

O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar

The nurse with the end-of-life person in the construction of caring

Cidália Frias *

Resumo

Problemática: A morte transferiu-se do domicílio para o hospital. Os enfermeiros parecem estar pouco preparados para assistir, entender e ajudar as pessoas no seu processo de morrer. Assim, a morte desencadeia emoções, como sejam medo, frustração e ansiedade o que dificulta o atendimento das necessidades destas pessoas, consequentemente, a construção do cuidado de enfermagem.

Objectivo: Descrever/analisar os estudos empíricos que foquem os cuidados à pessoa em fim de vida, evidenciando os dados encontrados e a forma como foi apurada a evidência científica.

Desenho: Revisão sistemática.

Métodos: Foi realizada pesquisa electrónica em várias bases de dados e manual, tendo sido encontrados 17 artigos que reuniam os critérios previamente elaborados. A amostra incluiu enfermeiros, pessoas em fim de vida, familiares, entre outros.

Dados: Os estudos alertam para a importância de se identificarem as necessidades das pessoas em fim de vida bem como para a participação activa dos doentes e familiares na construção dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: cuidado de enfermagem, necessidades no fim de vida, processo de morrer, doente terminal

Abstract

Problematic: The death moved of the domicile to the hospital. Nurses seem to be little prepared to attend, understand and help the people in their dying process. Thus, the death unchains emotions as fear, frustration and anxiety what makes it difficult the attendance of the necessities of these people, and as consequence, the construction of the care of nursing.

Goal: To describe/analyse the empirical studies that focus on the cares to the person in life end, evidencing the joined data and the form as the scientific evidence was refined.

Drawing: Systematic revision.

Methods: It was carried through electronic research in some databases and manual, having had been found 17 articles that congregated the criteria previously elaborated. The sample included nurses, people in life end, relatives.

Results: The studies alert for the importance of identifying the necessities of the people in end of life as well as for the active participation of the sick people's relatives in the construction of the cares of nursing. Finally, we mention the implications for the practice of nursing, formation and inquiry to it.

Keywords: nursing care, necessities in the life end, process to die, terminal sick person

* Professora Adjunta, Mestre em Ciências de Educação – Área de Educação e Desenvolvimento, Doutoranda em Enfermagem na Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo [cidaliafrias@hotmail.com].

Recebido para publicação em 01-02-07.
Aceite para publicação em 18-06-07.

1. Introdução

A morte deixou o domicílio e instalou-se no hospital. Morrer deixou de ser um acto íntimo, sereno e em família. Em Portugal, a partir dos anos de 1990, a morte consolidou-se nas organizações de saúde, com um crescimento superior a 200%. Na década de 1970, nas regiões do Norte, Centro, Algarve e Açores, menos de 20% das mortes ocorriam no hospital. Em três décadas tudo se alterou e nos Açores, no final dos anos de 1990, o número de mortes subiu no hospital para quase 70% (Silva, 2006).

Os hospitais são organizações que colocam ao dispor das pessoas uma prática tecnológica avançada, mais direccionada para a cura e, por vezes, desprovida de relacionamento humano, onde podemos encontrar as pessoas em fim de vida⁽¹⁾. A morte ao trocar o lar pela azáfama que o contexto organizacional impõe, envolveu-se num fenómeno técnico, em que apenas, se parece contemplar os gastos com o prolongamento sofisticado da doença. Esta realidade passa pela necessidade de condições físicas e orçamentais específicas e, também, por uma relação interpessoal. Neste sentido, os enfermeiros devem ser capazes de apreciar as necessidades da pessoa, bem como as condições e as doenças que as alteram (Henderson 1978, 2006). Ao tornar-se imperativo responder às necessidades destas pessoas é preciso saber prevê-las, avaliá-las e interpretar os sinais reveladores dessas mesmas necessidades, de modo a evitar que os doentes tenham sempre que pedir ou até de insistir nas suas respostas, o que orienta e garante a atenção particular prestada pelo enfermeiro a esses doentes (Hesbeen, 1997) a partir de uma constante mobilização de conhecimentos que entram em interacção a fim de desencadear as acções que as podem satisfazer ou compensar (Collière, 1999).

À semelhança do que ocorre noutras regiões, também na Ilha Terceira, a morte deixou de acontecer no seio familiar. Há uma tendência crescente para os familiares se libertarem de obrigações e “embarços”, no que diz respeito

aos doentes, não tendo outra alternativa senão o hospital, como um local de acolhimento para o seu familiar, tantas vezes, quase morto. Outras vezes, e, provavelmente, por falta de preparação ou apoio, a família precisa da ajuda dos enfermeiros para aliviar o sofrimento, a dor, ou a angústia do seu familiar em fim de vida. O envolvimento da pessoa em fim de vida e a família nos cuidados é um direito, o que obriga a uma verdadeira disponibilidade, participação e envolvimento dos enfermeiros. Neste processo, “os cuidados, e entre eles os cuidados de enfermagem, têm e terão que se procurar. Como a vida, que alguém disse ser preciso reinventar, há que reinventar os cuidados que promovam a vida, cuidados desalienantes que restituam um sentido à vida, tanto dos que recebem como dos que os prestam” (Collière, 1999, p. 350).

Num estudo efectuado por Brazil *et al.*, (2004)⁽²⁾, os enfermeiros consideraram que a “boa morte” era aquela em que sentiam que era preciso “ter lá a toda a hora alguém”, pois a pessoa em estado agónico quer ter sempre um “toque humano”; “uma loção na pele”. É fundamental atender às “pequenas coisas” de modo que percebam que não estão sozinhas ou “dar à pessoa o que ela precisa” (Hopkinson, 2004). A atenção a estas “pequenas coisas” revela a preocupação do enfermeiro com o outro, na sua existência, mas são esta “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem (Hesbeen, 1997).

(1) Ao longo desta revisão utiliza-se, com o mesmo significado, umas vezes a designação de “pessoa em fim de vida”, outras vezes “doente terminal”. No âmbito desta revisão, os critérios que adoptámos para definir doente terminal são: presença de uma doença avançada, incurável e terminal; escassa ou nula possibilidade de resposta ao tratamento activo, específico para a patologia de base; utilização, em certas situações, de recursos específicos pelo seu contributo favorável sobre a qualidade de vida; presença de problemas, sintomas intensos, múltiplos e multifactoriais; grande impacto emocional no doente, família, amigos e equipa de saúde, relacionado com o sofrimento e processo de morte; evolução no sentido da degradação progressiva e falência multiorgânica; prognóstico de vida limitado (\pm 6 meses, mais raramente anos) (Gómez, 1999, p. 163).

