesados” são os sentimentos
	A proximidade física e emocional com o outro influencia os sentimentos do enfermeiro.

Foi referenciado pelos participantes que o tempo de internamento e a proximidade que se cria entre o enfermeiro- cliente durante a relação terapêutica é um factor que influencia os sentimentos e emoções do enfermeiro; *“Os sentimentos pesam mais, têm um peso muito grande na equipe de enfermagem naquelas situações arrastadas (...)”* (E1)

Um dos factores de receio vivenciados pelos enfermeiros deriva do seu mecanismo de identificação com o doente/família, o que leva a um amalgama de emoções e sentimentos que não é estanque *“(...) a patologia, a cara da pessoa, pode ser o corpo da pessoa qualquer coisas que me faça lembrar por exemplo um familiar numa situação qualquer que eu tenha passado, nesse dia vai-me tocar e vai-me fazer ter um tipo de sentimentos.”* (E3)

Na generalidade dos casos, o enfermeiro ao manter uma maior proximidade com o cliente leva-o a determinadas emoções e/ou sentimentos que dependem de vários factores, *“É claro que os sentimentos e/ou emoções que sentimos ao cuidar deste tipo de doentes está relacionado com uma quantidade de factores que se relacionam não só com o nosso estado de espírito na altura, com a situação das nossas vidas, com a patologia do doente, com a família que temos à nossa frente.”* (E4)

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

Na terceira sub-categoria é focado a importância de uma estrutura física com condições para o desenvolvimento do cuidar, dando resposta às necessidades expressas pelo cliente.

Esta sub-categoria resultou da seguinte unidade de contexto apresentada no quadro nº 9.

Quadro 9 - Barreira da estrutura física no cuidar.

CATEGORIA: <i>Factores que influenciam o enfermeiro no cuidar</i>	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Existem barreiras de estrutura física que influenciam o cuidar.	Nem sempre se pode dar resposta aos pedidos dos doentes pelas características do próprio serviço

Certos autores defendem que o tempo que os enfermeiros passam com clientes em fase terminal, depende, em grande parte do serviço onde diariamente prestam cuidados. Henderson (1988) afirma que *“uma das funções próprias dos enfermeiros é assistir o indivíduo doente ou não, na realização das actividades que contribuem para a saúde, para a reabilitação ou para a morte serena”*. Este facto nem sempre é possível. Os enfermeiros focaram a importância das condições físicas do serviço no cuidar destes clientes. A pessoa em fase terminal pode revelar certas necessidades ao enfermeiro que este tenta colmatar, mas que se tornam impossíveis de solucionar devido à falta de condições existentes no serviço; *“(…) há doentes que nos pedem determinadas coisas e nós não podemos devido às características do serviço.”* (E3)

O cuidar de clientes em fase terminal nem sempre é bem sucedido. No quadro nº 10 evidenciamos a importância de situações bem sucedidas, de modo a atenuar as situações onde não existe esse mesmo sucesso.

Quadro 10 – Sub-categoria *a vivência de situações de sucesso ajuda o enfermeiro a lidar com situações mais difíceis.*

CATEGORIA: <i>Factores que influenciam o enfermeiro no cuidar</i>	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
A vivência de situações de sucesso ajuda o enfermeiro a lidar com situações mais difíceis.	Quando á sucesso no cuidar ajuda nas situações em que não há o mesmo sucesso.

Anteriormente referenciamos que o cuidar deste tipo de clientes não é previsível, havendo situações de sucesso e outras de fracasso. Para a experiência emocional do enfermeiro seja positiva há que haver um equilíbrio entre as duas situações. Os enfermeiros revelam a importância das situações de sucesso para colmatar o insucesso que por vezes acontece. Deste modo, “(...) *quando a gente percebe que fez qualquer coisa, até pode não ser uma coisa muito grande mas para nós é um marco que depois vai ajudar aquando não conseguimos resolver uma situação, porque não conseguimos resolver todas, são pequenas vitórias do dia a dia que vão ajudando.*” (E1)

4.1.3. Categoria

- **O CUIDAR DE CLIENTES EM FASE TERMINAL PODE SER GRATIFICANTE**

O cuidar de clientes em fase terminal envolve uma quantidade de emoções e sentimentos, que percorrem sentimentos positivos e negativos.

Apesar da dificuldade de cuidar deste tipo de clientes, não existe somente sentimentos negativos associados.

A categoria apresentada emergiu das seguintes unidades de contexto apresentadas no quadro nº 11.

Quadro 11 - Cuidar de clientes em fase terminal pode ser gratificante.

CATEGORIA: O cuidar de clientes em fase terminal pode ser gratificante	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Cuidar de pessoas em fase terminal pode desenvolver uma maior sensibilidade e transformar sentimentos menos desejáveis em gratificação.	A frustração pode passar a gratificação.
	Os doentes terminais podem tornar os enfermeiros mais sensíveis.

A capacidade que os enfermeiros vão ganhando com o tempo em auto-conhecimento permite-lhes reconhecer as suas dificuldades face à necessidade de cuidar de um cliente em fase terminal. O referir em simultâneo frustração e gratificação parece uma dualidade em oposição, mas na realidade traduz a capacidade de verbalização de um sentimento, ou de um conjunto de sentimentos, que acabam por produzir a operacionalização da mudança do cuidador. O facto de o enfermeiro assumir esta dificuldade é um salto qualitativo na sua auto-avaliação e por conseguinte na prestação dos cuidados: “(..) assumir isto à frente de toda a gente é muito frustrante, mas depois a gente trabalha e deixa de ser frustrante e passa a ser gratificante” (E1)

4.1.4. Categoria

- **EXISTE A PREOCUPAÇÃO DO BEM-ESTAR FÍSICO E PSICOLÓGICO AO CUIDAR DO OUTRO**

A última fase da vida, exige e requer uma atenção especial a todos os níveis. Ao nível dos cuidados, ao nível dos actos técnicos e até ao nível dos afectos. Ao cuidar de cliente em fase terminal existe a preocupação do proporcionar ao outro bem-estar físico e emocional. Visto que, os cuidados de enfermagem assentam numa humanização e individualização prestada pelos enfermeiros a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los. Pela sua natureza permitem sempre fazer alguma coisa por alguém a fim de contribuir para o seu bem-estar, qualquer que seja o seu estado. (Hesbeen, 2000, p.69)

No quadro nº 12 é demonstrada a categorização efectuada. A partir desta surgiram duas sub-categorias das respectivas unidades de contexto.

A primeira sub-categoria encontra-se sumariada seguidamente.

Quadro 12 - Reconhecimento da necessidade de cuidar com afecto.

CATEGORIA: <i>Existe a preocupação do bem-estar físico e psicológico ao cuidar do outro.</i>	
SUB-CATEGÓRIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Reconhecimento da necessidade de cuidar com afecto	Ternura, amor e carinho são fundamentais.

