

Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?

People in the final phase of life: what therapeutic nursing interventions are carried out at the emergency room?

António Alberto Batista da Veiga*

Carla Alexandra Moreira Barros**

Paulo Jorge da Rocha Couto***

Pedro Manuel Soares Vieira****

Resumo

No contexto hospitalar, perante o doente em fase final de vida o enfermeiro tem um papel fundamental na medida em que é o profissional de saúde que está mais próximo do doente e que mais possibilidade tem de o apoiar nessa fase tão difícil como é a fase final de vida.

Com a finalidade de descrever os fenómenos relacionados com o processo de percepção das intervenções terapêuticas de enfermagem nos doentes em fase final de vida de um serviço de urgência, adoptou-se uma abordagem qualitativa, os autores realizaram um estudo de natureza descritiva e de carácter exploratório, utilizando-se no processo de colheita de dados a entrevista semi-estruturada.

Realizaram-se 20 entrevistas, tendo-se evidenciado, após o seu tratamento e análise, uma preocupação premente dos enfermeiros com doentes em fase final de vida, valorizando especificamente intervenções do tipo relacionais como a comunicação, o conforto, o apoio e acompanhamento pela família, proporcionar um ambiente calmo, com privacidade; e algumas técnicas como o alívio dos sintomas, especificamente o alívio da dor.

Palavras-chave: enfermeiros, doente terminal, serviços médicos de emergência.

* Enfermeiro Graduado, Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E., e-mail: l.albertoveiga@gmail.com

** Enfermeira Graduada, UCIPU do Hospital de São João E.P.E., e-mail: pestanuda@sapo.pt

*** Enfermeiro Graduado, Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E., e-mail: paulocouto.jr@gmail.com

**** Enfermeiro Graduado, Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E., e-mail: vsm.pedro@gmail.com

Abstract

In a hospital context, being with the patient in the final phase of life, the nurse has an important role since she/he is the closest health professional to the patient and has, in this way, a greater opportunity to support him in such a difficult phase of life.

In order to describe the phenomena of the patient perspective related to the therapeutic nursing interventions in an emergency room, and adopting a qualitative approach, the authors carried out a descriptive, exploratory study, using a semi-structured interview method to collect the data.

Twenty interviews were carried out having shown up, and the analysis showed the nurses' concern towards the patient in the final phase of life, especially valuing interventions such as communication, comfort, family support and presence, providing a calm environment with privacy and, finally, some techniques, such as symptom relief, specifically pain relief.

Keywords: nurses, terminally ill, emergency medical services.

Recebido para publicação em: 13.08.08

Aceite para publicação em: 14.04.09

Introdução

Vivemos numa sociedade profundamente marcada pela ciência e pela técnica, o que traz inevitavelmente consequências boas e más. Para Sousa (1995), não existe lugar na vida moderna para pensar a morte, seqüela inevitável do avanço científico e tecnológico. Quando o doente apresenta maior probabilidade de morrer, os profissionais de saúde omitem o assunto “morte” e tendem a sobrevalorizar as tarefas essencialmente técnicas, sendo o expoente máximo desse fenómeno atingido num contexto de urgência/emergência. Assim, em serviços como uma sala de observações ou uma unidade de cuidados intensivos, equipados com a mais avançada tecnologia, os profissionais de saúde estão cada vez mais aptos a tratar, a curar e a prolongar a vida numa perspectiva essencialmente técnica.

Paralelamente, assiste-se também à modificação do local da morte e, em função do seu estado, o doente passa da enfermaria para as unidades de cuidados intensivos e salas de observação intensiva.

Deste modo, constata-se actualmente que da totalidade de óbitos de um hospital, um número muito significativo ocorre no serviço de urgência, com especial incidência na sala de observações intensiva. A questão que agora se coloca é a de saber como morrem os doentes em fase final de vida no serviço de urgência.