(2) Este estudo teve como propósito compreender como era prestado o cuidado de enfermagem às pessoas em fim de vida, em “instalações de cuidados a longo prazo”. Uma das conclusões foi que os cuidados prestados nestas instalações são muito diferentes dos cuidados prestados no hospital: “não estão bem”, principalmente no que diz respeito ao controlo dos sintomas da doença e à comunicação.

Assim, a construção do cuidado de enfermagem é realizada em redor de uma determinada situação⁽³⁾ que envolve quem o constrói, quem o recebe e o contexto. Com este encadeamento, a construção do cuidado inicia-se com o conhecimento e a identificação das necessidades da pessoa e família e pela procura de uma forma de lhes responder, fazendo apelo a diversos conhecimentos para se entender os sinais do processo saúde-doença. Isto é, “descodificá-los, procurando o seu sentido em relação à pessoa que os vive em ligação com o seu contexto de vida e as suas actividades (Collière, 1999, p. 245).

A questão que delineámos como orientadora desta revisão é: “Como é que o enfermeiro constrói o cuidar com a pessoa em fim de vida”? Desta questão emergiram outras duas:

- Quais as necessidades identificadas pelo enfermeiro que o ajudam à construção do cuidar?
- Que outros actores estão/podem estar envolvidos na construção do cuidar à pessoa em fim de vida?

Esta revisão tem como objectivo descrever/ analisar os estudos empíricos que foquem os cuidados à pessoa em fim de vida, evidenciando os dados encontrados e a forma como foi apurada a evidência científica.

2. Métodos utilizados

A presente revisão de literatura é restrita ao período de 1999-2006, porque existe um artigo⁽⁴⁾ (Bailey

⁽³⁾ “Toda a situação de cuidados é o encontro com uma pessoa que vive uma doença, uma deficiência, ou que encontra uma dificuldade que pode ter efeitos sobre a sua saúde. São, pois, os utilizadores de cuidados, a sua família, que detêm todos os elementos fundamentais da situação, são a primeira fonte de conhecimentos, não apenas pelo que dizem de si próprios, mas por tudo o que podemos captar de que nos deixam entrever pela expressão não verbal” (Collière, 1999, p. 295).

⁽⁴⁾ Este artigo “The nursing contribution to qualitative research in palliative care 1990-1999: a critical evaluation”, revela que foram identificados 138 estudos qualitativos, publicados em 50 jornais, realizados por investigadores de diferentes áreas: enfermagem, medicina, sociologia, antropologia e gerontologia, dos quais 67 foram realizados por enfermeiros.

et al., 2002), que apresenta uma metasíntese, “... que tem como finalidade desenvolver sínteses de estudos qualitativos...” (Ramalho, 2005, p. 76), realizada entre 1990-1999, que pretende demonstrar os contributos da investigação qualitativa nos cuidados à pessoa em fim de vida. Na respectiva metasíntese, foram identificadas necessidades dos enfermeiros, doentes, familiares e contextuais.

- Enfermeiros – Maior aproximação aos doentes; assuntos para discutir com os doentes; perder medos e descobrir métodos de gerir emoções;
- Doentes – Humor; toque; silêncio; encontrar um “caminho” para morrer;
- Familiares – Emocionais;
- Organizacionais – Política organizacional.

A pesquisa para o período de 1999-2006 foi realizada em diversos motores de busca/base de dados: Blackwell-Sinergy; MEDLINE; Nursing and Allied Health Collection: expanded: CINAHL: Pré-Cinahl; Psychology and Behavioural Sciences Collection; Zentral Blatt; B-ON – ACM – The Guide; Current Contents (ISI); ERIC (EB-SCO); BMJ.bmjournals; PubMed; ISI Proceedings; Web of Science (ISI); Journal Citation Reports (ISI); Ciências da Saúde (Periódicos *online*): Annual Reviews; ProQuest; SciELO.

Estendemos a pesquisa à documentação da Biblioteca da Universidade de Lisboa e Centros de Documentação das Escolas Superiores de Enfermagem de Angra do Heroísmo, Ponta Delgada, São José Cluny, Cidade do Porto, Ana Guedes, São João, Ângelo da Fonseca, Bissaya Barreto, Artur Ravara, Maria Fernanda Resende, Francisco Gentil, Calouste Gulbenkian de Lisboa e Universidade dos Açores. Listagens de dissertações/teses de mestrado, doutoramento, provas públicas para concursos não publicadas. Realizámos pesquisa manual de publicações periódicas nas bibliotecas das Escolas Superiores de Enfermagem de Angra do Heroísmo, Calouste Gulbenkian de Lisboa e Maria Fernanda Resende. Nos estudos seleccionados, considerámos relevantes algumas das referências bibliográficas mencionadas.

Fizemos várias tentativas até encontramos uma expressão de pesquisa que utilizasse a intersecção dos vários conceitos e em que pudéssemos atribuir-lhes o mesmo sentido, tendo sempre presente os critérios de inclusão e exclusão delineados.

As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: *end of life; death; nursing care; care development; care construction; patient's needs; family caregiver; qualitative research.*

O método PI[C]OD foi utilizado: participantes – enfermeiros, pessoas em fim de vida e familiares; Intervenções – Construção do cuidado de enfermagem (contributos dos familiares e das pessoas em fim de vida); [Comparações]; *Outcomes* – cuidado prestado; Desenho do Estudo – Estudos Qualitativos.

Os critérios (Quadro 1) adoptados para a selecção dos estudos a incluir nesta revisão sistemática foram imprescindíveis na formulação da pergunta de investigação. Obtivemos 180 estudos que se mostraram relevantes para a questão em estudo. Após a análise dos resumos, ficaram reduzidos a 50. Depois de uma leitura integral dos artigos a amostra ficou reduzida a 17 estudos.

Estes estudos foram analisados tendo por base os instrumentos “Critiquing Guidelines for Qualitative Research (Streubert, 1998 in Streubert; Carpenter 2002). Nesta revisão sistemática, a extracção dos dados dos estudos foi realizada evidenciando o ano, autores, países, características da amostra, intervenções e a forma como foi recolhida a evidência científica.