Quando cuidamos de clientes em fase terminal asseguramos uma qualidade de vida com vista a uma morte digna.

Quando falamos em qualidade de vida devemos estar atentos ao facto de esta ser acompanhar não só o bem-estar físico como também o social, psicológico e espiritual.

Ao analisar a sub-categoria, verificámos que os enfermeiros referem a preocupação de investir na relação afectiva com o cliente.

“Para mim tratamento TAC é, ternura, amor e carinho que acho que é fundamental, isto depois tem muito a ver com as necessidades que identifico no outro, é variável.” (E1)

Benner (2001) explica-nos que o envolvimento emotivo pode ser muito útil para o próprio enfermeiro. *“Creio que as técnicas que visam impor uma certa distância entre eles e os doentes, protegem insuficientemente os enfermeiros da dor da situação ao mesmo tempo impedindo-os de aproveitar os recursos e as possibilidades que engendra o compromisso face a estes doentes e às suas famílias” (Benner, 2001: 190)*

A sub-categoria *Estar atento às necessidades do outro para proporcionar conforto* emergiu das unidades de contexto referidas no quadro nº 13.

Quadro 13 - Proporcionar conforto.

CATEGORIA: Existe a preocupação do bem-estar físico e psicológico ao cuidar do outro.	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Estar atento às necessidades do outro para proporcionar conforto.	É importante proporcionar ao outro aquilo que ele necessita para que se sinta melhor.
	É importante o conforto físico e emocional

Quando estamos na presença deste tipo de clientes, por vezes, já não existem recursos médicos possíveis para tratar, devolver ao doente a sua saúde. A doença terminal não tem apenas implicações de carácter físico, altera também os aspectos emocionais, sociais e espirituais da pessoa. Deste modo o cuidar “(...) *ultrapassa a simples ajuda, é muito mais que isso, é proporcionar aquilo que o doente necessita em determinada altura, é o alívio, é também uma forma de educar o outro de forma a que este viva em plenitude.*” (E3)

O essencial é proporcionar uma atenção absoluta, sustentada em objectivos que conduzam, fundamentalmente ao alívio do sofrimento e da dor, proporcionando um máximo de conforto e o bem-estar físico e psicológico possível: “*Mas sei que vou sempre tentar dar o meu melhor que será, por um lado, ter sempre a pessoa confortável do ponto de vista físico*” (E4)

Este comportamento “*implica que se abandone o esforço médico de querer curar o que é progressivo e incurável, que se centrem todos os esforços no alívio do sofrimento físico, psicológico, espiritual ou social, apoiando tanto o doente como a sua família*” Vietas citado por Moreira (2001).

O que os enfermeiros verbalizam como fulcral “(...) *é mantê-lo sossegado, retirar-lhe os medos, até porque, eu próprio, também não sei a resposta.*” (E4)

4.1.5. Categoria

▪ SENTIMENTOS DO ENFERMEIRO PERANTE O SOFRIMENTO

O cuidar “ (...) como um ideal moral, é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos”. (Watson, 2002: 122)

As emoções e os sentimentos que os enfermeiros possuem ao cuidar de clientes em fase terminal, possuem uma componente omnipresente que muitas vezes não é percebida.

Na esfera emocional do enfermeiro, enquanto prestador, insere-se no domínio do mundo subjectivo-interior. Apesar de pertencer a este domínio e de não ser mensurável não deixa de ter relevância na experiência humana.

A experiência emocional do enfermeiro, enquanto pessoa, gera sentimentos e emoções mediante os acontecimentos que vivenciou. Esta caracteriza-se pelo reconhecimento das suas próprias emoções e sentimentos no seu cuidar, pelo conjunto de emoções e sentimentos vividos e pelo misto de emoções e sentimentos que muitas vezes invadem o enfermeiro. A categorização encontra-se sumariada no quadro nº 14.

Quadro 14 - Experiência emocional do enfermeiro

CATEGORIA: Sentimentos do enfermeiro perante o sofrimento	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Revolta, raiva, tristeza e frustração conduzem posteriormente ao sentimento de impotência, perante o sofrimento.	Existe inicialmente sentimentos de revolta e raiva para com a família.
	Sente-se frustração e a impotência acaba por emergir.
	O enfermeiro sente-se alívio perante uma morte serena.
	Existe tristeza perante a impossibilidade de agir para a melhoria da situação do outro.
	Surge revolta, sofrimento e raiva ao assistir ao sofrimento do cliente/família.

A enfermagem é uma profissão de sentimentos, que são reconhecidos pelos enfermeiros. O reconhecimento destes sentimentos leva-o a envolver-se emocionalmente no acto de cuidar. Podemos então corroborar o que nos diz Honoré (2004) quando afirma que o sentimento é inerente ao cuidado.

Como as emoções são uma combinação de fragmentos emotivos e de sentimentos difíceis de explicar para quem vive a sua subjectividade, e difícil de compreender para quem está exterior a ela. Os enfermeiros ao cuidarem deste tipo de clientes sabem que o fim está próximo, e afirmaram-nos anteriormente que o mais importante é manter a qualidade de vida, não tratar para atingir a cura, mas sim tratar paliativamente. Como a essência da profissão é a vida, a saúde, a cura, os enfermeiros sentem *“a revolta de não poder fazer mais nada, é também sofrimento e a raiva de vermos o doente e os familiares a sofrerem e já não podermos fazer mais nada.”* (E4)

Apesar de se sentirem revoltados com a situação, referem que o sentimento primordial é a impotência, *“mas o principal tipo de sentimento que eu realmente vivencio é a impotência, e termos que pensar em como é que nós seres humanos podemos “apagar” de uma hora para a outra.”* (E2)

O termo impotência encerra o significado de falta de força, falta de poder para fazer algo, representa a qualidade de fraco, débil. Não se encontra classificado como emoção, mas podemos nomeá-la como sentimento tendo em conta que *“os sentimentos são constituídos, sobretudo pela percepção de um certo estado do corpo”*, ou seja, a *“percepção do estado do corpo forma a essência do sentimento”* (Damásio, 2000 p.107) para os enfermeiros este tipo de sentimentos é maioritário dizendo que *“ (...) é a impotência de já não haver mais nada para fazer de forma a aliviar o sofrimento do outro”* (E4)

É um sentimento que parece advir das emoções de tristeza e compaixão, quando a pessoa não consegue evitar algo de negativo no outro, e também ligada às emoções de vergonha, embaraço e culpa, porque denota o assumir de uma incapacidade de dar resposta perante o pedido de ajuda de outra pessoa.

