



*Escola Superior de Saúde*

*Instituto Politécnico da Guarda*

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

# **AS EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS PERANTE A CRIANÇA EM FIM DE VIDA**

César Carlos Pereira

Guarda

2013



*Escola Superior de Saúde*

*Instituto Politécnico da Guarda*

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

## **AS EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS PERANTE A CRIANÇA EM FIM DE VIDA**

Dissertação apresentada para obtenção do  
grau de Mestre do Curso de Mestrado de  
Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

**Trabalho Realizado por:** César Carlos Pereira

**Orientado por:** Professora Doutora Fernanda Lopes

Guarda

2013

## **AGRADECIMENTOS**

Não poderíamos deixar de expressar os nossos sinceros agradecimentos às seguintes pessoas:

À Professora Doutora Fernanda Lopes, orientadora deste trabalho e que nos acompanhou nesta longa caminhada. Pela sua disponibilidade, compreensão, apoio, incentivo e orientação durante esta “maratona”. Sem ela o desenvolvimento deste trabalho não teria sido possível!

Ao Hugo pela sua colaboração! Obrigado!

Ao Abel pela partilha do seu saber na estatística, dirijo também o nosso agradecimento.

Ao Professor Doutor Abílio Oliveira que amavelmente me facultou o instrumento de avaliação utilizado na presente investigação, pela sua disponibilidade que demonstrou nas dúvidas que nos foram aparecendo, a quem dirigimos também o nosso agradecimento.

A todos que direta ou indiretamente nos incentivaram e ajudaram na execução deste trabalho.

À minha querida esposa, Madalena e filhas, Lipinha e Mimi, por me terem apoiado nos momentos mais difíceis, e estarem sempre presentes em todas as minhas decisões...

Aos meus amigos, pelas suas palavras de incentivo, e tempo dedicado, e por serem meus amigos...

Aos participantes, que amavelmente aceitaram cooperar, e por serem este trabalho!

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei  
que nada do que vivemos tem sentido, se não  
tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, silêncio, que respeita,  
alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que  
promove.

E isso não é coisa, de outro mundo, é o que dá,  
sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja  
intensa, verdadeira, pura enquanto durar.

## **ABREVIATURAS**

cit. - citado

ed. - edição

ex. - exemplo

## **SIGLAS**

AAP – American Academy of Pediatrics

ACP – Análise das Componentes Principais

DEP – Departamento de Ensino Permanente

KMO – Kaiser Meyer Olkin

QI – Quociente de Inteligência

SPSS – Statistical Package the Social Science

ULS – Unidade Local de Saúde

VD – Variável Dependente

VI – Variável Independente

WHO – World Health Organization

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Folha

Gráfico 1 – Distribuição da amostra de acordo com as habilitações literárias que possuem .....	72
--	----

## ÍNDICE DE QUADROS

Folha

Quadro 1 – Valores de KMO e Análise Fatorial .....	61
Quadro 2 – Valores de KMO e teste de Bartlet da escala das emoções .....	61
Quadro 3 – Distribuição das variáveis em estudo segundo o tipo de questão, a definição da escala de medida e a definição operacional .....	61
Quadro 4 – Formação da amostra sobre a criança em fim de vida.....	75
Quadro 5 – Distribuição da amostra relativamente à criança em fim de vida.....	76
Quadro 6 – Distribuição da amostra relativamente ao apoio necessário que sentem quando prestam cuidados à criança em fim de vida .....	77
Quadro 7 – Principais preocupações da amostra enquanto prestadores de cuidados à criança em fim de vida.....	78
Quadro 8 – Média e desvio padrão das respostas às emoções.....	79
Quadro 9 – Estrutura fatorial das dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida .....	80
Quadro 10 – Correlação de Spearman referente à idade e às dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida .....	82
Quadro 11 – Relação do género com as dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.....	82
Quadro 12 – Relação da religião com as dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida .....	83
Quadro 13 – Correlação de Spearman referente ao tempo de exercício profissional e as dimensões dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.....	84
Quadro 14 – Correlação de Spearman referente ao tempo de exercício profissional na área de pediatria e as dimensões dos enfermeiros perante a criança em fim de vida .....	85
Quadro 15 – Relação entre a categoria profissional e as dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida .....	86

Quadro 16 – Relação entre o serviço onde exerce funções e as dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida .....	87
Quadro 17 – Relação entre o tipo de apoio que necessitam e as dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida .....	88

## ÍNDICE DE TABELAS

Folha

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com os hospitais onde exercem funções .....	70
Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o género.....	71
Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com a idade .....	71
Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com a religião.....	71
Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com a categoria profissional .....	72
Tabela 6 – Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício profissional .....	73
Tabela 7 – Distribuição da amostra de acordo com o número de anos a exercer funções na área de saúde infantil e pediátrica.....	73
Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com o local onde desempenham funções.....	74
Tabela 9 – Distribuição dos elementos da amostra de acordo com o vínculo laboral e instituição onde desempenham funções.....	74

## RESUMO

O processo de morte e morrer, desde sempre que foi objeto de muita especulação e de muito interesse por parte do homem, uma vez que envolve sentimentos e emoções ao seu redor. Todavia, é no contexto hospitalar, em especial o enfermeiro que trabalha com crianças que esse assunto se torna mais desafiador, visto que estes profissionais podem deparar-se por vezes com as crianças em fim de vida, no seu dia a dia.

Foi objetivo deste estudo identificar as emoções e que apoio emocional possuem, os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados no processo de fim de vida e morrer da criança.

Para concretizar este objetivo fizemos revisão bibliográfica sobre as emoções e a razão, a morte e sobre as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida. Foi aplicado um questionário a uma amostra de enfermeiros de quatro hospitais distritais das beiras, que tinham contacto direto com crianças. A metodologia utilizada foi uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo e analítico.

Este estudo teve como relevância o aumento de conhecimento relacionado com o processo de morte e morrer, permitindo assim uma reflexão a respeito das emoções e do suporte emocional que possuem os enfermeiros ligados diretamente a crianças e, por vezes, no processo de morrer e morte.

Os resultados deste estudo revelam-nos que os enfermeiros experimentam sentimentos e emoções variados muito mais desconfortantes do que confortantes.

Concluimos que o género, a idade, a religião, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional na área da pediatria, a categoria profissional, o serviço onde desempenham funções e o tipo de apoio, ao contrário do que prevíamos, não são fatores que influenciam as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.

No que diz respeito ao apoio de que necessitam, sublinham o apoio psicológico.

Após análise factorial identificamos cinco dimensões das emoções designadas por: falta de esperança, conflito interno, empatia, afetos e animo.

**Palavras chave: Emoções, Morte, Pediatria, Enfermeiro**

## **ABSTRACT**

The process of death and dying, which has always been the subject of much speculation and a lot of interest on the part of man, since it involves feelings and emotions around you. However, it is in the hospital, especially the nurse who works with children that this issue becomes more challenging as these professionals may face sometimes with children in end of life, in your day to day.

Objective of this study was to identify the emotions and emotional support that they have, while nurses care providers in the process of dying and end of life of the child.

To achieve this goal we review the literature on emotions and reason, death and the emotions of nurses before the child wrecks. A questionnaire was administered to a sample of nurses from four district hospitals Borders, who had direct contact with children. The methodology used was a descriptive study of quantitative and analytical.

This study was the increased importance of knowledge related to the process of death and dying, allowing a reflection on emotions and emotional support that nurses have linked directly to children and sometimes in the process of dying and death.

The results of this study show us that nurses experience feelings and emotions varied much more discomforting than comforting.

We conclude that gender, age, religion, exercise time professional exercise time professional in the field of pediatrics, occupational category, the service functions where they play and the type of support, contrary to what we predicted, there are factors influencing the emotions of nurses before the child wrecks.

With regard to the support they need, emphasize psychological support.

After factor analysis identified five dimensions of emotions designated by: hopelessness, internal conflict, empathy, affection and encouragement.

**Keywords: Emotions, Death, Pediatrics, Nurse.**

## ÍNDICE

Folha

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	18
<b>1 – EMOÇÃO E A RAZÃO</b> .....	19
1.1 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL .....	21
1.2 – AS EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS EM MEIO HOSPITALAR .....	27
<b>2 – MORTE</b> .....	32
2.1 – A CRIANÇA EM FASE TERMINAL.....	40
2.2 – O ENFERMEIRO E A CRIANÇA EM FIM DE VIDA .....	44
<b>PARTE II – PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	53
<b>1 – METODOLOGIA</b> .....	54
1.1 – TIPO DE ESTUDO .....	57
1.2 – HIPÓTESES DE ESTUDO .....	57
1.3 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	58
1.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	63
1.5 – O INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	64
1.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS .....	66
1.7 – PRÉTESTE.....	67
1.8 – TRATAMENTO DE DADOS .....	68
<b>2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	70
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	70
2.2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES ACERCA DA FORMAÇÃO ADQUIRIDA E AS EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS PERANTE A CRIANÇA EM FIM DE VIDA .....	74
2.3 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	81
<b>PARTE III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	89
<b>1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	90
<b>CONCLUSÕES</b> .....	100
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	105
<b>ANEXOS</b> .....	118

ANEXO A – Quadros estatísticos referentes ao processo de investigação.....	119
ANEXO B – Questionário, declaração de princípios éticos e de confidencialidade e consentimento livre informado.....	120
ANEXO C – Pedido de autorização para a aplicação da escala das emoções.....	121
ANEXO D – Pedidos de autorização formal às instituições para aplicação do questionário.	122

## INTRODUÇÃO

A morte é um acontecimento na vida dos seres vivos que sempre nos despertou algum interesse. Mas a vontade de aprofundarmos este assunto surgiu com mais clareza com o início da atividade profissional em Pediatria e presenciámos a morte de crianças que estavam internadas para o tratamento de alguma patologia, mas nunca para a morte.

Percebemos que estávamos preparados para a vida e não víamos a morte conforme a afirmação de Bellato (2001), segundo a qual a imagem da morte acompanha o existir humano desde o seu alvorecer, abrindo um enorme vazio diante da vida. Percebemos, ainda, que a morte é uma presença constante na vida de todos os seres vivos, mas há certa dificuldade em aceitá-la. Na maioria das vezes, a morte é tratada de forma desprezível, rejeitada, ignorada e negada.

De acordo com a visão ocidental sobre a finitude, Batista (200: 32) afirma que “morrer é um ponto culminante e crítico da existência humana, habitualmente relacionado, na nossa sociedade ocidental, à tristeza e ao sofrimento”.

Historicamente, a morte não foi sempre concebida dessa maneira. De acordo com Santos (1993), durante quase todo o período da Idade Média, a morte era doméstica, familiar, um acontecimento vivido coletivamente como questão comunitária. Segundo a mesma autora (1993), o moribundo preparava-se para morrer e administrava a própria morte imbuído de um sentimento de imortalidade, isto é, a morte não representava uma ruptura definitiva em relação à vida.

Cada vez mais o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, se encontra na encruzilhada dos problemas colocados pela vida e pela morte.

Refletir sobre a morte é aceitar que ela é inevitável, na sua componente terrena embora acompanhada de uma inquietação, de uma repulsa que de certo modo a transcende. Só com uma certa humildade durante a vida, nos é possível falar de morte. A morte e o morrer são uma realidade que atinge a todos, e a impotência diante dela torna-nos mais sensíveis, portanto, o sofrimento é um experiência profundamente complexa na qual intervêm valores socioculturais

religiosos, dentre outros. Devemos ficar atento ao desafio ético de considerar a questão da dignidade do adeus à vida, além da dimensão física e biológica, integrando-se a dimensão sócio-relacional, ou seja, a conduta do profissional em relação à morte, a ética e o respeito (Polés e Bousso, 2006).

Desde as primeiras fases da vida, as pessoas são instruídas a não falarem sobre a morte, uma vez que ela é vista pela nossa sociedade como um tabu, que não nos permite discuti-la como um processo natural da vida. Ao falar-se da morte, é comum emergirem sentimentos como terror, medo, espanto, pavor, dor, enfim, uma série de sentimentos que fazem com que ela se constitua no facto mais assustador da vida.

O enfermeiro presencia, constantemente, a morte no seu quotidiano profissional, porém, como lida ele com os sentimentos que emergem mediante o fim de vida em pediatria?

Com o avanço da ciência e da tecnologia, a morte passou a institucionalizar-se, fazendo com que, na maioria das vezes, o paciente em estado terminal se isole dentro de um hospital, longe de todos os seus amigos e parentes. Desta forma, o indivíduo passou a não ter mais contacto com o processo de morte e morrer.

De acordo com a visão ocidental sobre a finitude, Carvalho (2007) afirma que a morte é uma experiência da qual não possamos antecipar e nem escapar, e apesar dela ser um processo natural, universal e inevitável, o indivíduo sempre a projecta no outro, pois não suporta imaginar a possibilidade do mundo sem a sua presença.

Em 2002, Binstock (cit. por Potter e Perry, 2004: 520), afirma que “a valorização dos indivíduos é uma resposta aprendida própria de uma cultura e sociedade específica”. Neste sentido, o profissional de enfermagem é fruto das relações sociais e processos de (re) socialização nos mais diversos grupos, ambientes dos quais faz parte, refletindo muitas das tendências ou perspectivas adquiridas ao longo da sua trajectória de vida, como indivíduo e como parte de uma sociedade (Witoszek, 2001 cit. por Potter e Perry, 2004: 520).

Assim, as normas para o processo social de perda e luto são refletidas no profissional de saúde bem como no cliente com a perda, pois ambos, antes de serem profissional e cliente, são sujeitos sociais que aprenderam nos seus respetivos grupos, diversos olhares sobre a finitude. E, sobre a finitude, a morte e o cuidar, Rego e Palácios (2006) afirmam que não basta criar rotinas ou discutir formas eficazes de organizar os serviços se não atuarmos na formação de quem estará nesses serviços.

O processo de trabalho em saúde realiza-se na relação entre aquele que necessita de assistência e o profissional. O trabalho não se expressa num produto, ele é imediatamente consumido no momento de sua realização. O processo de formação, necessariamente, deve contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas relacionadas com o cuidado em todas as etapas da vida, em especial, preparar o profissional para a morte, devendo este, considerar a compreensão da morte como evento da vida, parte integrante dela, e não como algo que deva ser combatido.

Pensando como Carvalho (2007), a morte é uma realidade que faz parte do dia-a-dia dos profissionais de saúde, por isso este profissional deve ser estimulado desde a sua formação inicial a refletir sobre a natureza humana, considerando que a vida segue um ciclo que é o nascimento, o desenvolvimento, a doença e a morte. Desta maneira, é indispensável que esteja preparado para lidar com a vida até à hora da morte, independente de que ela aconteça no início, no meio ou no final do processo do viver.

Este estudo terá como relevância a ampliação da abordagem relacionada ao processo de morrer e morte na criança, permitindo um maior pensamento a respeito do suporte emocional dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que estão diretamente ligados a esse momento da vida. Esta reflexão pretende favorecer um repensar sobre a prática desses profissionais que atuam juntos no cuidado a crianças em fim de vida, possibilitando a estes morrer com dignidade.

Apesar de o hospital ser um lugar onde a morte acontece, as emoções, os sentimentos e os acontecimentos envolvidos no morrer afetam e angustiam toda a equipa de enfermagem. Diante dessa convivência com os mais diversos tipos de sentimentos, percebemos que a enfermagem é uma profissão complexa, principalmente quando se trata de prestar os cuidados com crianças no final da vida. No serviço de pediatria lida-se com a morte e com o sofrimento do outro e, ao mesmo tempo, convive-se com o sorriso de recuperação da criança. Trabalhar com crianças é uma tarefa que exige do profissional cautela, paciência e muito carinho.

Nas últimas décadas foram vários os estudos que surgiram no campo das ciências sociais, que trabalharam as emoções como forma de explicar comportamentos humanos.

Damásio (1995) foi um dos cientistas que se debruçou sobre esta temática, tendo demonstrado com êxito a impossibilidade de se separar a racionalidade das emoções, uma vez que a ausência destas altera as decisões supostamente racionais. No mesmo sentido, também Goleman (2005) defende que é impossível separar a racionalidade das emoções, sendo que são estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões, a partir do controlo dessa emocionalidade.

Quem trabalha em pediatria, lida com crianças prematuras, pós-cirurgias graves, com síndromes mal formativas, politraumatizadas, com doenças infetocontagiosas, tristes, chorosas, sedadas, sofrendo vários tipos de procedimentos médicos e de enfermagem e, principalmente, com risco de morte. Esse tipo de situação, apesar de rotineira, desperta nos enfermeiros, muitas vezes, sentimentos de angústia, dor, aflição e stresse

Sente-se que nesse local há sempre um clima diferente, tenso, desconfortante, quando há alguma criança gravemente doente, correndo risco de morte ou já com prognóstico

reservado. Sente-se também, que toda a equipa trabalha de uma maneira diferente. Às vezes, parecem distantes, angustiados, pensativos, stressados, calados ou verbalizando demais, e até mesmo tristes.

Creemos que esse clima ocorre por um motivo maior, que é o sentimento de medo da morte, que também é o sentimento que mais nos inquieta. Esse medo é encoberto pelo modelo biomédico predominante. O medo da morte é descrito por (Rezende 1996:18):

como fragmentado em vários medos: medo do processo de morrer; de enfrentar a dor, a angústia, o desconforto, a solidão, a impotência e a decrepitude; o medo dos mortos, do cadáver e dos seus haveres, da estranheza que agora ele representa, como a máxima alteridade; medo da decomposição, da desagregação, da perda de autonomia; medo da morte de pessoas queridas, cujo abandono nos parece insuportável; medo da morte prematura, violenta ou repentina, para a qual 'não estamos preparados'; medo do desconhecido, de enfrentar o 'depois'.

Esse sentimento de medo leva à reflexão de que, já que o enfermeiro é um ser participativo e atuante da equipa de terapia, que além de cuidador ainda tem a tarefa de líder, que é solicitado tanto pela equipa de enfermagem quanto pelos pais ou responsáveis das crianças internadas para, muitas vezes, dar suporte no processo de morte e morrer, ele cria mecanismos e formas para vivenciar a situação que podem ser positivas ou negativas tanto para si mesmo quanto na relação com os outros.

A vivência do investigador e a partilha espontânea das emoções sentidas enquanto enfermeiro que enfrenta situações que incluem a morte ou a sua possibilidade muito próxima e da consciencialização de que podem ser diversificadas e diferentes levanta as questões:

- Que tipo de emoções sente o enfermeiro perante a criança em fim de vida e que apoio emocional tem e requer, na sua idiossincrasia, quando lida com as crianças em fim de vida?
- Quais os factores que influenciam as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida?

Esta questão leva à exploração da área de estudo, que consiste em identificar as emoções que os enfermeiros sentem e que tipos de suporte emocional possuem e requerem, enquanto prestadores de cuidados a crianças em fim de vida.

Com este estudo pretendemos aumentar o conhecimento com o processo de morrer e morte, permitindo uma reflexão a respeito das emoções dos enfermeiros que estão diretamente ligados a esse momento da vida. Os resultados poderão contribuir para melhorar o papel de enfermagem na prestação de cuidados à criança em fim de vida, possibilitando-lhes morrer com dignidade.

Desse modo, esta investigação tem como objectivos:

- Identificar que tipos de emoções sentem e qual o apoio emocional que possuem e requerem os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados no processo de fim de vida da criança.
- Identificar os fatores que influenciam as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida

A estrutura deste relatório de investigação está organizada em três partes fundamentais. A primeira está reservada para a fundamentação teórica, a segunda para o processo de investigação e a terceira parte para a discussão dos resultados. Apresentam-se ainda as conclusões e as referências bibliográficas que suportaram esta investigação.

## **PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

1 - EMOÇÃO E A RAZÃO

1.2 - AS EMOÇÕES NOS ENFERMEIROS EM MEIO HOSPITALAR

2 - MORTE

2.1 - A CRIANÇA EM FASE TERMINAL

2.2 - O ENFERMEIRO E A CRIANÇA EM FIM DE VIDA

## 1 – EMOÇÃO E A RAZÃO

Desde os primórdios que o ser humano se tem visto obrigado a separar a razão da paixão, a cognição da emoção, o pensamento do sentimento. Platão afirmava que as paixões, os medos e os desejos nos impossibilitavam de pensar e há muito que a teologia cristã equivale as emoções a pecados e tentações, aos quais se deve resistir por meio da força de vontade e razão, para que a alma imortal entre no reino de Deus. Existiu então uma grande preocupação com a racionalidade, apesar da grande tendência para considerar que a mente tinha duas facetas, uma reconhecível (consciente) e outra não (inconsciente).

Os behavioristas tratavam das emoções como modos de agir em determinadas situações (LeDoux, 2002). Visto haver uma já longa tradição, ao separar a razão paixão, não é de espantar o facto de existir uma área de estudo da racionalidade-cognição-independente das emoções. A ciência cognitiva despontou por volta dos meados do século XX sendo, no entanto, uma ciência de apenas uma parte da mente, a que tem a ver com o intelecto, pensamento e raciocínio, deixando as emoções de fora.

O estudo das emoções foi assim ignorado durante muito tempo pelo campo da ciência cognitiva (LeDoux, 2002).

Já no século XXI constata-se “a importância dos comportamentos emocionais na sobrevivência e reprodução, ao nível da função cognitiva intra e interactiva, bem como a importância das emoções primárias a elas ligadas”, fundamentando a teoria psicanalítica (Veiga Branco, 2004a: 27).

Antonio Damasio, Director do Departamento de Neurologia da Universidade de Iowa, demonstra no seu livro «O Erro de Descartes» o contributo e importância das emoções para a tomada de decisões e para a atividade racional (LeDoux, 2002, Goleman,2003).

Damáσιο (1995: 134), refere que “ser racional, não é separar-nos das nossas emoções. O cérebro que pensa, que calcula, que decide, não é diferente daquele que chora, que sente prazer e repulsa. A ausência de emoções e de sentimentos impede-nos de ser verdadeiramente racionais”.

Goleman (2003) refere que todos nós temos duas mentes, uma que pensa e outra que sente. As respostas emocionais quer as inatas como as aprendidas, estão armazenadas no sistema límbico do cérebro, já as decisões que tomamos sobre o que deveríamos ou não fazer ou sobre o que está certo ou errado, estão no neocortex (Simmons e Simmnons Jr,2000).

Na literatura surgem várias definições de emoções. Filliozat (1998: 28), afirma que é:

um movimento em direcção ao exterior, um impulso que nasce no interior de nós e que falam que nos rodeia, um impulso que nos diz quem somos e nos coloca em relação com o mundo. (...) O papel das emoções é o de assinalar os acontecimentos que são significativos para o indivíduo e motivar os comportamentos que permitem geri-los.

Veiga Branco (2004a: 28) cita Holthershall ao definir “a emoção como uma experiência subjetiva ou sentimento, constituída por três tipos de comportamento: o direccionar objetivo (atacar, fugir), o expressivo (sorriso, enfado) e fisiológico (taquicardia, sudação, defecação).

Goleman (2003) diz que ainda não estão definidas quais as emoções primárias, se estas existem. São vários os investigadores que propõem famílias básicas de emoções, no entanto não consensuais entre os teóricos. As principais famílias básicas candidatas a um consenso são apresentadas por Goleman (2003: 310):

- **Ira:** fúria, ultraje, ressentimento, cólera, indignação, vexação, aborrecimento irritabilidade e talvez no extremo o ódio e violência patológicos.
- **Tristeza:** dor, pena, desânimo, desalento melancolia, solidão, abatimento, desespero e quando patológico depressão profunda.
- **Medo:** ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror; como psicopatologias: fobia e pânico.
- **Prazer:** felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia e divertimento, orgulho, prazer sensual, excitação, entusiasmo e, no extremo e mania.
- **Amor:** aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção e adoração.
- **Surpresa:** choque, espanto, assombro e admiração.
- **Aversão:** desespero, desdém, assombro e admiração.
- **Vergonha:** culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento e mortificação.

Goleman (2003) refere também que o debate científico desta classificação continua, pois ainda existem dúvidas relativamente a combinações de emoções que se podem categorizar em mais de uma família, entre outros aspectos.

LeDoux (2002) refere ainda que os esforços para identificar o que são as emoções básicas frequentemente por se atolar em discussões acerca de exemplos periféricos, dada a incapacidade dos teóricos em se colocarem de acordo, discordando quanto a casos confusos como a surpresa, o interesse e o desejo. Em breve síntese desta referência à emoção e razão, e parafrazeando Goleman (2003), vive-se na actualidade um novo paradigma, que nos incita a harmonizar a cabeça e o coração, abandonando o velho ideal da razão livre dos constrangimentos das emoções. “As emoções podem tornar o pensamento mais inteligente, e

a inteligência pode permitir pensar e usar de modo mais apurado as emoções” (Rego, Pina e Cunha, 2004: 199). As emoções têm desta forma uma grande importância nos comportamentos do ser humano.

## 1.1 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

A Inteligência Emocional atraiu atenções de múltiplos setores de vida social, política, económica e empresarial, quer por razões de moda, quer pelo seu valor apelativo, quer ainda peça sua valia heurística (Rego, Pina e Cunha, 2004).

São muitos autores que trabalharam e definiram a inteligência emocional, em que os principais se destacam John Mayer, Peter Salovey, Daniel Goleman entre outros.

Para Mayer et al (2002a), o impulso inicial para este interesse na Inteligência Emocional começou com dois artigos, de 1990, publicados em jornais académicos e em trabalhos subsequentes, como o *best-seller* de Daniel Goleman, intitulado «*Inteligência Emocional*», em 1995. Mas, já em 1883 Howard Gardner se tinha referido pela primeira vez a inteligências múltiplas, demarcando-se do conceito da inteligência medido pelo QI, definindo a inteligência como “a capacidade para resolver problemas ou para produzir bens que tenham um valor num contexto cultural ou colectivo preciso”, como teorias científicas, composições musicais ou até campanhas políticas vitoriosas, bens estes que tenham um valor num contexto coletivo ou cultural preciso.

Para Gardner existem cinco inteligências: *a espacial* - faculdade de se representar em três dimensões e de se orientar; *a musical* - baseia-se no exercício do ouvido e do ritmo; *a cinestésica* - representa a inteligência do corpo, da sua mobilidade; *a interpessoal* - a capacidade de compreender os outros e de trabalhar com eles e *a intrapessoal*, que corresponde à capacidade de formar de si próprio uma representação precisa e fiel e de a utilizar eficazmente em vida (Filliozat, 1998:11).

Em 1997, Mayer e Salovey definiram a inteligência emocional como a habilidade de perceber, avaliar e expressar emoções com precisão; de aceder e ou gerar sentimentos quando estes facilitam o pensamento; de entender as emoções e o conhecimento emocional e intelectual (Saarni, 2002).

Mayer, Salovey e Caruso (2002b) desenvolveram um modelo teórico para organizar as diversas habilidades envolvidas no processamento adaptativo de informações emocionalmente relevantes, num total de quatro: Percepção emocional (identificar emoções com rostos, imagens, músicas e histórias), facilitação emocional (traduzir emoções, utilizar emoções para

fazer julgamentos), entendimento emocional (definir emoções, misturas emocionais complexas, transições emocionais, perspectivas emocionais) e administração emocional (administrar as próprias emoções e as dos outros) (Heddlund e Stenberg, 2002; Mayer, 2002b).

Bar-on (2001), apresenta-nos um modelo da Inteligência e Emocional, sugerindo que esta representa uma variedade multifactorial de aptidões pessoais, sociais e emocionais inter-relacionadas, que influenciam a nossa capacidade global de lidar de forma ativa e eficaz com as demandas e as pressões do dia-a-dia. São dez os componentes da estrutura factorial desse conceito: auto-respeito (auto-avaliação precisa), autoconsciência emocional (ter consciência das próprias emoções e de as entender), assertividade (expressar as próprias emoções e a si próprio, empatia (ter consciência das emoções do outro e entende-las), relacionamento interpessoal (criar e manter relacionamentos íntimos), tolerância ao stress (administrar as emoções), controlo de impulsos (autocontrolo), teste da realidade (validar os próprios pensamentos e sentimentos), flexibilidade (mudar, ser flexível) e resolução de problemas (resolver problemas de natureza pessoal e social de forma eficaz e construtiva).

Veiga Branco (2004<sup>a</sup>: 223) parte do conceito de Inteligência Emocional de Goleman - “a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuga a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança” - chegando ao conceito de Competência Emocional.

Uma competência emocional é uma capacidade baseada na Inteligência Emocional que é apreendida, resultando num desempenho extraordinário do trabalho e que mostra até que ponto se traduz o potencial da Inteligência Emocional de cada um nas capacidades profissionais (Goleman, 2005).

A Competência Emocional é definida como a “demonstração da auto-eficácia em transações sociais que produzem emoções” (Saarni, 2002: 65). Logo, a Competência Emocional existe quando se atinge um nível desejado de realização, dizendo respeito ao pós-facto. “Só pode ser apreciada simultaneamente ou após a exibição de comportamentos e ou atitudes, através das memórias expressas, pelos sujeitos executores ou por observadores” (Veiga Branco, 2005: 171).

As capacidades segundo Goleman, (2003) são cinco e defende-as da seguinte forma: as três primeiras - Autoconsciência, Gestão de Emoções e Automotivação - são as pessoais (intrapessoais) e “determinam a forma com nos gerimos a nós próprios” (Goleman, 2005:34). As restantes duas - Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos - são as

sociais (interpessoais) e “determinam a forma como lidamos com as relações”(Goleman, 2005:35).

## **Autoconsciência**

A Autoconsciência é a capacidade de reconhecer um sentimento enquanto ele está a decorrer, é a percepção de si e do que está a sentir. É considerada a base da Inteligência Emocional, tendo em conta que a maioria das outras capacidades emocionais se fundamentam na Autoconsciência. Só depois de se perceber o porquê de como se sente, se poderá dominar, mostrar e controlar as próprias emoções. A incapacidade de reconhecer as próprias emoções deixará a pessoa à mercê delas (Goleman, 2003).

A auto-observação permite então um tipo de consciência imparcial das emoções mais apaixonadas ou turbulentas (Goleman, 2003: 67).

As pessoas com maiores certezas sobre as suas emoções são as que melhor sabem dirigir a sua vida (Martineaud e Engelhat, 2002).

Para Mayer, referenciado por Goleman( 2003: 68), reconhecer um estado de espírito negativo é querer livrar-se dele. Mayer divide as pessoas por três grupos, tendo em conta a forma como enfrentam e lidam com as suas próprias emoções:

- *Auto conscientes* - Pessoas conscientes dos seus estados de espírito à medida que eles ocorrem, as quais têm alguma sofisticação na sua vida emocional e uma boa saúde psicológica, encarando a vida de uma forma positiva. Conseguem libertar-se de um estado de espírito negativo, não ficando obcecadas por ele.
- *Imersas* - Pessoas que, frequentemente, se deixam avassalar pelas emoções, sendo incapazes de lhes escapar. São instáveis e não muito cientes do seu estado de espírito, pouco fazendo para escapar a sentimentos negativos, sentindo-se frequentemente submersas e emocionalmente descontroladas.
- *Aceitantes* - Pessoas conscientes dos seus estados de espírito, mas com tendência para os aceitar como eles são, não fazendo nada para os modificar. Aqui existem dois tipos, o que está normalmente bem-disposto e por isso não sente necessidade de mudar e o que aceita estados de espírito negativos de forma passiva não fazendo nada para contrariá-los, como por exemplo as pessoas deprimidas.

## **Gestão de Emoções**

A Gestão de Emoções é o sentido de autodomínio, é uma capacidade que nasce do autoconhecimento, sendo a solução para o bem-estar emocional. Emoções como o medo, a ira ou a tristeza são considerados mecanismos de sobrevivência e parte integrante da nossa dotação básica emocional. As pessoas a quem falta a capacidade de Gestão de Emoções estão constantemente em luta com sentimentos de angústia, enquanto as que a possuem em alto grau recuperam muito mais facilmente de tombos que a vida obriga a dar (Goleman, 2003).