Um estudo desenvolvido por Pereira, Gomes e Pinto (2001) num serviço de urgência, aponta para o facto de um número considerável de doentes que morrem num serviço de urgência não ser acompanhado nesta etapa final da vida. Além disso, na maioria dos casos, não se estabelece uma relação de ajuda com os doentes que são acompanhados, enaltecendo-se apenas as execuções técnicas. Uma das questões em análise foi o acompanhamento do doente pelo enfermeiro no momento da morte. Os autores definiram por acompanhamento aquela situação em que o enfermeiro teve a oportunidade de estar junto do doente, prestando-lhe os cuidados de enfermagem necessários durante a sua fase final de vida.

O número crescente da permanência de doentes no serviço de urgência em fase final de vida e a pouca tendência para a prática da relação de ajuda, tornam esta etapa da vida penosa e solitária.

Poder-se-ia imaginar uma situação em que estes doentes receberiam uma abordagem relacional

exemplar, na qual os enfermeiros estabeleceriam uma relação de ajuda com o doente a viver esta etapa. Com certeza que este doente sentir-se-ia acompanhado, compreendido, partilhando o medo, a dúvida, a angústia, a paz ou outros sentimentos, podendo formular um último pedido.

Neste sentido, emerge a questão central que orientou esta investigação e que se refere à prática da relação de ajuda no serviço de urgência pelo enfermeiro, perante o doente em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem são desenvolvidas ao doente em fase final de vida, num serviço de urgência de um hospital do Norte de Portugal?

O enfermeiro perante a morte

Frequentemente os enfermeiros são objecto de crítica por parte de alguns colegas de trabalho, pelo tempo que dispensam a determinado doente, quando poderiam ter realizado uma série de outras tarefas, aparentemente mais mensuráveis, objectivas do ponto de vista da prestação dos cuidados.

Outro aspecto, será o facto de muitos enfermeiros não estarem preparados para aceitar a morte como uma etapa natural da vida e, por este motivo, não conseguem compreender a importância do cuidar do doente em fase final de vida.

Reforçando esta ideia, Pires (2001, p. 88), referindo-se aos profissionais de saúde, afirma que “*a nossa atitude perante a morte está directamente relacionada com a nossa cultura, religião, crenças e experiência de vida*”. Há no entanto, enfermeiros que compreendem a importância dos cuidados em fase final de vida, mas sentem muitas dificuldades em lidar tão de perto com a morte, e sobretudo, em comunicar com o doente e a família.

Não é raro verificar-se que o enfermeiro adopta mecanismos de defesa, como por exemplo, os comportamentos de fuga, em que o enfermeiro se afasta do doente e da própria morte, limitando-se a executar procedimentos técnicos apressados. Segundo Pacheco (2002), estes comportamentos são adoptados porque ajudam o enfermeiro a controlar os seus sentimentos. No fundo, são reacções emocionais, comportamentos ritualistas e inibidores do estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente em fase final de vida.

É pois urgente que os enfermeiros revejam a sua posição perante a morte, com o objectivo de proporcionar ao doente em fase final de vida um acompanhamento digno.

Pensa-se que a formação específica do enfermeiro (conhecimentos teórico-práticos que lhe permitam acompanhar o doente em fase final de vida) passará pela relação de ajuda. A isso mesmo, Pacheco (2002, p. 129) faz referência, ao afirmar que *“a actuação do enfermeiro deve ser mais do que nunca, cuidar do doente, o que nestes casos ... deve consistir essencialmente numa verdadeira relação de ajuda”*.

Metodologia

O estudo foi efectuado num meio natural, o que, neste caso, correspondeu a um serviço de urgência polivalente de adultos de um hospital da Administração Regional de Saúde do Norte.

A população de acesso foi constituída pelos enfermeiros desse serviço, que prestam cuidados directos ao utente, tendo como exigência, por um lado, um tempo de exercício profissional mínimo correspondente a 2 anos no serviço e, por outro, a existência, nos últimos seis meses, de pelo menos um doente em fase final de vida a cuidado.

A amostra foi constituída por um processo de amostragem intencional, uma vez que os participantes integrados no estudo tiveram origem nos conhecimentos dos investigadores acerca da população.

Os participantes pertenciam às cinco equipas de enfermagem que existiam no serviço, tendo-se seleccionado quatro elementos de cada, realizando-se 20 entrevistas no total, com a duração média de 20 minutos cada.