“O que eu sinto nessas alturas é uma sensação de revolta, frustração de não conseguir que aquela pessoa ficasse melhor ou que não morresse, impotência.” (E2)

Contrariamente, foi expressa a sensação de alívio pelos enfermeiros participantes. O alívio é sentido pelo enfermeiro como algo de positivo, com um certo grau de contentamento, pois vê acabar o sofrimento do cliente/família, com uma morte digna: “(...) isto alivia-nos, ficamos muitos contentes, quando alguém morre e morre serenamente.” (E1)

Como refere Henriques (1995, p.17) “*morrer dignamente e com o mínimo de sofrimento, não é só morrer sem dor e desconforto físico, é também manter até ao fim a sua identidade pessoal, de ser pensante, decidido e poder viver os últimos momentos rodeado daquelas pessoas e daquelas coisas que marcaram toda uma vida, usufruir do afecto que elas podem transmitir e sentido a alegria de saber que se é amado, que não foi marginalizado por se ter tornado um peso demasiado pesado.*”

Os enfermeiros também referem sentimentos de revolta “*O que eu sinto nessas alturas é uma sensação de revolta, frustração de não conseguir que aquela pessoa ficasse melhor ou que não morresse, impotência.*” (E2) A revolta é um sentimento que advém da emoção de indignação, que por sua vez pertence à família da ira. Na classificação de Damásio (2000), a indignação é uma emoção social. Estes sentimentos prende-se também com a impotência, como já analisámos acima.

Oatley & Jenkins (2002) referem que a ira é a emoção de nos afirmarmos a nós mesmos na dominância.

A raiva é uma das emoções também referidas, que segundo Cunha (2000) é designada como uma emoção negativa, “(...) o nosso sentimento de raiva, de revolta com a família começa a ficar mais esbatido” (E1)

A tristeza foi vivida pelos enfermeiros sob várias formas e em vários contextos. A emoção primária da tristeza inclui o desânimo, a depressão, a pena, a compaixão e a mágoa. De acordo com a tipologia da família das emoções de Goleman (2006), cada emoção primária agrupa uma série de tonalidades e mutações. As causas de tristeza têm habitualmente a ver com situações de perda e desapontamento, como foi referido por alguns dos participantes “*Basicamente os sentimentos que tenho são de tristeza por ver mais um corpo a deteriorar-se em que nada podemos fazer para melhorar*” (E4), podendo ser a primeira situação relativa a perdas no mundo das relações interpessoais ou de posses, enquanto que a segunda se refere à situação subjectiva que acompanha a consciência da não realização de objectivos e intenções.

4.1.6. Categoria

- **ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA MINIMIZAR O SOFRIMENTO E PROMOVER O BEM-ESTAR DO CLIENTE/FAMÍLIA.**

O enfermeiro vai conhecendo modos de lidar com a vivência de situações de cuidados, a partir do seu impulso e necessidade de minimizar o impacto da experiência emocional e do sofrimento sentido, no entanto não significa que essa aprendizagem seja exclusivamente no sentido da compreensão da experiência humana de sentir.

O enfermeiro para conseguir lidar com as vivências emotivas dos cuidados pode aprender a defender-se cada vez mais das suas emoções.

Quadro 15 - Relativamente à sub-categoria *existe a necessidade de preparar a família e o doente para a fase terminal/morte*

CATEGORIA: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para minimizar o sofrimento e promover o bem-estar do cliente/família.	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Existe a necessidade de preparar a família e o doente para a fase terminal/morte.	A família é preparada para a fase terminal.
	O doente é preparado para a morte.
	Embora nem sempre possível tenta-se o regresso do cliente à família, esclarecendo a situação e efectuando ensinamentos.

Para os participantes a preparação da família para a morte é uma estratégia fundamental, para evitar o sofrimento da mesma, “*A família também também recebe esta preparação, preparando-a para o fim*” (E2)

Para Chapados (1995 p.128) “*é particularmente doloroso para os membros de uma família observar a desagregação de um dos seus e ter ao mesmo tempo de*

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

redistribuir os papéis e responsabilidades deste”. A vivência familiar desta situação e a procura de mecanismos de adaptação adequados para ultrapassar a crise, frequentemente despertam e confrontam os seus membros com a sua própria morte como motivo da procura hospitalar onde a concentração de saberes e serviços especializados assegura o monopólio da assistência que a actual representação sócio-familiar espera.

Quadro 16 - Relativamente à sub-categoria *Interacção entre a equipa de forma a conseguir lidar com o sofrimento e ser capaz de incluir o cliente/família no processo de cuidar*

CATEGORIA: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para minimizar o sofrimento e promover o bem-estar do cliente/família.	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Interacção entre a equipa de forma a conseguir lidar com o sofrimento e ser capaz de incluir o cliente/família no processo de cuidar	É feita uma tentativa de interacção constante entre a equipa multidisciplinar e o cliente
	A partilha de sentimentos com os diferentes elementos da equipe multidisciplinar serve como um meio de resposta aos problemas reais.
	O doente deve ser implicado no processo de cuidar.

Esta sub-categoria constitui-se pelos recursos externos que o enfermeiro utilizou para lidar com o sofrimento.

Partilhar as vivências com o grupo de colegas foi umas das ajudas mencionadas pelos participantes do estudo, “(...) *partilhar estes sentimentos na passagem de turnos, com os médicos, com o psicólogo que nos dá muito apoio nesse sentido e pronto são as*

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

estratégias que nós utilizamos, e depois cada um tem as outras estratégias para tentar sublimar um bocado estes problemas que existem no serviço, e que é a nossa realidade do dia a dia” (E1)

Nestes espaços de partilha e reflexão a ventilação de sentimentos, a partilha de modos de lidar e a possibilidade de encontrar sentido para a vivência são objectivos passíveis de serem trabalhados. Estes momentos de reflexão são espaços próprios de análise das práticas em contexto de reunião de grupo.

As famílias destes clientes necessitam de ser ouvidas, informadas e apoiadas. A família tem o direito de estar envolvida nos cuidados ao seu familiar. Numa situação de hospitalização de um familiar, a família deve estar incluída na abordagem de enfermagem feita a esse utente. A habitual colheita de dados, engloba dados respeitantes ao conhecimento da família, sendo com ela que os enfermeiros interagem, para pedir colaboração ou fornecer dados para prestar cuidados.

Quadro 17 - Relacionado com a sub-categoria *o alívio da dor é uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, de forma a proporcionar uma morte serena.*

CATEGORIA: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para minimizar o sofrimento e promover o bem-estar do cliente/família.	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
O alívio da dor é uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, de forma a proporcionar uma morte serena.	Aliviar a dor é crucial, tudo o resto é necessário gerir
	Tenta-se gerir entre uma analgesia adequada e a relação de ajuda
	É essencial proporcionar uma morte serena, se possível com qualidade de vida

O alívio da dor é uma das estratégias dos enfermeiros, de modo a proporcionar uma morte serena. Porque desde que iniciamos o curso de enfermagem estamos “virados” para o cuidar, aliviar, dignificar e não para lidar com o sofrimento

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre.

O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde, “*O alívio da dor é fundamental! O resto...procedimentos e tratamentos invasivos há que ponderar e gerir*” (E4)

O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.