Quando a raiva ou a cólera entram dentro de nós, somos expostos a uma vulnerabilidade interna e externa, tanto a nível cognitivo como a nível subjetivo-experiencial, atendendo a que se desencadeiam alterações neurovegetativas altamente potenciadoras de ação de ataque, em que o corpo se vê preparado para uma acção intensa e irrefletida, numa descarga energética difícil de controlar.

As pessoas sentem-se invulneráveis, tornando-se implacáveis nas suas perceções do estímulo e, conseqüentemente, nos seus comportamentos. Será então necessário aprender a impedir que estes sentimentos intensos e invasivos se instalem e ocupem a espaço de sentimentos mais agradáveis (Veiga Branco, 2004)

Os sentimentos como a fúria, depressão, angustia e raiva devem ser controlados no início, devendo as energia emocional/racional ser canalizadas no sentido de contrapor a esses sentimentos um equivalente conjunto de experiências felizes e alegres, evitando assim o alimentar de sentimentos negativos, os quais poderão conduzir a comportamentos devastadores e impensáveis (Veiga Branco, 2004).

Goleman (2003) refere-se a estudos da psicóloga Diana Tice, a qual concluiu que a reinterpretção consciente de uma situação de uma forma mais positiva, assim como técnica de desvio e relaxamento, são técnicas eficazes para aliviar a depressão, a ansiedade ou a cólera.

A melhor forma de lidar com as mais variadas emoções é experimentá-las de forma consciente e num estado controlado de alerta para decidir como se querem tratar os sentimentos e acontecimentos que os desencadeiam, para além de decidir o quanto da vida interior se está disposto a partilhar com os outros (Veiga Branco, 2004a).

O que se consegue fazer com as suas próprias emoções, podendo ou não controlá-las de forma inteligente, depende da Inteligência Emocional de cada um (Martin e Boeck, 2002).

## **Automotivação**

Motivar-se a si mesmo relaciona-se com a Inteligência Emocional, tendo em conta que as emoções são em si mesmo um factor de motivação com carácter de adaptação e sobrevivência, a partir de um estado interno de ativação (Veiga Branco, 2004b).

Goleman (2005: 324) define a motivação como o usar das “nossas preferências mais profundas para avançar e nos guiar para os objectivos, para nos ajudar a tomar a iniciativa e ser altamente eficientes e para perseverar face a contrariedades e frustrações”.

A Automotivação apresenta um conjunto de elementos através dos quais pode ser experienciada, nomeadamente o controlo do impulso e o adiar da recompensa, a ansiedade, o optimismo e o «Estado de Fluxo» (Goleman, 2003).

De forma a controlar o impulso escolhendo adiar a recompensa é necessário autocontrolo e determinação pessoal na escolha. A capacidade para controlar o impulso pode desenvolver-se pela prática quando se está perante uma tentação imediata, ao escolher o adiar da recompensa, pensando nos objectivos a longo prazo - ter uma recompensa melhor (Martinaud e Engelhart, 2002).

Há estudos que demonstram que o optimismo pode aumentar a produtividade, ao se ter uma forte expectativa de que tudo acabará bem, evitando que as pessoas caiam na apatia ou na depressão face às dificuldades. No entanto um optimismo ingénuo pode ser desastroso. “Seligman define o optimismo em termos de como as pessoas explicam a si mesmas os seus êxitos e fracassos” (Goleman, 2003: 108).

Por outro lado, também a esperança é considerada moderadora dos níveis de ansiedade. Snyder define-a como a capacidade de “acreditar que temos a vontade e os meios de atingir os nossos objectivos, sejam eles quais forem”. As pessoas com elevado grau de esperança não se deixam dominar pela ansiedade face às dificuldades ou contratemplos, sendo capazes de se automotivarem para atingirem os seus fins (Goleman, 2003: 108).

## **Empatia**

Das aptidões pessoais a empatia é a mais fundamental e também nasce da Autoconsciência, pois quanto mais conscientes estivermos das nossas próprias ações, mais assertivos seremos a ler os sentimentos dos outros. As pessoas empáticas são mais sensíveis aos sinais sociais que indicam o que os outros desejam ou necessitam. A empatia requer assim a predisposição para admitir as emoções, ouvir com atenção e conseguir compreender pensamentos e sentimentos que não tenham sido expressados verbalmente, constituindo a

habilidade para ler os canais não verbais como o tom de voz, o gesto ou a expressão facial (Goleman, 2003).

Felliozat (1998: 256) refere que “as mensagens do corpo raramente mentem”. As emoções podem observar-se no rosto e na atitude do corpo. Ser empático é sentir sem julgar, é sair do nosso egocentrismo para nos centrarmos na vivência do outro.

(Martin e Boeck (2002) também a definem como uma capacidade que, frente a outras pessoas, requer a predisposição para admitir as emoções, ouvir com atenção e compreender pensamentos e sentimentos que não são expressos verbalmente.

O desenvolvimento da Empatia é importante, tendo em conta que constitui um elemento essencial para o sucesso do apoio social, sendo também motivador de comportamento altruísta (Rego, Pina e Cunha, 2004). Assim as pessoas empáticas são pessoas capazes de «ler» os sentimentos dos outros, acompanhando com os olhos e até com o corpo os movimentos de expressão comunicativa de outrem, entrando em sintonia (Veiga Branco, 2004a).

As pessoas empáticas são particularmente aptas em profissões que envolvem o ensino, as vendas, a gestão e a prestação de cuidados (Goleman, 2003).

### **Gestão de Relacionamentos em grupos.**

A Gestão de Relacionamentos em Grupos representa a aptidão emocional que se desencadeia em cascata ao se reconhecer os sentimentos de outra pessoa e agir de forma a influenciar esses sentimentos. É uma capacidade que exige e requer a maturação do autocontrolo e empatia (Goleman, 2003; Veiga Branco, 2004a).

As aptidões sociais permitem mobilizar e inspirar, persuadir e influenciar, deixar os outros à vontade e ter bons relacionamentos íntimos. Assim, quanto mais hábeis somos a nível social, melhor controlamos os sinais que emitimos, podendo influenciar o estado de espírito de alguém de uma forma positiva (Goleman, 2003). Possuir esta capacidade depende, entre outras coisas, da habilidade de criar e cultivar relações, de reconhecer conflitos e de os solucionar, de encontrar o tom adequado e perceber o estado de espírito do outro (Martin e Boeck, 2002).

Hatch e Gardner (cit. por Goleman, 2003) identificaram quatro componentes da inteligência interpessoal, que no seu conjunto são a matéria de que é feito o brilho interpessoal, sendo elas:

- Organizar grupos - aptidão que envolve iniciar e coordenar os esforços de um conjunto de pessoas.
- Negociar soluções - talento de mediador, evitando ou resolvendo conflitos que surjam.
- Relacionamento pessoal - o talento da empatia e do relacionamento.
- Análise social - capacidade para detectar e compreender os sentimentos, motivos e preocupações das pessoas, tornando-se um terapeuta ou conselheiro eficiente.

Gerir as emoções está na base da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal, permitindo às pessoas se «estrelas sociais» ao saírem-se bem em tudo o que tenha a ver com interação com terceiros (Goleman, 2003).

A Inteligência Emocional aumenta com a idade, podendo reflectir conceitos como maturidade ou experiência. Apesar de se considerar existir uma componente genética na Inteligência Emocional, também é possível adquirir certas competências emocionais através da experiência e formação (Rego, Pina e Cunha, 2004).

## 1.2 – AS EMOÇÕES NO MEIO HOSPITALAR

A experiência emocional está omnipresente em toda a situação interacional (Diogo, 2006). Também nos hospitais não há exceções, sendo mesmo estes considerados os verdadeiros pólos de fortes interações emocionais. Os profissionais e utentes nos hospitais estão em contacto permanente, por isso mesmo sujeitos a factores que influenciam o seu estado emocional.

Tanto o internamento como a doença podem ser considerados factores desencadeantes de uma crise emocional, tanto no doente como na sua própria família. O saírem do seu ambiente, o contacto com pessoas estranhas e com situações de sofrimento, sujeição à dor, e a técnicas por vezes invasivas, assim como à perda da sua autonomia ou mesmo de identidade, são situações propícias à origem de estados de tensão acentuada (Costa, 2003).

Os doentes lidam constantemente com as suas emoções, em que o medo está apenas a um pensamento de distância. Por vezes com a doença sentimo-nos fracos, impotentes e vulneráveis. As pessoas perturbadas têm maior dificuldade em assimilar novas informações e de aprender novos hábitos de respostas (Goleman, 2003). Sabemos que os doentes mais tensos são menos colaborantes e dificultam a realização de uma técnica ou exame, existindo por vezes necessidade de lhes ser administrado algum calmante. O estar desperto para estas

situações permitirá ao profissional de saúde informar melhor e tranquilizar o doente relativamente ao procedimento a realizar e até evitar o uso de calmantes, com os consequentes efeitos secundários (Martin e Boeck, 2002).

O estado de espírito depressivo dificultam o tratamento e estudos comprovam isso, nomeadamente um que foi feito a mulheres com fracturas do fémur, em que as doentes mais depressivas tiveram um internamento, em média, de uma semana a mais que as doentes mais otimistas. Os doentes otimistas não se resignam perante a doença e partem do princípio que podem influenciar o processo de cura, passando à ação (Martin e Boeck, 2002).

Uma forma de prevenir e superar a doença passa então por ajudar as pessoas a gerir os seus sentimentos perturbadores, como a ira, a ansiedade, o pessimismo, a depressão e o isolamento. E ao atender simultaneamente as necessidades emocionais e as necessidades puramente médicas, muitos doentes poderiam beneficiar consideravelmente desse facto (Goleman, 2003). Mostrar empatia ao doente representa um valor acrescentado, significa promover cuidados centrados no relacionamento, reconhecendo a importância da relação entre o profissional de saúde e o doente (Goleman, 2003).

Todos os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, têm um papel de grande importância nos cuidados de saúde. A prática de Enfermagem no hospital é contínua, vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano. As equipas substituem-se por norma três vezes por dia, em turnos de manhã, tarde e noite. Com a mudança de turno, há lugar à apresentação oral de um relatório com o qual se transmitem as informações necessárias à continuidade de cuidados, onde se faz o ponto de situação de cada doente (Mercadier, 2004).

Os enfermeiros dispõem de uma posição privilegiada no seu exercício profissional, relativamente a outros profissionais, para atuar face a situações de transtornos emocionais. No entanto, eles próprios poderão estar sujeitos a serem afetados pelo conjunto de situações a que diariamente se expõem.

A tristeza de familiares e do doente perante o seu próprio sofrimento afeta os enfermeiros, quer pela incapacidade de fazer algo mais, quer por laços que se criam com doentes com internamentos prolongados. Já a alegria e o prazer são raros nos hospitais, pelo menos aparentemente insuficientes para compensar vivências emocionais cheias de repulsa, vergonha, cólera, medo ou tristeza (Mercadier, 2004).

Hesbeen (2000: 85), faz referência a uma carta de um enfermeiro, de nome Lecalvez, publicada na imprensa francesa em 1994, o qual referia que o enfermeiro “apara todos os golpes: os maus humores dos doentes, as más disposições do chefe, a raiva do interior que geme devido aos superiores e às obrigações sonhando vir a ser um tirano chefe de clinica”.

É sobre as indicações dos médicos, que os enfermeiros executam tarefas de alguns dos mais desagradáveis procedimentos hospitalares. No entanto, os próprios enfermeiros reconhecem que são agentes privilegiados na interpretação de sinais que evidenciam os problemas, os comportamentos anómalos e as situações de mal-estar psíquico do doente (Carapinheiro, 2005).

Os serviços hospitalares são lugares estruturais privilegiados, quer por serem unidades de execução de cuidados médicos, onde se reúnem profissionais, saberes, tecnologias e infra estruturas materiais, quer por serem configurações medico-sociais específicas, determinadas pelas formas dos poderes-saberes que neles se organizam. Os enfermeiros assumem um poder de mediação entre médicos e doentes e entre as respetivas formas específicas de poder-saber, pelo administrativo e poder médico (Carapinheiro, 2005).

Collière, (1999) considera os serviços como locais de expressão da prática profissional onde se pode mobilizar e ajustar os conhecimentos provenientes das situações e os que iluminam o seu significado, representando assim o local onde é possível aliar a reflexão à ação.

Como sabemos, os enfermeiros beneficiam de oportunidades particulares para dar às suas práticas um sentido de verdadeira ajuda, atuando como vetores de serenidade junto das pessoas a quem se dirigem, para tornar mais confortável e suave a situação vivida. Estas capacidades estão ao alcance de todos os enfermeiros, independentemente do lugar, do momento ou do tipo de exercício. Quer se trate de um serviço de urgência ou de reanimação, de medicina ou geriatria, de psiquiatria, de pediatria ou outro qualquer. Mas parece existir um sentimento de superioridade por parte dos enfermeiros de serviços de ponta, de elevada tecnicidade no atendimento a pessoas em estado de doença mais agudo, relativamente aos seus colegas que exercem junto de pessoas com doenças crónicas (Hesbeen, 2000).

No entanto, segundo o estudo de Vilela (2006), os enfermeiros que trabalham em serviços denominados crónicos percebem-se mais emocionalmente inteligentes que os que trabalham nos serviços de urgência. Veiga Branco, (2004b: 23) refere que os espaços de trabalho de Enfermagem apresentam, um pouco por todo o lado, misturas de sentimentos mais ou menos intensos e complexos, que exigem uma constante reflexão/ação da realidade, num desgaste continuado entre os sentimentos de frustração e os de competência.

Até hoje a enfermagem apresentou uma grande evolução no contexto formativo nos últimos anos, tendo os enfermeiros atualmente acesso a todos os níveis de formação.

A formação em enfermagem teve sempre em maior consideração a representação das competências técnicas e científicas dos profissionais do que a sensibilidade intra e interpessoal para perscrutar e colocar em prática as suas destrezas relativas ao contexto emocional

da prática profissional, quer relativamente a si, quer relativamente àqueles que cuidam (Veiga Branco, 2004b).

De facto, a formação base inicial em Enfermagem é percecionada pelos próprios enfermeiros como insuficiente na preparação dos profissionais para lidar com as emoções. Uma preparação maior ao nível da gestão das emoções e vivências, são algumas sugestões dadas pelos enfermeiros (Diogo, 2006).

Goleman (2000) considera que analfabetismo emocional pode tornar ineficaz o apoio psicológico necessário na atividade terapêutica, podendo colocar em causa todo o processo terapêutico.

A literacia emocional não pode nem deve esgotar-se no espaço de formação dos técnicos de saúde, sendo importante fazer confluir na sua formação as noções de literacia emocional e educacional para o desenvolvimento dos futuros profissionais de saúde em geral e dos enfermeiros em particular (Veiga Branco, 2004b).

Existe uma diferença crucial entre o conhecimento teórico (saber) e o conhecimento pessoal. Saber não é o mesmo que ser capaz de colocar em prática, ou seja saber-fazer. Para bem cultivar a Competência Emocional, experiência e maturidade é uma vantagem (Goleman, 2005).

De um bom enfermeiro espera-se uma permanente preocupação com os outros, sentimentos de solidariedade, para além do aperfeiçoamento dos canais de comunicação e do conter dos seus próprios sentimentos, acabando por não ter tempo de identificar os seus próprios problemas (Loff, 1996 cit. Por Queirós, 2005).

Os enfermeiros é na sua vida extra profissional que tentam encontrar formas que permitam fazer face às repercussões do seu trabalho. Estes recursos geralmente externos, como sejam, a prática de desporto ou um suporte de uma vida familiar estável, como muitas vezes são inerentes ao próprio indivíduo. Muitos baseiam esta filosofia de vida em valores morais denominados pelo altruísmo (Mercadier, 2004).

Existe necessidade por parte de todos os profissionais de contar a alguém situações que encontraram no dia de trabalho, situações que os tocaram emocionalmente. Essa pessoa pode ser um colega de trabalho, um familiar, um amigo ou o cônjuge, o importante é que haja confiança recíproca. Onde haverá maior compreensão será o ambiente afetivo criado pela família. Os enfermeiros referem-se muitas vezes à sua vida afetiva como um suporte que lhes permite fazer face nas dificuldades inerentes à vida profissional, associando também as atividades de lazer (Mercadier, 2004).

A necessidade de minimizar o impacto da experiência emocional vivenciada pelo enfermeiro faz com que este desenvolva mecanismos de defesa. Estabelecer limites de

desenvolvimento no relacionamento com o doente, procurando viver as situações com distanciamento, são algumas das defesas adoptadas (Diogo, 2006). A repressão, a inibição ou a negação das emoções é tão prejudicial como a experiência emocional extrema, podendo mesmo manifestar-se através de doenças psicossomáticas (Damásio, 2001).

É fundamental que o enfermeiro seja assertivo, positivo, construtivo e confiante (Rodrigues, 2005).

A Enfermagem é uma profissão basicamente de carácter feminino, uma vez que se verifica uma percentagem muito elevada de mulheres entre os profissionais de saúde, a qual ronda os 80% (Ordem dos Enfermeiros e Universidade Católica Portuguesa, 2004).

Enfermeiros e enfermeiras podem apresentar comportamentos e atitudes diferentes perante situações semelhantes. Como refere Goleman, (1999), rapazes e raparigas aprendem lições diferentes sobre a forma de lidar com as emoções, em que os pais, em geral, discutem mais o tema com as filhas (excepto a ira), sendo que estas estão mais expostas a palavras mais emocionalmente carregadas do que os rapazes. O que podemos depreender que as mulheres conseguem desenvolver e expressar melhor os sentimentos que os homens. Regra geral os homens apresentam mais dificuldade em ler as emoções das expressões faciais.

Mercadier (2004) reposiciona as emoções em vários contextos, chegando à conclusão que, relativamente à diferença entre os sexos, o medo e a tristeza estão ausentes ou muito atenuados na expressão masculina. Os homens são institucionalmente levados a dominar situações de violência física, enquanto as mulheres se afastam delas. Mas em relação ao sentimento de impotência perante uma situação, as mulheres sentem-se aniquiladas pelo mesmo, enquanto os homens sentem-se revoltados com esse mesmo sentimento.

Segundo Poles e Bousso (2006), a enfermeira ao se deparar com uma criança com um processo de morte, acaba por projectar-se no papel de mãe e com isso passa a sofrer a morte como se fosse a morte de um filho.

Veiga Branco (2004a) verificou no seu estudo sobre os professores que as mulheres são mais ruminativas que os homens que vai de encontro a Goleman (2003). No mesmo sentido (Mercadier, 2004) constata no seu estudo que, aparentemente, os homens esquecem com mais facilidade as vivências profissionais do que as mulheres. Por outro lado (Vilela, 2006), no seu estudo em enfermeiros, não constatou diferenças estaticamente diferentes entre os dois sexos.

## 2 – MORTE

Nada é mais difícil do que contemplar no seu justo valor o alcance que os acontecimentos contemporâneos têm vindo a atingir, pois os nossos juízos a seu respeito arriscam-se realmente, imenso a tenderem para subjetivismos.

As descobertas científicas e a reflexão empírica que ultimamente se têm vindo a efetuar sobre o fenómeno da morte são dos acontecimentos que têm suscitado maior polémica nos nossos dias e até mesmo induzindo em quem os estuda, o medo milenar, que desde os nossos antepassados tem existido, criando a submissão e respeito por aquilo que se apresenta como o limite natural de cada um de nós: a morte.

A morte como acontecimento inevitável tem vindo a ser objeto de reflexão empírica desde há muito tempo, tendo-se deparado com a visão científica desde há relativamente poucos anos. Mas, o homem desde sempre tem um objectivo: como enfrentá-la e paralelamente desenvolveu técnicas para a adiar o maior tempo.

São variadíssimos os conceitos existentes para definir a morte. A morte “é um processo biológico complexo cujo momento exato pode ser difícil de determinar, é responsabilidade do médico participar na elaboração de critérios minuciosos para a comprovação e determinação legal da morte”, (Faria citado por Archer, Biscaia, Osswald e Walter, 1996: 372).

A definição de morte tem vindo a sofrer modificações devido ao avanço tecnológico da medicina e da disponibilidade de informação, ficando claro que a sua definição deve levar em consideração os valores culturais da sociedade em questão e não somente o conhecimento médico. A busca de uma melhor definição de morte trouxe uma série de conflitos de ordem ética, agravados em grande parte pela crise de credibilidade que a medicina moderna vivencia. Um resgate dos valores da medicina, fundamentados na relação médico-paciente, bem como uma ampla discussão envolvendo toda a sociedade sobre a definição de morte e os cuidados que a medicina deve oferecer aos pacientes que estão em fim de vida, devem ser implementados. Para Lucas (2000) há então que distinguir a morte biológica onde se verifica a paragem das funções vitais fundamentais, isto é, a respiratória, a circulatória e a nervosa que é chamada a trípole de Biclot, da morte clínica onde se verifica a supressão definitiva das três actividades fundamentais, das quais a nervosa é a primeira.

Os critérios para determinar a morte são os que se baseiam na verificação da paragem do funcionamento do sistema nervoso central (perda de consciência, da sensibilidade e da motricidade espontânea), da paragem da atividade cardiocirculatória, e da paragem da função

respiratória. Esta verificação é feita através de eletrocardiograma que se apresenta como linha isoelétrica, isto é, plana de 4 a 5 minutos.

A morte cerebral, define-se como a “perda total e irreversível da capacidade global de integrar e ordenar as funções do organismo, físicas e mentais numa unidade funcional”, (Lucas 2000: 207).

Manni citado por Lucas (2000) em documento apresentado na 5ª Assembleia da Academia Pontifícia para a vida, realizada no Vaticano em 1999 define 3 critérios de verificação de morte:

- Critério anatómico: devastação traumática do corpo;
- Critério cardiocirculatório: paragem cardíaca prolongada;
- Critério neurológico: morte cerebral.

Ainda segundo Manni citado por Lucas (2000) a morte cerebral é definida como a cessação definitiva e irreversível de todas as funções do encéfalo, esta considera-se verificada quando na ausência de administração de fármacos depressores do sistema nervoso central, ou de hipotermia induzida artificialmente, ou de doenças endócrinas ou metabólicas clinicamente identificáveis, seja verificada a presença simultânea das seguintes condições:

- Estado de coma acompanhado da ausência completa de reflexo do tronco cerebral e mais precisamente: rigidez pupilar mesmo com luz incidente; ausência de reflexo corneano; ausência de resposta motora nos territórios enervados pelos nervos cranianos; ausência do reflexo de deglutição, ausência de tosse suscitada por manobras de aspiração traqueobrônquica.

- A ausência de respiração espontânea é uma situação seguramente verificada de normocapnia.

- Condições de silêncio eléctrico cerebral.

Manni citado por Lucas (2000) considera ainda que o início da simultaneidade das condições precedentes determinam o momento da morte mas esta deve ser confirmada pela sua presença ininterrupta durante o período seguinte de 6 horas (12 horas para as crianças de um a cinco anos, 24 horas para as crianças de idade inferior a 1 ano), sempre na ausência de administração de fármacos depressores do sistema nervoso central ou de condições de hipotermia induzida artificialmente.

De acordo com Santos (1993), durante quase todo o período da Idade Média, a morte era doméstica, familiar, um acontecimento vivido coletivamente como questão comunitária. Segundo a autora (1993), o moribundo preparava-se para morrer e administrava a própria morte imbuído de um sentimento de imortalidade, isto é, a morte não representava uma rutura definitiva com relação à vida.

A religião cristã encara a morte como sendo uma passagem, o fim de uma vida terrena cheia de angústia e de pesar e o início de uma nova vida, uma vida celeste, junto de Deus, se a pessoa ao longo da sua vida enquanto mortal fez por o merecer.

Os rituais de morte e luto têm similaridades, incluindo: unção, velório, enterro e oração (cultos e missas). Tal como afirma Carmo (2001:151), "o Cristianismo desempenhou um papel fundamental na preservação de valores fundamentais da civilização (...)"

Para os cristãos dos primeiros séculos, segundo Rodrigues (1983), a morte era o caminho para a eternidade; cria-se na ressurreição da carne. Segundo ele, os cristãos acreditavam na vida após a morte, o que transmitia um sentimento de conforto, já que o morto renasceria e se encontraria com os seus entes em outra vida, concebida como eterna. A morte era apenas um momento de separação temporária entre os familiares, já que era oferecida uma vida plena diante de Deus. Dessa maneira, diz o autor (1983), a imagem imperante na época era a de um laço contínuo entre vivos e mortos, unidos na Terra e unidos na eternidade, o que era evocado nos sermões dominicais.

O referido autor (1983), observou que o axioma fundamental da morte é que ela não aniquila o ser; ela abre as portas para o além, para outra vida: inferno ou céu, para cristãos e muçulmanos; Campos Elísios, para os gregos antigos; reencarnação e metempsicose, na filosofia oriental; passagem para o reino dos ancestrais, na África. Por toda a parte a morte é entendida como um deslocamento do princípio vital.

Sendo assim, os sentimentos de dor e perda eram atenuados, pois, de acordo com Rodrigues (1983), a morte não provocava grandes aflições nos indivíduos que iam morrer porque estes não viam entre a vida do aqui e a do além uma rutura radical, bem como porque viviam/morriam na esperança de despertar em um paraíso assegurado. Conforme esse mesmo autor, (1983), a crença na ressurreição da carne e a não-exasperação do valor da individualidade não despertavam aflições especiais quanto à perda da integridade da personalidade individual. Dessa maneira, Santos (1993) afirma que a morte e o morrer faziam parte de um processo coletivo: o doente não tinha pressa em morrer e também participava de todo o ritual existente na época. Segundo Santos (1993), o moribundo permanecia em casa, ao redor da família e de toda a vizinhança esperando o facto acontecer.

As portas e janelas da casa ficavam abertas no sentido de facilitar a entrada da morte, já esperada, e o ritual do velório dava-se da mesma maneira com o corpo do morto exposto em sua própria casa, não escondendo a cara da morte instalada e mostrando a relação pacífica ocorrida entre o doente e a morte. Em todos os níveis, a morte é pública e comunitária. O detestável era morrer em segredo, longe, inesperadamente, sem testemunha e sem cerimonial (Rodrigues, 1983). É ainda na Idade Média que se iniciam os conflitos e as transformações

sobre vida e morte. Surgem dúvidas sobre a imortalidade, a salvação eterna, a questão da individualidade e, principalmente, explicita-se um sentimento de amor à vida.

Conforme afirma Santos (1993), as transformações vão-se operando e reformulando-se com o desenvolvimento e crescimento da burguesia, para a qual separação do corpo e alma, vida e morte se integram ao pensamento ocidental.

Assim, com o desenvolvimento da individualização e o aparecimento de uma consciência especial na biografia individual, a morte no leito carrega-se de um sentido dramático (Rodrigues, 1983). A partir desse momento, a morte passa a ser, então, um fenómeno temível por todos os seres humanos.

Santos (1993) diz que, diante da certeza da morte, como um desastre pessoal extremo, a existência deixa de ser a plenitude de uma vida na sua duração total e o homem torna-se um eterno inconformado com a ideia de não ser imortal. Então, para Morin (1998), o homem passa a ter horror da morte, o que pode ser traduzido na dor pelo funeral, pelo terror da decomposição do corpo, pela obsessão da morte e, principalmente, pela perda da individualidade. Quanto mais o homem descobre a perda da individualidade por trás da realidade putrefactória de um cadáver em decomposição, mais ele fica traumatizado. Com a ascensão do pensamento burguês e a consolidação da sociedade industrial capitalista, a morte passa, assim, a ser negada. Não há lugar para a morte, fala-se dela o menos possível ou, quando é necessário fazer alusão a ela, recorre-se a eufemismos no intuito de mantê-la distante do mundo dos vivos (Santos, 1993).

Desde então, segundo Lunardi Filho (2001), o homem vê a morte como uma barreira intransponível, um corte no tempo, a quebra do curso normal das coisas. Para o autor (2001), a sociedade contemporânea vem rejeitando falar sobre a morte e sobre o seu impacto na vida pessoal de cada um, apesar de ser algo presente no dia-a-dia.

Segundo Pitta (2003: 89), o médico, desde a Idade Média até o século XIX, tomava a iniciativa de prevenir a morte próxima, com uma baixa probabilidade de erros de prognósticos, dado o pequeno arsenal de possibilidades terapêuticas disponível. Após o século XIX, coincidindo com o desenvolvimento científico e tecnológico da medicina, o médico evita falar sobre doença e morte aos pacientes. Daí em diante, o médico, passou a falar quando indagado, produzindo-se na sociedade a cultura do “poupar” e “aliviar” o doente das más notícias sobre o seu estado.

Pitta (2003) diz ainda que se constituiu dever da família e do médico dissimular ao moribundo a gravidade do seu estado. Ele não deverá saber, salvo raras exceções, que o seu fim se aproxima. O facto é que, com os progressos da terapêutica e cirurgia, sabe-se cada vez

menos quando uma doença grave será mortal ou não. As possibilidades de escapar de qualquer vaticínio são muitas, portanto é melhor silenciar que arriscar palpites.

Apesar disso, houve a preocupação por parte dos profissionais de saúde com os cuidados em fim de vida, ou cuidados paliativos, nos quais se incluem uma atenção integral, que permita ao doente e à sua família explicitar os seus sentimentos e angústias.

O pavor da morte, acrescido pelo avanço da burguesia, do capitalismo, da tecnologia, fez com que o homem criasse o hospital como o lugar para se morrer. A morte não é mais pública. A família transferiu o moribundo para o hospital. Dessa maneira, doença e morte, graças à modernidade e às mudanças que se processaram na sociedade, passaram a ocorrer nos hospitais deixando de acontecer nos lares, como outrora (Sousa e Almeida, 2003). Para Rezende (1996), a transposição da morte da casa para os hospitais foi-nos imposta por uma sociedade progressista que aposta e investe no progresso científico e tecnológico em busca de vida eterna. Dessa forma, negamos e rejeitamos a morte como parte da vida e transmudamos os ritos mortuários a fim de adequá-los à nossa nova forma de viver – sem morte. A impregnação da morte fica distanciada da moradia e, também, dos familiares.

As marcas, os sinais da morte ficam, assim, reservadas a um lugar impessoal, longe dos lugares de afeto e de convívio da família (Rezende., 1996). A modernidade mudou o leito de morte das pessoas. O que antes acontecia em casa, ao redor da família e dos amigos, passou a acontecer nos leitos dos hospitais, asilos, casas de convalescença, onde o moribundo permanece quase sempre sozinho, a não ser com a equipe de saúde, principalmente enfermeiros. Ao ocupar os hospitais, a morte passa a ser experimentada por outras pessoas além dos familiares, bem como a fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde (Sousa e Almeida, 2003). Dessa maneira, o hospital passa a ser parte integrante de todo um sistema de saúde que tem como uma de suas principais finalidades preservar a vida, ou seja, combater a morte (Magalhães; Santos e Caldeira, 1995).

Boemer e Valente (2000) reforçam que a morte, um fenómeno natural, passa a ser sinónimo de fracasso profissional, e os pacientes à morte acabam por destoar dos objetivos de um hospital, dada a sua ênfase na cura e na vida.

Assim, os profissionais de saúde revestem-se de uma grande importância e tomam para si a responsabilidade de “salvar”, “curar” ou “aliviar” – sempre com o sentido de preservar a vida. A morte é sempre vista como um fracasso e duramente combatida (Magalhães; Santos; Caldeira, 1995: 124).