Foi entregue uma carta de exposição do estudo/consentimento informado, onde se garantiu a confidencialidade e anonimato do mesmo, bem como a autorização para o registo digital da entrevista e clarificação quanto à sua posterior destruição.

Paralelamente à sua concretização, as entrevistas foram transcritas e codificadas na sua globalidade.

Em relação à análise de conteúdo, seguiu-se as propostas de Bardin (2004). Este preconiza diferentes fases, que se estruturam em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do

material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Assim, efectuaram-se leituras flutuantes dos documentos, *“deixando-nos invadir por impressões e orientações”* (Bardin, 2004, p. 90), de forma a encontrar uma primeira definição de categorias emergentes, ainda que em termos amplos. Em seguida, recorreu-se ao apoio de um programa informático, denominado NVivo7® que permitiu editar, visualizar e interligar as entrevistas. Criaram-se categorias à *posteriori*, codificou-se, controlou-se e filtrou-se a informação, o que nos permitiu realizar buscas e questionar os dados com o objectivo de responder às questões de investigação.

Neste sentido, foram codificados no texto frases que evidenciavam o tema em estudo, em redor de quatro eixos: as intervenções de enfermagem, a importância das intervenções, as dificuldades sentidas, e as soluções propostas.

Apresentação e discussão dos resultados

No quadro 1, pode-se observar as categorias e subcategorias referentes às intervenções terapêuticas de enfermagem. O apoio à família é uma das prioridades para os enfermeiros, *“mais importante nestas situações é ... dar apoio à família...”* (A4.2). Relacionado com o apoio à família, encontrou-se no discurso dos enfermeiros a necessidade de se permitir a presença da família junto do doente em fase final de vida, como se verifica pela afirmação que se segue: *“...tentou-se fazer para com que a pessoa pudesse também estar acompanhada de um familiar que estava com ela e que a quis acompanhar o que se permitiu que estivesse com ela...”* (A1.1).

Os entrevistados referem-se à comunicação como um meio para transmitir esperança e ajuda para ultrapassar a fase final de vida: *“...tento conversar com ele ... que ele tenha esperança, encorajá-lo a ultrapassar mais esta situação.”* (B3.2); *“...a nossa palavra, às vezes, é uma palavra-chave, uma palavra de esperança.”* (C1.1). Os entrevistados referem a promoção do conforto como uma intervenção terapêutica, mas algo condicionada: *“...máximo de conforto físico e psicológico ao doente sempre que a situação proporcione.”* (A4.2); *“Sendo doentes em fase final de vida, tento promover o conforto, ... acho que é prioritário e mandatário. Estas são as intervenções*

que mais me preocupam e que habitualmente eu estabeleço, sempre que possível.” (B2.1).

As principais intervenções técnicas que os enfermeiros executam estão relacionadas com a administração de terapêutica: “...puncionamos, demos medicação...”

(C3.2). Mais especificamente, o objectivo primordial está relacionado com o alívio da dor: “...através de administração de morfina e derivados.” (B2.1); “... administrar medicação que alivie pelo menos as dores na fase terminal.” (C3.2).

QUADRO 1 - Intervenções Terapêuticas de enfermagem

Intervenções Terapêuticas de Enfermagem	Relacionais	Apoio à família
		Permitir a presença da família
		Comunicação
		Escuta
		Compreensão
		Empatia
		Ser verdadeiro
		Respeito pelo doente
		Privacidade
		Minimizar Sofrimento
		Conforto
	Técnicas	
	Alívio de sintomas	Dispneia
		Dor
Promoção Ambiente calmo		

Os enfermeiros referem-se ao alívio de sintomas como uma das intervenções terapêuticas que tem mais razão de ser no serviço de urgência, aos doentes em fase final de vida: “Aqui no serviço de urgência ... as intervenções terapêuticas seriam mais vocacionadas para o alívio sintomático...”. (D1.1). A dor é um dos sintomas referenciados como sendo alvo de intervenção terapêutica: “O que procuro assegurar principalmente nestes doentes é a qualidade do fim de vida, proporcionar meios de combate a dor.” (A3.2). O outro sintoma que os enfermeiros referem que aliviam é a dispneia: “... mobilizando-o para melhorar a parte respiratória.” (B1.1).