Quadro 18 - Relacionado com a sub-categoria *consciência da utilização importância da relação de ajuda*.

CATEGORIA: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para minimizar o sofrimento e promover o bem-estar do cliente/família.	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Consciência da utilização importância da relação de ajuda.	É importante estar disponível para o outro e escutá-lo
	O apoio e a relação terapêutica têm mais relevância
	a comunicação é a estratégia mais utilizada

O enfermeiro tem a responsabilidade de dar apoio à pessoa acompanhando-a no seu processo de adaptação ao processo de morte, assumindo a relação de ajuda um papel crucial em todo o desenrolar do processo, como foi referido por um dos participantes “*(...) sou mais do lado de apoio, de comunicação, da relação terapêutica do que propriamente a administração de terapêutica, processos invasivos ao doente.*” (E4)

Para Lazure (1994, p. 13), a relação de ajuda “é uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”.

No caso do doente terminal, a relação de ajuda é imprescindível, no sentido de o ajudar a viver o mais serenamente possível até ao momento da sua morte.

Pacheco (2004, p.130), considera que a ajuda do enfermeiro ao doente em fase terminal, “deve basear-se numa escuta - e não num simples ouvir, na empatia e não na simples simpatia; na congruência e nunca na falta de autenticidade”, o que também foi referido pelos participantes “(...) *a pouco e pouco eu fui percebendo que mais importante que um soro é ficar lá sentado ao lado, é ouvir aquilo que o outro nos tem para dizer*” (E1).

4.1.7. Categoria

- **O ENFERMEIRO DEVE SABER GERIR O SEU AGIR PERANTE A MORTE**

O enfermeiro ao ver o sofrimento do outro, perante a morte, também sofre.

O enfermeiro ao garantir o máximo de qualidade de vida aos clientes em fase terminal deve saber gerir o seu agir perante o momento da morte.

Quadro 19 - Relacionado com a sub-categoria *o enfermeiro deve estar atento às suas atitudes e comportamentos*.

CATEGORIA: <i>O enfermeiro deve saber gerir o seu agir perante a morte</i>	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
O enfermeiro deve estar atento às suas atitudes e comportamentos.	Procurar um equilíbrio entre o estar presente e o não estar
	Deve-se ponderar o que se diz e se faz.

A capacidade de pensar, reflectir sobre as situações vividas nos cuidados, ter consciência do sentir, e do agir é uma competência de gestão emocional.

Como refere Hesbeen (2004), o medo de ver o outro sofrer, e a dificuldade em lidar com estes sentimentos, leva por vezes a ser “precipitado”. Aqui a precipitação revela-se no agir automático, pouco reflectido, que procura escamotear o sentimento.

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

A estabilidade emocional significa a capacidade de gerir as emoções e sentimentos mais perturbadores de modo a não nos deixarmos invadir e emergir por eles, como foi referenciado pelos enfermeiros “*Temos que ponderar o que damos, o que recebemos... é jogando com estes efeitos que nós vamos cuidando*” (E1)

Como forma de adaptação emocional às situações complicadas vivenciadas os enfermeiros necessitam de momentos isolados, ou seja, de introspecção, para uma correcta gestão dos sentimentos experienciados.

Quadro 20 - - Relacionado com a sub-categoria *o enfermeiro deve ter consciência das suas próprias dificuldades de aceitar a morte.*

CATEGORIA: O enfermeiro deve saber gerir o seu agir perante a morte	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
O enfermeiro deve ter consciência das suas próprias dificuldades de aceitar a morte.	os enfermeiros têm que controlar as reacções de modo a não reagir impulsivamente.
	É mais fácil aceitar a morte de alguém numa fase terminal do ciclo de vida.

Os enfermeiros sabem que lidar com a morte é difícil, tal como referem “*(...) tem a ver com muitas coisas, as emoções são completamente diferentes quando, eu por exemplo falo de uma pessoa de 90 anos ou de uma pessoa de 50-60 anos como já tivemos aqui, depois em relação às próprias famílias*” (E3).

Mercadier (2004) identificou igualmente que ficar junto de quem morre é de tal modo difícil, que os prestadores de cuidados preferem não assistir à morte de alguém.

O enfermeiro é afectado por sentidas e profundas dificuldades que se prendem sobretudo com défice de preparação para lidar com estas situações.

É importante que os enfermeiros tenham consciência dos seus limites inerentes à sua prestação de cuidados, que nem sempre têm meios para alterar a situação do cliente e que isso não coloca em causa as suas capacidades enquanto profissional. Assim é

fundamental que os enfermeiros tenham a percepção que os cuidados prestados foram os que estavam ao seu alcance, para conseguirem manter o seu equilíbrio emocional.

4.1.8. Categoria

- **AS ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR PODEM SER INCONSCIENTES**

A construção de defesas assume-se como uma necessidade para o enfermeiro, pois permite-lhes prestar cuidados sem se deixarem perturbar pelo sofrimento alheio, permite-lhes “lidar” com situações emocionalmente intensas.

Esta construção de defesas pode ser efectuada de dois modos, inconscientemente ou conscientemente. Os mecanismos de defesa ocorrem a um nível consciente, sendo definidos por Feldam (2001, p.513) como “*reações que mantêm o sentido de controlo e valor próprio de uma pessoa distorcendo ou negando a real natureza da situação*”.

Muitas das estratégias utilizadas pelos enfermeiros no contacto diário com estes cliente é percebida como sendo algo de natural, ou seja, não possuem a consciência que as utilizam, “(...) às vezes as coisas estão-nos tão inerentes que nós temos determinados tipos de estratégias e não nos apercebemos delas.” (E3)

A partir da união das unidades de contexto, emergiu a sub-categoria abaixo referenciada.

Quadro 21 - Referente à sub - categoria *os enfermeiros sentem as estratégias como algo de intrínseco.*

CATEGORIA: As estratégias para cuidar podem ser inconscientes	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Os enfermeiros sentem as estratégias como algo de intrínseco.	Não existe a consciência de utilização de estratégias.

Os conflitos emocionais e a impotência gerada na resolução do sofrimento do cliente, promove o desenvolvimento consciente ou inconsciente, de mecanismos de

defesa e estratégias de adaptação para suportar o fracasso terapêutico e a exposição repetida à morte de pessoas com as quais estabelecem uma relação. (Diogo 2006, p. 226)

Os participantes apresentam consciência de que algumas estratégias são intrínsecas, verbalizando que “*Eu não sei muito bem responder que estratégias é que utilizo*” (E3).

4.1.9. Categoria

- **CONSTRUÇÃO E MOBILIZAÇÃO CONSCIENTE DE ESTRATÉGIAS DE DEFESA PARA O PRÓPRIO ENFERMEIRO**

Todos temos a noção de que as vivências são importantes ao longo da vida e que influenciam constantemente os comportamentos. De facto, quando os enfermeiros são confrontados com a morte, na sua vida profissional, é inevitável ficarem alheios a esta problemática, pois antes de profissionais, também eles são pessoas.