Nas unidades de terapia intensiva, o risco de morte está exacerbado em todas as pessoas que entram nessas unidades para realizar tratamento intensivo. E esse risco de morte, normalmente, gera um clima tenso. A qualquer momento pode acontecer algo que tire a vida

de uma pessoa. Apesar disso, eles, muitas vezes, também têm dificuldade nesse sentido, pois a morte do outro projeta, para neles, a sua própria finitude. A sua formação baseia-se em conhecimentos que cultuam apenas a vida, numa verdadeira separação entre vida e morte. Dessa maneira, cuidar de uma pessoa em fase terminal, normalmente, é uma experiência extremamente difícil para a maioria das pessoas. Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que prestam cuidados diretos e contínuos, ao assistirem a pacientes em fase terminal, confrontam-se tanto com a finitude e a mortalidade como com seus afetos (Lunardi, Filho, 2001).

Para Rodrigues (1983), a morte do outro evocará sempre a minha própria morte: ela testemunhará a minha precariedade, ela forçar-me-á a pensar nos meus limites. Com isso, a morte de um paciente é sentida como um fracasso, trazendo uma carga de angústia e stresse para o enfermeiro (Horta, 1989).

Sabendo que a morte pode desencadear uma série de conflitos pessoais, é necessário perceber o profissional enfermeiro como ser emergente e configurado numa trama de relações sociais, em que a subjetividade de cada um está determinada histórica e socialmente: cada um é portador de uma história individual e coletivo-organizacional (Fernandes; Fujimore e Koizumi, 2003). É necessário, também, procurar caminhos para que os profissionais possam lidar eficazmente com a morte no seu ambiente de trabalho, de forma a atender às necessidades de cada um e às exigências da situação (Ibedem, 2003).

Na prática profissional, a atenção àquele que está a morrer e à sua família restringe-se, na maioria dos casos, aos cuidados técnico-burocráticos necessários. Tais cuidados, em geral higiênicos, de posicionamento no leito e de conforto, ocupam o profissional de saúde na assistência ao moribundo.

Quanto à família, limita-se às informações vagas, rápidas, pouco esclarecedoras, ou, muitas vezes, a um silêncio significativo, que revela a conduta escapista do profissional e dificulta a autêntica participação dos familiares na morte do ente querido (Rezende 1996). Assim percebemos que os enfermeiros desenvolvem a sua prática com grandes dificuldades em estabelecer vínculos com pacientes terminais e que essas dificuldades poderiam ter origem na sua formação acadêmica, que muitas vezes tem-se mostrado ausente nas discussões sobre o processo de morte e morrer (Lunardi Filho, 2001).

Nascimento (2003), ao analisar o currículo de enfermagem em relação ao conteúdo relativo à morte e ao morrer, diz que a abordagem do “morrer” limita-se, em geral, à “preparação do corpo” gerando, conseqüentemente, uma assistência de enfermagem centrada em aspetos predominantemente técnicos.

Outro aspeto a ser considerado seria quanto à formação académica na qual se valoriza e muito a manutenção da vida e o controle das emoções. Essa postura leva muitas vezes, entre outros problemas, a conflitos e a dificuldades, fazendo com que se assumam uma postura impessoal, um ser inautêntico, deixando de agir por si mesmo, mas agindo como a profissão determina (Sousa e Almeida, 2003).

Para Cruz (2000: 470), apesar da falha académica, é preciso preparar os profissionais nos centros de formação para lidarem com a morte, não apenas tecnicamente, mas emocionalmente, embora saibamos que sempre será difícil viver este momento, pois sob qualquer ponto de vista; profissional, pessoal, cultural, estarão lidando com a sensação de perda de um ser humano.

Dessa maneira, trabalhar com a morte, com o sofrimento do outro não é tarefa fácil para a maioria dos seres humanos. Segundo Atkinson e Murray (1989), essa experiência parece ser ainda mais difícil e vista como inesperada quando o paciente é jovem ou da mesma idade dos filhos ou parentes próximos da enfermeira, em decorrência dos mecanismos de projeção e empatia envolvidos durante o ato de cuidar.

Nesse ato de cuidar, Sousa e Almeida (2003) perceberam que os membros da equipe de enfermagem não possuem a concepção de que desde que um ser nasce ele é um ser para a morte, sendo suficientemente velho para morrer, o que, muitas vezes, pode gerar sentimentos conflituosos nessas pessoas. Já que são preparados para o evento da vida, os profissionais da área de saúde, quando presenciam a morte, sentem-se contristados, despreparados, constrangidos e frustrados (Sousa e Almeida, 2003). Em relação à morte infantil, demonstram sentimentos de frustração pelo não-uso do tempo que seria possível aproveitar (Rezende, 1996).

Perante esses sentimentos, Batista (2001) afirma que a supressão do bem maior da vida, tanto de forma insidiosa quanto de forma abrupta, possibilita a adoção de uma postura reflexiva, com revisão de conceitos e paradigmas daqueles que experimentam a proximidade da morte como os profissionais da área de saúde.

O sentimento de angústia, de frustração, de medo e a falta de preparação de alguns enfermeiros em lidar com o processo de morte e morrer, muitas vezes, é relatado como uma falha do ensino do curso de base, que não prepara esse profissional para a dura rotina dos hospitais, que é conviver com o sofrimento alheio.

Os profissionais de saúde adiam o mais possível o momento de avisar a família, ou a própria pessoa, com o receio de se verem envolvidos na cadeia de reações que lhes farão perder o controle de si mesmos. O desespero da pessoa, os seus gritos, as suas lágrimas, e

todas as manifestações demasiado exaltadas, emocionantes e barulhentas a ameaçar a serenidade do hospital, são de evitar.

Neste século a noção de “boa morte” de outrora é hoje uma verdadeira miragem utópica. No mundo em que vivemos a “boa morte” é (...) a morte brutal, se possível inconsciente, ou pelo menos rápida para não perturbar muito a vida dos que ficam (...) (Hennezel, 2002: 13). Concebemos a boa morte na modernidade como sendo aquela que vem sem causar distúrbios se possível, sem que demos por ela, desprovida de dor, de sofrimento, silenciosa e sem qualquer manifestação agónica.

Hoje, evitam-se as emoções intensas, as cerimónias fúnebres tendem a ser tão breves quanto possível, velar o morto é cada vez mais raro, embeleza-se o morto como forma de mascarar a presença da morte, as condolências às famílias enlutadas quase deixaram de existir ou são mais discretas, o luto tende a desaparecer, a tristeza é evitada e, por vezes, ocultada. Um desgosto demasiado visível é considerado mórbido e repugnante. Procura-se a todo o custo ignorar a morte, evitando ou mesmo anulando todos os sinais visíveis ou mesmo públicos e desprezando tudo o que com ela se relaciona e que de alguma forma impeça a felicidade.

A morte é o principal tabu do séc. XXI, ocupando hoje o lugar do sexo de outrora e assistimos na atualidade a uma recusa, quase generalizada, em admitir e enfrentar a morte e tudo o que com ela se relacione.

Mitterand (2002) prefaciando a obra de Hennezel (2002: 7) diz, “(...) talvez que nunca a relação com a morte tenha sido tão pobre como nestes tempos de aridez espiritual em que os homens, na pressa de existir, parecem sofismar o mistério. Ignoram que desse modo, secam uma fonte essencial do gosto de viver”.

Contudo, morrer não é, como todos frequentemente supomos, um tempo desprovido de sentido, mas é simultaneamente um tempo de realização e de transformação da pessoa e dos que a rodeiam. Assim, em vez de rodearmos de silêncio e de escuridão o momento da morte de uma pessoa:

(...) em lugar de olhar de frente a real proximidade da morte, fazemos de conta que ela não vai chegar. Mentimos ao outro, mentimos a nós próprios e, em vez de dizer o essencial, em vez de trocarmos palavras de amor, de gratidão, de perdão, em vez de nos apoiarmos uns aos outros para atravessar esse momento incomparável que é o da morte de um ser amado, pondo em comum toda a sagesa, o humor e o amor de que todo o ser humano é capaz para enfrentar a morte, em vez de tudo isso, esse momento único, essencial da vida, é rodeado de silêncio e solidão (Hennezel, 2002: 14).

## 2.1 – A CRIANÇA EM FASE TERMINAL

Vivemos numa sociedade capitalista em que as pessoas são educadas para negar a morte. Isso parece ser consequência do incentivo ao consumismo e do culto à juventude e ao progresso que imperam nesse tipo de sociedade. Além disso, muitas pessoas apegam-se cada vez mais às outras pessoas, às posições sociais, aos bens materiais, ao sucesso, à fama, ao poder, o que acaba contribuindo ainda mais para que a morte seja vista como algo espantoso capaz de gerar sentimento de fuga e medo (Costa e Lima, 2005).

Para Constantino (2005), paciente terminal é um portador de uma doença que evolui absurdamente para óbito, dependendo ou não dos esforços aplicados, o que produz grande sofrimento e não há possibilidades terapêuticas que possam melhorar a qualidade de vida, por mais curta que seja.

Os enfermeiros estão continuamente expostos à morte e ao pesar, e são submetidos a várias experiências que exigem uma resposta de pesar. Assim como o doente e família necessitam de expressar o seu pesar e a sua dor, também aqueles têm essas necessidades (Fernandes e Mota, 2006).

Segundo Pessini e Bertachini (2004), o cliente terminal tem medo da morte, pois o lugar do hospital, por ele mesmo, é um lugar de quem tem medo: medo do abandono da família, medo dos procedimentos médicos, medo da morte. A família, para o paciente, é considerada muito importante, trazendo a sensação de um porto seguro em meio a tantos acontecimentos desconhecidos. A criança hospitalizada passa a conviver como os equipamentos, instrumentos que são utilizados no seu cuidado como tubos de oxigênio, os soros, transfusões dos componentes sanguíneos, uma cama que não é sua, entre outros. Passa também a compartilhar a sua existência com pessoas que trabalham no hospital nas diversas funções, como familiares que o visitam e com outros pacientes internados. Essas situações não dizem respeito tão somente ao paciente terminal, apesar de haver perspectivas desse relacionamento com essas coisas e pessoas e vir a romper-se, à medida que o tempo avança, o seu estado piora e a morte se aproxima. Essa perspectiva não se concretiza para ele (Boemer, 1998).

Ainda parafraseando Boemer (1998), o paciente terminal, ao dar entrada no hospital, já se entrega nas mãos da equipa, mesmo que não o deseje fazer. O seu querer não é mais próprio, é o querer da equipe, as suas decisões não são suas, são da equipe, em nome dessa equipa. As condutas agressivas, a falta de comunicação, o fechar-se em si mesmo, é em decorrência de não poder ser mais mesmo diante do poder da equipa.

Pessini e Bertachini (2004), referem que em situação terminal, os problemas tendem a girar em torno da manutenção de uma sobrevivência efetiva, num espaço de tempo ambíguo e incerto. Nesse caso, existe o anúncio da morte, mas o intervalo viver-morrer pode estender-se por anos. É esperado que, nessas circunstâncias, tanto a pessoa afetada como a sua família fiquem submetidas a um prolongado stresse emocional. À medida que o momento da morte não pode ser razoavelmente prognosticado, o importante passa a ser a mudança de foco para questões de vida, quotidianas e previsíveis. Assim, quem está ameaçado pela morte pode viver sobre uma base de maior estabilidade.

Para melhor entender os sinais e sintomas da morte (Pessini e Bertachini, 2004: 145) dizem-nos que, é preciso prestar atenção à palavra não dita, às contrações faciais que desmentem as palavras, à involuntária contração nervosa, ao cerrar e descrever dos punhos, à linguagem do corpo de uma maneira geral e total. “Essa linguagem do corpo, que diz “eu estou terminando”, precisa ser entendida pela equipe para que esta também aceite o que é real para a pessoa, a fim de que vá” perdendo o paciente “sem forçar algumas coisas que para ele significariam muito sofrimento”.

Para Boemer (1998), o paciente terminal, enquanto homem, não escolheu a doença que está a levar para a morte; ela faz parte da circunstancial idade que constitui a sua condição humana.

Devemos acreditar que, a partir do momento em que os enfermeiros conseguirem vencer os seus medos em relação à morte ou pelo menos enfrentá-los como mais um desafio a ser vencido, buscando aceitar inicialmente a sua própria morte, passarão a ter condições de assistir os pacientes terminais e os seus familiares da melhor maneira possível, sem gerar angústias e/ou tensões comuns nestas ocasiões para si próprio ou para as pessoas envolvidas neste processo (Bernieri e Hirdes, 2007).

Beuchamp, (1994), Pessini (2001 e Constantino e Hirschheimer, (2005), explicar o momento no qual a criança deixa de ter uma possível recuperação pode ser difícil, principalmente nos acontecimentos de doença congénita, incurável, mas não imediatamente fatal, como muitos distúrbios genéticos, cromossómicos e metabólicos. Nessas situações, embora pareça muito difícil diferenciar quando terminam os procedimentos terapêuticos e quando começam os paliativos, os objetivos do tratamento a curto, médio e longo prazo devem ser estabelecidos em conjunto com paciente e sua família, de maneira que a trajetória

entre procedimentos agressivos de investigação e tratamento para cuidados paliativos seja de alívio e conforto.

Paralelamente, crianças antes saudáveis podem torna-se vítimas de doenças graves que, ainda que potencialmente curáveis, conduzem à morte em certo número de casos (Constantino e Hirschheimer, 2005)

Pessini e Bertachini (2004: 89), dizem que existem algumas “dicas” de comunicação que ajudam qualquer pessoa, seja profissional ou familiar, durante o diálogo com o paciente fora de possibilidades terapêuticas. Uma dúvida incomoda todo mundo, que é: o que dizer? Se não souber o que dizer, não diga nada: escute! Escute com o ouvido, com o coração, com a mente. Tente entender o que a pessoa sente, porque se ela se sentir acolhida neste momento, se não se sentir sozinha, acabará entendendo a sua mortalidade e percebendo que estamos tentando fazer o que é possível na situação. Ouvir é fundamental como o paciente fora de possibilidades terapêuticas, assim como tocá-lo afetivamente.

Toda a relação pressupõe um encontro com o outro diferente de nós. Desta forma, é essencial na relação, o respeito pelo outro como um ser sócio-bio-psico-cultural e espiritual diferente de nós. A relação de ajuda é um elemento central nos cuidados de enfermagem, na medida em que contribui para uma visão unificadora da pessoa, é imprescindível para a eficácia dos cuidados e é determinante para o clima de empatia, respeito mútuo, aceitação e afetividade (Costa, 2004). A fecundidade da capacidade relacional exige ter consciência de que é necessário um esforço contínuo de aprofundamento de algumas condições fundamentais para o encontro (Biscaia, 2004).

Lazure (1994), aponta algumas capacidades que permitem estabelecer e manter a relação de ajuda com os doentes: capacidade de clarificação e de ajuda na clarificação; capacidade de se auto-respeitar e de respeitar; capacidade de ser congruente consigo e com os outros; capacidade de ser empático consigo e com os outros; capacidade de se auto-confrontar e confrontar os outros. Quando a relação se processa numa situação de doença, o outro encontra-se mais frágil e vulnerável. Assim, o enfermeiro deve ter maior atenção, para que a relação não se transforme numa relação de domínio.

Nos cuidados de saúde, o desenvolvimento da relação muitas das vezes debate-se com eventuais agressividades contra tudo e contra todos, resultantes de tentativas de esconder uma angústia, por exemplo resultante de um luto pelo seu filho com saúde (Biscaia, 2004). Estas atitudes podem conduzir o profissional de saúde ao afastamento. Contudo, é importante nunca desistir e dar o tempo necessário para que seja possível o encontro. É importante, mostrar disponibilidade para com a criança e família que sofrem, para que a relação de ajuda se

concretize. Na relação de ajuda, a capacidade de escuta é primordial. Esta não pode ser confundida com um simples ouvir, implica a utilização de todos os sentidos de modo a captar a experiência da outra pessoa e ainda em superar a tendência de responder imediatamente e de apontar soluções (Lazure, 1994). Uma escuta verdadeira deve permitir a expressão do outro relativamente aquilo que sente e tem vontade de partilhar.

É importante para que o enfermeiro consiga ajudar a pessoa por si própria a encontrar meios de compreensão e aceitação das suas circunstâncias e resolução de problemas, de acordo com os seus recursos e capacidades. Relativamente a situações de iminência da morte, Kubler-Ross (1998) diz-nos convictamente que o profissional de saúde prejudica mais se evitar tocar no assunto, do que aproveitar para ouvir e partilhar. Na relação de ajuda está implícita a verdade, pois só num clima de confiança é que se consegue estabelecer. Para com a criança e família é importante que o enfermeiro facilite a privacidade e intimidade necessárias para o encontro quer entre eles, quer entre eles e os profissionais de saúde.

Assim como a criança, a família tem de ser encarada como única, com um tipo de relação única com a criança, atravessando diversas fases que vão desde a negação à aceitação e adotando mecanismos de defesa próprios de acordo com as circunstâncias. Também ela necessita de ajuda para se adaptar à nova situação e para oferecer o apoio necessário à criança. Para que isso seja possível, é importante que o enfermeiro conheça o modo de funcionamento da família, identifique a estrutura familiar e diagnostique as suas carências e potencialidades, contribuindo para isso a observação atenta da família e a escuta que permita a expressão dos seus sentimentos. O enfermeiro deve manter a família informada, reforçar os seus pontos fortes e facilitar o seu envolvimento nos cuidados à criança.

Pacheco (2004) refere que o envolvimento da família é fundamental, bem como a sua presença junto do doente. Não é fácil para a família viver todo este período, tendo consciência da inevitabilidade da morte do seu filho. Se esta etapa se processa no hospital, a família pode não se envolver, visto estar num espaço estranho e terem profissionais de saúde que não dão espaço e tempo para que isso se concretize. Por outro lado, se a criança e família se encontram em casa, a família pode sentir-se exausta por ter de responder a todas as necessidades da criança, sem ter apoio dos profissionais de saúde.

A relação de ajuda deve também manter-se com a família para além do momento da morte. Rodrigo (1997) refere que, após a morte da criança é extremamente importante a criação de uma distância saudável entre a família e o serviço de saúde para que esta se sinta

acompanhada. Acompanhar crianças e família no tempo de morrer, é algo que exige uma preparação específica adequada para que a relação de ajuda seja efectiva.

## 2.2 – O ENFERMEIRO E A CRIANÇA EM FIM DE VIDA

No hospital há um grande número de pacientes, entre eles crianças, com situação grave e doença em fase avançada, sendo a problemática da morte uma constante.

Os enfermeiros necessitam estar preparados para receber e cuidar dessas crianças, precisando entender os sentimentos que eles mostram diante da morte para assisti-los nas suas necessidades durante o processo do fim da vida (Costa e Lima, 2005).

Para Franco (2003), Costa e Lima (2005: 235) os profissionais de enfermagem, especialmente aqueles da área hospitalar, admitem que haja pacientes especiais com os quais criam uma relação diferenciada e singular. A morte dessas crianças "pode ocasionar o luto, como se fosse por uma pessoa com a qual mantém relações de outra ordem, que não a profissional, como se fosse um membro da sua família".

Segundo Santos, Nunes e Zélia, (2007), a vida e a morte são práticas pessoais que não se transmitem. Mas, quando a morte ocorre num paciente, principalmente em crianças é encarada como uma grande injustiça e concede especificidades emocionais particulares, quer para a família quer para os enfermeiros.

Segundo Costa e Lima, (2005: 98), para a equipa de enfermagem a morte é a maior "destruidora" de seu trabalho, de maneira geral, são preparados para cuidar somente da vida. A morte dos pacientes, mas principalmente da criança é interpretada como suspensão no seu período biológico e isso promove nos profissionais de enfermagem sentimentos de incapacidade, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia.

Quando cuidamos de pacientes nessa faixa etária, corremos o risco de nos misturarmos com eles e estabelecermos um vínculo afetivo, que é criado como sendo uma forma de sentimento em que uma pessoa mantém a imediação com outra que é diferente e preferida. O doente é visto como uma base de segurança e, quando é interrompido, como na presença da morte, provoca sofrimento e sentimento de perda, que é uma resposta esperada frente à separação. Ainda para Costa e Lima (2005), os sentimento de angústia, de frustração, de medo e a falta de preparação de alguns enfermeiros em lidar com o processo de morte e morrer desses pacientes, muitas vezes, é mencionado como uma falha do curso base, que não prepara esses profissionais para a dura rotina dos hospitais, que é viver em comum com o sofrimento alheio. Esse sentimento de medo leva à reflexão, que já que os enfermeiros criam mecanismos

e formas para vivenciar a situação do processo de morte e morrer, que podem ser positivas ou negativas tanto para si mesmo quanto na relação com os outros.

Gutierrez e Ciampone (2006) reforçam que o enfermeiro ao se deparar com a morte de uma criança em estado terminal sofre muito, sentindo-se impotente com a presença da morte. De acordo com Carvalho (2006), a concepção do cuidador de que a morte sempre deve ser vencida, o impossibilita de vê-la como um processo natural da vida, deixando-o sempre fragilizado diante dela, pois estará sempre fadado ao insucesso

Pimentel (1992), a propósito de sentimentos e emoções, refere que, não se pode esquecer que o enfermeiro, como todos os seres humanos, tem as suas tristezas, irritações, receio da morte entre outros sentimentos, que lhe causam ansiedade, devendo procurar, na medida do possível, tornar estas tensões mínimas. Assim como o doente e a família necessitam de expressar o seu pesar e a sua dor, também os enfermeiros têm essa necessidade.

Esses profissionais demonstram que lidar com a situação de morte é difícil e dolorosa. A morte provoca um sentimento de perda e, ao mesmo tempo, um sentimento de conforto, pois, apesar de sentir que a vida está indo, aquela pessoa irá ficar livre do seu sofrimento.

Num estudo efetuado na Universidade Aberta de Lisboa, por Teixeira (2006), para obtenção do grau de mestre em comunicação da saúde com o tema “ Representações Sociais da Morte Em Enfermeiros” em que utilizou a escala de Dimensões significativas da morte validada por Abílio Oliveira em 1997, concluiu que as emoções ou sentimentos dos enfermeiros que estão muito associados à morte são as seguintes pelas médias: “Saudade” (4.14), a “Perda” (4.11), o “Sofrimento” (4.03), a “Dor” (3.98), a “Tristeza” (3.96), a “Impotência” (3.73), o “Vazio” (3.71), a “Vida” (3.66), a “Solidão” (3.65), a “Angústia”(3.63), “Lágrimas” (3.61), “Deus” (3.57), o “Choro” (3.50), o “Luto” (3.47), e com médias iguais (3.43) tem o “Fim”, a “Ansiedade” e a “Revolta”. No extremo oposto, encontrou, como pouco ou absolutamente nada associados à morte, a “Depressão” (2.95), o “Caixão” (2.83), o “Cemitério” (2.71), a “Campa” (2.65), a “Curiosidade” (2.62), as “Flores” (2.61), a “Terra” (2.60), o “Preto” (2.50), a “Cruz” (2.47), o “Mal” (2.37), o “Esqueleto” (2.32), a “Caveira” (2.29), o “Inferno” (2.01), o “Fogo” (1.92), o “Diabo” (1.90) e, em último lugar, a “Foice” (1.62).

Tais resultados permitiram-lhe inferir que os enfermeiros (na amostra em estudo) associam a morte, muito ou muitíssimo, a pensamentos ou ideias e sentimentos ou emoções, e pouco ou mesmo absolutamente nada a imagens ou símbolos. Assim sendo, a morte parece ser uma situação que os conduz a pensamentos ou ideias e sentimentos ou emoções desconfortantes mas também os leva a pensar na vida.

Noutro estudo intitulado “A Preparação dos enfermeiros para acompanhar um doente em situação terminal de vida” realizado por Nunes (2005), após a pesquisa a uma amostra efectuada em 3 hospitais centrais de Lisboa, o autor concluiu que os enfermeiros que prestam cuidados em situação terminal de vida, vivenciam emoções e sentimentos de impotência, compaixão, alívio, repulsa, culpa, frustração, raiva, aceitação, confusão, depressão, desespero, revolta, saudade, medo, solidão, tristeza, vazio e sofrimento.

Para Fontes (1995), a maneira como o enfermeiro encara e aborda a morte depende de muitos fatores, entre eles: a religião, ritmo de vida, medo da morte e a ansiedade, experiências ou contactos anteriores com doentes que caminham para a morte e local de trabalho.

Aliar à competência técnica a competência humana, cuidar de pessoas antes de tratar os sinais e sintomas e acompanhar os doentes até ao fim, enfrentando a sua morte de mãos dadas, é o grande desafio que a hospitalização da morte impõe ao enfermeiro. O enfermeiro pela proximidade que tem com o moribundo, experimenta frequentemente sentimentos de impotência e revolta perante a morte e tem dificuldade em gerir o processo de morte dos que cuida, os seus sentimentos, emoções e convicções pessoais face à morte tendem a aflorar à consciência, contudo, em todas as circunstâncias, é necessário que o enfermeiro esteja atento e seja capaz de lidar e gerir os seus próprios sentimentos.

Só quando o enfermeiro tiver a verdadeira noção da forma como percebe e representa a morte, é que poderá resolver os seus próprios conflitos em relação à morte, encontrando capacidades e características necessárias para lidar e enfrentar a morte no seu dia a dia social e profissional.

Os enfermeiros são mais dispostos a entender da fisiopatologia e nos procedimentos técnicos utilizados na atenção a pacientes graves, descuidando, por conta de sua formação, os aspetos emocionais e psicológicos necessários ao atendimento de pessoas em situação de morte (Fernandes e Mota, 2006).

Para Shimizu (2007: 453) e Fernandes e Mota (2006: 67) algumas pessoas apropriam-se rapidamente, de uma máscara de 'frios', 'impassíveis', 'cabeças-feitas'.

Segundo Martins (1999) e Fernandes (2006) há razões para se fugir dessa coisa que é encarar a morte, ponderadamente. Uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais, sob vários aspetos, sobretudo é muito isolado, muito mecânico e desumano. Ao perceberem as suas condições humanas, vivenciam momentos nesse quotidiano de trabalho

que os afetam e lhes provocam outros sentimentos como insegurança, incapacidade, constrangimento, impotência, sofrimento e dor.

A tentativa frustrada de manutenção da vida, através da utilização de recursos tecnológicos, acaba por provocar stresse, em razão da responsabilidade assumida diante a sociedade. O morrer dos pacientes é adquirido como um momento difícil, embora mascarado pela frieza que nada mais é, senão a tradução do sentimento de impotência e stresse. Teria como obrigação, criar o hábito de pensar na morte e no morrer, de vez em quando, antes que se tenha de encarar essa verdade, ainda na vida. Portanto, pode até ser uma bênção aproveitar o tempo da doença para refletir sobre a morte e o morrer, em relação a si mesmo, independente de o paciente encontrar a morte ou ter a vida prolongada (Fernandes e Mota, 2006).

Os enfermeiros também consideram a esperança um marco que os auxilia a encorajar-se no trabalho. Esses profissionais de enfermagem aumentam o autoconhecimento e intervenções que os ajudam assistir o paciente e familiares em frente do processo de morrer, diminuindo o seu próprio sofrimento psíquico e ajudando no crescimento de estratégia colectivas de confronto (Gutierrez e Ciampone, 2006).

Para Hoffmann; Gutierrez e Ciampone (2006), o enfermeiro tem o seu papel próprio em socorrer o paciente. No entanto, a partir do momento em que a morte se torna próximo do indivíduo hospitalizado, é necessário que uma pessoa assuma o papel de auxiliar de passagem, isto é, aquele que fica ao lado do doente, dando-lhe assistência espiritual, com o intuito de facilitar o seu afastamento da vida e a sua entrada no mundo do desconhecido.

Os enfermeiros passam mais tempo ao lado dos pacientes, sendo seus cuidadores, sendo assim são feitas as perguntas sobre o estado clínico e o tratamento dos pacientes. Como esses profissionais não estão preparados para lidar com a parte emocional do agonizante, o sentimento de angústia tem sido contínuo.

Os avanços científicos em geral e os da tecnologia médica em particular têm possibilitado o prolongamento da vida. O facto de controlarmos cada vez mais os processos de cura tem, eventualmente, limitado a nossa sensibilidade para admitir o fracasso do tratamento e implementar atempadamente medidas de suporte e palição mais compatíveis com cuidados que respeitem a dignidade humana (Rushton, 2005).

No que respeita às crianças, acresce o facto da situação em si ser completamente antinatural, pois das crianças espera-se que cresçam e se desenvolvam saudavelmente. Contudo, um número embora que diminuto, enfrenta situações de saúde que ameaçam a vida, nomeadamente aquelas com cancro infantil ou juvenil.

A investigação tem mostrado que os enfermeiros estão pouco preparados para fornecer cuidados de qualidade perante situações de fim de vida, particularmente em crianças (Malloy, Ferrell, Virani, Wilson, e Uman, 2006). De entre outras lacunas identificadas, os enfermeiros tendem a utilizar de forma inadequada medidas curativas que prolongam o processo de morte (Wolfe, 2000). Têm treino inadequado para fornecer meios seguros e efetivos de controlo da dor assim como utilizam uma comunicação pobre com a criança e família (Field e Behrman, 2003).

As conclusões de estudos que evidenciam elevados níveis de sofrimento em crianças em fim de vida, assim como dos seus familiares, mobilizaram a atenção internacional para a qualidade dos cuidados em fim de vida fortemente norteadas pelas recomendações inerentes à integração de cuidados paliativos no tratamento dos pacientes com doenças que ameaçam a vida (AAP, 2000; WHO, 1998).

Os modelos atuais de cuidados paliativos pediátricos parecem orientar-se para uma integração dos mesmos em unidades com fins curativos (Golan, 2008 e Harper, 2007) e desta forma expor as crianças, os adolescentes, suas famílias e profissionais de saúde a um ambiente mais sensível ao reconhecimento das suas necessidades particulares.

Por herança cultural ou formação pessoal, cada ser humano carrega dentro de si uma representação individual da morte. A esta são atribuídas influências do convívio social, meios de comunicação e particularidades de cada indivíduo que contribuem para a sua mistificação. E é neste cenário de diversidade com relação à morte que se encontram os profissionais de enfermagem, vivendo em constante desafio, uma vez que diariamente permanecem em conflito, lutando pela vida e contra a morte, tomando para si a responsabilidade de salvar, curar ou aliviar, procurando sempre preservar a vida, já que a morte, na maioria das vezes, é vista por estes profissionais como um fracasso, sendo, desta forma, duramente combatida, (Magalhães, 2009: 15).

O enfermeiro é quem geralmente está próximo nos momentos difíceis, é quem o paciente e a família buscam quando necessitam de esclarecimentos, ou de cuidados imediatos. Assim, este profissional tem que lidar com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem surgir em diversas situações que envolvem esse cuidar (Machado, 2006).

Haddad (2006) afirma que é muito mais sofrida a perda de uma criança que a de um idoso, uma vez que a criança tem uma vida toda pela frente. São despertados sentimentos de não-aceitação, impotência, de perda, de finitude da enfermeira e de toda a sua família.

A prestação destes cuidados, para ser considerada de forma efetiva, requer do enfermeiro não só o conhecimento da patologia em si, mas, além disso, a habilidade em lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao doente com ou sem

possibilidade de cura. É preciso olhar para as necessidades não ditas, perceber o imperceptível, compreender o que se oculta atrás das palavras, entender os processos da morte e do morrer para que se torne capaz de auxiliar os pacientes na sua finitude, pois o conhecimento insuficiente destes aspectos poderá levar a um distanciamento do paciente como uma forma de proteção por não saber enfrentar tal situação e uma falha na prestação do cuidado singular/integral tão almejado pela Enfermagem (Ferreira, 2003: 49).

A morte e o morrer são uma realidade que atinge a todos, e a impotência diante dela torna-nos mais sensíveis, portanto, o sofrimento é uma experiência profundamente complexa na qual intervêm valores socioculturais, religiosos, dentre outros.