Os enfermeiros referem a necessidade da promoção de um ambiente calmo: “...procurar um ambiente mais sossegado, calmo, embora seja difícil que no nosso serviço isso aconteça, dar mais realce a este tipo de tentativa de poder dar a essa pessoa, digamos assim alguma possibilidade de ter uns últimos momentos da sua vida de uma forma mais sossegada...” (A1.1)

Em relação à importância das intervenções de enfermagem, ao doente em fase final de vida, no serviço de urgência, destacam-se 3 vertentes: o doente, a família e o profissional, que se podem observar no quadro 2.

QUADRO 2 – Importância das intervenções

Importância das Intervenções	Doente	Aceitação dos cuidados
		Ajudar a morrer
		Atenção
		Autonomia
		Calma
		Conforto
		Controlo de sintomas
		Dignidade
		Idade do doente
		Morrer acompanhado
	Família	
	Profissional	Ganho pessoal
		Incomodo pela intervenção
Ligação profissional		
Localização temporal		

Constata-se que as intervenções de enfermagem são importantes para o doente porque permitem que o doente aceite os cuidados: “...ele conseguiu aperceber-se que houve ali alguma relação com que fez que eu ajudasse o doente.” (D4.2).

A importância das intervenções para o doente passa por ser uma situação de relação de ajuda: “...ali, naquela situação, foi ajudar o doente a chegar à sua etapa final, eu acho que foi um bocado aquilo que eu fiz naquela situação.” (D3.2).

Os enfermeiros acham importantes as intervenções de enfermagem porque permitem que o doente tome as suas próprias decisões: “...marcou-me foi o facto de mal ele ter chegado à nossa beira, e eu ia puncionar o Sr., porque ainda chegamos a colher análises e assim. E quando fui puncionar o Sr., ele ter dito logo que não me façam nada, eu não quero que me façam nada.” (C2.1). As afirmações transcritas estão de acordo com Lazure (1994), em que, em relação de ajuda, o enfermeiro deve assistir e orientar o cliente, preservando a sua autonomia.

A importância das intervenções praticadas pelos enfermeiros vai no sentido do doente se sentir apoiado, aconchegado envolvido no cuidado: “...no sentido de ela se sentir aconchegada, sentir que enfim, que nós lhe damos atenção e que este momento seja para ela o menos penoso possível.” (A1.1).

Uma das intervenções referenciadas pelos enfermeiros diz respeito ao controle e alívio dos sintomas dos doentes: “...considero importante acertar medidas no sentido de diminuir essas mesmas dores.” (B4.2). Os enfermeiros referem a importância de respeitar e fazer respeitar um valor fundamental da vida humana, a sua dignidade: “...ajudar a família a ultrapassar a dor e a fazer com que esse utente morra com dignidade apesar de todas as técnicas efectuadas, mas que a família tenha uma última visão, do seu ente querido, calma, de conforto, de paz.” (A2.1).

Nas entrevistas efectuadas surge em especial relevo, a idade dos doentes: “Por ser um doente muito jovem com a vida toda pela frente...” (A3.2). O acompanhamento do doente, em fase final de vida, aparece como uma das intervenções que os enfermeiros consideram mais importante: “...e a família toda a assistir, e depois a assistir ao fim... poder dar o apoio no fim.” (C4.2). De acordo com Lazure (1994), normalmente, quando um doente se sente acompanhado, sente-se encorajado a viver o seu problema e a encontrar a sua solução, o que vai de encontro às respostas dos entrevistados.

Os enfermeiros destacam a importância da família como intervenções de enfermagem na fase final de vida: “...os familiares puderam aceitar melhor a

morte do seu ente querido, constataram que de facto morreu em paz.” (A2.1). Esta ideia está vinculada em Phaneuf (1995), segundo a qual o enfermeiro não se poderá esquecer, e deve empenhar-se, para que os familiares mais próximos e amigos mais queridos participem no processo de morte.