Perante este facto, não se deve deixar de investir na racionalidade pois o mundo de sentimentos é imprevisível e vulnerável. É importante tomar consciência das emoções para que possam ser geridas, caso contrário pode surgir o risco de agir apenas emocionalmente, sem intervenção da razão, o que pode levar a comportamentos menos adequados às situações.

Quadro 22 - Relacionado com a sub-categoria *a garantia da competência da equipa e a utilização de protocolos contribuem para minimizar o sofrimento.*

CATEGORIA: Construção e mobilização consciente de estratégias de defesa para o próprio Enfermeiro	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
A garantia da competência da equipa e a utilização de protocolos contribuem para minimizar o sofrimento.	Os enfermeiros recorrem à utilização de protocolos na tentativa de lidar melhor com o sofrimento.
	A fuga ao contacto directo com o outro pode ser utilizada como defesa para o enfermeiro.
	A confiança na qualidade e continuidade dos cuidados por toda a equipa, promove um afastamento ao sofrimento.
	O momento da morte torna consciente a utilização de estratégias de defesa.

No concerne à necessidade de apoio, os enfermeiros entrevistados focaram que, muitas vezes, apoiam-se nos colegas, geralmente nas passagens de turno, *“Consgo-me separar, consigo não pensar sobre aquele assunto, deixo para os colegas, confio neles e eles fazem um bom trabalho e não vou para casa a pensar como é que aquele doente vai passar a tarde e acho que esta é a principal estratégia”* (E3)

Segundo Gomes (2001, p.44), o facto das pessoas se reunirem regularmente para falar das angústias e tensões que cada um sente, faz com que depois se sintam mais à vontade para assumir as tensões relacionais e terapêuticas pelo que os doentes vão beneficiar.

Deste modo os enfermeiros confiam nos seus colegas e conseguem libertar-se do seu sofrimento, indo mais aliviados para casa, mas existem aqueles que não se conseguem separar desse tipo de sentimento, como é referenciado, *“Não gosto de me envolver muito tenho dificuldade em me abstrair quando chego a casa”* (E4). Assim

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

sendo o enfermeiro procura um evitamento da interação, evita envolver-se numa relação próxima pois teme a perda, o processo de luto, evitando o sofrimento

Quadro 23 - Relacionado com a sub-categoria da *existência de um conflito as defesas surgem instintivamente*.

CATEGORIA: Construção e mobilização consciente de estratégias de defesa para o próprio Enfermeiro	
SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Da existência de um conflito as defesas surgem instintivamente	Vivenciar os problemas no momento é um estratégia.

Apesar de as estratégias poderem ser, na maioria das vezes, inconscientes o enfermeiro sente a necessidade de estabelecer limites de envolvimento no relacionamento com o cliente de forma a lidar com a vivência.

Desta forma, *“o enfermeiro, para se proteger do risco de “contaminação psíquica” pelas situações emotivas a que se encontra exposto nos cuidados, para manter e cumprir com normas estabelecidas pela sociedade a que a instituição hospitalar se obriga, procede de facto à separação entre o seu mundo e o dos doentes”*. (Mercadier, 2004 citado por Diogo, 2006 p. 227)

Os enfermeiros verbalizam esta necessidade de separação entre o que vivenciam no hospital e a sua vivência pessoal, referindo que *“(…) vivenciava todas as situações mas dentro do meio hospitalar e depois tinha a capacidade, eu não sei como, mas de me abstrair e quando vou para casa eu não penso nas coisas que se passam no hospital”* (E3) ; *“Podem acontecer-me coisas muito complicadas no serviço e eu depois saio daqui e vou passear e passo uma tarde que é um espectáculo, fora todo este stress.”* (E3)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo explorámos a vertente sócio-emocional dos cuidados, tentando fazer a ligação entre as emoções sentidas pelo enfermeiro e o processo interaccional de cuidar.

O enfermeiro tendo um papel socialmente reconhecido, com expectativas e responsabilidades, é também uma pessoa. Portanto, é um ser com sentimentos e emoções que não se circunscrevem apenas ao campo do trabalho, mas que ultrapassam a sua esfera relacional, como a família e os amigos.

O enfermeiro, na sua actividade profissional, potencia todo o seu saber na manutenção da vida. Por outro lado, como refere Ian Thompsom, Kath Melia e Kenneth Boyd *“não existe forma de evitar a dor, o sofrimento, a culpa e a sensação de impotência que se pode sentir nesses momentos de encontro com uma pessoa em fase terminal”*.

O reconhecimento da dimensão experimental e emocional do cuidar, parece-nos essencial para a humanização dos cuidados. Isto significa que o enfermeiro:

- Conhece, é sensível e está atento às suas emoções e sentimentos, aos seus actos emocionais, à sua vivência emocional, analisando-as, clarificando-as e promovendo o seu próprio bem-estar;
- Percepciona o modo como as suas emoções e sentimentos se explicitam nos cuidados e influenciam o bem-estar do cliente, procurando deste modo adequar o cuidar às necessidades identificadas no outro;
- Utiliza a afectividade e a sensibilidade ao cuidar de clientes em fase terminal. Adopta uma postura de abertura às emoções da pessoa, partilhando e permitindo a expressão emocional, promovendo o bem-estar da pessoa cuidada.

Como o enfermeiro, na sua prática cuidadora, deverá apreender e compreender dos seus sentimentos é um caminho para lidar com as situações de cuidados emocionalmente significativas,

Se o enfermeiro não desfrutar de estratégias adequadas, numa fase mais avançada, pode chegar ao esgotamento laboral, designado por síndrome de Burnout. Para que isto não aconteça, é fundamental que este aprenda a reconhecer as emoções, promova o auto-conhecimento, o auto-controlo, tenha espírito crítico e desenvolva estratégias de coping.

O nosso estudo revelou que o enfermeiro utiliza mecanismos defensivos para lidar com a angústia e sofrimento na prática de cuidados, e para distanciar a afectividade, de modo a protegê-lo das vivências de perda e tristeza. As estratégias para prevenir ou resolver o stress profissional podem ser agrupadas em duas categorias: individual e organizacionais.

As estratégias de coping representam um modo do indivíduo lidar com situações indutoras de stress, podendo ser orientadas para a resolução do problema ou para o controle das emoções. Estas dependem de múltiplos factores, dos quais são exemplos os aspectos cognitivos, da personalidade, da maturidade, de factores hereditários, valores e crenças religiosas inerentes a cada indivíduo, mas também de características como as sócio-demográficas e as sócio-económicas.

Conjuntamente com as estratégias de coping, a comunicação, a relação de ajuda, a valorização da auto-estima, o suporte social, a formação contínua, o relaxamento e o exercício físico, constituem aspectos fundamentais na gestão emocional dos enfermeiros.