Devemos ficar atentos ao desafio ético de considerar a questão da dignidade do adeus a vida, além da dimensão física e biológica, integrando-se a dimensão sócio-relacional, ou seja, a conduta do profissional em relação à morte, a ética e o respeito (Poles e Bousso, 2006).

Os profissionais de enfermagem desempenham um importante papel como agentes do cuidado, seja na educação ou atuando em diferentes cenários do cuidado e têm a pretensão que a sua formação venha a contribuir para uma assistência de qualidade tanto nos aspectos ligados tanto à prática profissional quanto a social como cidadão e pessoa humana, (Araújo; Almeida e Gonçalves, 2009).

A vida e a morte são experiências pessoais, intransmissíveis e inaceitáveis (Soares, 2006). Mas quando a morte ocorre numa criança é encarada como grande injustiça e atribui especificidade emocionais, particulares, quer para família quer para os enfermeiros (Pinto, 1997).

Assim, o enfermeiro assume um papel fundamental junto do doente e da sua família, é quem mais pode apoiar numa fase tão difícil como a morte. Desta forma, ao se confrontar com uma criança em fim de vida, o enfermeiro deverá mostrar disponibilidade, estar presente, escutar, dar a mão e aceitar o sofrimento da criança que vai morrer.

São os enfermeiros que devem preparar os pais para uma morte inevitável, fornecer atenção no final da vida ao prematuro e família e facilitar o processo de luto após uma morte esperada ou inesperada (Hockenberry, 2006).

A perda de uma criança tem um significado especial para os pais em luto. Ela representa a perda de uma parte deles mesmo na perda do potencial de imortalidade que o filho representa e a perda da criança dos sonhos com a qual fantasiaram para o futuro, apresentando estes, sentimentos de vazio e fracasso.

Cabe ao enfermeiro atuar em conformidade com os seus valores universais, tendo em conta a igualdade, liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em conta o bem comum, a verdade e a justiça, altruísmo e solidariedade e competência e aperfeiçoamento

profissional. Por vezes, no quotidiano da nossa prática, surgem momentos angustiantes, em que temos de agir e assumir responsabilidades inerentes ao papel assumido perante a sociedade, respeitando os direitos humanos e tendo em conta a excelência do exercício na profissão em geral e com os outros profissionais (Nunes, 2005).

Os profissionais de saúde devem respeitar o silêncio que os pais necessitam e estarem sempre disponíveis para ouvir tudo aquilo que os pais querem transmitir (sentimentos de culpa e angústia, expectativas, entre outros).

Devem ainda, ser capazes de esclarecer as dúvidas dos pais, de forma racional e educada e atendendo sempre aos aspetos culturais, legais, morais e religiosos. Cabe ainda aos profissionais gerir conflitos através de esclarecimentos e apoio, mesmo que a informação dada cause sofrimento, pois em circunstância alguma esta deve ser negada quando solicitada:

Certa vez, perguntaram a Sêneca: Se tenho alguém amado numa situação desfavorável e que se pode complicar, devo ou não informá-lo acerca do que o espera? O Filósofo respondeu: Deve-se, sempre, alertar as pessoas sobre futuros problemas, pois assim poderão preparar-se para o mau acontecimento, pois se apenas disser palavras de conformismo, não se vai conseguir preparar....É sábio alertar as pessoas sobre as causas futuras... (Martins 2006, citando Sêneca 1993).

É normal que os pais enlutados sintam ansiedade e, muitas vezes, raiva e culpem diretamente os profissionais, outros membros da família ou a si próprios. Estas reações são muitas vezes acrescidas de outros sentimentos como o sentimento de braços vazios que ocorre habitualmente após a fase de apatia. A equipa multidisciplinar de saúde deve estar preparada para reconhecer, compreender e aceitar estas reacções (por vezes exacerbadas e violentas) desempenhando um papel fundamental na assistência e, se necessário, o respetivo encaminhamento destes pais. É importante “dar tempo ao tempo” dos pais para que estes se possam reajustar e reequilibrar face a esta situação, permitindo-lhes dar seguimento a sua vida. Assim, no exercício da sua arte deve ter presente que o morrer com dignidade é um direito do doente terminal (Ferreira, 2004: 45).

A área pediátrica foi uma das que mais sentiu os reflexos dos progressos científicos e do desenvolvimento tecnológico, com as suas inevitáveis repercussões. Estes avanços refletem-se desde a intervenção na reprodução até à adolescência. Se, perante a reprodução medicamente assistida, urge repensar o sentido da identidade genética, no período pré-natal interrogamo-nos sobre a possibilidade das implicações resultantes do diagnóstico pré-natal e das interações ocorridas entre mãe-embrião/feto neste período.

Já no período neonatal, questionamo-nos sobre os limites da viabilidade ou mesmo sobre a reanimação intensiva sem correr o risco da obstinação. Outras são as questões colocadas nas crianças com doença crónica e naquelas cuja doença faz prever a morte. Num mundo em que a técnica nos faz pensar que superamos a morte, torna-se difícil enfrentar a

necessidade de acompanhar a criança e família em todo o processo de fim de vida e no luto. Sabemos que os enfermeiros estão na sua generalidade muito vocacionados para cuidar dos doentes cuja cura é possível, não estando preparados para enfrentar a morte. A atitude mais comum é desligarem-se do doente e família quando sabem que a morte se aproxima, desenvolvendo os mais variados mecanismos de defesa e comportamentos de fuga. Como resultado destes comportamentos surge a impossibilidade de comunicação e diálogo, quando o apoio e a solidariedade por parte do enfermeiro são tão importantes.

O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que mantém uma relação mais íntima com a criança e sua família, não só pela sua presença 24 horas por dia, mas também porque é ele que presta um maior número de cuidados diretos. Assume assim, uma posição privilegiada na medida em que, na equipa de saúde, é quem melhor conhece a criança e a família, o que faz com que seja mais fácil estabelecer uma relação de ajuda, conhecer as suas necessidades específicas e dar-lhes resposta.

É função do enfermeiro ajudar a criança e família a viver o mais completamente possível a etapa de fim de vida. O enfermeiro tem de ter tempo para ouvir, para estar, para deixar falar, para deixar exteriorizar o que tem necessidade de expressar. A atenção que o enfermeiro prestar à descrição que a criança e família fazem do seu sofrimento pode igualmente contribuir para que estes se sintam mais confortáveis e compreendidos.

Nem sempre é fácil conseguir o equilíbrio desejável entre as exigências da técnica e da terapêutica e a sensibilidade humana. Isto é fruto de uma maturidade lentamente adquirida no decurso da vida profissional, com todos os seus percalços, incompreensões, cansaço ou mesmo alegria e satisfação, se ao mesmo tempo o enfermeiro mantiver presente e viva a necessidade de dar atenção à pessoa humana que é cada doente (Martins, 1996). Ajudar a criança em fase terminal não é fácil, é um longo caminho a ser percorrido, através das diferentes aprendizagens vividas em diferentes situações, até ao atingir de uma maturidade plena que permite acompanhar e proporcionar uma morte digna.

A este propósito, Pimentel (1993) refere que o enfermeiro somente depois de ter vencido os seus medos será capaz e conseguirá realizar e assumir um trabalho com qualidade, o qual passa por uma competência profissional que integra um saber ao nível das ciências psicossociais e uma preparação psicológica no que respeita ao problema da morte, que lhe permitirá um conhecimento específico em diferentes situações, maior conhecimento em áreas como as relações humanas, quer em relação ao doente, quer com a sua família, possibilitando-lhe uma maior aproximação ao doente e um maior entendimento dos sentimentos.

Segundo Gomes (1994), o enfermeiro que trabalha com doentes em fase terminal deve conhecer-se a si mesmo e conhecer as estratégias que podem ser usadas na comunicação, de

modo a proteger-se a ele próprio. Para além disso, precisa de dimensionar as suas atitudes para com a morte e o morrer. Este autor (1994) acrescenta ainda, que é importante reconhecer que as ajudas de outros profissionais são essenciais para prestar cuidados aos doentes, sobretudo aos doentes em fase terminal. Saber acompanhar a criança e a sua família no tempo de morrer é algo que exige aos enfermeiros uma preparação muito cuidadosa.

Vida e morte não se opõem; pelo contrário, sucedem-se, sendo a vida uma etapa num processo do qual a morte também é parte integrante, mas não como o fim.

## **PARTE II – PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO**

### **1 – METODOLOGIA**

- 1.1 – TIPO DE ESTUDO
- 1.2 – QUESTÕES E HIPÓTESES DE ESTUDO
- 1.3 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO
- 1.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA
- 1.5 – O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS
- 1.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS
- 1.7 – PRÉTESTE
- 1.8 – TRATAMENTO DE DADOS

### **2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

- 2.1 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA
- 2.2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES ACERCA DA FORMAÇÃO ADQUIRIDA E AS EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS PERANTE A CRIANÇA EM FIM DE VIDA
- 2.3 – TESTE DE HIPÓTESES E ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

## 1 – METODOLOGIA

O processo de investigação envolve obrigatoriamente uma fase metodológica que consiste na descrição do conjunto de métodos e técnicas que guiaram a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2003). Esta descrição devera ser pormenorizada de forma a permitir a replicação do estudo com base na informação apresentada (D'Oliveira, 2002).

O desenho da investigação permite assim delinear os elementos que fazem parte do esquema geral da pesquisa. Para Fortin (2003: 108) “a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”. Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), a metodologia consiste na descrição dos princípios fundamentais a colocar em prática em qualquer trabalho de investigação.

Deste modo, a metodologia a utilizar tem como principal objetivo, dar a conhecer todos os procedimentos que são adoptados para a obtenção dos dados que nos permitem tirar conclusões válidas da nossa pesquisa. Deste processo dependerão todas as restantes etapas do planeamento, assim como a eficácia e eficiência das acções a desenvolver.

Pinto (1990: 35), refere que “o objectivo da metodologia não é compreender os produtos da investigação científica, mas antes o próprio procedimento científico” pelo que neste capítulo serão abordados em pormenor os aspectos relativos ao tipo de estudo, às questões de investigação formuladas, selecção da população/amostra, descrição dos instrumentos de colheita de dados, procedimentos éticos e formais relativos à recolha de informação e por último, procedimentos no tratamento e análise dos dados colhidos.

Desde o início da civilização, os mais primórdios, a morte tem vindo a despertar uma mistura de curiosidade e inquietação, sendo ainda hoje um dos grandes mistérios da vida, porem “é impossível conhecer o homem sem lhe estudar a morte, porque, talvez mais do que na vida, é na morte que ele se revela. É nas suas atitudes perante a morte que o homem revela o que a vida tem de mais fundamental” (Morin, 1988: 330). Tal como a vida, a morte é uma presença constante em tudo aquilo que somos e nos rodeia, momento único e forte da vida pessoal, momentos de desordem e rutura que, talvez como nenhum outro, deixa marcas nos afetos, nas emoções, nas atitudes e nas próprias vivências quotidianas.

Hoje em dia, a morte não ocupa o mesmo lugar que tinha no passado. Ainda há relativamente pouco tempo atras, a morte era um acontecimento público e social que envolvia

para além da família, toda a comunidade. A pessoa morria em casa, na sua cama, rodeada de todo o carinho dos familiares, amigos, vizinhos, que vinham prestar uma última homenagem e uma partilha do sofrimento dos familiares. Estas transformações todas levaram a morte do domicílio para um local completamente desconhecido, por vezes, do moribundo, o hospital.

De uma morte acompanhada passa-se então para uma morte, com acontecimento solitário, impessoal, mecanizada, proibido e muito triste para que pensemos nele.

A morte dessocializou-se na sociedade moderna, pois foi retirada dos palcos da vida do quotidiano, saindo do meio familiar e praticamente resume-se aos hospitais e instituições afins.

Desta forma, a morte é uma realidade absoluta na vida social e profissional do enfermeiro, que desta forma encontra dois problemas: um enquanto cidadão comum outro como enfermeiro, assim protagoniza, as nossas emoções, a nossa impotência e evidencia a nossa fragilidade como ser humano.

Oliveira (1995:142) citando Borges reforça a ideia:

Não há morte impessoal e neutra. Falar da morte é sempre referir-se a si mesmo enquanto mortal. Cada um tem de morrer a sua própria morte (...). E, embora não saibamos nem quando, nem onde nem como morremos, o que é certo é que não há arte autêntica de viver que não inclua a sabedoria da aprendizagem da arte de morrer. Não se trata, portanto, de envenenar a vida com o pensamento mórbido da morte, mas de viver na dignidade e na lucidez (...).

De facto, como integrar a morte numa sociedade em que os valores dominantes são o poder, o parecer eternamente jovem, o êxito, prazer? A morte tornou-se tabu, talvez o ultimo tabu”. Como refere Sapeta (1998: 22),”morrer tornou-se hoje um momento solitário e demasiado triste para ser lembrado.”. A mesma opinião é partilhada por Serrão (2001: 81), ao afirmar que “a morte ocorre no hospital (actualmente, estima-se que, em Portugal, 80% dos óbitos ocorrem no hospital, e dificilmente poderá ser considerada uma morte digna porque é, quase sempre, uma morte em solidão efectiva”. No mesmo sentido, Silva (2003: 23), na sua dissertação de mestrado intitulada “Face à transferência da morte para o hospital: Ousar fazer-se próximo”, refere que “O morrer mudou de lugar. Foi transferido, nomeadamente, para o hospital, onde morre a maioria dos portugueses”. Naquele ambiente, o enfermeiro vê-se obrigado a encarar a morte como parte integrante do seu dia a dia social e profissional, fazendo sobressair em si próprio uma crescente necessidade de clarificar o que pensa, o que sente, imagina face à situação da morte, enquanto cidadão comum e como enfermeiro, dentro desta sociedade que teima em rejeitar e esconder a morte. Perante a criação em fim de vida o

enfermeiro experimenta uma panóplia de emoções ou sentimentos, ideias ou pensamentos, que não são mais do que o próprio reflexo da forma como ele próprio visiona e sente a morte.

Visto isto a escolha deste tema reflete assim a sua pertinência:

- Social, porque ao pensarmos na criança em fim de vida é pensarmos em várias questões sociais: valores, crenças, atitudes, cultura, papel social entre outros. E ao mesmo tempo pensamos na nossa postura, no nosso modo de ser e agir.
- Profissional, porque enquanto enfermeiro, julgamos que a consciencialização da percepção das emoções a que o enfermeiro está sujeito, permitirá a conquista de uma intimidade serena, madura e tranquila nesta fase última da vida com a qual o enfermeiro é confrontado.

Uma investigação é por definição, algo que se procura, caminhando para um melhor conhecimento de um fenómeno de interesse para o investigador. Por conseguinte, o investigador deve determinar, tão rápido quanto possível, o primeiro fio condutor.

Segundo Quivy e Campenhaoudt (2003), a melhor forma de começar um trabalho de investigação social consiste em esforçar-se por enunciar o projeto de investigação sob a forma de uma ou mais questões. Tais questões devem respeitar 3 níveis de exigência: clareza, exequidade e pertinência.

A partilha espontânea das emoções sentidas enquanto enfermeiro que enfrenta situações que incluem a morte ou a sua possibilidade muito próxima e da consciencialização de que podem ser diversificadas e diferentes levanta as questões:

- Que tipo de emoções sente o enfermeiro perante a criança em fim de vida e que apoio emocional tem e requer, na sua idiossincrasia, quando lida com as crianças em fim de vida?
- Quais os fatores que influenciam as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida?

Pretendemos aumentar o conhecimento com o processo de morrer e morte, permitindo uma reflexão a respeito das emoções dos enfermeiros que estão diretamente ligados a esse momento da vida. Os resultados poderão contribuir para melhorar o papel de enfermagem na prestação de cuidados à criança em fim de vida, possibilitando-lhes morrer com dignidade.

Desse modo, esta investigação tem como objectivos:

- Identificar que tipos de emoções sentem e qual o apoio emocional que possuem e requerem os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados no processo de fim de vida da criança.

- Identificar os fatores que influenciam as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.

## 1.1 – TIPO DE ESTUDO

Face à problemática em estudo e tendo em conta as perguntas de partida e os objetivos do mesmo, optamos por realizar um estudo quantitativo, descritivo e analítico:

- Quantitativo – porque os dados quantitativos colhidos no decurso da pesquisa serão processados através de medidas estatísticas permitindo reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar a informação numérica com o intuito de responder às indagações da pesquisa.
- Descritivo – porque visa caracterizar os fenómenos em estudo, descreve os fatores ou variáveis e deteta relações entre estas variáveis ou fatores.
- Analítico – Porque visa analisar as relações existentes entre as variáveis dependentes e independentes em estudo procurando identificar algumas determinantes das emoções dos enfermeiros da amostra em estudo.

## 1.2 – HIPÓTESES DE ESTUDO

As hipóteses constituem os eixos centrais de uma investigação, apresentando-se como proposições que procuram responder às questões formuladas. A organização de uma investigação em torno de hipóteses constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor, visando encontrar resposta às questões de investigação enunciadas. Quivy e Campenhoudt (2003: 119), afirmam que:

(...) um trabalho não pode ser considerado uma verdadeira investigação se não se estruturar em torno de uma ou várias hipóteses (...) Uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos, que, segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos. Uma hipótese é, portanto, uma proposição provisória, uma pressuposição que deve ser verificada.

Uma hipótese surge como a antecipação de uma relação entre uma ou mais variáveis em estudo e apresenta-se assim, como uma resposta provisória a uma pergunta, fornecendo à investigação um fio condutor eficaz que, a partir do momento em que é formulada, substitui nessa função a questão de investigação, devendo esta permanecer sempre presente na nossa

mente (Quivy e Campenhoudt, 2003). Segundo Gil (1995: 60), as hipóteses “são uma suposta resposta, ao problema de investigação”.

É uma proposição que se forma e que será aceite ou rejeitada somente depois de devidamente testada”.

Neste âmbito, de acordo com as questões de investigação apresentadas, os objectivos e problemática em estudo, formulamos 3 hipóteses para o presente estudo, que para além de objetivas e sucintas, pudessem ser devidamente testadas pelos meios estatísticos disponíveis:

**H1** - As características individuais (idade, género social e religião), influenciam as emoções dos enfermeiros perante o fim de vida da criança.

**H2** - As características (Tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área da pediatria, categoria profissional e local de trabalho) influenciam as emoções dos enfermeiros perante o fim de vida da criança.

**H3** - O apoio de que necessitam os enfermeiros está relacionado com as emoções vivenciadas perante a criança em fim de vida.

### 1.3 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

O termo variável é um termo privilegiado no contexto das Ciências Sociais. Sempre que um conceito é colocado em acção numa investigação ele toma o nome de “variável”. Fortin (2000: 36), define variável como sendo “as qualidades, propriedades ou característica de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (...) e pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças”.

O processo de investigação centra-se num conjunto coeso de actividades que visam compreender como e porquê os valores de uma variável mudam, e como eles estão associados aos valores de outras variáveis.

Segundo Polit e Hungler (2004), as variáveis classificam-se em dependentes e independentes. A este propósito Fortin (2000: 37), refere que “a variável independente é a que o investigador manipula num estudo (...) para medir o seu efeito na variável dependente. A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado devido à presença da variável independente”. As variáveis independentes e dependentes estão fortemente ligadas, no sentido

de que uma afecta a outra, podendo haver várias variáveis dependentes submetidas ao efeito de uma ou várias variáveis independentes.

Em função das questões de investigação e hipóteses formuladas, foram seleccionadas as seguintes variáveis em estudo

### **Variável dependente**

Depois de muita pesquisa bibliográfica seleccionamos a escala de **Dimensões Significativas da Morte**, por considerarmos um instrumento suscetível de fornecer a informação necessária para este estudo, a operacionalização da variável dependente “as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida” fez-se através de uma adaptação desta escala construída e validada para a população portuguesa por Oliveira (1995), e é o resultado do seu trabalho de Dissertação de tese de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional. É composta por 56 itens avaliados num formato Lickert de 5 pontos ordinais (Absolutamente nada (1), pouco (2), Nem pouco nem muito (3), Muito (4) e Muitíssimo (5). Esta escala é destinada a avaliar em que medida a situação de morte suscita os pensamentos e emoções.

A esta escala foram acrescentados itens e retirados outros, uma vez que esta é uma das várias dimensões da escala e serve para avaliar outros aspetos. Os itens aplicados foram 28: a tristeza, a solidão, sofrimento, a revolta, pensativo, a perda, o amor, a impotência, o desespero, a ansiedade, a angústia, a ira, o medo, a surpresa, a vergonha, perdido, a compaixão, o ressentimento, a dor, a depressão, a curiosidade, a confusão, o pânico, o ódio, a coragem, a resignação, a decepção e o alívio. Uma vez que a escala avalia emoções e sentimentos, mais à frente referimo-nos apenas às emoções englobando os sentimentos.

De forma a simplificar os dados através da redução do número de itens, fizemos análise factorial.

A análise factorial é um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever, (Pestana e Gageiro, 2008). Pressupõe a existência de um número menor de variáveis não observáveis subjacentes aos fatores, que expressam o que existe de comum nas variáveis originais, de modo a que tanto as covariâncias como as correlações previstas neles estejam tão perto quanto possível dos valores observáveis (Pestana e Gageiro, 2008). Para tal os métodos mais usados para extração dos fatores são as componentes principais, (Pestana e Gageiro, 2008).

Foram verificadas as matrizes: de correlação entre itens e de anti imagem (quadro A do anexo A).

Entre as comunalidades observaram-se valores entre o mínimo de 0.535 e o máximo de 0.795, (Quadro B do anexo A).

Os valores das comunalidades após a extração das componentes variam entre 0 e 1, sendo o 0 quando os factores não explicam nenhuma variância da variável e 1 quando explicam toda a sua variância, (Pestana e Gageiro, 2008)

Realizamos várias análises fatoriais em componentes principais, para determinarmos as principais dimensões representacionais para interpretarmos as variáveis dependentes em função das variáveis independentes, (Quadro C do anexo A). Em cada uma das Análises das Componentes Principais (ACPs), realizadas, assinalam-se a sombreado apenas os itens que têm uma saturação-*loading*, contribuição ou peso-fatorial igual ou superior a 0,45 ou aqueles que tenha uma saturação inferior a 0,45 em um fator, pertençam a esse mesmo fator (anexo 1).

A partir da matriz inicial foi calculada a ACP com a melhor solução possível, de acordo com alguns critérios de optimização (Reis, 1990; Reis, 1999) como sejam: ter associado valores para os testes de KMO e de Bartlett; explicar a máxima variância possível (a percentagem da variância acumulada pelas componentes a reter deve ser sempre superior a 50%) (quadro D do anexo A); não ter itens mistos - pertencentes a mais de um fator nem com muito baixas comunalidades, (Pereira, 2008)

Obteve-se, após rotação de Varimax, como solução final (optimizada) uma matriz sem itens com baixa de comunalidades e sem itens mistos.

Segundo Reis (1999) a rotação Varimax permite maximizar a variação entre os pesos de cada componente e assim facilitar a interpretação de cada um dos factores.

O KMO e o teste de Bartlet são dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial (Pestana e Gageiro, 2008).

O KMO, é uma estatística que varia entre zero e um, e compara as correlações parciais entre as variáveis.

Kaiser (1985) cit. Por Pestana e Gageiro (2008), adjectiva os valores de KMO como se apresentam no quadro 1:

**Quadro 1** – Valores de KMO e Análise Fatorial

KMO	Análise Fatorial	KMO	Análise Fatorial
1-0,9	Muito boa	0,6-0,7	Razoável
0,8-0,9	Boa	0,5-0,6	Má
0,7-0,8	Média	<0,5	Inaceitável

O teste de esfericidade de Bartlett, testa a hipótese da matriz das correlações ser a matriz identidade, cujo determinante é igual a 1 (Pestana e Gageiro 2008). Como podemos observar no quadro 2 a medida de KMO = 0,729, pelo que consideramos uma correlação média, com um teste de esfericidade de Bartlett = 945,379 com significância de 0,000.

**Quadro 2** – Valores de KMO e Teste de Bartlett da escala

<b>Kaiser-Meyer-Olkin.</b>	,729
<b>Teste de Bartlett</b>	945,379
<b>Significância</b>	0,00

### Variáveis independentes

No quadro 2, são apresentadas de forma esquemática e sucinta as variáveis independentes, tipo de questão, definição da escala de medida e definição operacional de cada variável em estudo.

**Quadro 3** - Distribuição das variáveis independentes em estudo segundo o tipo de questão, a definição da escala de medida e a definição operacional.

VARIÁVEL (definição conceptual)	QUESTÃO	DEFINIÇÃO DA ESCALA DE MEDIDA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
<b>Género</b> (Género social)	• Fechada	V.qualitativa nominal	• Masculino • Feminino
<b>Idade</b> (nº de anos de idade vividos até à data da recolha dos dados)	• Aberta	V.quantitativa Continua	• Nº inteiro em anos
<b>Religião</b> (Profecia religiosa à data da colheita de dados.)	• Mista	V.qualitativa nominal	• Cristã • Testemunhas de Jeová • Outra • Qual
<b>Habilitações académicas</b>	• Fechada	V.qualitativa nominal	• Curso de bacharelato • Curso de licenciatura • Mestrado • Doutoramento
<b>Categoria profissional.</b> (Categoria que detem à data da colheita de dados.)	• Fechada	V.qualitativa nominal	• Enfermeiro • Enf.graduado • Enf. Especialista • Enf. Chefe

<b>Tempo de exercício profissional</b> (Nº de anos de serviço a trabalhar como profissional de enfermagem à data da recolha dos dados.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aberta</li> </ul>	V.qualitativa contínua	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº inteiro em anos</li> </ul>
<b>Local de trabalho</b> (serviço onde exerce funções até à data da recolha dos dados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fechada</li> </ul>	V.qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pediatria</li> <li>Urgencia Pediátrica</li> <li>Neonatologia</li> <li>Consulta externa de pediatria</li> </ul>
<b>Instituição</b> (local onde exerce funções como profissional de enfermagem à data da recolha dos dados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aberta</li> </ul>	V.qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital A</li> <li>Hospital B</li> <li>Hospital C</li> <li>Hospital D</li> </ul>
<b>Tipo de vínculo laboral</b> (segundo artigo 20º da Lei 12-A 12008 de 27 de Fevereiro são contratados os trabalhadores que não devam ser nomeados e cuja relação jurídica de emprego público não deva ser constituída por comissão de serviço)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fechada</li> </ul>	V.qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrato por tempo indeterminado</li> <li>Contrato a termo resolutivo certo</li> <li>Contrato a termo resolutivo incerto</li> </ul>
<b>A formação adquirida no curso de enfermagem sobre a criança em fim de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Likert</li> </ul>	V.qualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Má</li> <li>2-Deficiente</li> <li>3-Suficiente</li> <li>4-Boa</li> <li>5-Muito Boa</li> </ul>
<b>Frequentou acções de formação no âmbito da criança em fim de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fechada dicotómica</li> </ul>	V.qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>
<b>Essa formação foi adquirida onde.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fechada</li> </ul>	V.qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço</li> <li>CEF/DEP</li> <li>Jornadas/Congressos</li> <li>Outra</li> </ul>
<b>Considera-se preparado para prestar cuidados à criança em fim de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fechada Dicotómica</li> </ul>	V.qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>
<b>Que importância atribui à sua estabilidade emocional para prestar cuidados à criança em fim de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Likert</li> </ul>	V.qualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Nenhuma</li> <li>2-Pouca</li> <li>3-Alguma</li> <li>4_bastante</li> <li>5-Muita</li> </ul>
<b>Já prestou cuidados à criança em fim de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fechada Dicotómica</li> </ul>	V.qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>
<b>Sentiu necessidade de apoio emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fechada Dicotómica</li> </ul>	V.qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>
<b>Encontrou o apoio que necessitou</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fechada Dicotómica</li> </ul>	V.qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>
<b>Onde encontrou esse apoio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fechada</li> </ul>	V.qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituição</li> <li>Família</li> <li>Amigos</li> <li>Religiao.</li> <li>Outra</li> </ul>
<b>Que tipo de apoio gostaria que lhe tivesse sido disponibilizado.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aberta</li> </ul>	V.qualitativa nominal	

## 1.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Fortin (2003: 133) “a descrição da população e da amostra fornecem uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção”.

Ainda segundo Fortin (2003: 373), população é o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”.

Na prática, e tal como refere Carmo e Ferreira (1998:191), de um modo geral:

o número de elementos de uma população é demasiado grande para ser possível, dado o custo e o tempo, observá-los na sua totalidade, sendo então necessário proceder-se à selecção de elementos pertencentes a essa população ou universo” obtendo-se desta forma uma amostra (conjunto de sujeitos ou elementos pertencentes a essa população ou universo).

Para Polit e Hungler (1995: 143) “uma população é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios.” Estas autoras referem ainda a utilidade da distinção entre população-alvo e população de acesso, em que “a população-alvo é toda a população em que está interessado o pesquisador. A população de acesso refere-se àqueles casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que são acessíveis ao pesquisador”.

Neste âmbito foi definida como população de acesso deste estudo o conjunto de enfermeiros da Unidade Local de Saúde da Guarda; Centro Hospitalar Cova da Beira-Covilhã; Unidade Local Saúde de Castelo Branco, e Centro Hospital Tondela – Viseu, posteriormente todos eles designados aleatoriamente pelas letras (A,B,C e D) e que têm contacto com crianças ou sejam os serviços de Pediatria, Urgências Pediátricas, Neonatologia e consulta externa de Pediatria. A população de acesso foi escolhida pela proximidade ao local de trabalho e área de residência do investigador, procurando, desta forma, dar alguma utilidade prática dos resultados do estudo para a região onde está inserido e para a actividade profissional do mesmo (dado que é enfermeiro a exercer funções num dos distritos considerados).

A selecção da amostra procurará responder à necessidade de num curto espaço de tempo e com recursos económicos reduzidos, conseguir dados suficientes para atingir resultados e ainda pela facilidade de acessibilidade do autor do estudo aos locais da amostra seleccionados.

A selecção dos sujeitos que integram a amostra, foi obtida recorrendo a métodos de amostragem não probabilística, pois como refere Carmo e Ferreira (1998: 197), tem “(...)

como base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra (...) para fazer estudos em profundidade”.

De entre as técnicas de amostragem não probabilística disponíveis, a presente amostra foi obtida por amostragem de conveniência ou intencional, visto tratar-se de uma técnica baseada numa escolha consciente do investigador de incluir ou excluir elementos ou sujeitos em função das suas características, neste caso os enfermeiros referidos pelas razões já enunciadas.

Assim sendo, da população de acesso optou-se por questionar todos aqueles que respeitarem os seguintes critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro a trabalhar em serviços que assistem crianças em fim de vida;
- Aceitar participar voluntariamente neste estudo, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre a problemática em estudo, o âmbito, os objetivos do mesmo.

A população de acesso é constituída por 179 enfermeiros que desempenham funções nos hospitais em estudo e que se encontram em situação ativa no período da aplicação dos questionários, nos serviços selecionados, excluindo os que se encontram ausentes por algum motivo. As categorias incluídas foram as de Enfermeiro, Enfermeiro Graduado, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Chefe.

Assim, da totalidade da população dos 179 enfermeiros, 32 eram do Hospital A, 38 do Hospital B, 75 do Hospital C e 60 do Hospital D. Queremos referir que foram incluídos no estudo 35 enfermeiros da Urgência Geral do Hospital C, uma vez que todos eles fazem rotatividade no balcão de Pediatria nesse serviço, logo todos eles têm contacto com crianças em fim de vida. Dos 179 questionários inicialmente entregues nos vários serviços, foram respondidos 107 representando 59,8% da população. Destes foi necessário eliminar 6 por estarem incorretamente preenchidos. Assim a amostra do estudo é constituída por 101 enfermeiros, representando 55,9% da população de acesso. É de ressaltar que a população de acesso é constituída por todos os enfermeiros que trabalham nos serviços de Pediatria, Neonatologia, Urgências Pediátricas e consulta Externa de Pediatria, que desta forma têm contacto com crianças em fim de vida

## 1.5 – O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A escolha de dados é uma etapa de trabalho de investigação que permite obter os

dados necessários indo de encontro aos objetivos do estudo.

Segundo Fortin (2003), a escolha do instrumento de medida tem a ver com os objetivos do estudo, as variáveis, o conhecimento que o investigador possui acerca destas e sua operacionalização, a possibilidade de obter as medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida. Polit e Hungler (1995: 166), afirmam que “ um instrumento de colheita de dados deve ser composto por um conjunto de questões, que permitam colher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação”.

Tendo em conta os objetivos do estudo, as questões de investigação enunciadas, as hipóteses formulados, as variáveis em estudo, a população definida e as características da amostra recorreremos ao inquérito por questionário.

Quivy e Campenhoudt (2003: 188), apresentam o inquérito por questionário como um método de recolha de dados que:

consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto de interesse para o investigador.

Diversos autores (Carmo e Ferreira, 1998; Fortin, 2000; Quivy e Campenhoudt, 2003; Polit e Hungler, 2004) consideram o questionário o instrumento aconselhado quando se pretende inquirir um grande número de sujeitos. Cientes das suas qualidades (menos oneroso, maior rapidez na recolha de dados, maior fidelidade nas respostas, carácter impessoal do questionário) e das suas desvantagens (fracas taxas de resposta e a taxa elevada de dados em falta), optamos por este tipo de instrumento dado o seu preenchimento não necessitar da presença do investigador, e o anonimato e confidencialidade ser garantido.

Tal opção, para além de economizar tempo, tão precioso, uma vez que na condição de trabalhador estudante possibilitou a acumulação da atividade profissional com a formação pessoal/profissional. Foi elaborado um questionário (Anexo B) constituído por questões para avaliação das características individuais (idade, género social e religião); as características profissionais (tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área de Pediatria, categoria profissional e local de trabalho) e de avaliação da experiência pessoal (necessidade de formação específica, suporte emocional que possui). Inclui ainda uma escala destinada a avaliar as emoções e sentimentos, escala essa elaborada a partir de um instrumento já utilizado e validado noutro estudo levado a cabo por Oliveira em 1995, a quem foi solicitada autorização, via e-mail para a sua utilização, (anexo C) e, por último, a fechar o

questionário deixámos uma pergunta aberta para que os enfermeiros possam expressar o que mais os preocupa quando lidam com a criança em fim de vida.

Fortin (2000: 254) diz que as escalas de medida “servem sobretudo para avaliar variáveis psicossociais e (...) possuem um traço comum: o de situar as pessoas num ponto preciso de um contínuo ou numa serie ordenada de categorias, (...) servem para diferenciar, entre os sujeitos, os que apresentam atitudes, medos motivações (...) com a finalidade de transformar as características qualitativas em variáveis quantitativas, de modo a que possam ser utilizadas análises estatísticas para as avaliar”.

## 1.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, tornando-se necessário tomar todas as precauções para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Assim, qualquer investigação junto de seres humanos levanta questões éticas e morais, existindo limites que o investigador não deve descorar.

Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por último, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2000).

“A realização de uma qualquer investigação implica por parte do investigador a observância dos princípios éticos e morais referidos (...) aceites pela comunidade de investigadores em Ciências Sociais” (Carmo e Ferreira 1998: 265).

Assim, procurando respeitar e garantir os direitos dos participantes, cada sujeito deste estudo foi informado sobre a razão de ser do estudo, problemática, âmbito e finalidade do estudo, seus objetivos, instrumentos de colheita de dados e sua composição, bem como a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados a colher. Cada sujeito foi informado do seu direito de não colaborar no estudo ou de desistir no seu decurso. Para tal, na primeira folha anexa aos instrumentos de colheita de dados (Anexo B), foi colocado um documento informativo contendo todos os aspetos supra citados de forma a garantir o respeito pelos direitos de todos os sujeitos envolvidos no estudo.

Em 20 de fevereiro de 2012, foi pedida autorização formal às instituições envolvidas através de requerimento, dirigido aos Exmos. Srs. Presidentes do Conselho de administração (anexo D). A acompanhar os repetivos pedidos de autorização foi necessário entregar um exemplar do instrumento de colheita de dados, resumo do projeto de dissertação com o

respetivo cronograma de actividades, declaração de princípios éticos e de confidencialidade e consentimento livre e informado (anexo B), com assinatura da professora orientadora.

A primeira autorização rececionada foi do hospital D, a 12 de Março de 2012, tendo sido endereçada diretamente para a professora orientadora. Em seguida surge a autorização por parte do hospital C, recebido a 18 de Março de 2012, tendo sido enviada via correio.

Relativamente ao Hospital B, este processo foi mais moroso, tendo havido a necessidade de reformular o pedido de autorização e endereçá-lo ao Diretor do departamento de Saúde da criança e mulher e posteriormente ao preenchimento de um formulário próprio tendo-se recebido a autorização via e-mail dia 26/03/12.

Em relação ao hospital A, houve necessidade de reformular o processo todo, uma vez que primeiramente só foi exigido o pedido de autorização e só após a reunião da comissão de Ética, foram exigidos os restantes elementos do processo. Esta autorização foi entregue diretamente em mão dia 24/04/12

Seguiu-se depois a aplicação simultânea dos questionários nos 4 hospitais, tendo sido enviados ao enfermeiro chefe de cada serviço, ficando responsável pela sua distribuição.

O período inicialmente previsto para este procedimento era durante todo o mês de dezembro, com várias passagens pelos serviços e contando com a colaboração de colegas para fazer a recolha dos questionários. Verificou-se, porém a necessidade de prolongar o prazo por mais um mês, dado o número de questionários preenchidos serem em número reduzido, de forma a obter uma maior amostra de enfermeiros, tendo sido autorizado.

## 1.7 – PRÉTESTE

Segundo Fortin (2000: 253), “o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as suas questões podem ser bem compreendidas”.

Para Lakatos e Marconi (1995), com o préteste pode evidenciar-se se o questionário apresenta:

- Fidedignidade: independentemente de quem o aplica, os resultados são os mesmos?
- Validade: todos os dados obtidos são necessários à pesquisa, não tendo nenhum facto dado ou fenómeno sido esquecido na colheita?
- Operatividade: O significado das questões são claro e o vocabulário acessível?

Após termos terminado a elaboração do instrumento de colheita de dados, em Janeiro de 2012 era chegada a altura de o submeter à apreciação, discussão e à crítica da professora orientadora. Logo a seguir e após a revisão efetuamos um pré teste ao questionário.

Com o objetivo de avaliar a eficácia do questionário, em fevereiro realizamos o pré-teste, aplicando-o nos serviços de Pediatria e Urgência Pediátrica da ULS-Guarda. Não tendo havido quaisquer críticas, sugestões ou observações, não se procedeu a qualquer alteração do instrumento de colheita de dados. Os questionários do préteste foram usados no tratamento de dados, tendo havido o cuidado de alertar os enfermeiros de não responderem a outro questionário.

## 1.8 – TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram tratados com o apoio do programa informático de tratamento estatístico versão 19, Statistical Package for the Social Science (SPSS).

Segundo Fortin (2000: 269), a estatística “é a ciência que permite estruturar a informação numérica (variável) medida num determinado número de sujeitos (amostra),” possibilitando, por um lado “(...) com a ajuda das estatísticas descritivas, resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra”, e por outro lado, possibilita também, “(...) com a ajuda das estatísticas inferenciais, ou seja, dos testes estatísticos (comparação de médias, comparação de proporções, etc.), determinar as relações entre as variáveis numa amostra”.

Na presente investigação, a escolha das ferramentas estatísticas disponíveis, foram seleccionadas de acordo com as características da investigação, o tipo de variáveis utilizadas, as questões e hipóteses de investigação formuladas.

Com a finalidade de sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados sócio – demográficos utilizamos a estatística descritiva, nomeadamente:

**-Distribuição de Frequências** (absolutas (n) e relativas (%)).

**-Medidas de tendência central** (Média (X); Mediana (Md); Moda (Mo)).

**-Medidas de dispersão ou variabilidade** (Desvio padrão (s); Amplitude da variável (o limite inferior ou mínimo (X min) e o limite superior ou máximo (X máx)).

Com o objectivo de caraterizar a amostra em estudo e tendo presente as caraterísticas das variáveis, individuais e profissionais. Os dados referentes à caraterização da amostra serão dispostos em quadros, tabelas e gráficos (nos quais se omite a fonte por resultar da aplicação dos instrumentos de colheita de dados) compostos de distribuição de frequências (absolutas e

relativas) e, quando adequado às características da variável, complementadas com as respetivas médias, mediana e desvio padrão, bem como com outra medida de dispersão como a amplitude da variável ( $X_{\min}$  e  $X_{\max}$ ). Interessa, também nesta investigação, a verificação das hipóteses formuladas de forma a encontrar resposta às questões de investigação, pelo que utilizamos também, a *estatística inferencial* neste estudo. No domínio da estatística inferencial, recorreremos a *testes não paramétricos*, por não se ter verificado normalidade da distribuição.

## 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo apresentaremos os tratamentos estatísticos realizados nesta investigação.

Segundo Gil (1995:166:

após a colheita de dados, a fase seguinte é a de análise e interpretação. Estes dois processos, apesar de conceptualmente distintos, aparecem sempre estreitamente relacionados. A análise tem como objetivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas.

O tratamento estatístico é imprescindível para recolher, organizar, apresentar, analisar e interpretar os dados obtidos (Pestana e Gageiro, 2008).

Depois de termos recolhido os dados, foram submetidos a tratamento estatístico, pois só assim poderemos obter informações para as conclusões ou sugestões.

Com a finalidade de facilitar a leitura e interpretação dos resultados limitamos os dados àquilo que achamos estritamente necessário à compreensão dos estudos e faremos arredondamento dos valores percentuais às décimas.

### 2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Conforme podemos constatar pela tabela 1, a distribuição da amostra é de 101 enfermeiros, correspondendo ao hospital D 30,7% com um número de enfermeiros de 31, sendo este o que mais contribuiu. Com 26,7% e com um número de 27 enfermeiros, surge o hospital B. O hospital C, apresenta 22,8% da amostra o que equivale a 23 enfermeiros e por último o hospital A, contribuiu com 19,8% o equivalente a 20 enfermeiros.

**Tabela 1-** Distribuição da amostra de acordo com os hospitais onde exercem funções

Instituição	n	%
Hospital A	20	19,8
Hospital B	27	26,7
Hospital C	23	22,8
Hospital D	31	30,7
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à caracterização quanto ao género, podemos verificar através da tabela 2, a grande maioria é do género feminino, correspondendo a 84,2% da amostra.

**Tabela 2** - Distribuição da amostra por género

<b>Género</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	<b>16</b>	<b>15,8</b>
<b>Feminino</b>	<b>85</b>	<b>84,2</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

As idades mais frequentes, podemos constatar confrontando a tabela 3, são as compreendidas entre os 31 e os 35 anos, representando no seu conjunto 25,7% da amostra, sendo a média de idades de 40,59 anos, com desvio padrão de 8,449, com o mínimo de 25 anos e máximo de 61anos.

**Tabela 3** - Distribuição da amostra por idades

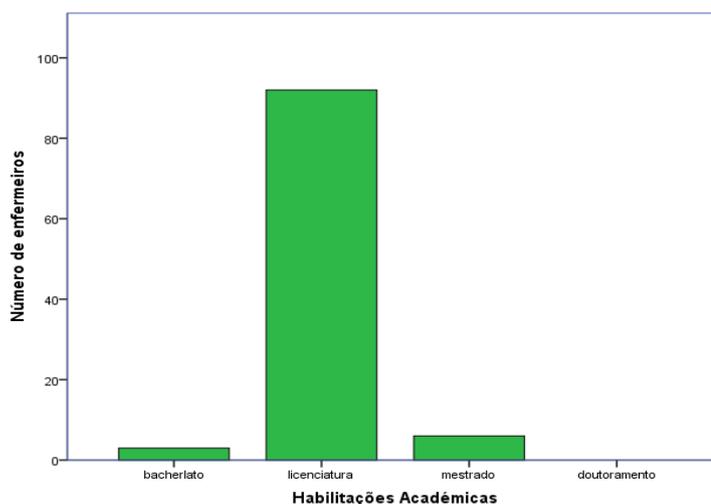
<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>25 – 30</b>	<b>7</b>	<b>6,9</b>
<b>31 – 35</b>	<b>26</b>	<b>25,7</b>
<b>36 – 40</b>	<b>20</b>	<b>19,8</b>
<b>41 – 45</b>	<b>17</b>	<b>16,8</b>
<b>46 – 50</b>	<b>18</b>	<b>17,8</b>
<b>&gt;50</b>	<b>13</b>	<b>12,9</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à religião professada pelos enfermeiros podemos constatar, através da Tabela 4, que 90,1 dos enfermeiros dizem pertencer à religião católica, 1% dos enfermeiro às Testemunhas de Jeova e 8,8% enfermeiros dizem não pertencerem a qualquer religião.

**Tabela 4** - Distribuição da amostra segundo a religião

<b>Religião</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Católica</b>	<b>91</b>	<b>90,1</b>
<b>Testemunha de Jeová</b>	<b>1</b>	<b>1,0</b>
<b>Sem religião</b>	<b>9</b>	<b>8,9</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Em relação às habilitações académicas observamos no gráfico 1 que 91,1% dos enfermeiros possuem licenciatura, 5,9% dos enfermeiros mestrado e 3% dos enfermeiros possuem o bacharelato.



**Gráfico 1-** Distribuição da amostra pelas habilitações literárias

Quanto à categoria profissional, 15,8% são enfermeiro, 55,4% são enfermeiros graduados, 26,7 são enfermeiros especialistas e 2% são enfermeiros chefes, como observamos na tabela 5.

**Tabela 5 –** Distribuição da amostra por categoria profissional

<b>Categoria profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Enfermeiro</b>	<b>16</b>	<b>15,8</b>
<b>Enfermeiro graduado</b>	<b>56</b>	<b>55,4</b>
<b>Enfermeiro especialista</b>	<b>27</b>	<b>26,7</b>
<b>Enfermeiro chefe</b>	<b>2</b>	<b>2,0</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Destes enfermeiros, 4% exercem a profissão há menos de 6 anos , 16,8% entre 6 e 10 anos , 20,8% entre 11 e 15 anos , 23,8% entre os 16 e os 20 anos , 12,9% entre os 21 e os 25 anos, 13,9% entre os 26 e os 30 anos e 28,3% com mais de 30 anos de exercício profissional ,apresentando uma média de 17,9 anos e desvio padrão de 8,344, com mínimo de 2 anos e máximo de 37 anos de serviço, confrontar tabela 6.

**Tabela 6** - Distribuição da amostra pelo tempo de exercício profissional

<b>IDADE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0 - 5	4	4,0
6 - 10	17	16,8
11 - 15	21	20,8
16 - 20	24	23,8
21 - 25	13	12,9
26 - 30	14	13,9
>30	8	7,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Relativamente ao número de anos a trabalhar na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, através da tabela 7 verificámos que 7,9%, dos enfermeiros trabalham há menos de 6 anos, 23,8% entre os 6 e os 10 anos, 26,7% entre os 11 e os 15 anos, 20,8% entre os 16 e os 20 anos de idade, 8,9% entre os 21 e os 25 anos de idade, 7,9%, entre os 26 e os 30 anos de idade e 4%)com mais de 30 anos de idade. A média de anos dos enfermeiros a trabalhar na área de saúde infantil e pediátrica é de 17,91, com uma mediana de 17, com desvio padrão de 8,344 e com um mínimo de 2 anos e um máximo de 37 anos.

**Tabela 7** - Distribuição da amostra de acordo com o número de anos a exercer funções na área de pediatria

<b>Tempo de serviço na área da Pediatria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0 - 5	8	7,9
6 - 10	24	23,8
11 - 15	27	26,7
16 - 20	21	20,8
21 - 25	9	8,9
26 - 30	8	7,9
>30	4	4,0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao local de trabalho e confrontando a tabela 8 verificamos que 34,7% , trabalham no serviço de Urgencia Pediatrica, 26,7% dos enfermeiros na Pediatria, 20,%; trabalham na Neonatologia e 17,8% dos enfermeiros trabalham em serviços mistos onde está inserida a Pediatria e Neonatologia.

**Tabela 8** - Distribuição da amostra de acordo com o serviço onde desempenham funções

Local de trabalho	n	%
Pediatria	27	26,7
Urgência Pediátrica	35	34,7
Neonatologia	21	20,8
Pediatria/Neonatologia	18	17,8
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Relativamente ao tipo de vínculo laboral à instituição, constatamos através da tabela 9, que 86,1% dos enfermeiros, têm contrato por tempo indeterminado, 12,9% dos enfermeiros, têm contrato a termo resolutivo e 1% dos enfermeiros têm contrato a termo resolutivo incerto.

Verificamos que dos 86,1% dos enfermeiros que estão com contrato indeterminado, 95% são do Hospital A, 85,2% dos enfermeiros do Hospital B, enfermeiros 91,3 do Hospital C e 77,4%, dos enfermeiros do Hospital D.

Em relação aos 12,9% dos enfermeiros, que estão com contrato a termo resolutivo certo, 14,8% dos enfermeiros, são do hospital B, 8,7% dos enfermeiros, do Hospital C e 22,6% dos enfermeiros, do Hospital D. O enfermeiro que se encontra com contrato a termo resolutivo incerto, 1%, pertence ao hospital A

**Tabela 9** - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de vínculo laboral e por instituição

Tipo de vínculo	Instituição								Total	
	A		B		C		D			
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Contrato por tempo indeterminado	95	19	85,2	2	91,3	21	77,4	24	86,1	87
Contrato a termo resolutivo certo			14,8	4	8,7	2	22,6	7	12,9	13
Contrato a termo resolutivo incerto	5	1		0		0		0	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>101</b>

## 2.2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS RESPOSTA REFERENTES ÀS QUESTÕES DA FORMAÇÃO E DAS EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS

Como podemos constatar através do quadro 3, os enfermeiros quando questionados acerca da qualidade da formação adquirida no curso base de enfermagem, sobre a criança em fim de vida, só 28,7% consideram que a formação foi adequada.

Relativamente à questão se tinham frequentado acções de formação no âmbito da criança em fim de vida, 40,6% dos enfermeiros referem que sim e 59,4% dos enfermeiros referem que não.

Na sequência desta questão e questionados acerca do local onde frequentaram as acções de formação 29,7% dos enfermeiros referem que foi em jornadas ou congressos, e apenas 5% dos enfermeiros no DEP e 5% dos enfermeiros no serviço.

**Quadro 4** – Formação da amostra sobre a criança em fim de vida.

<b>A formação adquirida no curso base de Enfermagem foi:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Má	12	11,9
Deficiente	60	59,4
Suficiente	20	19,8
Boa	9	8,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>
<b>Frequentaram acções de formação no âmbito do fim de vida da criança:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	41	40,6
Não	60	59,4
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>
<b>Local onde foi adquirida essa formação:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
No serviço	5	12,2
DEP	5	12,2
Jornadas/congressos	31	75,6
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Dos respondentes 39,6% enfermeiros, considera-se preparado para prestar cuidados à criança em fim de vida e 60,4% enfermeiros dos enfermeiros não se consideram preparados.

Quando questionados acerca da importância que atribuem à estabilidade emocional, 47,5% dos enfermeiros consideram-na bastante importante, 36,6% dos enfermeiros referem muita, 12,9% dos enfermeiros referem alguma e apenas 3% dos enfermeiros referem pouca.

Do total dos enfermeiros, quando questionados se já tiveram contacto com a criança em fim de vida, 76,2% dos enfermeiros que constituem a amostra referem que já tiveram contacto com a criança em fim de vida e 23,8% referem que não, conforme o quadro 4.

**Quadro 5** – Distribuição da amostra relativamente à prestação de cuidados à criança em fim de vida

<b>Considera-se preparado para a prestação dos cuidados:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>40</b>	<b>39,6</b>
<b>Não</b>	<b>61</b>	<b>60,4</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>
<b>Importância que atribui à estabilidade emocional:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pouca</b>	<b>3</b>	<b>3,0</b>
<b>Alguma</b>	<b>13</b>	<b>12,9</b>
<b>Bastante</b>	<b>48</b>	<b>47,5</b>
<b>Muita</b>	<b>37</b>	<b>36,6</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>
<b>Contacto com a criança em fim de vida:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>77</b>	<b>76,2</b>
<b>Não</b>	<b>24</b>	<b>23,8</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Através do quadro 5 constatamos que dos enfermeiros 62 % dos enfermeiros que tiveram contacto com a criança em fim de vida 61,8 % enfermeiro diz ter sentido necessidade de apoio e 38,8% dos enfermeiros, referem não terem necessitado de apoio.

Dos 47 enfermeiros que referem necessidade de apoio, 70,9 % dos enfermeiros dizem que encontraram esse apoio e 29,1 % enfermeiros dizem que não.

À pergunta onde encontraram o apoio de que necessitaram, 6,9 % dos enfermeiros referem que foi na família, 48,6 % dos enfermeiros nos amigos, 2% dos enfermeiros na religião, 1% dos enfermeiros nos amigos e religião e apenas 2% dos enfermeiros encontraram esse apoio na instituição onde desempenham funções.

O tipo de apoio que gostariam que lhe fosse disponibilizado por parte da instituição 78,5% dos enfermeiros referem apoio psicológico e 17,5% dos enfermeiros referem apoio emocional, organizando grupos de reflexão e discussão no serviço.

**Quadro 6** – Distribuição da amostra relativamente ao apoio necessário que sentem perante a criança em fim de vida.

<b>Necessidade de apoio após contacto com a criança em fim de vida:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	47	61,2
Não	30	38,8
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>
<b>Encontrou o apoio necessário:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	33	70,9
Não	14	29,1
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>
<b>Local onde obtiveram o apoio:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Instituição	2	6,9
Família	16	48,6
Amigos	12	36,6
Religião	2	6,9
Amigos/religião	1	1,0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de apoio que gostariam que lhes fosse disponibilizado:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Psicológico	37	78,5
Emocional	9	17,5
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>

Pensando que não é fácil prestar cuidados à criança em fim de vida e que os enfermeiros poderiam ter algumas dificuldades, foi questionado, através de uma questão aberta, quais as principais preocupações enquanto prestadores de cuidados a crianças em fim de vida.

No quadro 7 apresentamos as principais preocupações identificadas agrupadas por categorias.

Podemos constatar que a maior preocupação dos 101 enfermeiros da nossa amostra, face à criança em fim de vida, com 32 unidades de registo, representando 42,1 % do total das unidades de registo, são os próprios sentimentos do enfermeiro. Com 19 unidades de resposta, correspondendo a 25% temos o bem estar do doente.

Observamos ainda que com 14 unidades de resposta o equivalente a 18,4 %, os enfermeiros inquiridos mostra preocupação com os familiares da criança em fim de vida.

Por fim, com 11 unidades de registo o correspondente a 14 %, a preocupação dos enfermeiros vai de encontro à humanização dos cuidados.

**Quadro 7** – Principais preocupações dos enfermeiros da amostra enquanto prestadores de cuidados à criança em fim de vida.

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sentimentos do enfermeiro	Impotência de não poder fazer mais nada	18	25,7
	Ter presente que não me devo envolver com a situação	3	4,9
	Não ter disponibilidade	3	4,9
	Insatisfação	3	4,9
	Incapacidade em analisar a situação.	2	2,7
	Revolta	1	1,3
	Não sei o que dizer	1	1,3
	medo que um dia possa estar nessa situação	1	1,3
<b>SUB TOTAL</b>		<b>32</b>	<b>42,1</b>
Bem estar da criança	<b>O sofrimento da criança</b>	<b>7</b>	<b>9,2</b>
	<b>Promover o ambiente adequado</b>	<b>6</b>	<b>7,9</b>
	<b>Que a criança não tenha dores</b>	<b>4</b>	<b>5,3</b>
	<b>Estabelecer relação de confiança</b>	<b>2</b>	<b>2,6</b>
<b>SUB TOTAL</b>		<b>19</b>	<b>25,0</b>
Família	<b>Reação dos familiares</b>	<b>4</b>	<b>5,3</b>
	<b>Tristeza dos pais</b>	<b>3</b>	<b>4,0</b>
	<b>Sufrimento dos pais e familiares</b>	<b>3</b>	<b>4,0</b>
	<b>Comunicação da morte aos pais</b>	<b>2</b>	<b>2,6</b>
	<b>Revolta dos pais</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>
	<b>Angústia dos pais.</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>
<b>SUB TOTAL</b>		<b>14</b>	<b>18,4</b>
Humanização dos cuidados	<b>Dignidade e respeito</b>	<b>5</b>	<b>6,6</b>
	<b>promoção da qualidade dos cuidados</b>	<b>5</b>	<b>6,6</b>
	<b>Utilização de medidas evasivas quase sempre dispensáveis.</b>	<b>1</b>	<b>1,2</b>
<b>SUB TOTAL</b>		<b>11</b>	<b>14,4</b>
<b>TOTAL</b>		<b>76</b>	<b>100,0</b>

O principal objetivo deste estudo era avaliar quais as emoções que são despertadas no enfermeiro ao lidar com a criança em fim de vida. Foram avaliadas através da escala das emoções, como já referido e tivemos em conta a média de frequência e foram ordenadas por

ordem decrescente. Podemos constatar através do quadro 8 que das médias mais elevadas associam-se a emoções desconfortantes ou de mal estar: “tristeza” (4,48), “impotência” (4,43), “sofrimento” (4,04), “revolta” (3,95), “pensativo” (3,69), “perda” (3,65), “angustia” (3,47), “dor” (3,43), “amor” (3,42), “ansiedade” (3,35), “desespero” (3,21), “compaixão” (3,18), “coragem” (2,97), “deceção” (2,92), “solidão” (2,78), “resignação” (2,77), “ira” (2,69), “depressão” (2,62), “medo” (2,60), “pânico” (2,42), “perdido” (2,42), “surpresa” (2,40), “ressentimento” (2,31), “confusão” (2,27), “alívio” (2,26), “ódio” (2,18), “aversão” (2,12), “curiosidade” (2,00) e “vergonha” (1,86).

**Quadro 8** – Média e Desvio Padrão das emoções associados à criança em fim de vida.

EMOÇÕES	MÉDIA	Desvio Padrão	ORDEM	EMOÇÕES	MÉDIA	Desvio Padrão	ORDEM
TRISTEZA	4,48	0,553	1º	RESIGNAÇÃO	2,77	0,902	16º
IMPOTÊNCIA	4,43	0,802	2º	IRA	2,69	0,990	17º
SOFRIMENTO	4,04	0,733	3º	DEPRESSÃO	2,62	1,026	18º
REVOLTA	3,95	0,872	4º	MEDO	2,42	0,950	19º
PENSATIVO	3,69	0,862	5º	PANICO	2,60	1,162	20º
PERDA	3,65	0,898	6º	PERDIDO	2,42	1,037	21º
ANGUSTIA	3,47	0,926	7º	SURPRESA	2,40	0,936	22º
DOR	3,43	0,992	8º	RESSENTIMENTO	2,31	1,150	23º
AMOR	3,42	0,923	9º	CONFUSÃO	2,27	1,096	24º
ANSIEDADE	3,35	0,839	10º	ALIVIO	2,26	1,093	25º
DESESPERO	3,21	1,250	11º	ODIO	2,18	1,097	26º
COMPAIXÃO	3,18	1,035	12º	AVERSÃO	2,12	0,917	27º
CORAGEM	2,97	1,100	13º	CURIOSIDADE	2,00	0,947	28º
DECEÇÃO	2,92	0,970	14º	VERGONHA	1,86	0,942	29º
SOLIDÃO	2,78	1,021	15º				

Do ACP realizada com base no *input* formado pelos 28 itens relativos às emoções resultou a estrutura matricial final que representamos no quadro 9. Como podemos observar a partir dos valores da variância total explicada a partir do quinto fator o poder explicativo é reduzido, pelo que reduzimo-los a cinco, os quais são corroborados pelo *Scree Plot*, (gráfico

E anexo A), que a partir do quinto fator inicia o ponto de inflexão e obtivemos a seguinte solução:

**Quadro 9** – Estrutura fatorial das dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida

ITENS↓	F1	F2	F3	F4	F5
	Falta de esperança	Conflito interno	Empatia	Afetividade	Animo
Aversão	,824	,217			
Surpresa	,824				,147
Vergonha	,694			-,135	,230
Desespero	,625	,408	,139		
Ansiedade	,584		,130	,406	-,180
Medo	,537	,280		,184	
Solidão	,527	,242	,187	,143	
Pânico	,448	,297	,290	,174	
Revolta	,420	,214	,349		-,218
Impotência	,301				
Ódio	,177	,797	-,137		
Ira	,345	,584			,149
Ressentimento	,271	,580	,150		
Depressão	,407	,535	,103	,157	-,102
Alívio		,509	-,193	-,251	,351
Deceção		,507	,144		
Compaixão	-,321		,733		,111
Dor	,328	-,183	,665		
Sufrimento	,121	,344	,615		-,153
Confusão	,369	,306	,523		,206
Perdido	,390		,508		
Tristeza			,396		
Perda			,192	,795	
Amor			-,132	,789	
Pensativo	,199	,265	-,102	,465	-,107
Angústia	,347	,314	,399	,405	-,307
Coragem					,811
Curiosidade	,273	,308			,606
Resignação	,311	-,306	,220		,535
<b>Valores próprios</b>	<b>5,7</b>	<b>3,512</b>	<b>3,44</b>	<b>2,454</b>	<b>1,952</b>
<b>Variância explicada</b>	<b>24,149</b>	<b>8,734</b>	<b>7,786</b>	<b>6,613</b>	<b>5,328</b>
<b>Porcentagem acumulada</b>	<b>24,149</b>	<b>32,884</b>	<b>40,670</b>	<b>47,283</b>	<b>52,612</b>
<b>Alpha de Cronbach (<math>\alpha</math>)</b>	<b>0,773</b>	<b>0,734</b>	<b>0,741</b>	<b>0,814</b>	<b>0,741</b>

Nota: Resultado do ACP: matriz após rotação de Varimax, com normalização Kaiser, convergente em 8 iterações

De forma a melhor entendermos as dimensões das emoções dos enfermeiros da nossa amostra, perante a criança em fim de vida, identificamos os cinco fatores, resumindo segundo a ordem de importância indicada, o modo como os participantes se sentiram nas situações operacionalizadas:

1 - O primeiro fator (explica 24,495 da variância total explicada, com  $\alpha = 0,773$ ) agrupa indicadores que remetem para emoções de grande mal estar, aversão, surpresa, vergonha, desespero, ansiedade, medo, solidão, pânico, revolta e impotência, associado a um estado de **falta de esperança**, perante a criança em fim de vida.

2 - O segundo fator (8,734 da variância,  $\alpha = 0,734$ ) agrupa indicadores que remetem para emoções de acordo ainda com o primeiro fator, ódio, ira, ressentimento, depressão, alívio e decepção, associado a um estado de **conflito interno** perante a criança em fim de vida.

3 - O terceiro fator (variância de 3,44%,  $\alpha = 0,741$ ) opõe-se claramente aos dois primeiros, pois agrupa indicadores que remetem para o envolvimento, compaixão, dor, sofrimento, confusão, perdido e tristeza, associado a um estado de **empatia**.

4 - O quarto fator (variância 6,613,  $\alpha = 0,814$ ), agrupa indicadores, perda, amor, pensativo e angustia que nos reporta a um estado de **afetividade** do próprio enfermeiro.

5 - O quinto fator (variância 5,318,  $\alpha = 0,741$ ) associa a coragem, curiosidade e resignação, o que nos remete para um estado de **ânimo** pessoal.

### 2.3 – ANÁLISE INFERENCIAL

Com o intuito de testar a aceitabilidade as hipóteses levantadas para a presente investigação, recorreremos à estatística inferencial. Antes de proceder aos testes de hipóteses, e dado que a estatística inferencial, nomeadamente a paramétrica, carece da verificação de pressupostos, testamos a normalidade da distribuição dos dados da amostra para as variáveis em estudo com o teste de Kolmogorov- Smirnov, uma vez que a dimensão da amostra em estudo é superior a 50 sujeitos (Hill, 2000: 58); ( $n = 101$ ). A análise e interpretação dos resultados obtidos, será feita sempre que se realizem testes para as hipóteses formuladas.

Podemos concluir que não existia nenhuma variável que tivesse distribuição normal, uma vez que  $p < 0,05$ , logo utilizaremos sempre testes não paramétricos.

**HIPÓTESE 1:** As características individuais (idade, género e religião) influenciam as emoções dos enfermeiros perante o fim de vida da criança.

No sentido de testar a primeira hipótese que prevê a existência de relação entre as variáveis individuais e as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida cruzamos cada uma das características individuais com as dimensões das emoções.

#### *Idade/ Dimensões/das emoções*

Para averiguar a existência de relação entre a idade e as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida utilizamos o teste de correlação de Spearman.

Como podemos constatar pela análise dos resultados identificados no quadro 10, não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre a idade e as emoções vivenciadas perante a criança em fim de vida. Desta forma, podemos afirmar **que a idade não influencia as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida, pelo que possuir mais ou menos idade não interfere com as emoções.**

**Quadro 10** – Correlação de Spearman referente à idade e às dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida

Dimensões das Emoções	Idade	
	$r_s$	p
Falta de esperança	0,025	0,828
Conflito interno	0,090	0,940
Empatia	0,090	0,940
Afetos	0,147	0,203
Animo	0,460	0,691

#### *Género/ dimensões das emoções*

Quanto ao género, esta hipótese foi testada recorrendo ao teste Mann-Wihtney.

Observando o quadro 11, verificamos que não há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género dos profissionais em estudo para as dimensões das emoções perante a criança em fim de vida. Podemos então afirmar, de acordo com os resultados obtidos no quadro 11, **que o género não influencia as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida**

**Quadro 11** – Relação do género com as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.

Dimensões das Emoções	Género	n	Média das ordens	$\mu$	p
Falta de esperança	Masculino	12	37,88	367,5	0,849
	Feminino	65	39,21		
Conflito interno	Masculino	12	41,96	354,5	0,617
	Feminino	65	38,45		
Empatia	Masculino	12	43,42	354,5	0,617
	Feminino	65	38,18		
Afetos	Masculino	12	47,33	337,0	0,452
	Feminino	65	37,46		
Animo	Masculino	12	38,45	290,0	0,156
	Feminino	65	41,96		

#### *Religião/ Dimensões das emoções*

Para verificarmos a existência de correlação entre a religião e as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida usámos teste de *Kruskal – Wallis*.

Observando o quadro 12, podemos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas relativamente à religião dos enfermeiros (as) em estudo para as dimensões das emoções perante a criança em fim de vida.

Podemos então afirmar, de acordo com os resultados obtidos, ***que a religião não influencia as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.***

**Quadro 12** - Relação da religião com as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida

Dimensões das Emoções	Religião	n	Média das ordens	h	p
Falta de esperança	Católica	71	38,79	0,820	0,775
	Sem religião	6	41,59		
Conflito interno	Católica	71	40,39	3,530	0,600
	Sem Religião	6	22,58		
Empatia	Católica	71	40,39	3,530	0,600
	Sem Religião	6	22,58		
Afetos	Católica	71	38,60	0,300	0,584
	Sem Religião	6	43,75		
Animo	Católica	71	39,27	0,140	0,707
	Sem religião	6	35,75		

**HIPÓTESE 2:** As características profissionais (tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área da Pediatria, categoria profissional, serviço onde exerce funções,) influenciam as emoções dos enfermeiros perante o fim de vida da criança

À semelhança do procedimento para testar a hipótese 1, também para se testar a hipótese 2 cruzou-se cada uma das características profissionais com cada uma das dimensões da escala das emoções.

*Tempo de exercício profissional/ dimensões das emoções.*

Para testar a existência de relação entre o tempo de exercício profissional e as dimensões das emoções utilizamos o teste de correlação de Spearman.

Observando o quadro 13, podemos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros (as) em estudo para as dimensões das emoções perante a criança em fim de vida.

Podemos então afirmar, de acordo com os resultados obtidos, **que o tempo de exercício profissional não influencia as dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.**

**Quadro 13** – Correlação de Spearman referente ao tempo de exercício profissional e às dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida

Dimensões das Emoções	Tempo de Exercício Profissional	
	$r_s$	P
Falta de esperança	0,140	0,906
Conflito interno	0,550	0,635
Empatia	0,550	0,635
Afetos	0,135	0,141
Animo	0,019	0,871

### *Tempo de exercício profissional na área de Pediatria/ Dimensões das emoções*

Para testar a existência de relação entre o tempo de exercício profissional na área da Pediatria e as dimensões das emoções utilizamos o teste de correlação de Spearman. Observando o quadro 14, podemos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros (as) em estudo para as dimensões das emoções perante a criança em fim de vida.

Podemos então afirmar, de acordo com os resultados obtidos, **que o tempo de exercício profissional na área da Pediatria não influencia as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.**

**Quadro 14** – Correlação de Spearman referente ao tempo de exercício profissional na área da Pediatria e às dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida

Dimensões das Emoções	Tempo de exercício profissional na área da Pediatria	
	$r_s$	P
Falta de esperança	0,076	0,510
Conflito interno	0,068	0,554
Empatia	0,068	0,054
Afetos	0,101	0,380
Animo	0,430	0,708

### *Categoria profissional / dimensões das emoções*

Para verificarmos a existência de correlação entre a categoria profissional e as dimensões principais das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida usámos o teste de *Kruska –Wallis*.

Observando o quadro 15, podemos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas relativamente à categoria profissional dos enfermeiros (as) em estudo para as dimensões das emoções perante a criança em fim de vida.

Podemos então afirmar, de acordo com os resultados obtidos, **que a categoria profissional não influencia as dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.**

**Quadro 15** – Relação entre a categoria profissional e as dimensões dos enfermeiros perante a criança em fim de vida

Dimensões das Emoções	Categoria Profissional	n	Média das ordens		
				h	p
Falta de esperança	Enfermeiro	12	45,58	1,657	0,646
	Enfermeiro Graduado	41	38,67		
	Enfermeiro Especialista	22	35,59		
	Enfermeiro Chefe	2	43,75		
Conflito interno	Enfermeiro	12	49,79	7,261	0,064
	Enfermeiro Graduado	41	33,88		
	Enfermeiro Especialista	22	40,55		
	Enfermeiro Chefe	2	62,25		
Empatia	Enfermeiro	12	49,79	7,261	0,064
	Enfermeiro Graduado	41	33,88		
	Enfermeiro Especialista	22	40,55		
	Enfermeiro Chefe	2	62,25		
Afetos	Enfermeiro	12	39,88	3,928	0,0269
	Enfermeiro Graduado	41	42,22		
	Enfermeiro Especialista	22	31,50		
	Enfermeiro Chefe	2	50,25		
Animo	Enfermeiro	12	34,79	0,657	0,883
	Enfermeiro Graduado	41	39,87		
	Enfermeiro Especialista	22	39,11		
	Enfermeiro Chefe	2	45,25		

*Serviço onde desempenha funções/ dimensões das emoções*

Para verificarmos a existência de correlação entre o local de trabalho e as dimensões principais das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida usámos teste de *Kruskal–Wallis*.

Observando o quadro 16, podemos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas relativamente o local de trabalho dos enfermeiros (as) em estudo para as dimensões principais das emoções perante a criança em fim de vida.

Podemos então afirmar, de acordo com os resultados obtidos, **que o local de trabalho não influencia as dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.**

**Quadro 16** - Relação entre o serviço onde desempenha funções e as dimensões e dos enfermeiros perante a criança em fim de vida

Dimensões das Emoções	Serviço	n	Média das ordens	h	p
Falta de esperança	Pediatria	22	40,64	4,460	0,216
	Urgência Pediátrica	21	40,62		
	Neonatologia	18	29,78		
	Neonatologia/Pediatria	16	45,00		
Conflito interno	Pediatria	22	41,27	2,538	0,465
	Urgência Pediátrica	21	42,79		
	Neonatologia	18	32,11		
	Neonatologia/Pediatria	16	38,66		
Empatia	Pediatria	22	41,27	2,538	0,465
	Urgência Pediátrica	21	42,79		
	Neonatologia	18	32,11		
	Neonatologia/Pediatria	16	38,66		
Afetos	Pediatria	22	39,25	5,999	0,348
	Urgência Pediátrica	21	43,48		
	Neonatologia	18	28,44		
	Neonatologia/Pediatria	16	44,64		
Animo	Pediatria	22	38,61	0,348	0,951
	Urgência Pediátrica	21	38,55		
	Neonatologia	18	37,53		
	Neonatologia/Pediatria	16	41,78		

**HIPÓTESE 3:** O tipo de apoio de que necessitam os enfermeiros está relacionado com as emoções vivenciadas perante a criança em fim de vida.

Para testarmos a existência de relação entre o tipo de apoio de que os enfermeiros necessitam e as dimensões significativas das emoções utilizamos o teste de Mann-Whitney.

Observando o quadro 17, podemos verificar que não há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tipo de apoio de que necessitam os enfermeiros (as) em estudo para as dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.

Podemos então afirmar, de acordo com os resultados obtidos, **que o tipo de apoio não influencia as dimensões das emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida**

**Quadro 17** - Relação entre o tipo de apoio e as dimensões das emoções perante a criança em fim de vida

Dimensões Emoções	Tipo de Apoio	N	Média das ordens	$\mu$	p
Falta de esperança	Psicológico	37	24,55	127,500	0,278
	Emocional	9	19,17		
Conflito interno	Psicológico	37	25,09	107,500	0,101
	Emocional	9	16,94		
Empatia	Psicológico	37	25,09	107,500	0,101
	Emocional	9	16,94		
Afetos	Psicológico	37	23,74	157,500	0,800
	Emocional	9	22,50		
Animo	Psicológico	37	24,60	122,500	0,218
	Emocional	9	18,61		

Em síntese, nestas hipóteses onde prevíamos a existência de relação entre as variáveis independentes: características individuais (idade, género e religião); as características profissionais (tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área da Pediatria, categoria profissional e o serviço onde desempenha funções) e o tipo de apoio e a variável dependente as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida. Podemos observar que, na amostra em estudo, não existem diferenças estatisticamente significativas. O mesmo será dizer que o tipo de emoções dos enfermeiros que lidam com a criança em fim de vida não estão relacionadas com as variáveis idade, género, religião tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área da Pediatria, categoria profissional e serviço onde desempenha funções, dos enfermeiros que integram a amostra deste estudo.

## **PARTE III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## 1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para Pacheco (2004: 1), “a morte é um fenómeno extremamente complexo: por um lado, parece estar sempre presente ao longo da nossa vida; por outro parece radicalmente ausente enquanto vivemos. A Morte é simultaneamente próxima e distante”.

A relação que existe entre o ser humano e a morte depende do contexto psicossocial em que nos situamos, resulta de múltiplos fatores interrelacionados e, no que concerne à nossa civilização do ocidente, ao longo dos tempos tem sofrido grandes alterações (Oliveira e Amâncio, 1999). O Homem de hoje tende transferir todas as esperanças de vida para a ciência e em particular para a medicina. Hoje a morte deixou de ser presenciada no meio familiar, com acompanhamento da família, amigos e vizinhos e até mesmo com as crianças, para correrem para o hospital a partir do momento que sentimos a sua proximidade. O hospital passa a ser local privilegiado para se morrer sob o olhar do saber do médico e do enfermeiro.

Assim sendo, esta situação leva o enfermeiro a ter um contacto diário e frontal com a criança em fim de vida. Em situação de morte poucos são aqueles que se encontram preparados para encararem tal momento. O enfermeiro como tal, encontra-se também nessa situação. São sentimentos e emoções de angústia, tristeza, desespero e incertezas que o enfermeiro vivencia no momento do contacto com o moribundo.

De acordo com Oliveira e Amâncio (1999), a maneira como percebemos a morte não passa da consequência direta do modo como concebemos e vivenciamos a vida, dos nossos valores e regras, dos preconceitos e dos medos que levam à nossa incompreensão ou chegar mais além, das crenças religiosas, dos desejo ou mesmo dos nossos próprios sonhos que nos inspiram na intimidade do nosso ser.

Perante tudo isto, e ao finalizar este trabalho, importa relembrar que o nosso objetivo era realizar um estudo que nos permitisse identificar que tipo de emoções sente o enfermeiro perante a criança em fim de vida e que tipo de apoio necessita. Desta forma e, procurando assim fazer a colheita de dados que nos permitisse uma maior abordagem sobre este tema, realizamos este estudo sobre as emoções nos enfermeiros perante a criança em fim de vida, tendo em conta que estes profissionais quando expostos perante a criança em fim de vida sofrem emoções desconfortantes que relembramos: Que tipos de emoções sofrem os enfermeiros e que tipos de apoio requerem perante a criança em fim de vida? E quais os fatores condicionantes das emoções?

A Amostra inquirida é formada por 101 enfermeiros, sendo 20 enfermeiros do hospital A, 27 do hospital B, 23 enfermeiros do hospital C e 31 enfermeiros do hospital D.

Os enfermeiros inquiridos apresentaram uma média de idades de 40,59 anos, com idades mínima de 25 anos e máxima de 61 anos, o que nos permite constatar que nos encontramos perante uma amostra de enfermeiros jovens adultos. Verificou-se uma grande predominância do género feminino 84,2 % sobre o género masculino, o que era previsível, pois desde sempre que a profissão de enfermagem é exercida em larga escala pelo género feminino, situação que acompanha a tendência nacional e que ainda se verifica na atualidade.

Trabalham em média há 14,39 anos, variando entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 36 anos, pelo que podemos inferir que já não se encontram em início de carreira.

A maioria da amostra foi constituída por enfermeiros graduados (55,4%), o que também era perfeitamente previsível, dado que a progressão na carreira se dava pelo tempo de serviço, sendo que ao fim de três anos o enfermeiro passava automaticamente a enfermeiro graduado, ao passo que a ascensão à categoria de enfermeiro especialista se dá por intermédio de concurso público, logo o número reduzido destes na nossa amostra. Da totalidade dos enfermeiros em estudo, a grande maioria (90,1% professam uma religião católico e apenas 1 enfermeiro professa a religião cristã de testemunhas de Jeová pelo que não se encontra representada neste estudo qualquer outra religião.

Dos respondentes, verificámos que 59,4% afirma que durante a formação base de enfermagem a abordagem dos temas acerca do fim de vida em pediatria foi deficiente, 19,8% refere ser suficiente, má para 11,9% e apenas 9,8% refere ser boa. Durante muitos anos as escolas de enfermagem menosprezaram a adoção de condutas no processo de interacção enfermeiro-doente, valorizando somente os conhecimentos científicos e técnicos. Este facto, também é constatado nos Estados Unidos, verificando-se que em 1999 só 2% das escolas de enfermagem incluíam nos seus currículos os temas relacionados com o fim de vida (Ferrel, Virani e Malloy, 2006). Devido a estes resultados, foram posteriormente avaliadas as necessidades dos enfermeiros para o cuidado em fim de vida e em 2006 Ferrel, Virani e Malloy, iniciaram um projeto de formação dos enfermeiros com o objetivo de promoverem um cuidado ótimo no fim de vida.

Todavia, sabemos que o adquirir de competências para lidar com o fim de vida não se fica pelas escolas, mas são adquiridas ao longo da vida. Para além do contributo das escolas, participam na aquisição de competências as iniciativas das instituições assim como o esforço pessoal dos enfermeiros.

Relativamente à questão se tinham frequentado acções de formação no âmbito da criança em fim de vida, (40,6%) refere que não e(59,4% referem que sim. Quando

questionados acerca do local onde essa formação foi adquirida nota-se pouca iniciativa por parte das instituições onde trabalham para promover ou não formações sobre o fim de vida, na medida em que apenas 2% dos enfermeiros responderam que foi no serviço e também 2% dos enfermeiros no DEP. Estes resultados levam-nos a pensar que também as instituições não têm estado despertas para esta temática. Neste e noutros contextos, é importante que as instituições promovam e dinamizem discussões sobre o tema já que o enfermeiro está directamente envolvido durante o seu exercício profissional.

Se as escolas têm obrigação de ter um papel impulsor no que toca à vivência do enfermeiro perante a criança em fim de vida, seria importante também que as instituições dinamizassem reflexões acerca desta temática de forma a adequarem as práticas e darem resposta às famílias e às próprias crianças em fim de vida, permitindo que esta etapa seja vivida o mais dignamente possível.

Num estudo efetuado por Clarke e Quin em 2007 com profissionais de saúde que cuidam de crianças em fim de vida, os autores concluíram que os serviços necessitam de investir em programas de formação para os profissionais de saúde que, não só promovam o cuidado às crianças, mas que incluam também os pais e a família como elementos fundamentais nos cuidados paliativos pediátricos. Autores, como Kane (2006), defendem que para haver melhoria dos cuidados às crianças em fim de vida, deve melhorar-se o acesso à evidência científica e promover-se cuidados de qualidade com empatia, compaixão e competência.

Costa e Lima (2005), recomendam que seja incluído nos currículos o tema da morte em pediatria e que as instituições hospitalares utilizem a educação permanente como estratégia para a promoção e mudanças de atitudes e comportamentos dos profissionais.

Dos 101 enfermeiros da nossa amostra, 76,2% tiveram contacto com a criança em fim de vida e 23,8% enfermeiros afirmaram nunca terem tido contacto com a morte em Pediatria. Dos enfermeiros que contactaram com a criança em fim de vida 46,5% dizem ter necessitado de apoio e 29,7% não necessitaram de apoio. Dos enfermeiros que afirmam ter tido necessidade de apoio 70,9% dizem ter encontrado o apoio necessário e 29,1% dos enfermeiros dizem não terem encontrado nenhum apoio. Esse apoio foi encontrado na instituição apenas por 6,9% dos enfermeiros, 48,6% dos enfermeiros recorreram à família, 36,6% dos enfermeiros aos amigos e 6,9% dos enfermeiros afirmam terem-se socorrido da religião.

Quando questionados acerca do apoio que gostavam que lhes fosse disponibilizado pelo facto de acompanharem crianças em fim de vida, 37 % dos enfermeiros refere apoio psicológico o que implicaria apoio técnico e 9% dos enfermeiros refere apoio emocional. Autores, como Contro (2004), refere que um inadequado suporte emocional aos profissionais

de saúde que trabalham com crianças e famílias em fim de vida pode exacerbar sentimentos de falha e desespero. Além disto, Costa e Lima (2005), num estudo efetuado com enfermeiros a trabalharem em hospitais pediátricos, concluíram que estes necessitam de suporte emocional para viverem o luto e prevenirem o *burnout*. De facto, 74,6% dos enfermeiros que disseram que não tinham apoio por parte da instituição onde trabalham, pelo facto de acompanharem crianças em fim de vida e suas famílias, afirmaram que tinham necessidade de apoio, nomeadamente, da psicologia, da constituição de grupos de discussão e reflexão. Maunder (2006), afirma que os enfermeiros que trabalham com crianças em fim de vida e com as suas famílias têm um trabalho emocional e por isso necessitam que o sistema forneça suporte e valorize o seu trabalho. Em alguns países, nomeadamente nos Estados Unidos, estão a ser criados programas de suporte ético e emocional para os enfermeiros (Ewing e Carter, 2004).

Os enfermeiros puderam demonstrar qual a sua maior preocupação quando tinham contacto com a criança em fim de vida, verificamos que a sua maior preocupação eram os seus próprios sentimentos. De acordo com Oliveira, Brêtas e Yamaguti (2007) a morte dos pacientes faz com que estes trabalhadores da saúde questionem a sua atuação, sentindo-se culpados, já que foram preparados para lidar com a manutenção, preservação e recuperação da vida. A morte faz com que se sintam fracassados por terem falhado tecnicamente. Segundo Kovacs (2005), estes profissionais são rodeados por uma áurea de silêncio ao passarem por situações como estas, podendo tornar-se extremamente penoso.

Gutierrez e Ciampone (2006) reforçam que o enfermeiro ao enfrentar a morte de uma criança sofre muito, sentindo-se impotente com a presença da morte. De acordo com Carvalho (2006), a concepção do cuidador de que a morte deve sempre ser vencida, o impossibilita de vê-la como um processo natural da vida, deixando-o sempre, fragilizado diante dela, pois estará sempre conotado ao insucesso.

Outra preocupação dos enfermeiros é o bem estar da criança no processo de morte e a sua família. A este respeito Haddad (2006) afirma que muitas vezes o enfermeiro envolve-se com as crianças hospitalizadas que se encontram em fim de vida, por passarem a conhecer a sua história de vida, a sua família, os seus sentimentos, anseios, podendo, muitas vezes, esse sentimento tornar-se doloroso para o profissional. Nesse contexto, Lorençon (1998) afirma que ao cuidar de uma criança em estado terminal, o enfermeiro possui bastante dificuldade em lidar com a situação, pois depara-se com a angústia das crianças, a dor dos familiares e por existir um envolvimento emocional frequentemente, depara-se também, com a dor da perda do paciente. Muitas vezes, criam-se laços afetivos entre enfermeiro e paciente que ficam muito difíceis de separar a sua vida profissional da vida pessoal. Fazendo, desta forma, com que o enfermeiro sofra a morte da criança, como se fosse uma pessoa da sua

família. De acordo com Haddad (2006) para os enfermeiros, um dos momentos mais marcantes para eles é quando se deparam com os pais da criança morta. Existe um grande receio até de falar com os pais depois que a criança morre. Nessa hora, há uma fuga do serviço, o enfermeiro não quer encarar os pais da criança, não quer ver o sofrimento, o desespero estampado no rosto deles. Nesse momento, o sofrimento, a dor e a angústia que o enfermeiro sentia por aquela criança que estava em fim de vida são transferidos para as pessoas mais próximas da criança, que são os pais. É como se houvesse um alívio pelo sofrimento da criança e que esse sofrimento passa a ser, agora, dos pais. O enfermeiro vivencia essa situação de maneira muito real porque se coloca e presencia um momento muito difícil. Comunicar à família que o doente morreu não é tarefa fácil. A equipe de enfermagem vê-se confrontada com uma grande pressão. A família poderá expressar vários sentimentos como negação, aceitação, raiva, solidão, isolamento, culpa e choro. Por vezes apresenta mais do que um sentimento. Perante essa ambivalência a equipa de enfermagem sentem-se incapacitadas (Fernandes e Mota, 2006).

Por último, foi a humanização dos cuidados à criança em fim de vida que mais os preocupa. O enfermeiro perante a criança em fim de vida, deve orientar a sua forma de agir nos cuidados de enfermagem de forma a respeitá-la, protegendo sempre a sua dignidade e os seus direitos, tendo sempre presente o Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente o artigo 87º, que se refere ao respeito pelo doente em fase terminal:

O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

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

Sendo dever do enfermeiro defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem, na fase terminal da vida, cabe-lhe o papel de defensor da criança em fim de vida, assegurando, defendendo e zelando para que os seus direitos, desejos e vontades sejam respeitados.

Um dos propósitos deste estudo era avaliar em que medida a situação de morte suscitava emoções perante a criança em fim de vida. Pudemos concluir que, nos enfermeiros em estudo, as emoções suscitadas estão muito ligadas a momentos de muito mal estar e sofrimento, por isso emoções muito desconfortantes como a tristeza, impotência, sofrimento, revolta, pensativo, perda, angustia, dor, ansiedade e muito pouco a emoções confortantes o que está de acordo com um estudo exploratório subordinado ao tema “As representações

Sociais da Morte em Enfermeiros” Teixeira (2006) em que as emoções/ sentimentos saudade, a perda, o sofrimento, a dor, a tristeza, a impotência, o vazio, a vida, a solidão, a angústia, são muito representativas e pouco ou absolutamente nada representada por símbolos ou imagens (caixão, cemitério, campa, flores, terra, preto, crus, caveira, inferno, fogo, diabo, foice). A morte parece assim, ser representada, para os enfermeiros em estudo, como um momento único e forte da vida, momento de rutura e de desordem, que talvez como nenhum outro, deixa um rasto de marcas nos afetos, nos sentimentos, nas emoções e até mesmo nas atitudes e vivências quotidianas, contudo ela parece encontrar-se despida da sua carga imagética e simbólica de outrora.

Enquanto seres vivos que somos, nunca experimentamos a nossa própria morte, e por isso, parece difícil pensá-la como uma experiência própria, é demasiado doloroso e angustiante pensá-la como experiência própria, tanto mais porque parece representar a rutura e a negação da vida e da felicidade, sendo apenas pensada e representada como a morte do outro. Pacheco (2004: 2), diz que “é sobretudo porque estamos vivos e porque pensamos a morte como oposta à vida que rejeitamos e afastamos aquela, como se nos fosse estranha e não nos dissesse respeito. De facto, a morte é um acontecimento único, solitário, pessoal e intransmissível, que nos acompanha e que nos envolve, mas que ainda não sentimos nem vivemos.

Damásio (2003), refere que as emoções e sentimentos são irmãos gémeos; que permitem uma avaliação dos estados internos e das circunstâncias externas, mas tudo indica que a emoção nasce primeiro, seguida pelo sentimento. Quando os sentimentos são reprimidos, estes rapidamente crescem e se transformam nos desconfortáveis sensações de tensão, stresse e ansiedade, podendo as emoções não cuidadas esgotar a mente e o corpo (Bradberry e Greaves, 2008). Tanto as emoções como os sentimentos estão omnipresentes nas situações de cuidados e influenciam muito mais do que aquilo que os profissionais habitualmente percecionam (Diogo, 2006).

Assim, as emoções referenciadas pelos enfermeiros traduzem emoções desconfortantes e muito poucas confortantes.

Como salienta Fernandes (2007), o enfermeiro para poder ajudar o outro nas suas necessidades, necessita de vivenciar um sentimento de bem estar, influenciado pelos seus valores e pelos daqueles com quem interage.

Nas emoções referenciadas pelos enfermeiros do estudo denota-se sofrimento, quando lidam com a criança em fim de vida.

O sofrimento para Damásio (2004), é um sentimento que traduz um desprazer que pode variar desde um simples prazer e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até a uma profunda angústia que pode evoluir para uma fase de desespero. O enfermeiro perante o processo de morte da criança sofre porque o sofrimento está inerente ao cuidar de crianças em fim de vida.

O sofrimento sentido pelos enfermeiros do estudo apresenta uma média elevada, (4,04). Mercadier (2004), faz referência a estudos realizados por ergonomistas e médicos de saúde ocupacional, que revelam que os enfermeiros são profundamente afetados pelo sofrimento do doente em fim de vida. Nos profissionais cuidadores, o sofrimento deve-se à compaixão, que consiste na partilha do sofrimento do outro, o facto de não conseguir libertar o doente do seu sofrimento. Constitui um limite pelo qual o profissional sofre (Honoré, 2004).

Nos participantes do estudo, denotamos que este sentimento está relacionado com a impotência, vivenciada pela relação que estabelecem com a criança em fim de vida. De facto, a impotência foi um dos sentimentos com maior média, (4,43) nas respostas às emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida. O termo impotência designa, segundo o grande dicionário universal da língua portuguesa (actualização on-line, 2004), falta de força, falta de poder para fazer algo. O sentimento impotência é vivenciado pelos enfermeiros em estudo, ligado a outras emoções como aversão à morte, vergonha, desespero, ansiedade, medo, solidão, pânico e revolta.

O sofrimento percebido e sentido pelo enfermeiro em relação à criança em fim de vida, provoca revolta, que também é relatado com média elevada, (3,95), pelos enfermeiros em estudo. Segundo Damásio (2003), a revolta é um sentimento que advém da emoção indignação e prende-se com a impotência.

Muitas vezes a revolta sentida pelos enfermeiros é dirigida contra os outros, na defesa da dignidade da criança em fim de vida.

Cada emoção tem uma intensidade variável e junta-se com outras emoções (Mercadier, 2004). De facto, perante a criança em fim de vida, a revolta é sentida pelos enfermeiros em estudo. Parece estar acompanhado de uma profunda tristeza com média de (4,48) e de uma certa frustração.

A decepção é outra emoção que aparece associado ao ódio, ira, ressentimento que nos parece estar associado à impotência e culpa que o enfermeiro sente por não conseguir satisfazer as necessidades da criança em fim de vida.

Segundo Vaz Serra (2002), a culpa ocorre quando não alcança o imperativo moral com que se sente comprometido e que se encontra associado à emoção de vergonha, desgosto, remorsos e humilhação. Nos profissionais de saúde, a impotência é um sentimento que pode

vir das emoções tristeza e compaixão quando este não consegue evitar algo negativo na criança em fim de vida; e das emoções de vergonha, embaraço e culpa porque denota o assumir da incapacidade de dar respostas perante o doente (Diogo, 2006). Parece ir ao encontro do nosso estudo, uma vez que os enfermeiros do estudo referem a tristeza com a maior média, perante as respostas às emoções.

Para Damásio (2004), a tristeza é uma emoção. É experimentada quando a pessoa se encontra nas situações de perda e desapontamento (Vaz Serra, 2002).

Esta tristeza perante a criança em fim de vida pode surgir devido à capacidade que o enfermeiro tem de se identificar com o doente e conseqüentemente na sua dor. A mesma opinião é partilhada por Mercadier (2006), quando refere que no hospital, a tristeza era relacionada com a morte, e tanto mais o estará quando a pessoa a cuidar for jovem.

Diogo (2006), refere que das emoções de tristeza pode surgir a de angústia. Podemos constatar que os enfermeiros participantes neste estudo, também demonstraram angústia, associada à perda e ao amor, que é algo que oprime e provoca a sensação de aperto.

Os participantes do estudo referem ainda sentirem uma diversificação de emoções perante a criança em fim de vida. Os enfermeiros na sua prática de cuidar a criança em fim de vida, vivenciam emoções confortantes e desconfortantes. Damásio (2003), explica que as emoções se conjugam, umas com as outras, encaminham-se para os sentimentos e misturam-se com outros sentimentos.

Constatamos que os enfermeiros participantes deste estudo, apresentam emoções confortantes como a compaixão, a coragem, o amor, a resignação e a curiosidade.

A coragem perante a criança em fim de vida, é um sentimento que se denota nos enfermeiros em estudo. Platão correlaciona a coragem com a razão e a dor. Segundo o grande dicionário da língua Portuguesa (actualizado on-line, 2004) coragem é a habilidade de confrontar o medo, a dor, o perigo, a incerteza ou a intimidação.

A emoção de alívio foi também expresso pelos enfermeiros em estudo. Segundo Goleman (2002), o alívio é uma emoção. Para Lazarus (1999), trata-se da emoção mais simples de todas, que ocorre após se ter concretizado uma ameaça, ou as condições terem sido modificadas. No nosso estudo está relacionado com o sofrimento da família e da criança em fim de vida, em que há um desafio emocional e logo sentem-se satisfeitos com os cuidados prestados à criança em fim de vida proporcionar-lhes um final de forma humanizada e verem que a criança e família se sentem libertas do sofrimento.

Segundo Kovacs (2005), estes profissionais são rodeados por uma áurea de silêncio ao passarem por situações como estas, podendo se tornar extremamente penoso.

Gutierrez e Ciampone (2006) reforçam que o trabalhador de enfermagem ao se deparar com a morte de um paciente em estado terminal sofre muito, sentindo-se impotente com a presença da morte.

Haddad (2006) afirma que é muito mais sofrida a perda de uma criança que a de um idoso, uma vez que a criança tem uma vida toda pela frente. São despertados sentimentos de não-aceitação, impotência, de perda, de finitude do enfermeiro e de toda a sua família. Esta autora diz ainda que o enfermeiro perante situações de dor e sofrimento, acaba por reprimir os sentimentos que emergem frente à morte. Desta forma, a repressão dos sentimentos poderá trazer consequências bastante negativas na vida deste profissional, recaindo sobre o mesmo, uma descarga muito grande de sentimentos negativos.

Segundo Costa e Lima (2005) para a equipe de enfermagem a morte é a maior “destruidora” do seu trabalho, de maneira geral, são preparados para cuidar somente da vida. A morte dos pacientes, mas principalmente da criança é interpretada como suspensão no seu período biológico e isso promove profissional de enfermagem sentimentos de incapacidade, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia.

Quando cuidamos de pacientes nessa faixa etária, corremos o risco de nos misturarmos com eles e estabelecermos um vínculo afetivo, que é criado como sendo uma forma de sentimento em que uma pessoa mantém a imediação com outra que é diferente e preferida. Ele é visto como uma base de segurança e, quando é interrompido, como na presença da morte, provoca sofrimento e sentimento de perda, que é uma resposta esperada frente à separação.

Esses profissionais demonstram que lidar com a situação de morte é difícil e dolorosa. A morte provoca um sentimento de perda e, ao mesmo tempo, um sentimento de conforto, pois, apesar de sentir que a vida está indo, mas que aquela pessoa irá ficar livre de seus sofrimentos.

Formulamos três hipóteses, onde prevíamos a existência de relação entre as variáveis independentes: características individuais (idade, gênero social e religião); as características profissionais (tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área da pediatria, categoria profissional e serviço onde desempenha funções) e o tipo de apoio de que os enfermeiros necessitam e a variável dependente as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida. De forma a melhor entendermos e facilitarmos o estudo das emoções dos enfermeiros da amostra, perante a criança em fim de vida, fizemos uma análise fatorial das componentes principais e identificamos cinco dimensões em que se podem agrupar as emoções na nossa amostra. Resumindo segundo a ordem de importância indicada: **A falta de esperança**: aversão, surpresa, vergonha, desespero, ansiedade, medo, solidão, pânico, revolta

e impotência; **conflito interno**: ódio, ira, ressentimento, depressão, alívio e decepção; **empatia**: compaixão, dor, sofrimento, confusão, perdido e tristeza; **afetos**: perda, amor, pensativo e angústia e **ânimo**: coragem, curiosidade e resignação. Podemos concluir que, na amostra em estudo, não existem diferenças estatisticamente significativas. O mesmo será dizer que o tipo de emoções dos enfermeiros que lidam com a criança em fim de vida não são influenciadas pela idade, género, religião tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área da pediatria, categoria profissional, serviço onde desempenha funções, dos enfermeiros, nem pelo tipo de apoio que necessitam os enfermeiros, que integram a amostra deste estudo.

Estes resultados contrariam Fontes (1995), ao dizer que a maneira como o enfermeiro encara e aborda a morte depende de muitos fatores, entre eles: a religião, o ritmo de vida, o medo da morte e a ansiedade, experiências ou contactos anteriores com pessoas que caminham para a morte e local de trabalho. Para Poles e Bousso (2006), a enfermeira ao se deparar com uma criança num processo de fim de vida, acaba projetando em si o papel de mãe e com isso passa a sofrer a morte como se fosse a morte de um filho, o que também contraria os resultados do nosso estudo uma vez que não se verificaram diferenças significativas entre o género social.

A idade, a par do maior número de anos de experiência profissional, nomeadamente a cuidar de doentes em fim de vida, podem conduzir a uma maior maturidade pessoal e sensibilidade para lidar com as perdas e com a morte (Clarke e Ross, 2006), o que também não se pode observar no nosso estudo.

Em suma, as emoções que são despertadas nos enfermeiros perante a criança em fim de vida, não dependem das suas características individuais, nem das suas características profissionais nem do tipo de apoio que necessitam.

Analisando os resultados obtidos, é correto afirmar que a morte na criança é vivida por todos os enfermeiros sempre de igual modo.

## CONCLUSÕES

Ao finalizar este trabalho, importa lembrar que foi nosso objetivo realizar um estudo, que nos permitisse identificar quais as emoções que o enfermeiro sente perante a criança em fim de vida; que tipo de apoio têm e que apoio requerem, assim como os fatores que influenciam as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.

A manutenção da dignidade humana, através de uma visão holística da criança, é um dos alicerces essenciais à prática dos cuidados de enfermagem à criança em fim de vida. Cuidar, é estar solícito para o outro, é uma forma de empatia, em que valores como a paciência, honestidade, humildade, coragem, confiança, compreensão e a atenção devem estar sempre presentes.

Muitas das emoções desconfortantes para os enfermeiros que cuidam de crianças em fim de vida, é devida ao sofrimento destas e dos seus familiares.

A prestação de cuidados à criança em fim de vida, onde o contacto com o sofrimento e o processo de morte existe, pode ter efeitos nocivos nos enfermeiros e são geradoras de emoções desconfortantes.

Assim, no presente estudo, procuramos dar resposta a duas questões de investigação formuladas e que constituem as suas linhas orientadoras

1ª Questão: Que tipo de emoções sente o enfermeiro e que tipo de apoio tem e requer perante a criança em fim de vida?

O nosso estudo permite tirar algumas ilações em relação às emoções vivenciadas pelos enfermeiros. Observamos através da escala das emoções, que as médias mais elevadas estavam associadas a emoções bastante desconfortantes: a tristeza, impotência, sofrimento, revolta, angústia, perda, dor e confortantes: o alívio, amor, compaixão e a coragem.

Intimamente relacionado com o sofrimento está a impotência que se relaciona com a incapacidade de fazer algo mais perante a morte. Decorrente desta impotência, surge a decepção e tristeza, talvez por não conseguirem atingir os objetivos para os quais foram preparados e, neste caso, relacionável ainda com a idade jovem do doente. Com a afinidade direta com a tristeza está a angústia, uma forma de desespero, sobretudo quando projetam ou transpõem para si as situações da criança e se identificam com ela.

A impotência e indignação são o caminho que leva à revolta, muitas vezes contra elementos da própria equipa. Apesar da maioria das emoções serem desconfortantes, os enfermeiros experimentam emoções confortantes como o alívio, quando têm a consciência de que fizeram tudo o que estava ao seu alcance e a criança deixa de sofrer.

Podemos afirmar que o nosso estudo revela emoções e sentimentos, constantes na vida dos enfermeiros e que têm implicações.

A escala das emoções após análise factorial revelou bons valores psicométricos e observamos cinco dimensões das emoções.

Concluimos que os enfermeiros em estudo vão buscar o apoio de que necessitam em primeiro lugar à família depois aos amigos, seguida da religião e, em último lugar, à própria instituição. O tipo de apoio de que necessitam é o apoio emocional e psicológico. O apoio emocional vai ser disponibilizado pelos amigos, família e amigos principalmente. Podemos inferir também que os participantes referem necessidade de apoio psicológico o que implica o apoio de um psicólogo para sua orientação e acompanhamento para o seu bem estar. Os participantes revelam que há falta de formação sobre o fim de vida da criança que adquiriram no curso base, mas também por parte da instituição.

2ª Questão: Quais os fatores que influenciam as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida?

Dos resultados obtidos, concluimos que o género, a idade, a religião, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional na área da pediatria, a categoria profissional, o serviço onde desempenha funções e o tipo de apoio, ao contrário do que prevíamos, não são fatores que influenciam as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida.

Foi nosso propósito desenvolver um estudo, que de alguma forma trouxesse algum conhecimento para a profissão de enfermagem, dentro da temática: as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida. Julgamos que os resultados obtidos vêm de certa maneira clarificar a forma como as crianças em fim de vida, intensificam as emoções dos enfermeiros, pelo que estamos cientes de ter contribuído para um aumento de conhecimento essencial à melhoria da prestação de cuidados de enfermagem na morte da criança.

O enfermeiro sendo como qualquer ser humano comum, está também sujeito às suas vivências pessoais, do seu quotidiano, aos padrões sociais e influências sociais. Estamos cientes de que o que seria mais importante era que todos os enfermeiros tivessem consciência

do que representa a morte para si enquanto pessoa e profissional de enfermagem e fizessem uma introspeção acerca da importância de nunca esquecer a sua condição humana e o fim da sua própria vida para melhor entender e aceitar a morte na criança.

No final deste estudo, julgamos que os objetivos inicialmente delineados foram atingidos ainda que sujeito a condicionalismos e algumas limitações consideradas importantes como:

- A pequena dimensão da amostra;
- A elevada frequência de enfermeiros da amostra sem contacto com crianças em fim de vida;
- A técnica e tipo de amostragem seleccionada, as quais não permitem a generalização dos resultados obtidos;
- A distribuição não homogénea dos sujeitos em relação ao género, havendo um número muito reduzido do género masculino;
- A pouca representabilidade no estudo de outras religiões que não a católica;
- Tempo disponível por parte do investigador, atendendo a que era trabalhador-estudante.

Sendo o enfermeiro um ser com pensamento autónomo, tal como qualquer cidadão comum, constantemente está em relação com emoções, estas por vezes podem influenciar as suas relações interpessoais, o seu comportamento e a sua reação perante a realidade social. Sendo assim, acreditamos que as emoções do enfermeiro perante a criança em fim de vida, vão refletir-se no seu comportamento e atitudes, mas ao mesmo tempo na prestação dos cuidados de enfermagem.

Refletir sobre a morte na criança é, para nós, uma certeza de que é uma questão essencial e que ajudará os enfermeiros a compreender e rever as suas atitudes, os seus comportamentos, abandonar o medo, sentir-se mais seguro aceitando o facto com naturalidade e compreendendo-a como uma fase integrante do ciclo vital evitando assim o pensamento de que é algo dramático, uma derrota ou mesmo humilhação. Neste caso, julgamos ser importante criar certas referências para um exercício profissional eficaz, refletindo acerca do que fazemos, as dificuldades existentes no quotidiano pessoal e profissional. Quem lida com a criança em fim de vida incorpora, sem dúvida, uma das maiores dificuldades com a qual o enfermeiro se confronta.

Há a necessidade de crescermos na nossa profissão enquanto enfermeiros, não por imposição, mas sim porque temos iniciativa própria crescendo interiormente e desenvolvermo-nos, ao mesmo tempo como pessoas e profissionais que estão assiduamente perante a criança em fim de vida. Se considerarmos a morte como um tema muito vasto e

místico restou-nos muito para investigar e estas conclusões representarão um diminuto degrau na grande caminhada da vida. Desta forma, sem perder a noção da nossa inexperiência na área da investigação, afirmamos que demos um grande passo, para o nosso enriquecimento profissional e para o conhecimento de nós próprios. Indo de encontro a esta ideia, consideramos que este estudo deverá contribuir para um acréscimo de valor no que respeita a atitudes, comportamentos e práticas relativas ao enfermeiro que cuida de crianças em fim de vida. Julgamos ser importante a realização de um estudo, com um número superior de sujeitos, com distribuição homogénea destes sujeitos quanto ao género e com representação das principais religiões existentes e incluir outras variáveis.

Do atrás citado, vimos apresentar de forma resumida alguns tópicos que consideramos como fundamentais, para a conclusão final:

- A necessidade da instituição ver o enfermeiro como profissional que presta cuidados a crianças em fim de vida sob pressões devidas não só à sua singularidade e exigência, mas também devido às suas exigências internas dos seus sentimentos e emoções. O seu papel e o seu eu profissional em confronto permanente.
- Introduzir as questões relacionadas com a criança em fim de vida nos espaços da formação contínua dos enfermeiros;
- Desenvolver planos e condições que promovam a saúde mental dos enfermeiros que lidam com a criança em fim de vida.
- Introduzir equipas multidisciplinares, com filosofia de cuidados, que proporcionassem não só, a aquisição de protocolos de atuação, mas ao mesmo tempo a partilha de sentimentos e emoções, fazendo debates onde cada um pudesse expor as suas emoções, não esquecendo a importância da família em todo este processo no cuidar da criança em fim de vida.

Desta forma, este estudo leva à proposta e à necessidade da transformação dos locais de trabalho em verdadeiros locais de formação pessoal e profissional capazes de facilitar e clarificar as emoções que o enfermeiro enfrenta na presença da criança em fim de vida, de forma a melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem, da comunicação com a criança e com a família.

Não queremos terminar sem deixar a ideia de que o presente trabalho nos trouxe momentos de solidão e de grande profundidade. Com a sua elaboração tornou-se possível a construção de uma grande parte da nossa própria história de vida e levou-nos a uma auto formação muito importante.

Cientes e convictos da importância deste trabalho, que nos abre horizontes a um longo percurso deste tema, serão parte integrante do mundo em que vivemos e essencialmente do mundo profissional do enfermeiro.

Acreditamos piamente que cuidar da criança em fim de vida, quando for assumida pelo enfermeiro como algo que faz parte integrante do nosso trabalho enquanto profissionais, será um momento de libertação, pelo que chegados ao fim gostaríamos de deixar uma mensagem a todos quantos lerem este trabalho:

*“A morte é a curva da estrada,  
Morrer é só não ser visto.  
Se escuto, eu te oiço a passada  
Existir como eu existo”*

*Fernando Pessoa*

## BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatrics. (2000). Palliative care for children. *Pediatrics* 10 (6); 351-357.
- Araújo, F; Almeida, C. e Gonçalves, M. (2009). A graduação em enfermagem e a humanização: um encontro possível. *Enfermagem Brasil* 4 (8); 197-204.
- Araújo, M. Araújo, R. (2000). *Ordem para Não Ressuscitar. In: Tempo de Vida e tempo de Morte*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Archer,L; Biscaia, J.; Osswald; Walter. (1996). *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Atkinson, L. D. e Murray.(1989). *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogah.
- Bar-On, (2002). *Manual de Inteligência Emocional: Teoria e Aplicação em casa, na escola e no trabalho*. Porto Alegre (Brasil): Artmed.
- Batista, R. (2001). *O médico diante da morte*. Perspetiva de discussão na filosofia de Immanuel Kant. *Revista da FMT*, 1, 18-22.
- Beauchamp T, C. J. (1994). *Principles o biomedicalethics*. New York: Oxford University Press.
- Bellato, R. (2001). *A vivência da hospitalização pela pessoa doente*. Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Bernieri, J. e Hirds, A. (2007). O preparo dos académicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo de morte / morrer. *Texto Contexto – Enfermagem*,1 (16); 89-96.

- Biscaia, J. (2004). *Alteridades: sentidos da relação com o outro*. In *Para uma ética de enfermagem*. Gráfica de Coimbra, Coimbra.
- Boemer, M. R. (1998). *A morte e o morrer*. 3ª edição. Ribeirão Preto: São Paulo. Editora: Holos.
- Boemer, M. R e Valente, S. (2000). *A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a morte*. *Rev. Brasil. Enfermagem*, Brasília 5 (3), n.1: 99-108.
- Brdberry, T. e Greaves, J. (2008). *Guia Prático da Inteligência Emocional*. Bertrand Editora: Lisboa
- Cabral, D. M. (1999). *A enfermeira: pessoa que cuida de si?* *Revista Informar* nº 5, Lisboa, p. 4-13.
- Carmo, A. (2001). *Antropologia das religiões*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, H. e Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, G. (2006). Satisfação profissional do enfermeiro numa unidade de emergência de um hospital geral. *Arquivos ciências da saúde*; 12 (13): 215-219.
- Carvalho, S. (2007). *Percepções da morte e morrer na ótica de académicos de enfermagem*. Estudo qualitativo. Acedido em 4 Janeiro, 2012: <http://www.uff.br/>.
- Clarke, J; e Quin S. (2007). Professional Carers`Experiences of Provding a Pediatric Palliative Care Services in Ireland. *Qualitative Health Research* 9 (17); 1219-1231.
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida- Da Prática Das Mulheres de virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel e Sindicato Dos Enfermeiros Portugueses.
- Carapinheiro, G. (2005). *Saberes e Poderes no Hospital- Uma sociedade dos Serviços Hospitalares* (4ª edição). Porto: Edições Afrontamento.

- Clarke, A. e Ross, H. (2006). Influences on nurses' communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine. *International Journal of OlderPeople Nursing*. 1 (1); 34-43.
- Constantino, C. F e Hirschheimer, M. P. (2005). *A criança como paciente terminal*. *Revista Bioética*, (2): 90-91.
- Costa, A.L. (2004). O cuidar no hospital. *Nursing – Revista de formação contínua em enfermagem*. Edição Portuguesa 176; 19-22.
- Contro N. (2004). Hopital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics* 5 (114); 1248-1252.
- Costa J. e Lima R (2005). Luto da equipa. Revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/ adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 13;151-157.
- Costa, A.L. (2004). O cuidar no hospital. *Nursing. Revista de formação contínua em enfermagem*. Edição Portuguesa nº 176; 19-22.
- Cruz, C. (2000). *O "pacote" e a enfermagem: análise crítica de uma cena de morte*. *Brasil. Enfermagem.*, Brasília,3 (53); 467-471.
- Damásio, A. (1995). *O Erro de descartes, Emoção, Razão e Cérebro Humano* (9ª edição). Mem Martins: Publicação Europa América.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins: Publicação Europa América.
- Damásio, A. (2004). *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (13ª Edição):Publicações Europa América.
- Diogo, P. M. J. (2006). *A Vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra:Formasau.

- D'Oliveira, T. (2002). *Teses e Dissertações e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH.
- Ewing A. e Carter B. (2004). Once Again, Vanderbilt NICU in Nashville Leads the Way in Nurses' Emotional Support. *Pediatric Nursing* 3 (6);471-472.
- Fernandes, I. M. R. (2007). *Fatores Influenciadores da Percepção dos Comportamentos do Cuidar dos Enfermeiros*. Formasau. Coimbra.
- Fernandes, J. D. (2001). *De portas fechadas com a morte*. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, (10), nº 3: 25-38, setembro./dezembro.
- Fernandes, M. E. N; Mota, M. L.S. (2006). A morte em unidade de Terapia Intensiva: percepções dos enfermeiros. *Rev. Rene* 1 (7), nº1, [Acedido em: 25 de outubro 2012](#). Disponível em: <<http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo>>.
- Fernandes, M.F.P. e Fujimore, M. e Koizumi, M. S. (2003). Estudo sobre as intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte iminente. *Revista Brasileira de enfermagem*, 2 (37); 102-108.
- Ferreira, S. S. (2003). Ser enfermeiro vivenciando o cuidado ao cliente com cancer em tratamento quimioterápico. *RECENF*. (1); 149-154.
- Ferreira, C. F. (2004). Morrer na presença de quem cuida. *Sinais Vitais*, (56):30-39.
- Ferreira, J. M. Carvalho (et al) (1996). *Psicossociologia das organizações – Alfragide*, Editora McGraw Hill de Portugal.
- Ferreira, L. (1999). Luto: Quem dá vida aos que ficam?: “*Pensar em enfermagem*” 2 ( 3); 2º semestre.
- Ferrel B, Virani R e Malloy P. (2006) Evaluation of the end-of-life nursing education consortium project in the USA. *International Journal of Palliative Nursing* 6 (12); 269-276.

- Filliozat, I. (2001). *A inteligência do coração (rudimentos de gramática emocional)* – 4ª ed., Biblioteca Pergaminho.
- Fontes, F; Vieira, J. L. e Cardoso, L. P (2000). O enfermeiro perante a morte. “*Revista Informar*”, 20 (6).
- Fontes, F. (1995). O enfermeiro perante a morte. *Nursing*, 85: 7-10.
- Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação : da concepção à realização*. (3ª edição). Loures: Lusociência.
- Gil, A.C. (1995). *Como elaborar projectos de pesquisa*. (3ª ed.), São Paulo: Editora Atlas.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. 11ª edição. Temas e debates. Lisboa
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (3ª edição). Lisboa Temas e debates.
- Gutierrez, B A. O. e Ciampone, M. H. T. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer em unidades de terapia intensiva. *Ata Paul Enfermagem*, 4 (19); 456-461.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e debates.
- Gomes, A. (1994). Comunicação com o doente em fase terminal e sua família. *Divulgação*, nº 29; 6-22.
- Graves, S., Aranda, S. (2005). When a child cannot be cured: Refletions of health professional. *En cancer*, 14 (2): 132-140.

- Haddad, D.R.S. (2006). *A morte e processo de morrer de criança em terapia intensiva pediátrica: vivência do enfermeiro*. Acedido em 19 de out. de 2012. Disponível na internet via [www.enf.ufmg.br](http://www.enf.ufmg.br).
- Hair, J.; Black, W.; Babin, B. e Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7<sup>th</sup> ed.): Usa, New York: Patrice-hall.
- Hedlund, J. Sternberg, R.J. (2002). *Inteligências em excesso? Integrando as inteligências social, emocional e pratica*. In bar-On, (2002). *Manual de inteligência emocional-teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho*. Porto Alegre (brasil): Artmed.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuida Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Henzel, M. (2002). *Diálogo com a Morte*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Hill, M. M. (2000). *Investigação por questionário*. Edições: Sílabo
- Hockenberry, Marilyn (2006). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- Hoffman, M. (1993). A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática em diferentes contextos. *Cadernos diários de saúde publica*; (9) n3:364-374.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Lusociencia, Loures.
- Kane J. (2006). Supportive/palliative care of children suffering from life-threatening and terminal illness. *American Journal of Hospice & Palliative Care*; 3 (17); 165-171.
- Kovacs M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicol. cienc. prof.* 3 (25); 484- 497.
- Kubler-, E. (2002). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

- Kubler R. E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes. Original inglês.
- Lakatos, E. M. e Marconi, M. A. (1995). *Metodologia do trabalho científico*. (4ª Edição), São Paulo: Editora Atlas.
- Lazarus, R.S. (1999). *Why we should think of stress as a subject*,( 2ª ed.); New York: Free press,
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de Ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competências da enfermeira*.
- LeDoux, Joseph (2002). *O cérebro Emocional: Misteriosas estruturas da vida emocional*. Editora: Pergaminho. ISBN: 9789727113248.
- Lopes, R.C.C. (2006). Alexitimia e Empatia: implicações para a prática de Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*. nº13, Fevereiro.
- Lorençon, M. (1998). Auto-percepção de aluna de enfermagem ao desenvolver relação de ajuda a familiares de criança em fase terminal. *Rev. Latino-am. Enfermagem*; 4 (6); 57-65.
- Lucas, R. (2000). *Morte cerebral e morte do homem: a recuperação da morte humana*. *Revista: Brotéria* nº 150: 203-222, fevereiro.
- Lunardi Filho. (2001). Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. *Texto e Contexto Enfermagem*, 3 (3); 60-81.
- Machado, M. (2006). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em fim de vida; experiências durante a formação inicial de enfermagem*. Lisboa: coisas de ler; Pag.109. ISBN-978-989-218-170.
- Magalhães, Z. R.; Santos, G. F., Caldeira, W. Penha. (1995). *Morte nas instituições de saúde: uma abordagem ética*. *Enfermagem*. Belo Horizonte, (2), nº4: 15-19, dezembro.

- Malloy, P., Ferrell, B., Virani, R., Wilson, K. e Uman, G. (2006). Palliative care education for pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 6 32; 555-561.
- Martins, M. (2005). Reflexões sobre as relações interpessoais ao cuidar do doente terminal. *Revista servir*, 6 (44); 283-290.
- Mayer, J.; Salovey, P; Caruso, D. (2002a). *Inteligência emocional como Zeitgeist, como personalidade e como aptidão mental*. In Bar-On, R.; Parker, J.D. A. (2002) - *Teoria e aplicação em casa,, na escola e no trabalho*. Porto Alegre (Brasil): Artmed.
- Mayer, J.; Salovey, P; Caruso, D. (2002b). *Selecionando uma medida para a inteligência emocional- Em defesa das escolas de aptidão*. In Bar- On, R.; Parker, J.D. A. (2002) - *Teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho*. Porto Alegre (Brasil): Artmed.
- Martin, D.; Boeck, K. (2002). *QE-O que é a Inteligência Emocional* (3ª reimpressão da 1ª edição). Lisboa: Pergaminho.
- Martins, M. L. (1996). *Reflexões sobre Relações Interpessoais ao Cuidar o Doente Terminal*. Lisboa: Revista : Servir.(44) nº6 (Novembro – Dezembro).
- Martineaud, S; Engelhart, D. (2002). *Teste a sua Inteligência Emocional: (3ª reimpressão da 1ª edição)*. Lisboa: Pergaminho.
- Maunder E. (2006) Emotion work in the palliative nursing care of children and young people. *International Journal of Palliative Nursing* 1 (12); 27-33.
- Meyer, Dagmar; Lopes, Marta; Waldow, Vera (1995) – *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar: o Corpo. Âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.

- Moritz, R. D. (2005). Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Revista bioética* 13 (2); 51-63.
- Morte (1999). Conselho Internacional de Enfermagem, *Foco da Prática de Enfermagem*.
- Morin, E. (1988). *O Homem e a Morte*. (2º edição). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Moss, M.T. (2005). *The Emotionally Intelligent Nurse Leader* (1ª edição). San Francisco (Estados Unidos Da América).
- Nascimento, M. A. L. (2003). Preparo do corpo pela equipe de enfermagem (reflexões a partir de objetos pessoais que identificam um ser humano). *Enfermagem Brasil*. 5 (2); 302-308.
- Nascimento, E. S. (1999). *O cotidiano em saúde-doença de crianças escolares*. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Neves M, B. M (2004). *O Ensino da “ética” nas escolas superiores de enfermagem. Para uma ética da enfermagem*. Gráfica de Coimbra, Coimbra.
- Neves, L. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Oliveira, A. (1995). *Percepção da morte: a realidade interdita*. Tese de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Oliveira, A e Amâncio, L. (1999). Pertencas sociais e formas de percepção e representação social da morte. *Psicologia*.1 (12); 115-137.
- Oliveira, J.R. Brêtas; J.R.S e Yamaguti, L. (2007). *A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem*. acessado em 18 de out. de 2012.  
Disponível na internet via [www.ee.usp.br](http://www.ee.usp.br).

- Ordem dos Enfermeiros, (2003). Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros: 91.
- Ordem dos Enfermeiros; Universidade Católica Portuguesa (2004). *As condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ossvald, W. (2004). Um fio de Ética: exercícios e reflexão. (2ªed.) Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspetiva Ética*. Lusociencia, Loures.
- Pereira, H. (2008). Tratamento de questionários: o ponto de vista da AFC. *Análise Social*; 4 (22); 732-745.
- Pessini, L. (2001). *Como Lidar com o paciente em fase terminal*. São Paulo: Ed. Santuário Centro Universitário São Camilo.
- Pessini, L.e Bertachini, L. (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo:Loyola.
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (5ª edição.) Lisboa: Sílabo.
- Pimentel, J. (1993). *Que formação para os enfermeiros que lidam com doentes em fase terminal?* Divulgação nº 25: 54-56.
- Pimentel, J. (1992). Atitudes de ontem e de hoje face à morte. *Perspetivas históricas e religiosas*. Divulgação nº 22: abril.
- Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da Investigação Psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Pinto, C. S. (1997). A criança em fase terminal: a prática do cuidar. *Sinais Vitais*, (13):25-28. Julho.
- Pitta, A. (2003). *Hospital dor e morte como ofício*. 5. ed. São Paulo: Hucitec.

- Polit, D. F. e Hungler, B. P.(1993). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, (3ª ed.), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Polit, D. F e Hungler, B.P (1995).*Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª edição). Porto Alegre (Brasil): Artes Médicas.
- Polés e Bousso (2006). Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI. *Latino am.* 2 (14); 38-45.
- Potter e Perry (2004). *Fundamentos de Enfermagem*. (5ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Queirós, P.J.P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros Portugueses*. Coimbra:Formasau.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ª edição). Lisboa: Editora Gradiva.
- Rego, A. e Pina e Cunha, M. (2004). *A Essência da Liderança: Mudança; Resultados; Integridade*. Lisboa: Editora RH.
- Rego, S. e Palácios, M. (2006). A finitude humana e a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 8 (22); 87-89.
- Reis, E. (1990). *Análise factorial das componentes principais: um método de reduzir sem perder informação*. Lisboa: Giesta, ISCTE.
- Reis, E. (1999). *Estatística aplicada*. (3ª edição) Lisboa: ed. Silabo.
- Resende, (1996). *Ritos da morte na lembrança de velhos*. Florianópolis: editora da UFSC.
- Rodrigo, J. (1997). Grupo de trabajo : cuidados paliativos en pediatria. *Dolor* nº 12;38-40.

- Rodrigues, A.X, (2005). Dificuldades sentidas pelos enfermeiros que lidam com doentes portadores de cancro. *Nursing. Revista de formação contínua em enfermagem*, (edição Portuguesa) 198; 30-37.
- Rodrigues, J. C. (1983). *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Achiamé ; 296.
- Rushton, C. (2005). A framework for integrated pediatric palliative care: Being with dying. *Journal of pediatric nursing*, (5) 20: 311-325.
- Saarni, C. (2002). *Competência Emocional*. In Bar-On,R; Parker,J.D.A (2002). *Manual de inteligência emocional: Teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho*. Porto Alegre (Brasil); Artmed.
- Santos, G. (1993). A morte sob a óptica de enfermagem. *Enfermagem*. 1 (59); 2-59.
- Santos, C., Nunes, A. e Zélia, A. ( 2007). *Atitudes dos enfermeiros perante a Criança em Fase Terminal da Vida*. Out. Acedido em 10 de junho de2012. Diponivel na Internet em [www//isabelperregil.blogspot](http://www//isabelperregil.blogspot).
- Sapeta, P. (1998). A família face ao doente terminal hospitalizado. *Enfermagem Oncologica*. (8); 22-26.
- Serrão, D. (2001). *Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer*. Porto: Porto editora. 2º cap. 82-92.
- Shimizu, H.E. (2007). As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em de Terapia Intensiva em um hospital escola. *Rev. esc. enferm. USP*. 2 (36); 148-155.
- Silva, J. N. F. (2003). *Face à transferência da morte para o hospital: Ousar-se fazer-se próximo*. Dissertação de mestrado em Bioética Teológica, apresentada à faculdade de teologia do Centro Regional do Porto da Universidade católica Portuguesa.
- Simmons, S. e Simmons JR.J.C. (2000). *Avaliando a Inteligência Emocional* 2ª edição.Rio de Janeiro (Brasil): Editora Record.

- Soares, J.C. (2006). Considerações sobre a morte e o morrer na hipermodernidade. Revista: Estudos e pesquisa em psicologia, (6) nº2: 89-104.
- Sousa, E.M. e Almeida, M. F. P. V. (2003). A enfermagem interagindo com pais em situação de morte perinatal: uma visão fenomológica. *Revista enfermagem*. Brasil. Rio de Janeiro. (2) 5: 302-308.
- Subtil, Carlos L. e Gomes, C. A. (1997). Do que morre ao que fica “*Sinais Vitais*”, Coimbra, (14);1-21.
- Teixeira, F. P. (2006). *Representações Sociais da Morte em Enfermeiros*: Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentado na Universidade Aberta. Lisboa.
- Vaz Serra, A. S. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. (2ª edição).Coimbra: Edição do autor.
- Veiga Branco, A. (2004a). *Competência Emocional*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Veiga Branco, A. (2004b). *Auto-motivação*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Veiga Branco, A. (2005). *Competência Emocional em Professores: Um Estudo em Discursos do Campo Educativo*. Coimbra: Quarteto Editora
- Vilela, A C. L. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em Enfermeiros: Validação de um instrumento de medida*. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Gestão Publica apresentada à Universidade de Aveiro.
- WHO, (1998). *Cancer pain relief and palliative care in children*. WHO.
- Wolfe J. (2000). Symptoms and suffering at the end in children with cancer. *The New England Journal of Medicine* (342) nº5: 327-333.