Os enfermeiros consideram fundamentais, a nível profissional, as intervenções terapêuticas pelo ganho pessoal, pelo incómodo por determinadas intervenções, pela ligação profissional que estabelecem com o doente e pela localização temporal.

As intervenções terapêuticas estabelecidas na fase final de vida, são consideradas importantes por alguns enfermeiros, pelo ganho pessoal que delas advém:

“...chegar ao fim e sentir prazer em ajudar aquela fase da melhor forma possível.” (B1.1).

Alguns dos entrevistados sentem-se incomodados pelo tipo de intervenções terapêuticas, de prolongamento de dor e sofrimento, que são realizadas aos doentes em fase final de vida: “...porque estamos a prolongar o tempo de vida do doente não em qualidade provavelmente a qualidade até é muito má, mas só em tempo de vida e sofrimento.” (D1.1).

As dificuldades expressas pelos enfermeiros são muitas, pelo que houve a necessidade de efectuar várias subcategorias. Começou-se por separar em extrínsecas e intrínsecas e que podem ser consultadas no quadro 3.

QUADRO 3 - Dificuldades no desenvolvimento das intervenções terapêuticas de enfermagem.

Dificuldades no Desenvolvimento das intervenções	Extrínsecas ao doente	Enfermeiros	Enfrentar a fase final de vida		
			Formação	Comunicação	
				Empatia	
				Falta de discussão sobre o tema	
		Falta de preparação			
		Organizacionais	Local Inapropriado		
			Desumanização do Serviço		
	Falta de condições		Condições físicas	Falta de privacidade	
			Recursos humanos	Afluência de doentes	
				Sobrecarga de trabalho	
				Tempo	
	Recursos materiais				
	Intrínsecas ao doente	Alteração do estado de consciência			
Fase em que o doente se encontra					
Idade do doente					

Os enfermeiros referem terem grandes dificuldades em enfrentar a fase final de vida, “...a lidar com esta situação de fase terminal eu acho que para mim é a maior dificuldade...” (D3.2); “...lembro-me que chorei quando vi a doente e depois chamei os familiares (...) uma pessoa não pode ficar ali,

tentar recompor-se, respirar fundo 20 vezes.” (C3.2). Não é raro verificar-se que o enfermeiro adopta mecanismos de defesa, como por exemplo os comportamentos de fuga: “...acabamos por fugir sempre a essa situação...” (B2.1), em que o enfermeiro se afasta do doente e da própria morte,

limitando-se a executar procedimentos técnicos apressados (Pacheco, 2002).

Uma das principais dificuldades referidas pelos entrevistados foi a importância da formação a nível da comunicação, da empatia e da preparação para cuidar deste tipo de doentes. A comunicação, capacidade para pôr em comum, surge como uma das principais dificuldades no contacto com os doentes em fase final de vida: "...a falta de diálogo foi a principal dificuldade que tive no 1º contacto com este tipo doente..." (D3.2).

Os enfermeiros referem o serviço como sendo um local inapropriado para receber e cuidar este tipo de doentes e a falta de apoio de retaguarda para os encaminhar: "...a urgência não tem condições para estes doentes o ideal era não virem à urgência, beneficiavam muito..." (D4.2).

Os entrevistados consideram que as condições que o serviço de urgência oferece aos doentes, em fase final de vida, são desumanas: "...onde muitas vezes não se consegue humanização nem individualização dos cuidados que os doentes merecem..." (A1.1).

A falta de condições físicas e de recursos humanos foram as dificuldades a que os enfermeiros mais importância atribuíram. A falta de um espaço físico, calmo, confortável, apropriado para os doentes em fase final de vida, é o problema principal com que se debatem os enfermeiros deste serviço: "Maiores dificuldades são as condições físicas..." (B1.1).

Nesta linha de pensamento, Gouveia (2002, p. 152), reporta-se aos serviços de urgência como: "espaços amplos, despersonalizados, partilhados por muitos clientes e também por vários profissionais de saúde que se movimentam rapidamente de um lado para o outro, comprometendo a um nível elevado a individualidade da pessoa."