Desta forma realçamos a importância esmagadora, de dar voz à experiência humana de sentir, pois esta poderá ser uma das *“chaves que permitam apreender a natureza dos cuidados e explicar o seu conteúdo”* (Collière, 2003 p.9)

Emoções e sentimentos dão forma à existência de “ser” enfermeiro, dando sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos “cuidados técnicos”, guiando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida.

Deixamos como essencial, “aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas, é fonte incomensurável de saberes (...)” (Collière, 2003 p.158)

6. IMPLICAÇÕES

Com a análise dos dados encontrados e a reflexão dos mesmos, parece-nos oportuno reflectir sobre as implicações que este estudo pode ter para a prática de enfermagem, formação e investigação.

Os estudos qualitativos em enfermagem, abordam as experiências vividas pelos indivíduos, indo ao encontro da aquisição de conhecimentos. Assim, visam *“reconhecer o valor de todas as evidências, a inevitabilidade e o valor da subjectividade, o valor de uma visão holística e a integração de todos os padrões de conhecimento”*. (Chinn, 1985, citado por Streubert e Carpenter, 2002, p.75)

6.1. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os dados obtidos emergiram de um modelo exploratório-descritivo do fenómeno da experiência emocional do enfermeiro. Este permitiu identificar, a visão do cuidar de clientes em fase terminal, identificar as emoções/sentimentos predominantes, as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas pelos enfermeiros.

A principal implicação encontrada é o reforço da perspectiva, de que é fundamental entender a vivência das dificuldades sentidas e do sofrimento emocional. O alívio destas exige, o seu reconhecimento e compreensão tanto a nível individual como ao nível do grupo. Quando é admitida esta necessidade podem ser negociados ao nível da equipa multidisciplinar, modos de lidar com as vivências de forma a não restringir a sensibilidade e a ligação ao cliente cuidado.

No nosso entender, a chave da humanização da interacção de cuidar, passa obrigatoriamente pelo reconhecimento e compreensão da experiência humana de sentir.

As vivências emocionais identificadas facilitarão aos enfermeiros a compreensão de si próprios, das suas vivências, da sua experiência emocional de cuidar, o que levará ao autoconhecimento. O autoconhecimento, por sua vez, levará à compreensão dos conflitos internos não resolvidos ou ainda não suficientemente analisados pelos próprios. Uma melhor compreensão e conhecimento de si, dos seus sentimentos,

levará a uma melhor compreensão e interação com o cliente, reflectindo-se na prática de cuidados. O desenvolvimento de habilidades emocionais, pode ser reconhecido por outros enfermeiros como válidos para a sua prática.

Este estudo é revelador de algumas estratégias para lidar com as situações emotivas e a emocionalidade das vivências. Uma implicação que nos parece de extrema importância, diz respeito às formas de alívio que o enfermeiro necessita de mobilizar no seu cuidar. As reuniões de serviço assumem importância pois servem como um espaço de análise das práticas, sendo uma forma dos enfermeiros se ajudarem a si e aos outros a gerir a experiência emocional de cuidar, para além de fortalecer as relações de grupo, facilitando o clima de abertura e aceitação. Não se torna necessário disfarçar aquilo que é a experiência humana vivida por todas.

Por conseguinte, a construção de um processo de cuidados orientado para o investimento emocional pode ser tido como outra implicação para este estudo. A compreensão das emoções e dos sentimentos do cliente, através do envolvimento emocional pode contribuir para uma melhor lucidez e separação da emocionalidade vivida pelo enfermeiro, permitindo encontrar sentido para a experiência da vida e da morte que tantas vezes assiste.

6.2. IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Com o decorrer deste estudo, fomos pensando na necessidade de outras investigações que permitam clarificar de forma explicativa o fenómeno emocional vivido pelo enfermeiro no seu cuidar, de forma a produzir uma explicação cada vez mais consistente.

Ao procurarmos compreender as emoções e sentimentos dos enfermeiros que cuidam de clientes em fase terminal e a sua implicação no cuidar, constatamos que o cuidar é uma experiência humana mediada pela relação trans-pessoal enfermeiro/cliente.

Verificamos que, é importante ir para além da emoção exteriorizada pelo prestador de cuidados, isto é, procurar descobrir a experiência emocional vivida pelo mesmo no que diz respeito ao relacionamento com o cliente.

As implicações desta constatação permitem-nos sugerir estudos que podem tomar várias direcções:

- Explorar mais profundamente a vivência de sofrimento do enfermeiro na prática de cuidados;
- Explorar a orientação para um cuidar emocional e o investimento afectivo do enfermeiro no seu cuidar;
- Aprofundar esta temática na perspectiva do cliente, em termos das suas necessidades afectivas e sobre a sua experiência de ser cuidado com afectividade;

6.3. IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO EM ENFERMAGEM

Para além de todas as implicações já mencionadas, realçamos a importância de uma formação mais abrangente ao nível da compreensão e gestão das situações emotivas de cuidados.

Pensamos que as aulas teóricas teriam um valor acrescentado se se incluíssem análises de situações de cuidados em ensino clínico, relatos de experiências emocionais dos enfermeiros na sua prática e técnicas de auto conhecimento. Desta forma, proporcionar-se-ia aos estudantes uma compreensão das emoções/sentimentos e o processo emotivo subjacente.

Em contexto de ensino clínico, sugerimos que as situações emocionalmente significativas sejam analisadas e reflectidas com os orientadores do local e da escola, individualmente ou em grupo. Com este espaço reflectivo, dar-se-ia aos estudantes instrumentos de trabalho privilegiado para a elaboração e compreensão da experiência humana de sentir. Compreender a emotividade nos cuidados pode servir como linha orientadora no processo de cuidar. É fulcral conhecer e dar a conhecer, modos de lidar com as emoções e sentimentos através de estratégias diversas que os enfermeiros experientes vão desenvolvendo ao longo da prática.

Este desenvolvimento de estratégias de defesa da experiência de cuidar, devem ser compreendidas na procura de evitar ou aliviar o sofrimento das vivências dos cuidados.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo de investigação assumiu um carácter complexo e exaustivo, decorrendo em simultâneo com ensinamentos clínicos e períodos de aulas teóricas, com a exigência que estes momentos representam para a nossa vida académica. Deste modo, o processo de reflexão, pesquisa, elaboração não tiveram uma continuidade no raciocínio, o que nos dificultou em muito a sua elaboração.

Desta forma, o facto de ser um estudo com limitação temporal, revelou-se um factor stressante e de difícil gestão, o que condicionou muitíssimo a execução do mesmo.

A condicionante óbvia, prende-se com a nossa inexperiência na realização de estudos de investigação. Esta inexperiência esteve presente em várias fases metodológicas, como a execução das entrevistas e a análise das mesmas.

O agrupamento das expressões mostrou-se ser muito exaustivo, na medida em que, a selectividade do discurso e consequente distribuição pelas unidades de contexto e categorias o que dificultou a sua análise.