3. Apresentação e análise dos dados

Os estudos primários que compõem esta revisão têm diferentes desenhos como podemos verificar nas tabelas.

Na tabela 1 verificamos que a amostra varia entre 5 a 174 participantes – enfermeiros e a experiência de trabalho situou-se entre os 2 meses e os 19 anos.

Em quase todos os estudos há uma tendência para os enfermeiros enfatizarem as suas dificuldades aquando da construção do cuidado de enfermagem. Consequentemente, as necessidades destas pessoas não são amplamente satisfeitas. Para além de explicitarem os momentos de tensão e de envolvimento emocional com a pessoa em fim de vida, também são confrontados com questões colocadas pelos doentes às quais não sabem responder: “será/quando morrer?” (Hopkinson, *et al.* 2004), o que dificulta a prestação do cuidado de enfermagem (Frances *et al.* 2000). Quando se procede à sua construção, esta assenta, essencialmente, “no controlo de sintomas da doença” (King, 2002); mas os enfermeiros reconhecem que o cuidado se desenvolve aliviando e controlando o sofrimento da pessoa como seja o controlo da dor física do doente (Lopes, 2004) e da dor física e emocional dos familiares (Nordgren *et al.* 2004;).

No hospital, a tristeza pode acompanhar a morte e, mais presente estará se a pessoa em causa for jovem, levando o enfermeiro a identificar-se com ela, principalmente se têm a mesma idade ou

QUADRO 1 – Critérios de inclusão e exclusão para a selecção dos estudos

Critérios de selecção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Enfermeiros e pessoas em fim de vida; outros prestadores que ajudam à construção dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, familiares, em contexto hospitalar	Pessoas em fim de vida internadas em unidades de cuidados intensivos, instituições de psiquiatria, lares e hospícios
Intervenções	Construção do cuidado a prestar às pessoas em fim de vida	
Desenho	Recolha da evidência através de abordagens qualitativas	Abordagens quantitativas

TABELA 1 – Estudos sobre as experiências dos enfermeiros como cuidadores das pessoas em fim de vida, discriminados quanto aos autores, amostra/critérios, objectivos/intervenções, dados encontrados/sugestões e desenho do estudo

Autores	Amostra/Critérios	Objectivos/Intervenções	Dados encontrados/Sugestões	Desenho estudo
Wong, Frances <i>et al.</i> (2000) Japão	77 Enfermeiros com uma experiência média de 9 anos.	Solicitar aos participantes que escrevessem sobre os incidentes críticos ocorridos durante as práticas de enfermagem.	Os dados referem-se mais às dificuldades ocorridas durante as práticas: a morte tem impacto no enfermeiro, despoletando medo, frustração e ansiedade, dificultando a interação e, consequentemente, na prestação dos cuidados à pessoa no processo de morrer. A prática clínica e a prática reflexiva são imprescindíveis para aprender a estar face a face com a morte.	Fenómeno lógico
A. Kamimura; J. Banaszak - Holl (2004) Japão	18 Enfermeiros que trabalham em duas Unidades de Cuidados Paliativos	Conhecer as habilidades na comunicação das enfermeiras com outros profissionais de saúde e com as pessoas em fim. A técnica de colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada.	Os dados referem-se às dificuldades na comunicação (muito inseguras) das enfermeiras com os doentes em fim de vida e suas famílias. A cultura organizacional também não promove o desenvolvimento de competências relacionais.	Exploratório
Green, S. Dena <i>et al.</i> (2005) Connecticut EUA	174 enfermeiras que cuidam de pessoas em fim de vida em 6 hospitais, seleccionados aleatoriamente.	Num estudo prévio, foi aplicado um questionário que continha perguntas abertas e fechadas a 219 enfermeiros. Nesta fase, identificou-se os obstáculos, mais comuns, colocados à enfermeira. Este estudo, consiste na análise das perguntas abertas do questionário. Foi realizada análise temática.	A análise recaí, essencialmente, sobre os obstáculos na comunicação: Alteração súbita do estado do doente ou a sua morte ou, ainda, a hesitação dos médicos para discutirem o prognóstico com os doentes e familiares, o que interfere na prestação dos cuidados de enfermagem. A enfermeira, sente-se “impedida” de falar com os doentes sobre o prognóstico e “limita-a” nos cuidados a desenvolver. A manutenção da esperança é importante (ajuda os doentes a interiorizarem o seu fim de vida e a discutirem opções nos cuidados).	Qualitativo
King, Cynthia <i>et al.</i> (2002) EUA	24 Enfermeiras que trabalham em serviços de Oncologia	Conhecer a perspectiva das enfermeiras sobre as necessidades dos doentes no fim de vida. A técnica de colheita de dados foi a “focus group”.	O cuidado de enfermagem assenta no controle dos sintomas da doença.	Qualitativo
Hopkinson, Jane <i>et al.</i> (2004) Reino Unido	28 enfermeiras, com uma média de idades de 23 anos e com experiência superior a 2 meses e inferior a 3 anos	Os objectivos eram: Compreender como as enfermeiras cuidavam da pessoa no seu processo de morrer e construir uma teoria. A técnica de colheita de dados foi a entrevista não directiva que foi áudio-gravada.	O cuidado de enfermagem que assenta numa “boa morte” é dar à pessoa o que ela quer e precisa como seja a presença de um familiar ou morrer sem dor. Ajudar a morrer é uma parte do “trabalho que fazem”; confrontam-se com questões colocadas pelos doentes que não sabem responder como: “Será/quando vou morrer?” As enfermeiras vivem momentos de tensão e envolvimento emocional que não contribuem para ajudar a morrer bem. Quando conseguem esse equilíbrio emocional, sentem que o doente morre confortável. Mas para isso, o cuidado de enfermagem, também, tem de ser desenvolvido à volta da satisfação das necessidades da pessoa.	Fenomenológico
Mohan s. <i>et al.</i> (2005) Austrália	5 enfermeiras	Aceder às experiências das enfermeiras. A técnica de colheita de dados foi a entrevista e a análise dos dados foi realizada através do programa Nudist Vivo, QSR software program. Utilizado o método de comparações constantes de Glasser e Strauss (1967).	As enfermeiras referem-se às dificuldades: consideram que é muito complexo prestar cuidados às pessoas em fim de vida em hospitais que não são especializados na área dos cuidados paliativos. Os doentes precisam de um ambiente conducente ao momento que vivem na companhia dos familiares e, também, de estarem com outros doentes em fim de vida.	Grounded Theory
Nordgren Lena <i>et al.</i> (2004) Suécia	Enfermeiras e médicos que trabalham numa unidade de cuidados paliativos coronárias, com uma experiência compreendida entre 2 e 19 anos. A amostra foi por conveniência.	Compreender as percepções dos cuidadores face à prestação dos cuidados. A técnica de colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram áudio-gravadas e duraram entre 30 a 60 minutos.	O cuidado de enfermagem é: aliviar o sofrimento; controlar a dor física e emocional do doente; a ansiedade; controlar a dor emocional dos familiares. Os doentes e os seus familiares devem ser incluídos nas tomadas de decisão. Os obstáculos com que se deparam são: Falta de conhecimentos e in experiência e ambiente inadequado (Unidade de doentes agudos)	Qualitativo
Lopes, António (2004) Portugal	13 enfermeiros com idades compreendidas entre os 25-41 anos e com experiência profissional entre os 3 e 7 anos	O estudo teve como propósito encontrar o significado do cuidar a pessoa em fim de vida na perspectiva dos enfermeiros que cuidam dessas pessoas. Foram efectuadas entrevistas semi-estruturas que foram áudio-gravadas	O acompanhamento à pessoa em fim de vida causa desgasto e cansaço pessoal porque o enfermeiro envolve-se com o doente a fim de o ajudar, contudo, minimiza a dor e o sofrimento dessa pessoa. Por vezes, os cuidados não correspondem às expectativas do doente e família, levando-o a adoptar mecanismos de defesa, como a fuga e o medo de se exporem perante os familiares. No entanto, incentivam-nos a participarem nos cuidados à pessoa em fim de vida e a estarem presentes no momento da morte.	Grounded Theory
Thompson, Genevieve, <i>et al.</i> (2006) Canadá	Dez enfermeiras, com uma experiência de trabalho entre 3-6 meses	Conhecer as perspectivas das enfermeiras e os processos inerentes e elaborar uma teoria de médio alcance. Como técnicas de colheitas de dados foram efectuadas a observação participante, entrevistas e notas de campo. A observação teve períodos que oscilaram entre as 2 e as 4 horas, num total aproximado de 15 horas (a observação era centrada na interação das enfermeiras com os doentes a morrer). As entrevistas demoraram cerca de 30 minutos.	Quando o doente e a sua família entendem o processo da doença e participam activamente nas tomadas de decisão, como seja nos tratamentos a realizar é mais fácil a prestação dos cuidados. Uma enfermeira refere que a chave é: “muita conversa e muito carinho”. Existem aspectos negativos: as enfermeiras sentem-se frustradas e moralmente perturbadas para continuar determinados tratamentos quando as pessoas acham que precisam de cuidados paliativos. A idade dos doentes pode levar a enfermeira a identificar-se com eles, sobretudo, se são jovens. A fim de proporcionar um fim de vida com qualidade, as enfermeiras criam um ambiente que proporciona privacidade e não limitam as horas das visitas, contudo, consideram que há dificuldades nas relações interpessoais com os médicos, levando-as a sentirem-se limitadas nas tomadas de decisão sobre os tratamentos. Os factores organizacionais como a falta de quartos privados, de telefone e a monotonia também limitam a prestação do cuidado com qualidade.	Grounded Theory