Aliada à falta de condições físicas, surge como grande dificuldade apresentada a falta de privacidade disponibilizada a estes doentes: "...atendendo às condições físicas, não temos sítios privados e com

espaço privado para estabelecer um diálogo mínimo que seja." (A3.2).

A falta de recursos humanos e a elevada afluência de utentes ao serviço de urgência, impossibilita que os enfermeiros estabeleçam as intervenções terapêuticas necessárias e adequadas ao doente em fase final de vida: "As dificuldades são todas inerentes à própria filosofia do serviço, às condições que envolve os recursos humanos, às condições físicas e às condições das relações humanas..." (E1.1); "...todos sabemos como somos bombardeados com doentes e trabalho aqui no SU, utentes apelativos e situações são mais do que muitas." (B4.2).

Os enfermeiros, sobre os quais incidiu a investigação, referem-se à falta de recursos materiais como impeditiva da prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, aos doentes em fase final de vida: "Em termos mesmo de proporcionar conforto, não há ferramentas para isso, digamos, não há meios, há sempre que estar a usar a criatividade." (C4.2), "...dar o exemplo das almofadas, outro exemplo o das macas, pois não temos camas adequadas, a maioria delas não sobe a cabeça, são difíceis de mobilizar já para não falar dos colchões..." (D1.1).

Segundo os profissionais, existe falta de articulação entre as várias categorias profissionais, prejudicando desta forma os cuidados a este tipo de doentes: "...é uma situação complicada para nós, os enfermeiros, porque fazemos parte de uma equipa e temos que cumprir as indicações terapêuticas, cumprindo-as sempre de qualquer das forma." (D1.1).

Para os profissionais de enfermagem existe uma maior dificuldade no estabelecimento da relação terapêutica, quando os doentes são jovens: "...sendo uma pessoa nova mais complicado é..." (E4.2).

Os enfermeiros entrevistados apontam algumas soluções para ultrapassar e/ou minimizar as dificuldades encontradas. No quadro 4 pode observam-se as categorias e subcategorias.

QUADRO 4 - Soluções sugeridas pelos enfermeiros

Soluções	Acompanhamento	Familiar
		Religioso
	Encaminhamento	
	Espaço físico	
	Gestão e administração	Ouvir os enfermeiros
	Recursos humanos	Enfermeiro específico
		Formação
		Intervenção multidisciplinar
Reflexão e troca experiências		
Sensibilização		
Tempo		
	Uniformização da tomada de decisão	

Os enfermeiros entrevistados referem-se à necessidade do acompanhamento dos doentes em fase final de vida por parte dos familiares. Para tal, colocaram-no como importante para o doente: “...*poderem estar acompanhados por um ou dois familiares nesta fase final da sua vida.*” (D1.1).

O acompanhamento religioso também foi lembrado, como fazendo parte de uma das soluções essenciais: “...*que seja permitido uma série de atendimento do foro religioso*” (E1.1). Uma outra solução apontada seria o acompanhamento para unidades específicas: “*A solução era encaminhá-lo para uma unidade que fosse capaz de satisfazer as suas necessidades porque depois este doente ainda ficou internado uma série de dias na área laranja tanto quanto soube, em condições desumanas (...) encaminhamento em termos de cuidados paliativos na minha opinião, este era um doente que beneficiaria muito estando numa unidade de cuidados paliativos.*” (D2.1).

Relativamente à solução para alteração do espaço físico, foi muito salientada: “*Havia de haver provavelmente um sítio, um quarto destinado e este tipo de situações...*” (A1.1); “*Ter espaço, uma sala onde houvesse todas as condições e toda a agitação do SU não fosse reflectida, e assim melhorar a prestação de cuidados ao doente...*” (B4.2).

Outra via de solução que salientaram foi a nível da gestão e administração da instituição: “...*tinha que*

envolver a administração, tinha que envolver as pessoas a olharem um bocadinho de outra forma para esses doentes.” (C4.2).