O facto de termos efectuado o estudo em Torres Vedras revelou-se uma dificuldade, na medida em que, a distância percorrida se tornava extensa e cansativa.

8. SUGESTÕES

Após a realização deste estudo, surgiram alguns aspectos que consideramos importantes salientar para o desenvolvimento da Enfermagem.

Deixamos as seguintes sugestões:

➤ Relativamente à prática de Enfermagem, consideramos que é importante desenvolver-se estratégias para fornecer um suporte emocional aos enfermeiros, que os ajude a lidar com situações psico-emocionais difíceis, encontradas durante a sua prestação de cuidados;

➤ Propor a liberalização de visitas para os utentes em fim de vida de modo a permitir um acompanhamento pela família, se esta o desejar;

➤ Implementar reuniões entre a equipa, onde os indivíduos possam falar dos problemas e daquilo que os perturba, tendo a presença do psicólogo, para reflectirem nos problemas quotidianos, estratégias a introduzir, partilhar dúvidas e analisar os problemas sobre novas perspectivas. Pensamos que será uma forma de ajudar a minimizar os sentimentos de impotência vividos pelos enfermeiros ao cuidar de clientes em fim de vida;

➤ Para o ensino de enfermagem, sugerimos um investimento na preparação dos estudantes durante o seu percurso académico, para o confronto com situações complicadas emocionalmente com as quais se possam deparar na sua vida profissional, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de estratégias de adaptação emocional e gestão de sentimentos;

➤ Sugerir às escolas de enfermagem que revejam a forma como este assunto é abordado, que durante os estágios, sempre que se proporcione, debatam este assunto, pois só fazendo uma reflexão profunda e num espaço de partilha tomamos consciência das nossas dificuldades, e nos passamos a conhecer melhor;

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E., (1994), *Ser enfermeira*, Lisboa: Instituto Piaget, ISBN: 972-9295-86-7.
- Arruda, H. & Vidigal, M., (2000), *Parto Partilhado*, 2º Curso, estudos superiores especializados em Enfermagem de saúde materna e obstétrica, Lisboa, p.39-48.
- Atkinson D. & Murray E., (1989), *Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ISBN: 85-226-0328-6.
- Azevedo, M., (2004), *Teses, relatórios e trabalhos escolares- sugestões para a estruturação da escrita*, 4ªEd., Lisboa, Universidade Católica Editora, ISBN: 972-54-0097-6.
- Bardin, L., (2004), *Análise de Conteúdo*, 3ª Ed., Lisboa Edições 70, ISBN: 972-44-1214-8.
- Bogdan, R., (1994), *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto: Porto Editora, ISBN: 972-0-34112-2.
- Bolander, V., (1998), *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*, Trad.da 3ªEd. em Inglês, Lisboa:Lusodidacta, ISBN: 972-96610-6-5.
- Collière, M.F., (2003), *Cuidar... A primeira arte da vida*, 2ª Ed. Loures, Lusociência, ISBN: 972-8383-53-3.
- Collière, M.F., (1999), *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidadores de enfermagem*, 3ª Ed., Lisboa: Lidel, ISBN: 972-757-109-3.
- Damásio, A.R., (1999), *O erro de Descartes, emoção, razão e cérebro humano*, 19ª Ed., publicação Lisboa: Europa-América, ISBN: 972-1-03944-6.
- Damásio,A.R., (2000), *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*, 8ª Ed., Publicação Lisboa: Europa- América, ISBN: 972-1-04757-0.
- Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, (2001), Academia das ciências de Lisboa , Editorial Verbo, ISBN: 972-22-2046-2.
- Diogo, P.,(2006), *A vida emocional do enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*, 1ª Ed., Coimbra: Redhorse – Indústria Gráfica, Lda, ISBN: 972-8485-70-0.

- Fortin, M., (1999), *O processo de investigação de concepção à realização*, Loures, Lusociência, Edições técnicas e científicas Lda, ISBN: 972-8383-10-X.
- Gil, A.C., (1989), *Métodos e técnicas de pesquisa social*, 2ª Ed., S.Paulo: editora Atlas S.A., ISBN: 85-224-0489-5.
- Goleman, D., (2006), *Inteligência Emocional*, 11ªEd., Lisboa: temas e debates, ISBN: 972-759-063-2.
- Hesbeen, W., (2004), *Cuidar neste mundo, contribuir para um universo mais cuidador*, Loures, Lusociência, ISBN: 972-8383-71-1.
- Hesbeen, W., (2000), *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*, Loures, Lusociência, ISBN: 972-8383-11-8
- Honoré, B. (2004), *Cuidar, persistir em conjunto na existência*, Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-58-4.
- Leininger, M., (1996), *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices*, 2nd, New-York, McGraw-Hill, ISBN: 0-07-037660-3.
- Mazzetti, M.,(1994), *Transplante de medula óssea: que qualidade de vida?*, Dissertação apresentada para obtenção do grau de especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior deEnfermagem Francisco Gentil, Lisboa.
- Mercadier, C., (2002) *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo âmago de interação do prestador de cuidados-doente*, Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-82-7.
- Moreira, D., (2002)*O método fenomenológico de pesquisa*, Thomson Pioneira, ISBN: 85-221-0262-7.
- Nogueira, M. (1990), *História de enfermagem*, 2ª Ed., Porto: Edições Salesianas, ISBN: 972-690-225-8.
- Oatley, K. & Jenkins, J, (2002), *Compreender as emoções*, Lisboa: Instituto Piaget, ISBN: 972-771-527-3.
- Pacheco, S., (2002), *Cuidar a pessoa em fase terminal – perspectiva ética*, 2ª Ed., Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-30-4.
- Pino,C., (2003), *Teoria dos sentimentos*, Lisboa: Fim do Século, ISBN: 972-754-196-8.

- Polit, D., (1995) Fundamentos de pesquisa em enfermagem, 3ª Ed., Porto Alegre: Artes médicas, , ISBN: 85-7307-101-X.
- Queirós, A.A., (2004) *Empatia e respeito*, 2ª Ed. Coimbra: Ariana, , ISBN: 972-8838-14-X.
- Quivy, R., (2003) *O manual de investigação em ciências sociais*, 3ª Ed., Lisboa: Gradiva, ISBN: 972-662-27-5-1.
- Streubert, H. & Carpenter, (2002) D., *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*, 2ª Ed., Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-29-0.
- Veiga, M., (1994) *Cuidar na intimidade, sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção de vida*, publicação: Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de ciências humanas, Dissertação no âmbito do 1º Curso de mestrado em Ciências de Enfermagem
- Waldow, V. (1995), *Cuidar/ Cuidando: o domínio unificador de enfermagem*, Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN: 85-7307-060-9.
- Watson, J., (2000) *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*, Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-33-9.

Artigos Científicos

- Cunha, M. (2000), As emoções no contexto da vida relação, Revista sinais vitais, ISSN: 0872-8844, nº31 (Julho) p.10-14
- Dias, C., (2002), Emoções: o medo e os mecanismos de resolução de problemas, Revista Sinais Vitais, ISSN: 0872-8844, nº 44 (Set) p.33-39
- Esteves, A.J., (1986), *A investigação-acção*, In: Metodologia das ciências sociais, Porto: Edições Afrontamento, p.251-278.
- Meckenna, G., (1994) *Cuidar é a essência da prática da enfermagem*, In Nursing – Lisboa ISSN: 0871-6196, ano 7, nº 80 (Set.) p.33-36.
- Oliveira, M., (2005), Cuidar do doente em fase terminal, Boletim do Hospital de São Marcos, ISSN: 0871-6579, ano 21, nº 1 p.67-74.
- Ribeiro, L. (1996), *O texto e o contexto nas tendências de enfermagem*- In revista Portuguesa de Saúde Pública , Lisboa, vol.4, nº4 (Out/Dez), p.25-38.

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

- Silva, M., (1993) *A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do hospital e a institucionalização da enfermagem*, In Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, ISSN: 0034-7167, vol. 46, nº3/4 (Jul/Dez) p.301-308.
- Vieira, M., (1991) *Cuidar, defendendo a autonomia da pessoa*, In Servir, vol. nº 43, nº 3,.

Bibliográfica informática

- www.anaqueiros.com pesquisado a 20 de Setembro de 2006
- www.ordemdosemfermeiros pesquisado a 22 de Setembro de 2006

10. APÊNDICES

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. VISÃO PESSOAL DO FENÓMENO.....	5
2.1. CUIDAR.....	5
2.2. ENFERMAGEM.....	9
2.3. EMOÇÃO E SENTIMENTO.....	12
2.3.1. FISIOLOGIA DAS EMOÇÕES.....	20
2.4. VIVÊNCIAS.....	23
2.5. FASE TERMINAL.....	25
2.5.1. <i>A família e o doente terminal.....</i>	<i>29</i>
2.5.2. <i>Cuidar da pessoa em fase terminal.....</i>	<i>31</i>
3. FASE METODOLÓGICA.....	33
3.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	34
3.2. TIPO DE ESTUDO.....	35
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	36
3.4. MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS.....	38
3.5. PRÉ-TESTE.....	40
3.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	40
3.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	42
4. FASE EMPÍRICA.....	45
4.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	45
4.1.1. <i>Categoria.....</i>	<i>49</i>
▪ <i>Cuidar.....</i>	<i>49</i>
4.1.2. <i>Categoria.....</i>	<i>54</i>
▪ <i>Factores que influenciam o enfermeiro no cuidar.....</i>	<i>54</i>
4.1.3. <i>Categoria.....</i>	<i>58</i>
▪ <i>O cuidar de clientes em fase terminal pode ser gratificante.....</i>	<i>58</i>
4.1.4. <i>Categoria.....</i>	<i>59</i>
▪ <i>Existe a preocupação do bem-estar físico e psicológico ao cuidar do outro.....</i>	<i>59</i>
4.1.5. <i>Categoria.....</i>	<i>62</i>
▪ <i>Sentimentos do enfermeiro perante o sofrimento.....</i>	<i>62</i>
4.1.6. <i>Categoria.....</i>	<i>65</i>
▪ <i>Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para minimizar o sofrimento e promover o bem-estar do cliente/família.....</i>	<i>65</i>
4.1.7. <i>Categoria.....</i>	<i>69</i>
▪ <i>O enfermeiro deve saber gerir o seu agir perante a morte.....</i>	<i>69</i>
4.1.8. <i>Categoria.....</i>	<i>71</i>
▪ <i>As estratégias para cuidar podem ser inconscientes.....</i>	<i>71</i>
4.1.9. <i>Categoria.....</i>	<i>72</i>
▪ <i>Construção e mobilização consciente de estratégias de defesa para o próprio Enfermeiro.....</i>	<i>72</i>
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

6. IMPLICAÇÕES.....	77
6.1. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	77
6.2. IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM	78
6.3. IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO EM ENFERMAGEM	79
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	80
8. SUGESTÕES.....	81
10. APÊNDICES	86

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados.....	45
Quadro 2 - SÍNTESE DAS CATEGORIAS E SUB-CATEGORIAS	47
Quadro 3 - Sub-categoria <i>Cuidar é conhecer e ver o outro como um todo.</i>	49
Quadro 4 – Sub-categoria <i>Cuidar é uma aprendizagem constante, o que implica uma evolução de conhecimentos.</i>	51
Quadro 5 – Sub-categoria <i>Cuidar é mais abrangente do que tratar, pois consiste na procura da qualidade de vida do outro.</i>	52
Quadro 6 - Sub-categoria <i>O cuidar depende do doente, do enfermeiro, da situação e do meio envolvente,</i>	53
Quadro 7 – Sub-categoria <i>Factores que influenciam o enfermeiro no cuidar.</i>	55
Quadro 8 - <i>O tempo de internamento e a proximidade do enfermeiro com o cliente potenciam os sentimentos do enfermeiro.</i>	56
Quadro 9 - Barreira da estrutura física no cuidar.....	57
Quadro 10 – Sub-categoria <i>a vivência de situações de sucesso ajuda o enfermeiro a lidar com situações mais difíceis.</i>	58
Quadro 11 - Cuidar de clientes em fase terminal pode ser gratificante.	59
Quadro 12 - Reconhecimento da necessidade de cuidar com afecto.	60
Quadro 13 - Proporcionar conforto.....	61
Quadro 14 - Experiência emocional do enfermeiro.....	62
Quadro 15 - Relativamente à sub-categoria <i>existe a necessidade de preparar a família e o doente para a fase terminal/morte</i>	65
Quadro 16 - Relativamente à sub-categoria <i>Interacção entre a equipa de forma a conseguir lidar com o sofrimento e ser capaz de incluir o cliente/família no processo de cuidar</i>	66
Quadro 17 - Relacionado com a sub-categoria <i>o alívio da dor é uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, de forma a proporcionar uma morte serena.</i>	67
Quadro 18 - Relacionado com a sub-categoria <i>consciência da utilização importância da relação de ajuda.</i>	68
Quadro 19 - Relacionado com a sub-categoria <i>o enfermeiro deve estar atento às suas atitudes e comportamentos.</i>	69

SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CLIENTES EM FASE TERMINAL

Quadro 20 - - Relacionado com a sub-categoria <i>o enfermeiro deve ter consciência das suas próprias dificuldades de aceitar a morte</i>	70
Quadro 21 - Referente à sub - categoria <i>os enfermeiros sentem as estratégias como algo de intrínseco</i>	71
Quadro 22 - Relacionado com a sub-categoria <i>a garantia da competência da equipa e a utilização de protocolos contribuem para minimizar o sofrimento</i>	73
Quadro 23 - Relacionado com a sub-categoria da <i>existência de um conflito as defesas surgem instintivamente</i>	74