então se o enfermeiro a identifica com alguém da sua proximidade (Frias, 2003; Thompson, 2006)). Mas, para além da juventude da pessoa que morre, existem outras situações em que a morte no hospital é difícil de viver por parte dos enfermeiros, pois são aquelas em que há laços afectivos com a pessoa. A longa duração dos internamentos e a inexorabilidade da forma como terminam são factores que contribuem para o desenvolvimento da afectividade entre os enfermeiros e a pessoa em fim de vida. Muitas vezes, também a tristeza dos familiares dos doentes afecta os enfermeiros – é uma tristeza muito angustiante!

Por outro lado, a esperança acompanha sempre a pessoa no seu percurso de morte, o que ajuda os doentes a interiorizarem o seu fim de vida e a envolverem-se nos cuidados (Green, 2005). No fim da vida, a esperança pode estar, apenas, ligada ao alívio da dor, ou à necessidade de satisfazer “algo” que lhe falta, ou até de sentir que deixa “obra” feita e que vai perdurar na memória dos que a acompanham (Frias, 2003).

O contexto onde ocorre o cuidado à pessoa em fim de vida não promove o desenvolvimento de competências relacionais (Kamimur *et al.*, 2004). A falta de privacidade, a monotonia (Thompson, 2006) não é conducente a uma prática efectiva nos cuidados à pessoa em fim de vida.

Na tabela 2, Estudos sobre as experiências das pessoas no seu processo de morrer, verificamos que as amostras se situam entre os 22 e 26 participantes. A perspectiva de vida destas pessoas era igual ou inferior a 6 meses num estudo e, noutro, verificamos que os participantes tinham idades compreendidas entre os 27 e 82 anos e estavam em fase terminal de uma doença oncológica.

Estas pessoas apreciam e valorizam muito as competências técnicas dos cuidadores (Laurel, 2000) e dos que lhes inspiram confiança e que respondam às suas questões (Vig, 2003). Os seus desejos e necessidades são, frequentemente, transmitidos oralmente pelos familiares aos enfermeiros. A família avisa o enfermeiro de uma determinada situação que ocorra ou o doente chama-o ou, ainda, quando o enfermeiro é visto a prestar cuidados a outro doente, pois os enfermeiros sabem sempre “safá-los” (Laurel, 2002). Valorizam muito a sua independência (ex: tomar as refeições sozinhas)⁽⁵⁾ e querem ser envolvidos nos cuidados até ao fim (Vig, 2003). Mesmo no fim da vida, estas pessoas têm projectos e querem manter-se vivas; algumas (re)organizam as suas finanças e preparam o seu

⁽⁵⁾ Estamos perante uma necessidade básica do doente – comer – que segundo Virginia Henderson também compreende uma componente dos cuidados de enfermagem (1978; 2006).

TABELA 2 – Estudos sobre as experiências das pessoas em fim de vida no processo de morrer discriminados quanto aos autores, amostra/critérios, objectivos/intervenções, dados encontrados/sugestões e desenho do estudo

Autores	Amostra/Critérios	Objectivos/Intervenções	Dados encontrados/Sugestões	Desenho estudo
Vig, Elizabeth <i>et al.</i> (2003) EUA	26 doentes (homens) com uma perspectiva de vida igual ou inferior a 6 meses (avaliação efectuada com a escala de Karnofsky performance)	Conhecer a perspectiva dos doentes em fim de vida acerca do seu processo de morrer. Foi utilizada a entrevista semi-estruturada para a colheita de dados. As respostas foram áudio-gravadas.	Apreciam muito os cuidadores que lhes inspiram confiança, que os ajudam a tomar decisões, que controlam os sintomas da doença e que respondam às suas questões. Valorizam muito a sua independência: acham fundamental participar em actividades como seja nas refeições. A presença/ajuda dos familiares também é fundamental, contribuindo para uma “boa morte” Consideram que é muito importante ter projectos e levar uma “vida normal” tanto quanto possível. Alguns doentes (re) organizam as suas finanças e preparam o seu funeral.	Grounded Theory
Radwin, Laurel (2000) EUA	22 doentes (7 homens e 15 mulheres), com idades compreendidas entre os 27 e 82 anos, com doença oncológica em fase terminal.	Descrever as experiências que tiveram com as enfermeiras que consideraram “boas” e as que consideraram “menos boas”. A técnica de colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada. As entrevistas tiveram a duração entre 1 a 1,5 horas e foram áudio-gravadas	Os doentes apreciam a confiança, o optimismo e autenticidade das enfermeiras. Sentem-se seguros e sabem que as enfermeiras compreendem as necessidades deles: “sabem sempre safar-nos”: “ quando quero colocar questões, chamo pela minha enfermeira”. Consideram que os cuidados de enfermagem são: Ter conhecimentos (saber os efeitos da quimioterapia); mobilizar competência técnicas (administração de terapêutica EV e mobilizar competências técnicas (administração de terapêutica EV e sua vigilância. Querem estar envolvidos nas tomadas de decisão, como seja na administração dos anti-eméticos e nos débitos das perfusões. A individualidade passa também por saber interpretar as emoções	Grounded Theory

funeral (*ib.*, 2003). Por outro lado, a presença/ajuda dos familiares contribui para uma “morte boa” (*ib.*, 2003). O enfermeiro lida com uma família no limite das suas forças e, assim sendo, está presente uma relação triangular: doente-cuidador-família (Abiven, 1997).

As expectativas destas pessoas em relação aos enfermeiros, no que diz respeito às competências técnicas, são: saber dar uma injeção, possuir conhecimentos técnicos avançados e mostrar segurança, entre outras (Hesbeen, 1997).

Muitas vezes, as pessoas em fim de vida esperam por um familiar que chegará de algum lugar distante, pois necessitam de resolver conflitos ou querem dizer o último “adeus” e “deixam-se morrer” (Hennezel, 1997; Stajduhar, 2001; Frias 2003). E, assim, o enfermeiro vai construindo o cuidado de enfermagem, ajudando a pessoa em fim de vida a comunicar com aquele familiar que está distante com “um simples telefonema” (Frias, 2003).

Na tabela 3, a amostra situa-se entre 13 e 111 cuidadores, entre enfermeiros, familiares, médicos, capelães, dietistas, assistentes sociais e voluntários. Estes participantes eram convidados a explicitarem as suas experiências acerca das preocupações das pessoas em fim de vida e sobre o que elas consideravam uma “boa” ou “má” morte.

Os cuidadores precisam de saber quais são as necessidades das pessoas em fim de vida e como podem satisfazê-las; deverão consciencializar-se que a grande prioridade é o alívio do sofrimento (Stajduhar, 2001; Bolmsso, 2002). Estas pessoas querem participar na satisfação das suas necessidades: querem ser informadas sobre o processo da sua doença, da previsibilidade de determinados sintomas (Clayton, *et al.*, 2005); querem resolver eventuais conflitos e passar o tempo que lhes resta com os familiares e amigos (Stajduhar, 2001; Frias, 2003). Quando há um verdadeiro encontro entre cuidadores e doente, a construção do cuidado inscreve-se entre a pessoa que cuida e outra que recebe cuidados. Para os cuidadores, trata-se de encontrar uma pessoa no seu percurso particular de vida e fazer com ela o percurso até ao fim.

O tempo dedicado aos doentes restringe-se, essencialmente, aos cuidados rotineiros; aos cuidados ao corpo (Costello, 2001) e à vigilância das máquinas perfusoras (Pincombe, 2003). A maioria das enfermeiras parece sentir-se mais à vontade quando executa cuidados técnicos, pois o corpo do doente é constrangedor e, assim, o gesto técnico facilita-lhe a interação.

“O contacto com o corpo deixa de ser directo para se fazer através de um acto técnico. Este funciona como um filtro entre o profissional e o corpo do doente protegendo o primeiro da emoção que o segundo pode suscitar” (Mercadier, 2002, p. 256). É importante saber os medos destas pessoas e desmistificar os mitos, havendo uma preocupação dos doentes e cuidadores (familiares) com potenciais complicações na hora da morte (Clayton *et al.*, 2005).

Os cuidadores estão conscientes que têm dificuldades em comunicar com as pessoas em fim de vida: “não é um hábito na nossa cultura” (Bolmsso, 2002). A comunicação é um entrave ao desenvolvimento dos cuidados e é um tema recorrente em muitos estudos. Há dificuldade em manter uma comunicação terapêutica que está revestida de vários factores, “todos imersos no medo secular da morte e na implícita dificuldade em lidar com o assunto” (Sapeta e Lopes, 2007, pp. 52-53). Contudo, os enfermeiros são muito sensíveis às necessidades das famílias, alargando o horário das visitas para além do estipulado pelas organizações (Pincombe, 2003), as quais dão um contributo inquestionável à construção do cuidado de enfermagem, partilhando com o enfermeiro os gostos do seu familiar doente, os desejos e, até, parte da sua vida.

A existência de quartos privados, a fim de o doente morrer tranquilamente, levam-no ao isolamento e a situações que comprometem a sua dignidade (Pincombe, 2003). É importante referir que os cuidados têm vários passos que são cumpridos, com uma sequência de “rituais”, o doente só é visitado a fim de lhe ser aplicada determinada técnica, o que pode levar os cuidadores a não valorizarem um encontro de natureza afectiva. Desta forma, podem controlar as suas emoções, pois a estratégia mostra-se eficaz e, assim, mantém-se “a conspiração do silêncio” (Costello, 2001).

TABELA 3 – Estudos sobre as experiências dos cuidadores no processo de morrer discriminados quanto aos autores, amostra/critérios, objectivos/intervenções, dados encontrados/sugestões e desenho do estudo

Autores	Amostra/Critérios	Objectivos/Intervenções	Dados encontrados/Sugestões	Desenho estudo
Costello, John (2001) Inglaterra	A amostra é constituída por 74 doentes, 29 enfermeiros e 8 médicos	Conhecer as experiências dos doentes no (seu) processo de morrer e das enfermeiras. As técnicas de colheita de dados foram: observação participante (efectuada durante 15 meses com um total de 250 horas de observação); entrevistas semi-estruturadas (com uma duração aproximada de 30 minutos); e notas de campo.	Na sua maioria, os cuidados prestados pelos enfermeiros ao doente, são cuidados ao corpo; os cuidados de higiene, levam ao conforto do doente. Reconhecem a importância de conversar com o doente a fim de identificar as necessidades psicológicas. Há dificuldades na comunicação com o doente a morrer – é mantida uma conspiração do silêncio.	Einográfico
Pincombe, Jan <i>et al.</i> (2003) Austrália	20 doentes (12 homens e 8 mulheres), com os seguintes critérios: Idade superior a 18 anos; Cálculo de 6 dias de vida; 12 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, dietistas, uma assistente social e uma fisioterapeuta)	Conhecer os cuidados prestados aos doentes em fim de vida. Na 1.ª fase recolheram-se dados através da observação não participante. Na 2.ª fase foi realizada observação participante e entrevistas aos profissionais de saúde. Foram realizadas observações em mais de 6 períodos do dia diferentes e tiveram em conta os momentos em que são prestados os cuidados aos doentes.	O tempo dedicado aos doentes, restringia-se aos cuidados rotineiros e à verificação do funcionamento das máquinas perfusoras para administração da terapêutica endovenosa, entre outros. As famílias dão um contributo bastante importante quer física quer emocionalmente aos doentes, embora, alguns familiares desejem que o doente “morra depressa”. Os cuidadores consideram que mudar um doente para o “quarto privado”, proporciona privacidade ao doente e família no processo de morrer. Contudo, os dados da observação sugerem que os doentes sozinhos no, “quarto privado”, conduzem-no ao isolamento, à perda de identidade e a situações que comprometem a sua dignidade. Embora houvessem regras definidas no hospital, os cuidadores demonstraram sensibilidade às necessidades das famílias e encorajam-nas a visitarem os doentes a qualquer hora. Os “quartos privados”, suposta-mente, os mais tranquilos para os doentes morrerem em paz eram os que estavam anexos às áreas de serviço, banheiros que apresentavam ruídos constantes. Os barulhos e cheiros não eram conducentes para um doente morrer em paz. Observaram-se estratégias que pretendiam atenuar estes cheiros como seja o uso de óleo de eucalipto sobre as toalhas. O estudo sugere que os profissionais de saúde devem desenvolver habilidades na comunicação com os doentes em fim de vida.	Qualitativo
Stajduhar K. (2001) EUA	75 Participantes (27 enfermeiras, 10 assistentes sociais, 8 voluntários, 6 médicos, 6 capelães e 6 familiares das pessoas em fim de vida.	Os participantes eram convidados a explicitar as suas experiências sobre o que consideravam uma “boa” ou “má” morte. A técnica de colheita de dados foi a <i>focus group</i> . Foram realizados 12 com 6 a 8 participantes. As entrevistas foram áudio-gravadas, transcritas e analisadas usando o método de comparações constantes.	O controlo da dor, os sintomas da doença e o alívio do sofrimento são situações que inspiram cuidados; é preciso uma “boa comunicação” e uma tomada de decisão clara sobre a administração dos analgésicos. Preparar a morte exige saber as necessidades dos doentes em fim de vida e estes querem participar activamente na satisfação dessas necessidades: querem saber o percurso da doença, pois querem resolver conflitos, passar o tempo com os amigos e familiares e dizer “adeus”. Consideram importantes serem vistos como pessoas e não como uma doença. Os familiares também apreciam que os cuidadores vejam o doente como uma pessoa e que o compreendam no seu contexto, com os seus valores e preferências. Os elementos do grupo centraram-se em dar respostas que reflectiam as preocupações existenciais das pessoas em fim de vida, apontando, como pontos essenciais o alívio dessas “preocupações” e o proporcionar “uma boa morte”.	Grounded Theory
Bolmsso, Ingrid <i>et al.</i> (2002) Suecia	7 Participantes: 2 Enfermeiras 1 Médico 1 Capelão 2 Familiares	Juntar as reflexões dos familiares e profissionais sobre as experiências deles acerca das preocupações existenciais das pessoas em fim de vida. Conhecer em que condições os profissionais desta área cuidam das pessoas em fim de vida. A técnica de colheita de dados foi a de <i>focus group</i> . Foram registadas três sessões que duraram entre 1h30 a 2 horas e foram registadas em fita magnética.	As necessidades existenciais variam consoante a fase da doença em que a pessoa se encontra e a idade. Os profissionais de saúde consideram que é um privilégio quando alguém no fim da vida, partilha com eles os seus problemas existenciais, considerando que aquelas perguntas, também poderiam ser as deles. Reconhecem que não estão muito preparados na arte de escutar e encontrar o momento certo com a pessoa dando-lhe a oportunidade para falar do que a preocupa – “não é um hábito na nossa cultura”. Os familiares consideram que precisam muito de apoio e referem que do médico, apenas, esperam o “diagnóstico”; e das enfermeiras esperam “os cuidados e a comunicação”. Os responsáveis das organizações também devem ter em conta os desejos e as preocupações dos vários grupos profissionais, necessitando de muito diálogo entre eles, havendo necessidade de grupos de terapia.	Qualitativo
Clayton, <i>et al.</i> (2005) Austrália	19 doentes com cancro e em fim de vida 24 cuidadores (familiares)	O estudo pretendia explorar as informações a cerca do processo de morrer dos doentes e dos seus cuidadores. As técnicas de colheita de dados foram: <i>Focus group</i> e entrevista semi-estruturadas que foram áudio-gravadas	Os dados referem-se à necessidade de: tomar decisões a cerca dos tratamentos e das necessidades existenciais; prever eventuais sintomas; preferência do local para morrer. É importante saber quais os medos das pessoas e, assim, desmistificar alguns mitos. Muitos participantes preocupam-se com as potenciais complicações na hora da morte.	Qualitativo

4. Análise, síntese e transformação dos dados

Apresentamos uma metassíntese⁽⁶⁾ dos estudos, porque se torna fundamental sintetizar de forma compreensível os seus significados e as suas implicações para a prática de enfermagem.

(6) "... a metassíntese implica um conjunto bem definido de etapas, que podem não ser seguidas rigidamente numa determinada sequência, mas pelo contrário permitem passar de umas para as outras à semelhança do preconizado no ciclo hermenêutico de interpretação e compreensão dos fenómenos em estudo" (Ramalho, 2006, p. 64).

A metassíntese tem como "finalidade desenvolver sínteses de estudos qualitativos que através de metodologias rigorosas permitem integrar o conhecimento desenvolvido pela investigação qualitativa na prática clínica de enfermagem" (Ramalho, 2006, p. 64). Tendo por base estas premissas, recorremos a Jean Watson (1988) e Sandelowski e Barroso (2003) para os seguintes procedimentos: após a análise de cada estudo, retirámos as frases mais significativas e atribuímos temas em que potencialmente podiam inserir-se.

QUADRO III – Extração e transformação dos dados referentes às experiências dos enfermeiros, outros cuidadores e pessoas em fim de vida, agrupadas por temas com a respectiva descrição e compreensão dos dados que as caracterizam

Temas	Descrição dos dados que caracterizam a experiência	Compreensão dos dados que caracterizam a experiência
Necessidades da pessoa em fim de vida (factores que interferem como a relação enfermeiro-pessoa em fim de vida)	Os estudos focam as dificuldades na interacção enfermeiro-pessoa em fim de vida. A morte despoleta medo, ansiedade e frustração, levando, por vezes, as enfermeiras a sentirem-se moralmente perturbadas para administrarem determinados tratamentos. As enfermeiras vivem momentos de tensão e envolvimento emocional, o que não ajuda ninguém a morrer bem. Os cuidadores "Quando conseguem um equilíbrio emocional, sentem que o doente morre confortável." Os cuidadores precisam de se inteirar das necessidades físicas, sociais, emocionais, espirituais e existenciais dos doentes; desenvolver competências relacionais e envolverem-se no projecto de cuidados.	As necessidades da pessoa em fim de vida são múltiplas, de diferentes espécies e não são iguais para todas as pessoas. Há necessidades que se impõem a todas as pessoas, como, por exemplo, comer, dormir... Mas como as necessidades são concretas e singulares, a medida de satisfação dessas necessidades varia de pessoa para pessoa. Quando falamos destas necessidades comuns, há que cuidar de as satisfazer adequadamente: mesmo se idênticas para diferentes pessoas, satisfazer as necessidades exige que, possamos "aferir" no momento e caso singulares e concretos, as nossas respostas. Por mais atento que eu seja ao outro e às suas "necessidades", como estas são sempre singulares e concretas (ainda que idênticas às dos outros todos e às minhas), as necessidades são realmente dele, e ele tem, por isso, um papel insubstituível na definição de quais são essas necessidades e de como pensa e espera que possam ser satisfeitas.
Contributo/construção do cuidado de enfermagem	O cuidado de enfermagem assenta, essencialmente, no "controlo de sintomas e nos cuidados ao corpo e, os doentes consideram que os cuidados são: ter conhecimentos sobre as drogas, vigiar as perfusões e estarem envolvidos nas tomadas de decisão.	Os meus cuidados só são verdadeiramente cuidados se forem desenvolvidos nesta atitude de "cuidar com". Caso contrário, posso estar a fornecer excelentes respostas, mas não para aquelas necessidades reais, singulares e concretas da pessoa que tenho comigo naquelas circunstâncias singulares e concretas. É por isso que a competência técnica do cuidar, embora irrecusavelmente necessária é insuficiente para o "cuidar". Este ou é "cuidar com" ou não é um verdadeiro cuidar. Cuidar com é adequar, inevitavelmente com o outro, o que sabemos ser uma necessidade universal e genérica às "necessidades" singulares e concretas.
Ambiente	O ambiente influencia a prestação do cuidado de enfermagem. A existência de um quarto privado para o doente morrer com privacidade, pode levar a situações que comprometam a dignidade da pessoa.	Uma concepção de "cuidar" recolhida ao significado de "prestar cuidado" dificilmente ultrapassa o domínio do técnico. Poderá até ser, "funcional" mas é redutora e desperdiça um manancial de vida. No "cuidar" fica indistinta e indecisa a separação entre activo e passivo; quem "cuida" e quem é "cuidado" No momento em que consigo fazer essa distinção, perdi a essência do "cuidar".

Seguidamente, confrontámos as frases mais significativas e reduzimo-las às que evidenciavam as experiências, mas tendo sempre presente a essência da questão. Por fim, integrámos essas frases e formámos a estrutura compreensiva (Quadro III).

5. Conclusões

Por vezes, a concepção de “cuidar” é uma mera execução de técnicas, utilização de instrumentos e desempenho de funções profissionais o que a torna insuficiente. Esta concepção tem outro “pressuposto”, completamente diferente, a saber: o cuidar seria um conjunto de gestos pré-definidos (não uma construção), da exclusiva responsabilidade de quem o presta (e não de quem o recebe), válido em todas as situações de certo tipo (independentemente do contexto concreto).

A construção do cuidar em enfermagem desdobra-se em outras questões mais específicas: quem constrói o cuidar?; o que é construir o cuidar?; onde se constrói o cuidar?; com que recursos se constrói o cuidar? De que modo se constrói o cuidar?; quando se constrói o cuidar?

A todas estas questões deve responder-se explicando o porquê das respostas que se vão encontrando. Isto porque o cuidar em enfermagem não é um acto transitivo, de um “sujeito” para um “objecto”, algo que se passa entre um “sujeito” (enfermeiro) que cuida e um “objecto” (pessoa em fim de vida) que recebe cuidado. Porque, em enfermagem, o “objecto” é essencialmente um sujeito.

Concluo, salientando que o cuidar é um acto conjuntivo e, no discurso científico da enfermagem, a compreensão adequada para o conceito de “cuidar” é cuidar com, não cuidar de alguém.

Este “com” do cuidar manifesta-se na relação entre o enfermeiro e a pessoa em fim de vida e está expresso na questão de investigação: o cuidar constrói-se.

Bibliografia

- ABIVEN, Maurice (1997) – **Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos**. Loures: Lusociência.
- BAILEY, Chris [et al.] (2002) – The nursing contribution to qualitative research in palliative care: acritical evaluation. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 40, n.º 1, p. 48-60.
- BARBOSA, António (2002) – Pensar o morrer nos cuidados de saúde. **Análise Social**. Vol. 38, n.º 166, p. 1-15.
- BOLMSJO, Ingrid; HERMEREN, Goram (2001) – Interviews with patients, family, and caregivers in amyotrophic lateral sclerosis: comparing needs. **Journal of Palliative Care**. Vol. 17, n.º 4, p. 236-240.
- BOTTORFF, Joan [et al.] (1998) – Striving for balance: palliative care patients’ experiences of making everyday choices. **Journal of Palliative Care**. Vol. 14, n.º 1, p. 7-17.
- BRASIL, Kevin [et al.] (2004) – Quality end-of-life in long-term care facilities: service providers’ perspective. **Journal of Palliative Care**. Vol. 20, n.º 2, p. 85-92.
- CLAYTON, J. M. [et al.] (2005) – Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. **Support Care Cancer**. Vol. 13, n.º 8, p. 589-599.
- COLLIÈRE, Françoise (1999) – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 2.ª ed. Loures: Lusociência.
- COSTELLO, John (2001) – Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 35, n.º 1, p. 59-68.
- FRIAS, Cidália (2003) – **A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação**. Loures: Lusociência.
- JOSSO, Christine (2002) – **Experiências de vida e formação**. Lisboa: Educa.
- GÓMEZ, Sancho (1999) – **Medicina paliativa en la cultura latina**. Madrid: Ed. Aran.
- HENDERSON, Virgínia (2006) – The concept of nursing. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 53, n.º 1, p. 21-31.
- HESBEEN, Walter (1997) – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. 2.ª ed. Loures: Lusociência.
- HOPKINSON, J. B.; HALLET, C. E.; LUKER, K. A. (2003) – Caring for dying people in hospital. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 44, n.º 5, p. 525-533.
- KAMIMURA, A.; BANASZAK-HOLL, J. (2004) – Uncertainty and communication: nurse’s communication in Japanese palliative care. **The Gerontologist**. Vol. 44, n.º 1, p. 660.
- LOH, Keng Yin (2006) – Exploring terminally ill patient’s and their families’ perceptions of holistic care in Malaysia. **International Journal of Palliative Care**. Vol. 12, n.º 1, p. 38-41.

- MERCADIER, Catherine (2004) – **O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmbito da interacção prestador de cuidados-doente.** Loures: Lusociência.
- MOHAN, S. [et al.] (2005) – Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience. **European Journal of Cancer.** Vol. 14, n.º 3, p. 256-263.
- NARAYANASAMY, Aru (2002/2003) – Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. **British Journal of Nursing.** Vol. 11, n.º 22, p. 1461-1470.
- NORDGREN, Lena; OLSSON, Henny (2004) – Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses' perceptions. **Journal of Clinical Nursing.** Vol. 13, n.º 2, p. 185-193.
- PINCOMBE, Jan; BROWN, Margaret; MCCUTCHEON, Helen (2003) – No time for dying: a study of case of dying patients in two acute care Australian hospitals. **Journal of Palliative Care.** Vol. 19, n.º 2, p. 77.
- RADWIN, Laurel (2000) – Oncology patients' perceptions of quality nursing care. **Research in Nursing & Health.** Vol. 23, n.º 2, p. 179-190.
- RAMALHO, Anabela (2005) – **Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem.** Coimbra: Formasau.
- SANDELOWSKY, Margarete; BARROSO, Julie (2003) – Creating metasummaries of qualitative findings. **Nursing Research.** Vol. 52, n.º 4, p. 226-233.
- SAPETA, P.; LOPES, M. (2007) – Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. **Referência.** 2.ª Série, n.º 4, p. 35-60.
- SCHULMAN-GREEN, D. [et al.] (2005) – Nurses' communication of prognosis and implications for hospice referral: a study of nurses caring for terminally ill hospitalized patients. **Journal of Critical Care.** Vol. 14, n.º 1, p. 64-70.
- SEYMOUR, J. [et al.] (2003) – Specialist palliative care: patients' experiences. **Journal of Advanced Nursing.** Vol. 44, n.º 1, p. 24-33.
- SILVA, Nuno José (2006) – **A morte abandona a casa e instala-se nos hospitais.** [Consult. 4 Mar. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://dn.sapo.pt/2006/01/08/sociedade/a_morteabandona_a_casa_e_instalase.html>.
- STAJDUHAR, K. (2001) – A good death: observations of patients, families, and providers. **Evidence-Based Nursing.** Vol. 4, n.º 1.
- THELEN, Mary (2005) – End of life decision making in intensive. **Critical Care Nurse.** Vol. 25, n.º 6, p. 28-37.
- TOMEY, Ann Marriner (2004) – Virginia Henderson: definição de enfermagem. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOD, Martha – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.** 5.ª ed. Loures: Lusociência. p. 111-125
- VIG, Elizabeth; PEARLMAN, Robert (2003) – Quality of life while dying: a qualitative study of terminally ill older men. **Journal of the American Geriatrics Society.** Vol. 51, n.º 11, p. 1595-1601.
- WATSON, Jean (1988) – **Nursing: human science and human care: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing.
- WONG, Frances; LEE, Wai (2000) – A phenomenological study of early nursing experiences in Hong Kong. **Journal of Advanced Nursing.** Vol. 31, n.º 6, p. 1509-1515.