Os entrevistados chamam a atenção do papel importante de ouvir os enfermeiros: “...*é por isso importante dar mais importância àquilo que os enfermeiros dizem e ao que fazem, se calhar, deveriam ser mais ouvidos no âmbito das administrações porque são eles que mais sentem e vivem estas situações.*” (E1.1). Esta transcrição parece-nos revelar que os enfermeiros possuem pouca visibilidade e intervenção ao nível das administrações, dando a entender que deveriam ter um papel mais activo.

Relativamente a este aspecto, os entrevistados apontam vários itens dentro dos recursos humanos como estratégias de solução.

Aqui os profissionais lembram a importância dos recursos humanos sugerindo a existência de um enfermeiro específico: “...*ter um enfermeiro para destacar para lá, e para ficar era o ideal, não é, não sei se será possível ou não mas ter sempre alguém, pelo menos responsável por essa área e por dar apoio quer à família quer ao doente, numa fase terminal que nós não temos*” (C2.1).

As entrevistas apontam para a necessidade de existir um enfermeiro específico, responsável por estes doentes e por tudo o que a eles diz respeito, nomeadamente a família. Salientam também a formação como forma de solução: “...*é importante que a equipa de Enfermagem tenha formação*

para o acompanhamento da família do doente terminal.” (A4.2).

Aliada à necessidade de existir um enfermeiro específico, parece importante a formação dos profissionais com conhecimentos teórico práticos que lhes permitam acompanhar o doente em fase final de vida.

Os entrevistados apontam também, como solução, a envolvimento interventiva multidisciplinar: “...*não depende só de um profissional depende de todos os profissionais.” (D2.1).* As soluções relativas à intervenção multidisciplinar passam pela prestação de cuidados integrados numa equipa, onde enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos, devem agir em consonância no sentido de melhorar os cuidados prestados.

Referenciam a importância da reflexão e troca de experiências como solução: “...*é conversar, partilhar com os colegas, no sentido de acompanhar estas situações mais de perto devíamos fazer reuniões assíduas e falar os casos, os doentes, partilhar as experiências vividas por cada um perante cada doente.” (A1.1).*

Os enfermeiros afirmam ser importante para além da formação, o debate e a reflexão das experiências de vida e de morte, como forma de aprendizagem em lidar com a morte. Necessidade de sensibilização dos profissionais: “...*melhorar a nossa sensibilização individual por estas situações.” (B2.1).*

Conclusão

Perante os resultados obtidos, parece-nos poder afirmar que os enfermeiros privilegiam as intervenções relacionais em detrimento das intervenções técnicas. Poder-se-ia mesmo supor que, estando estes doentes num serviço de urgência, local onde por inerência os enfermeiros estarão mais “formatados” para a execução de técnicas, se tivesse obtido dados que permitissem inferir que os enfermeiros privilegiam mais as intervenções técnicas em detrimento das relacionais. Na verdade, a análise dos resultados apontam para o contrário, ou seja, não se verifica essa suposição, percebendo-se antes que os enfermeiros estão sensibilizados para a fase final de vida dos doentes, preocupando-se e enfatizando as suas intervenções, essencialmente, na dimensão relacional e no combate à dor.

Não obstante as afirmações anteriores, os enfermeiros têm a noção que muitas das intervenções terapêuticas colidem com uma série de dificuldades, relacionadas com as condições físicas, mas não exclusivamente, apontando outras, tais como a falta de recursos humanos, recursos materiais, sobrecarga de trabalho e escassez de formação.

Quando questionados sobre as soluções que apontariam para ultrapassar as dificuldades, os enfermeiros referiram-se à necessidade de serem ouvidos pelos órgãos de gestão, parecendo estar implícito que os devem reconhecer como sendo portadores de conhecimentos relevantes, que possibilitem ultrapassar alguns obstáculos identificados.

A existência de condições físicas adequadas, prevendo um local específico, figura-se como uma das principais medidas sugeridas. Ao nível dos recursos humanos é dada ênfase, no investimento da formação dos enfermeiros, na temática da fase final de vida e morte, defendendo, inclusive, a existência de um enfermeiro específico que se responsabilize pelas intervenções terapêuticas a prestar a esses doentes no serviço de urgência.