## **ANEXOS**

ANEXO A – Quadros estatísticos referentes ao processo de investigação.

# Quadro A

		Tristeza	Solidão	Sofrimento	Revolta	Pensativo	Perda	Amor	Impotencia	Desespero	Ansiedade	Angustia	Ira
Anti-image Covariance	Tristeza	,491	-,001	-,036	-,110	-,019	,034	,051	,003	-,102	-,053	-,074	,106
	Solidão	-,001	,379	-,010	,070	-,015	-,005	-,044	,024	-,097	-,052	,085	-,095
	Sofrimento	-,036	-,010	,417	-,065	,125	-,102	,109	-,085	-,043	-,051	-,126	-,004
	Revolta	-,110	,070	-,065	,442	-,057	-,013	,080	-,042	-,021	-,081	,025	-,140
	Pensativo	-,019	-,015	,125	-,057	,844	-,130	,072	,070	-,013	-,053	-,075	,005
	Perda	,034	-,005	-,102	-,013	-,130	,438	-,241	,003	,014	-,068	,028	,045
	Amor	,051	-,044	,109	,080	,072	-,241	,451	-,003	-,010	-,064	-,108	-,045
	Impotencia	,003	,024	-,085	-,042	,070	,003	-,003	,636	-,051	,047	,102	,065
	Desespero	-,102	-,097	-,043	-,021	-,013	,014	-,010	-,051	,282	-,011	,013	-,076
	Ansiedade	-,053	-,052	-,051	-,081	-,053	-,068	-,064	,047	-,011	,457	-,060	,108
	Angustia	-,074	,085	-,126	,025	-,075	,028	-,108	,102	,013	-,060	,305	-,079
	Ira	,106	-,095	-,004	-,140	,005	,045	-,045	,065	-,076	,108	-,079	,327
	Medo	-,029	,034	,099	-,031	-,034	-,061	,029	-,005	,076	-,024	-,035	-,076
	Aversao	-,038	,001	,003	,056	,032	-,034	,013	-,040	-,067	,010	-,038	-,013
	Surpresa	-,017	-,063	,052	-,039	-,004	,029	-,021	-,046	,040	-,011	-,034	,036
	Vergonha	,009	,006	-,001	,010	-,078	,077	,010	,042	-,023	-,073	,030	,010
	Perdido	,032	-,061	,094	-,023	,088	-,059	,128	-,080	-,051	-,034	-,108	,005
	Compaixao	-,131	-,016	-,062	,075	,017	-,010	-,002	,021	,059	-,102	-,047	,055
	Ressentimento	,029	-,065	-,005	-,035	,024	,026	-,021	-,045	,073	-,010	,045	-,006
	Dor	,020	-,042	-,060	-,131	,024	-,055	-,006	,024	,058	,041	,027	-,016
	Depressao	,021	-,098	,029	-,050	,002	-,048	,005	-,008	-,053	,061	-,098	,122
	Curiosidade	-,028	,111	-,049	-,023	,050	-,064	-,023	,079	-,051	,021	,104	-,048
	Confusao	,017	-,007	-,075	,048	-,069	,045	-,002	,056	-,046	-,012	,021	-,051
	Panico	,058	,056	-,033	-,016	-,067	,043	-,025	-,123	-,037	-,100	-,017	-,044
	odio	,064	-,033	-,029	,053	-,032	,042	,061	-,009	-,041	-,034	-,031	-,051

Medo	Aversao	Surpresa	Vergonha	Perdido	Compaixao	Ressentiment o	Dor	Depressao	Curiosidade	Confusao	Panico	odio	coragem	resignacao	deceçã o	alivio
-,029	-,038	-,017	,009	,032	-,131	,029	,020	,021	-,028	,017	,058	,064	,076	,105	-,078	-,049
,034	,001	-,063	,006	-,061	-,016	-,065	-,042	-,098	,111	-,007	,056	-,033	-,064	-,017	-,046	,143
,099	,003	,052	-,001	,094	-,062	-,005	-,060	,029	-,049	-,075	-,033	-,029	,026	,014	,038	-,100
-,031	,056	-,039	,010	-,023	,075	-,035	-,131	-,050	-,023	,048	-,016	,053	-,039	,080	-,018	,079
-,034	,032	-,004	-,078	,088	,017	,024	,024	,002	,050	-,069	-,067	-,032	-,101	,122	-,028	-,023
-,061	-,034	,029	,077	-,059	-,010	,026	-,055	-,048	-,064	,045	,043	,042	,003	-,008	-,042	,084
,029	,013	-,021	,010	,128	-,002	-,021	-,006	,005	-,023	-,002	-,025	,061	-,010	,089	,000	-,078
-,005	-,040	-,046	,042	-,080	,021	-,045	,024	-,008	,079	,056	-,123	-,009	-,019	-,058	-,062	-,091
,076	-,067	,040	-,023	-,051	,059	,073	,058	-,053	-,051	-,046	-,037	-,041	,023	-,023	,090	-,005
-,024	,010	-,011	-,073	-,034	,102	-,010	,041	,061	,021	-,012	-,100	-,034	,019	-,099	,063	-,005
-,035	-,038	-,034	,030	-,108	-,047	,045	,027	-,098	,104	,021	-,017	-,031	-,013	-,032	-,081	,077
-,076	-,013	,036	,010	,005	,055	-,006	-,016	,122	-,048	-,051	-,044	-,051	-,005	,005	-,051	-,064
,467	-,081	-,006	,019	-,066	,015	-,079	,031	,003	-,069	-,003	-,063	-,028	,078	-,029	,098	-,056
-,081	,243	-,105	-,066	-,005	,054	-,022	-,045	,047	,021	-,019	-,008	-,078	-,017	,004	,053	,040
-,006	-,105	,276	-,084	,035	,053	-,023	-,083	,052	-,094	-,027	-,065	,019	,063	-,050	,058	-,070
,019	-,066	-,084	,448	-,090	-,016	-,039	,010	-,054	-,055	,021	,104	,045	,006	-,059	-,062	-,014
-,066	-,005	,035	-,090	,446	-,092	-,021	-,062	-,009	-,004	,009	,030	,073	-,097	,066	-,085	,059
,015	,054	,053	-,016	-,092	,440	-,116	-,134	,126	-,037	-,080	-,081	-,070	-,037	-,038	,070	,039
-,079	-,022	-,023	-,039	-,021	-,116	,425	,069	-,110	-,046	-,067	-,007	-,061	,026	,098	-,054	,006
,031	-,045	-,083	,010	-,062	-,134	,069	,436	-,037	,085	-,084	,030	,021	,030	-,068	,044	-,023
,003	,047	,052	-,054	-,009	,126	-,110	-,037	,361	-,047	-,087	-,063	-,090	,071	-,040	,028	-,080
-,069	,021	-,094	-,055	-,004	-,037	-,046	,085	-,047	,410	-,054	,032	-,025	-,191	-,006	-,045	,057
-,003	-,019	-,027	,021	,009	-,080	-,067	-,084	-,087	-,054	,438	-,063	,128	-,009	,016	-,053	-,028
-,063	-,008	-,065	,104	,030	-,081	-,007	,030	-,063	,032	-,063	,483	,008	,003	-,053	-,053	,067
-,029	-,078	,019	,045	,073	-,070	-,061	,021	-,090	-,025	,128	,008	,357	-,023	,110	-,116	-,082

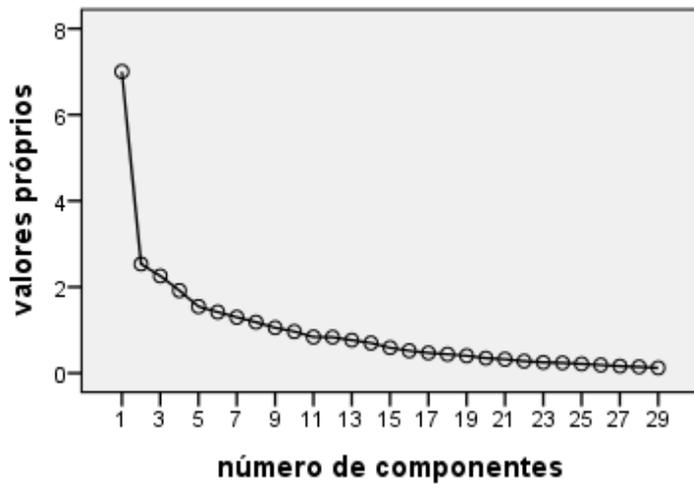
# Quadro A

	coragem	,076	-,064	,026	-,039	-,101	,003	-,010	-,019	,023	,019	-,013	-,005			
	resignacao	,105	-,017	,014	,080	,122	-,008	,089	-,058	-,023	-,099	-,032	,005			
	deceção	-,078	-,046	,038	-,018	-,028	-,042	,000	-,062	,090	,063	-,081	-,051			
	alho	-,049	,143	-,100	,079	-,023	,084	-,078	-,091	-,005	-,005	,077	-,064			
Ant-Image Correlation	Tristeza	,682*	-,002	-,080	-,236	-,033	,072	-,109	,005	-,275	-,111	-,192	,263			
	Solidão	-,002	,760*	-,024	,171	-,029	-,011	-,108	,050	-,297	-,125	,250	-,270			
	Sofrimento	-,080	-,024	,704*	-,151	,242	-,239	,252	-,165	-,126	-,116	-,355	-,012			
	Revolta	-,236	,171	-,151	,749*	-,106	-,029	,180	-,079	-,059	-,179	,068	-,369			
	Pensativo	-,033	-,029	,242	-,108	,664*	-,244	,133	,109	-,031	-,098	-,169	,011			
	Perda	,072	-,011	-,239	-,029	-,244	,572*	-,541	,006	,041	-,152	,078	,120			
	Amor	-,109	-,108	,252	,180	,133	-,541	,464*	-,006	-,028	-,140	-,291	-,116			
	Impotencia	,005	,050	-,165	-,079	-,109	,006	-,006	,666*	-,120	,087	,232	,143			
	Desespero	-,275	-,297	-,126	-,059	-,031	,041	-,028	-,120	,825*	-,032	,044	-,250			
	Ansiedade	-,111	-,125	-,116	-,179	-,098	-,152	-,140	,067	-,032	,799*	-,160	,280			
	Angustia	-,192	,250	-,355	,068	-,168	,078	-,291	,232	,044	-,160	,730*	-,250			
	Ira	,263	-,270	-,012	-,369	,011	,120	-,116	,143	-,250	,280	-,250	,727*			
	Medo	-,061	,080	,225	-,069	-,062	-,134	,064	-,009	,208	-,052	-,094	-,195			
	Aversao	-,109	,004	,009	,172	,080	-,105	,041	-,103	-,256	,029	-,139	-,047			
	Surpresa	-,047	-,196	,153	-,112	-,009	,084	-,058	-,111	,143	-,030	-,118	,120			
	Vergonha	,019	,016	-,003	,023	-,145	,174	,021	,078	-,065	-,162	,082	,026			
	Perdido	,068	-,149	,217	-,052	,165	-,133	,286	-,150	-,145	-,075	-,294	,012			
	Compaicao	-,282	-,040	-,144	,171	,032	-,023	-,005	,039	,166	,228	-,128	,145			
	Ressentimento	,064	-,161	-,013	-,080	,045	,061	-,048	-,086	,210	-,023	,125	-,016			
	Dor	,043	-,102	-,141	-,298	,046	-,126	-,014	,045	,165	,093	,075	-,043			
	Depressao	,049	-,264	,076	-,126	,003	-,122	,013	-,016	-,166	,151	-,296	,354			
	Curiosidade	-,063	,281	-,119	-,053	,098	-,151	-,053	,154	-,149	,049	,296	-,130			
	Confusao	,036	-,016	-,174	,108	-,129	,103	-,005	,107	-,131	-,027	,057	-,135			
	Panico	,119	,130	-,074	-,034	-,119	,094	-,053	-,221	-,101	-,213	-,043	-,111			
,078	-,017	,063	,006	-,097	-,037	,026	,030	,071	-,191	-,009	,003	-,023	,424	-,148	,121	-,164
-,029	,004	-,050	-,059	,066	-,038	,098	-,068	-,040	-,006	,016	-,053	,110	-,148	,457	-,159	,019
,098	,053	,058	-,062	-,085	,070	-,054	,044	,028	-,045	-,053	-,053	-,116	,121	-,159	,594	-,093
-,056	,040	-,070	-,014	,059	,039	,006	-,023	-,080	,057	-,028	,067	-,082	-,164	,019	-,093	,463
-,061	-,109	-,047	,019	,068	-,282	,064	,043	,049	-,063	,036	,119	,152	,167	,222	-,145	-,103
,080	,004	-,196	,016	-,149	-,040	-,161	-,102	-,264	,281	-,016	,130	-,091	-,159	-,040	-,087	,342
,225	,009	,153	-,003	,217	-,144	-,013	-,141	,076	-,119	-,174	-,074	-,074	,062	,033	,076	-,228
-,069	,172	-,112	,023	-,052	,171	-,080	-,298	-,126	-,053	,108	-,034	,134	-,089	,178	-,036	,175
-,062	,080	-,009	-,145	,165	,032	,045	,046	,003	,098	-,129	-,119	-,067	-,193	,225	-,044	-,043
-,134	-,105	,084	,174	-,133	-,023	,061	-,126	-,122	-,151	,103	,094	,107	,006	-,017	-,082	,186
,064	,041	-,058	,021	,286	-,005	-,048	-,014	,013	-,053	-,005	-,053	,152	-,023	,197	,000	-,170
-,009	-,103	-,111	,078	-,150	,039	-,086	,045	-,016	,154	,107	-,221	-,018	-,037	-,108	-,101	-,168
,208	-,256	,143	-,065	-,145	,166	,210	,165	-,166	-,149	-,131	-,101	-,129	,066	-,064	,220	-,015
-,052	,029	-,030	-,162	-,075	,228	-,023	,093	,151	,049	-,027	-,213	-,084	,043	-,216	-,122	-,010
-,094	-,139	-,118	,082	-,294	-,128	,125	,075	-,286	,296	,057	-,043	-,093	-,035	-,085	-,189	,205
-,195	-,047	,120	,026	,012	,145	-,016	-,043	,354	-,130	-,135	-,111	-,150	-,013	,012	-,116	-,165
,817*	-,241	-,017	,041	-,145	,034	-,178	,069	,007	-,157	-,006	-,132	-,071	,176	,063	-,187	-,120
-,241	,855*	-,404	-,201	-,014	,167	-,070	-,137	,158	,065	-,057	-,024	-,266	-,052	,013	,139	,119
-,017	-,404	,800*	-,239	,099	,153	-,066	-,240	,164	-,279	-,079	-,177	,060	,183	-,142	-,142	-,196
,041	-,201	-,239	,845*	-,202	-,037	-,088	,023	-,134	-,129	,048	,224	,113	,015	-,130	-,121	-,031
-,145	-,014	,099	-,202	,727*	-,208	-,049	-,140	-,022	-,009	,019	,066	,183	-,222	,146	-,164	,130
,034	,167	,153	-,037	-,208	,421*	-,269	-,305	,317	-,088	-,182	-,176	-,176	-,086	-,084	,137	,087
-,178	-,070	-,066	-,088	-,049	-,269	,805*	,159	-,282	-,109	-,156	-,015	-,156	,061	,222	-,107	,013
,069	-,137	-,240	,023	-,140	-,305	,159	,732*	-,093	,201	-,191	,066	,054	,071	-,153	,087	-,052
,007	,158	,164	-,134	-,022	,317	-,282	-,093	,736*	-,122	-,219	-,150	-,251	,181	-,098	,060	-,197
-,157	,065	-,279	-,129	-,009	-,088	-,109	,201	-,122	,844*	-,127	,072	-,066	-,459	-,013	-,091	,132
-,006	-,057	-,079	,040	,019	-,182	-,156	-,191	-,219	-,127	,851*	-,137	,323	-,021	,037	-,104	-,062
-,132	-,024	-,177	,224	,066	-,176	-,015	,066	-,150	,072	-,137	,846*	,020	,008	-,112	-,099	,141
	odio	,152	-,091	-,074	,134	-,067	,107	,152	-,018	-,129	-,084	-,093	-,150			
	coragem	,167	-,159	,062	-,089	-,193	,006	-,023	-,037	,066	,043	-,035	-,013			
	resignacao	,222	-,040	,033	,178	,225	-,017	,197	-,108	-,064	-,216	-,085	,012			
	deceção	-,145	-,097	,076	-,036	-,044	-,082	,000	-,101	,220	,122	-,189	-,116			
	alho	-,103	,342	-,228	,175	-,043	,186	-,170	-,168	-,015	-,010	,205	-,165			
-,132	-,024	-,177	,224	,066	-,176	-,015	,066	-,150	,072	-,137	,846*	,020	,008	-,112	-,099	,141
-,071	-,266	,060	,113	,183	-,176	-,156	,054	-,251	-,066	,323	,020	,718*	-,059	,274	-,253	-,202
,176	-,052	,183	,015	-,222	-,086	,061	,071	,181	-,459	-,021	,008	-,059	,468*	-,336	,241	-,371
-,063	,013	-,142	-,130	,146	-,084	,222	-,153	-,098	-,013	,037	-,112	,274	-,336	,521*	-,305	,041
,187	,139	,142	-,121	-,164	,137	-,107	,087	,060	-,091	-,104	-,099	-,253	,241	-,305	,516*	-,177
-,120	,119	-,196	-,031	,130	,087	,013	-,052	-,197	,132	-,062	,141	-,202	-,371	,041	-,177	,488*



coragem	,011	,359	,448	,402	,388	,336	,361	,266	,298	,219	,088	,065	,380	
resignacao	,072	,132	,321	,336	,079	,449	,268	,045	,248	,043	,371	,480	,487	
deceçao	,270	,089	,123	,222	,202	,499	,475	,133	,193	,385	,008	,015	,329	
almo	,312	,118	,094	,362	,441	,021	,486	,011	,206	,160	,204	,034	,254	
,445	,378	,090	,104	,202	,451	,453	,217	,000	,159	,389	,376	,001	,366	,002
,104	,006	,006	,069	,345	,105	,011	,440	,074	,067	,045	,034	,001	,131	,379
,365	,479	,127	,074	,459	,015	,387	,008	,271	,087	,047	,002	,368	,131	,046
,299	,159	,224	,036	,120	,123	,184	,101	,018	,182	,405	,001	,002	,379	,046

Gráfico E – Scree Plot



QuadroB – Distribuição das comunalidades

ITENS	INICIAIS	EXTRAÍDAS	ITENS	INICIAIS	EXTRAÍDAS
Tristeza	1,000	,668	Surpresa	1,000	,793
Solidão	1,000	,794	Vergonha	1,000	,681
Sufrimento	1,000	,753	Perdido	1,000	,679
Revolta	1,000	,603	Compaixão	1,000	,796
Pensativo	1,000	,570	Ressentimento	1,000	,771
Perda	1,000	,707	Dor	1,000	,644
Amor	1,000	,770	Depressão	1,000	,596
Impotência	1,000	,592	Curiosidade	1,000	,692
Desespero	1,000	,789	Confusão	1,000	,582
Ansiedade	1,000	,680	Pânico	1,000	,535
Angústia	1,000	,698	Ódio	1,000	,709
Ira	1,000	,675	Coragem	1,000	,784
Medo	1,000	,650	Resignação	1,000	,795
Aversão	1,000	,766	Deceção	1,000	,729
			Alívio	1,000	,710

Quadro C – Estrutura fatorial (Inicial) das dimensões das emoções dos enfermeiros perante a Criança em fim de vida

ITENS↓	FATORES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Surpresa	,768	,209	,175	,088	,086	,032	,185	-,129	,248
Medo	,716	,052	,140	,178	,109	,008	-,252	,084	-,030
Aversao	,693	,428	,249	,071	,034	-,015	,026	-,038	,179
Vergonha	,667	,225	,076	-,187	,157	,013	,307	,140	-,078
Ressentimento	,502	,254	-,084	,005	,075	,328	-,446	,356	,094
Solidão	,235	,824	-,027	,096	-,086	,127	,103	,108	-,063
Desespero	,224	,722	,406	-,018	,117	-,137	,035	,046	,133
Ira	,115	,613	,248	,052	,409	-,059	-,202	,100	,019
Depressao	,281	,490	,117	,171	-,062	,011	-,126	,435	,161
Tristeza	,194	-,057	,721	-,140	-,231	,140	-,102	,054	-,023
Revolta	,204	,260	,683	-,041	,113	,055	-,039	-,070	-,061
Sufrimento	-,148	,224	,637	,089	,093	,308	-,009	,094	,394
Angustia	,172	,249	,539	,359	-,142	,115	,034	,384	-,069
Ansiedade	,382	,099	,429	,409	-,154	-,155	,333	,114	-,024
Amor	,014	,059	-,146	,853	,008	-,097	-,080	-,016	,002
Perda	,047	,032	,101	,798	-,046	,127	,091	-,016	-,176
Coragem	-,043	,053	-,145	-,051	,820	,059	,278	-,010	-,042
Curiosidade	,365	,097	,021	-,002	,732	,107	-,041	-,003	-,015
Alívio	,023	-,113	,017	-,090	,535	-,223	-,185	,228	,516
Compaixao	-,104	-,201	,073	-,055	,055	,851	-,046	,061	-,059
Dor	,183	,211	,283	,118	-,054	,574	,266	-,227	,133
Confusao	,274	,351	,259	,158	,256	,439	,018	,076	,165
Perdido	,317	,341	,157	-,133	-,004	,436	,293	,222	-,307
Resignação	,127	,035	-,111	,025	,217	,102	,806	,096	,221
Ódio	,171	,383	,071	-,072	,158	-,158	,474	,453	,208
Deceção	-,040	,091	,051	-,025	,046	,024	,080	,837	,074
Impotencia	,201	,082	,031	-,174	-,026	,004	,142	,100	,695
Pensativo	,211	,008	,326	,303	,159	-,259	-,133	,247	,396
Panico	,310	,211	,330	,305	,004	,110	,065	,223	,355

Nota: Resultado da ACP: matriz após rotação de Varimax, com normalização de Kaiser, convergente em 14 iterações.

Quadro D – Variância explicada

	Total	% Variância	% acumulada	Total	% Vaariância	% acumulada
1	7,003	24,149	24,149	7,003	24,149	24,149
2	2,533	8,734	32,884	2,533	8,734	32,884
3	2,258	7,786	40,670	2,258	7,786	40,670
4	1,918	6,613	47,283	1,918	6,613	47,283
5	1,545	5,328	52,612	1,545	5,328	52,612
6	1,419	4,893	57,504	1,419	4,893	57,504
7	1,296	4,469	61,974	1,296	4,469	61,974
8	1,184	4,083	66,057	1,184	4,083	66,057
9	1,054	3,635	69,692	1,054	3,635	69,692
10	,965	3,327	73,019			
11	,838	2,889	75,908			
12	,834	2,875	78,783			
13	,765	2,637	81,420			
14	,699	2,411	83,831			
15	,590	2,034	85,865			
16	,519	1,790	87,655			
17	,470	1,620	89,275			
18	,437	1,507	90,782			
19	,404	1,393	92,175			
20	,349	1,202	93,377			
21	,322	1,112	94,489			
22	,278	,958	95,447			
23	,251	,866	96,312			
24	,238	,822	97,134			
25	,213	,735	97,869			
26	,188	,647	98,516			
27	,164	,564	99,080			
28	,143	,494	99,574			
29	,123	,426	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

ANEXO B – Questionário, declaração de princípios éticos e de confidencialidade e  
consentimento livre informado

## **Declaração de Princípios Éticos e de Confidencialidade**

César Carlos Pereira, enfermeiro a exercer funções no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Sousa Martins da Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E, a efectuar uma dissertação no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico da Guarda, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema: “*Emoções dos enfermeiros perante o fim de vida da criança*”, declara que os dados colhidos com a aplicação do questionário são utilizados exclusivamente para fins académicos, respeitando a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes conforme determina a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro.

Guarda, 11 de Abril de 2012

O enfermeiro

---

César Carlos Pereira

Caro colega:

Sou um enfermeiro da Unidade Local Saúde da Guarda, a exercer funções no serviço de Urgências Pediátricas, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

O presente instrumento de colheita de dados integra-se num projecto de Investigação sobre a temática “**Emoções dos enfermeiros perante o fim de vida da criança**”, assim solicito a sua preciosa colaboração no sentido do preenchimento do mesmo.

É importante que responda a todas as questões formuladas, a resposta é simples, pois não existem respostas certas ou erradas, qualquer resposta possível é correcta.

Todas as respostas são anónimas e confidenciais e utilizadas unicamente para fins académicos e cujos resultados serão colocados à disposição dos interessados.

Após preenchimento, agradeço que este seja entregue ao Ex.mo Enfermeiro Chefe do seu serviço.

Grato pela sua compreensão e imprescindível colaboração.

O Enfermeiro:

---

## PARTE I

Este questionário não levará muito tempo a responder. **Escolha uma e apenas uma resposta.** Responda, colocando uma cruz (X) na quadrícula que achar mais correta ou escrevendo nos espaços destinados para o efeito.

1 - Género:  Masculino  Feminino      2 – Idade   Anos

3 - Religião: Católica   
Testemunhas de Jeová   
Outra

4 - Habilitações Académicas:  
Curso de Bacharelato em enfermagem ou equivalente legal   
Curso de Licenciatura em enfermagem ou equivalente legal   
Mestrado   
Doutoramento

5 - Categoria Profissional:  
 Enfermeiro  Enfermeiro Graduado  
 Enfermeiro Especialista  Enfermeiro Chefe

6 - Tempo de Exercício Profissional:   Anos

7 - Tempo de serviço na área de Pediatria:   Anos

8 - Serviço onde exerce funções:  
 Pediatria  
 Urgência Pediátrica  
 Neonatologia  
 Consulta Externa de Pediatria

9 - Instituição: \_\_\_\_\_

10 - Tipo de Vínculo:  
 Contrato por tempo Indeterminado  
 Contrato a termo resolutivo certo  
 Contrato a termo resolutivo incerto

11 - A formação adquirida no curso de Enfermagem sobre a criança em fim de vida foi:

Má	Deficiente	Suficiente	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

12 - Frequentou ações de formação no âmbito da criança em fim de vida?

Sim  Não

12.1 - Se respondeu **sim** à pergunta anterior essa formação foi adquirida em:

- Serviço
- CEF/DEP
- Jornadas/congressos
- Outra. Especifique \_\_\_\_\_

12.2 - Considera-se preparado para prestar cuidados à criança em fim de vida?

Sim  Não

13 - Que importância atribui à sua estabilidade emocional para prestar cuidados à criança em fim de vida?

Nenhuma	Pouca	Alguma	Bastante	Muita
1	2	3	4	5

14 - Já prestou cuidados à criança em fim de vida?

Sim  Não

Se respondeu **Não** dê por terminado o preenchimento do seu questionário.

14.1 - Sentiu necessidade de apoio?

Sim  Não (Se respondeu **Não** passe à Parte II)

14.2 - Encontrou o apoio que necessitou?

Sim  Não (Se respondeu **Não** passe para a pergunta nº 15).

14.3 – Onde encontrou esse apoio:

- Instituição onde desempenha funções
- Família
- Amigos
- Religião
- Outro. Especifique \_\_\_\_\_

15 - Que tipo de apoio gostaria que lhe tivesse sido disponibilizado por parte da Instituição?

\_\_\_\_\_

## PARTE II

1 - Lidar com a morte na criança gera diferentes sentimentos /emoções. Coloque uma cruz na alternativa que melhor traduza a sua vivência ao lidar com a morte da criança.

Emoções	Absolutamente nada	Pouco	Nem pouco nem muito	Muito	Muitíssimo
	1	2	3	4	5
Tristeza					
Solidão					
Sufrimento					
Revolta					
Pensativo					
Perda					
Amor					
Impotência					
Desespero					
Ansiedade					
Ira					
Medo					
Aversão					
Surpresa					
Vergonha					
Perdido					
Compaixão					
Ressentimento					
Dor					
Depressão					
Curiosidade					
Confusão					
Angústia					
Pânico					
Ódio					
Coragem					
Resignação					
Deceção					
Alívio					

2 - O que mais o preocupa ao prestar cuidados à criança em fim de vida? \_\_\_\_\_

OBRIGADO

ANEXO C – Pedido de autorização para a aplicação da escala das emoções

Caro Enf. César Pereira,  
Agradeço-lhe pelo seu interesse e cuidado.  
No livro "Ilusões na Idade das Emoções" poderá encontrar  
uma das primeiras escalas de sentimentos que utilizei,  
e que tenho vindo a desenvolver.  
O meu livro mais recente, "O Desafio da Vida",  
inclui também alguns capítulos que lhe poderão interessar,  
nomeadamente sobre emoções/sentimentos e acerca da  
percepção da morte entre as crianças.  
Envio informação em Anexo.  
Desejo-lhe continuação de bom trabalho e boa semana!  
Um abraço,  
Abílio.

----- Forwarded message -----

From: **Cesar Pereira** <[cesarcarlosp@hotmail.com](mailto:cesarcarlosp@hotmail.com)>  
Date: 28 January 2012 00:52  
Subject: Pedido de autorização  
To: [abilio.oliveira@iscte.pt](mailto:abilio.oliveira@iscte.pt)

Exmo Sr: Professor Abilio Oliveira:

Como combinado após contacto telefónico venho pedir-lhe autorização para consultar a escala de avaliação das emoções e a referencia do vosso livro. Sou um enfermeiro que exerço funções na Unidade Local de Saúde da Guarda, no serviço de urgências pediátricas. Frequento o Curso de Mestrado em Saúde Infantil e pediátrica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politecnico da Guarda e estou a preparar a minha dissertação sobre a temática "**As emoções dos enfermeiros perante o fim de vida na criança**".

Desde já os meus agradecimentos:  
César Pereira

ANEXO D – Pedidos de autorização formal às instituições para aplicação do questionário

Ex.<sup>mo</sup> Sr. Enf.<sup>o</sup> César Carlos Pereira  
Bom Dia,

Recebemos o pedido enviado por V.<sup>a(s)</sup> Ex.<sup>cia(s)</sup>, de autorização para a realização de um estudo/projecto de investigação, neste Departamento.

Para uma correcta avaliação das implicações internas deste pedido, **agradecemos o preenchimento do formulário que se anexa, que nos deverá ser enviado, quando completo,** para o mesmo e-mail, **em conjunto com o projecto de investigação e protocolo bem como declaração de aceitação de orientação de trabalho de mestrado** do orientador e também do co-orientador (caso haja) digitalizados.

Queremos salientar a importância de ficarem bem claros os recursos solicitados ao DSCM, nomeadamente a logística do projecto no que se refere á distribuição, utilização e recolha do material implicado.

Mais se pede, que em paralelo proceda(m) ao envio do mesmo documento (devidamente assinado) em suporte de papel (formulário), e o remeta(m) para o Centro Hospitalar Cova da Beira, dirigido ao Secretariado da Direcção do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher (DSCM).

Com os melhores cumprimentos  
Secretariado do DSCM  
*Casimiro Martins*

*Para qualquer esclarecimento adicional:*

E-mail: [dscm@chcbeira.min-saude.pt](mailto:dscm@chcbeira.min-saude.pt)

Telefone: 275 330 000

Extensão: 14 405

Exm<sup>o</sup> Sr César Pereira

O Núcleo de Investigação do CHCB informa que foi autorizado a realização do estudo "Emoções dos enfermeiros perante o fim de vida das crianças".

A autorização poderá ser levantada no Núcleo de Investigação, de 2<sup>a</sup> feira a 6<sup>a</sup> feira, das 08h30 às 17h30 (intervalo para almoço das 13h30 às 14h30).

Mais se informa que foi tentado o contacto telefónico, mas sem sucesso.

Os melhores cumprimentos,

Rosa Saraiva