Engloba-se, também, nos recursos humanos, a necessidade de sensibilizar a equipa multidisciplinar, de existir um “espaço” para a reflexão e troca de experiências, burilando a uniformização na tomada de decisão.

O acompanhamento familiar e religioso, respeitando a vontade do doente, também foi referido, assim como o encaminhamento destes doentes.

Em relação ao encaminhamento destes doentes, fica no ar a ideia que os mesmos defendem que estes não devem permanecer no serviço de urgência.

Bibliografia

ALTSCHULER, J. (1997) - *Working with chronic illness*. London : Macmillan.

APÓSTOLO, João L. A. [et al.] (2006) – Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Referência*. Nº 3, p. 55-64.

ARMAN, M. [et al.] (2002) - The face of suffering among women with breast cancer. *Cancer Nursing*. Vol. 25, nº 2, p. 96-103.

BÉFÉKADU, Éliane (1993) - *La souffrance: clarification conceptuelle*. *Revue Canadienne de Recherche en Sciences Infirmières*. Nº 1, p. 7-21.

- BONASSA, Edva Moreno Aguilar (1992) - **Enfermagem em quimioterapia**. São Paulo : Atheneu.
- CANTISTA, Maria José (2001) - O segredo do sofrimento ou o sofrer em segredo. In DUPUIS, Michel [et al.] – **Dor e sofrimento: uma perspectiva interdisciplinar**. 1ª ed. Porto : Campo das Letras Editores. p. 57-76.
- CASSEL, Eric J. (1991) - Recognizing suffering. **The Hasting Center Report**. Vol. 21, p. 24-31.
- CITERO, Vanessa A. [et al.] (2001) - Interconsulta psiquiátrica e oncologia: interface em revisão. **Psiquiatria na Prática Médica** [Em linha]. [Consult. Jul. 2003]. Disponível em WWW:<URL: www.unitesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial01.htm>.
- DEGNER, Lesly F. [et al.] (1997) - Information needs and decisional preferences in woman with a breast cancer. **JAMA**. Vol. 277, nº 18, p. 1485-1492.
- GAMEIRO, Manuel Henriques (1999) - **O sofrimento na doença**. Coimbra : Quarteto. HAES, J. C. J. M. [et al.] (1990) - Measuring psychological and physical distress in cancer patients: struture and application of the Rotterdam Symptom Checklist. **British Journal of Cancer**. Vol. 62, nº 6, p. 1034-1038.
- IWAMITSU, Yumi [et al.] (2003) - Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**. Vol. 57, nº 3, p. 289-294.
- JERÓNIMO, Teresa ; HENRIQUES, Rui (2002) - Cuidados de enfermagem a doentes com cancro da mama. **Enfermagem Oncológica**. Ano 6, nº 21, p. 24-35.
- KAHN, D. L. ; STEEVES, R. H. (1986) - The experience of suffering: conceptual clarification and theoretical definition. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 11, nº 6, p. 623-631.
- KAMIENSKI, M. C. - (1997) – **An investigation of the relationship among suffering, self-transcendence, and social support in women with breast cancer** [Em linha]. [Consult. Nov. 2003]. Tese de doutoramento.
- MARTINS, José Carlos Amado (2002) - **Autonomia na doença: estudo da atitude dos doentes perante os direitos à informação e ao consentimento**. Lisboa : Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de mestrado.
- MATOS, A. P. ; FERREIRA, A. (2000) - Desenvolvimento de uma Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. **Psiquiatria Clínica**. Vol. 21, nº 3, p. 243-253.
- MORRISON, Paul (2001) - **Para compreender os doentes**. 1ª ed. Lisboa : Climepsi Editores.
- NORTHROP, Christiane (2003) - **Corpo de mulher, sabedoria de mulher**. 2ª ed. Cascais : Sinais de Fogo – Publicações.
- RIBEIRO, José Luis Pais (1998) - **Psicologia e saúde**. 1ª ed. Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada.