



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica

**Conhecimentos, Crenças e Atitudes dos Enfermeiros
acerca dos Cuidados Paliativos**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Maria João Alves

Porto | 2019

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

CONHECIMENTOS, CRENÇAS E ATITUDES DOS
ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

KNOWLEDGE, BELIEFS, AND ATTITUDES OF NURSES
ABOUT PALLIATIVE CARE

Dissertação orientada pela Professora Doutora M^a Júlia Costa
Martinho e co-orientada pela Professora Doutora Ana Leonor
Ribeiro

Maria João Alves

Porto, 2019

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho só foi possível com a colaboração e disponibilidade de todos os profissionais que para ele contribuíram, a eles deixo o meu agradecimento.

À Professora Doutora Júlia Martinho, pelas orientações, pelas dicas, pelos momentos de discussão e pelo apoio nestes meses de trabalho.

À Professora Doutora Ana Leonor Ribeiro, por ter aceite fazer parte deste trabalho através da co-orientação do mesmo.

Aos meus pais e aos meus padrinhos, pelo apoio, carinho e ânimo e por serem o meu exemplo de vida.

Aos meus avós que me guiam e foram os primeiros de quem cuidei com o coração mesmo quando não tinha o saber.

Aos meus “companheiros de casa” obrigada pela paciência e pelo incentivo diário. Aos “netos da avó Maria”, por serem o meu exemplo e o meu maior orgulho.

Aos meus colegas de serviço, pelo apoio e colaboração.

A todos deixo o meu mais sincero bem haja.

Resumo

Os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades e não apenas no diagnóstico ou no prognóstico, devendo ser introduzidos de forma estruturada em fases mais precoces da doença. Conforme as necessidades dos doentes o justifiquem, estes assumirão importância cada vez maior na prestação de cuidados. Todas as pessoas com doenças crônicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado, são candidatas a cuidados paliativos. A família deve ser incorporada nos cuidados prestados aos doentes e ser ela própria objeto de cuidados, durante a doença e durante o luto (DGS, 2010).

O estigma associado aos cuidados paliativos está relacionado com a morte, ou a proximidade desta (Hui et al.,2015; Zimmerman et al.,2016). Mas também com a ideia de que já não há nada a fazer, que não há esperança, uma ideia de dependência e incapacidade (Bruera & Hui,2010; Zimmerman et al.,2016).

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica e é parte integrante do projeto “Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde: REFAMIS” que é um dos projetos da unidade pedagógica Enfermagem, Disciplina e Profissão da ESEP. Com a elaboração deste estudo pretendemos contribuir para a melhoria da intervenção de enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos diminuindo atitudes negativas e estigmatizantes.

O objetivo geral surge da necessidade de compreender se existem comportamentos estigmatizantes por parte dos enfermeiros em relação ao doente paliativo através da realização um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional, no qual a amostra são os enfermeiros dos Serviços de Medicina Interna e de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE. Tendo como método de recolha de dados a aplicação de um questionário ADOC.

Apesar de ser difícil objetivar a presença de estigma por parte dos enfermeiros em relação ao doente paliativo, percebe-se que mais do que atitudes estigmatizantes são as dificuldades que os profissionais demonstram no que diz respeito a questões sobre o fim de vida, realização ou suspensão de intervenções, ou a relação com a família. Estas são questões que inquietam os profissionais de forma transversal, profissionais que são desde cedo incitados e ensinados na doutrina do curar em vez de paliar. Deste modo, “cuidar da pessoa em fim de vida é complexo e difícil para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros que se deparam com a incurabilidade da doença e com prescrições que visam combater a morte, mesmo que seja reconhecida a irreversibilidade da situação clínica” (Pimenta, 2015, p.14).

Palavras-Chave: Enfermeiros, Estigma, Cuidados Paliativos

Abstract

Palliative care is provided based on needs and not only on diagnosis or prognosis and should be introduced in a structured manner at earlier stages of the disease. As patients' needs warrant, they will become increasingly important in care delivery. Everyone with chronic diseases unresponsive to curative therapy and with a limited life prognosis are candidates for palliative care. The family should be incorporated into the care provided to patients and be itself the object of care during illness and bereavement (DGS, 2010).

The stigma associated with palliative care is related to death or near death experiences (Hui et al., 2015; Zimmerman et al., 2016). But also with an idea that there is nothing left to do, that there is no hope, an idea of dependence and disability (Bruera & Hui, 2010; Zimmerman et al., 2016).

This study is part of the Master in Surgical Medical Nursing and is an integral part of the project "Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde: REFAMIS" which is one of the projects of the ESEP Nursing, Discipline and Profession pedagogical unit. With the development of this study we intend to contribute to the improvement of nursing intervention in the context of palliative care by reducing negative and stigmatizing attitudes.

The general objective comes from the increased need to understand if there are requirements for nurses in relation to sick patients, by conducting a quantitative, descriptive, cross-sectional and correlational study, without qualification for nurses of Internal Medicine and Palliative Care Services from the Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE, having as data capture method the application of an ADOC questionnaire.

Although it is difficult to objectify the presence of stigma by nurses in relation to the palliative patient, it is clear that more than stigmatizing attitudes there are the difficulties that professionals show regarding end-of-life, executing or suspending interventions, or the relationship with the family.

These are issues that worry professionals across the board, professionals who are early on incited and taught in the doctrine to heal rather than mitigate.

Thus, "caring for the end-of-life person is complex and difficult for health professionals, particularly nurses facing the incurability of the disease and prescriptions aimed at combating death, even if the irreversibility of the situation is recognized clinically" (Pimenta, 2015, p.14).

Keywords: Nurses, Stigma, Palliative Care

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

APCP- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CNCP- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

EAPC- European Association of Palliative Care

IAHPC- International Association Hospice and Palliative

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1. Cuidados Paliativos: Definições, Significados e Princípios	19
1.1 Cuidados Paliativos: Definição.....	19
1.2 Cuidados Paliativos: Princípios	20
1.3 Referenciação para Cuidados Paliativos	26
1.4 Formação em Cuidados Paliativos	28
2. Enfermagem em Cuidados Paliativos	31
2.1 Competências dos Enfermeiros.....	31
2.2 A Relação Enfermeiro/Doente	34
2.3 Trabalho em Equipa	40
3. O Estigma	43
PARTE II- PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	47
4. Metodologia do Estudo	49
4.1 População Alvo e Amostra.....	49
4.2 Objetivos do Estudo	50
4.3 Questões e Hipóteses de Investigação	50
4.4 Desenho de Investigação	51
4.5 Instrumento de Recolha de Dados	52
4.5.1 O Questionário	52
4.6 Procedimento de Recolha de dados	53
4.6.1 Pré- Teste.....	54
4.7 Questões Éticas.....	54
PARTE III- Análise e Discussão dos Resultados	55
5. Apresentação e Análise dos Resultados	57
5.1 Caracterização da Amostra	57
5.2 Análise dos Resultados das Variáveis: Conhecimentos, Crenças e Atitudes	59
5.3 Verificação das Hipóteses de Investigação	68
6. Discussão dos Resultados.....	81

CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	96
Anexo 1- Informação Ao Participante E Consentimento Informado	
Anexo 2- Instrumento De Recolha de Dados: Questionário Adoc	
Anexo 3- Autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE	
Anexo 4- Análise dos Resultados e da Verificação das hipóteses.....	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Níveis de Formação em Cuidados Paliativos (CNCP, 2017).	29
Quadro 2. Competências Básicas do Enfermeiro em Cuidados Paliativos (Sapeta, 2011) .	32
Quadro 3. Factores que Dificultam e Facilitam a Interação Enfermeiro-Doente (Sapeta 2011)	39
Quadro 4. Competências Básicas do Enfermeiro de Cuidados Paliativos no Trabalho em Equipa (Sapeta, 2011).....	42
Quadro 5. Distribuição das Questões de acordo com as categorias em análise.....	53
Quadro 6. Relação entre as variáveis conhecimentos e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.	69
Quadro 7. Relação entre as variáveis crenças e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.	70
Quadro 8. Relação entre as variáveis atitudes e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Áreas Fundamentais para a Aplicação de Cuidados Paliativos (Neto, 2010a)	21
Figura 2. Fases do Processo de Investigação	49
Figura 3. Desenho de Investigação.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros de acordo com as variáveis sociodemográficas	57
Tabela 2. Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros de acordo com as variáveis socioprofissionais: Experiência Profissional, Interesse na área de Cuidados Paliativos, Formação em Cuidados Paliativos	58
Tabela 3. Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros de acordo com as categorias da variável socioprofissional: Formação na área de Cuidados Paliativos	59
Tabela 4. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 1.“Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos”	60
Tabela 5- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 3.“Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.”	60
Tabela 6- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 5. “A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.”	60
Tabela 7- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 10.“ Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte”	61
Tabela 8- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 6.“Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).”	61
Tabela 9- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 7.“Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.”	62
Tabela 10- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 26. “O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração”	62
Tabela 11- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 27.“Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir””	63
Tabela 12 - Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 28.“Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade”	63
Tabela 13- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 29.“Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos”	64
Tabela 14- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 30.“Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil”	64
Tabela 15- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 38 .“A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo”	65
Tabela 16- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 17. “Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida”	65

Tabela 17- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 19. “Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde” ..	66
Tabela 18- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 20. “Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não”	66
Tabela 19- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 21. “Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção”	67
Tabela 20- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 32. “Não me sinto preparado para lidar com a morte”	67
Tabela 21- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 33. “Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno”	68
Tabela 22- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 36. “Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos”	68
Tabela 23. Correlação entre as variáveis conhecimentos e crenças	75
Tabela 24. Correlação entre as variáveis conhecimentos e atitudes	77
Tabela 25. Correlação entre as variáveis crenças e atitudes	78

INTRODUÇÃO

A existência e o aumento de doenças crônicas avançadas, progressivas e incapacitantes, geradoras de sofrimento são indicadores da importância e necessidade dos cuidados paliativos. Os Cuidados Paliativos assumem-se como uma das fronteiras do desenvolvimento futuro, tendo cada vez mais uma importância crescente.

As pessoas com patologia crônica evolutiva e/ou avançada representam hoje um grupo significativo na prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente em internamento. Muitos terão internamentos prolongados, alguns terão necessidade de cuidados paliativos, mas para todos é esperada uma qualidade de cuidados que responda às suas necessidades centrais.

Os cuidados paliativos são hoje encarados como uma intervenção técnica e rigorosa no sofrimento dos doentes que apresentam doença grave e/ou avançada, incurável e progressiva. Para viabilizar essa intervenção, torna-se necessário maximizar o conforto e a qualidade de vida do doente e sua família, promovendo um controlo sintomático rigoroso e tão eficaz quanto possível.

Esta filosofia centra-se na pessoa doente e não na doença, que aceita a morte como uma etapa da vida, sempre que o tratamento curativo falha os seus objetivos (Sapeta, 2011); requerendo “uma organização de serviços que permita o acesso no tempo certo, no local certo e pelo prestador mais adequado” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010).

De acordo com Barbosa (2002), com a mudança de atitude perante a morte e o morrer, as intensas mudanças que a sociedade tem vindo a sofrer nos últimos tempos levaram à medicalização, à profissionalização e à mercantilização do ato de morrer, onde o hospital tradicional se transforma numa “oficina de tratamentos” e não no local de acolhimento. No entanto, a morte não poderá ser negligenciada pois ela é inevitável, é um processo natural, que deve ser aceite como real e não como sinónimo de impotência ou fracasso. O reconhecimento desta etapa da vida que todos temos de realizar, deve resultar da consciencialização da transição de conhecimentos, técnicas sendo o objetivo de cuidados proporcionar o máximo bem-estar físico e psicológico durante o processo de doença até à morte. Quando não é possível a cura, a pessoa doente continua a necessitar de cuidados que a valorize enquanto ser humano, continuando a ser detentor de uma dignidade inviolável e constitutiva que não se altera por haver processo de doença (Nunes, Rego & Duarte, 2009).

A transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos tornam-se um momento complexo de entendimento sobre o percurso de doença e a desmistificação necessária do que estes são para “quem vai morrer” e para “quem já não há mais nada a fazer” (Serrano, 2016).

A equipa de saúde hospitalar depara-se frequentemente com doentes em fim de vida sendo muitas as dúvidas e dificuldades que surgem durante a prestação de cuidados a estes doentes e às suas famílias/cuidadores. É na equipa de saúde que doente e família procuram refúgio, respostas e orientações

Por essa razão, a competência para exercer cuidados de enfermagem revela-se muito complexa e supõe uma combinação de múltiplas dimensões onde os saberes científicos, organizacionais e técnicos se interligam uns aos outros (Phaneuf,2005, cit. por Sapeta 2011), sendo por isso importante uma reflexão na construção de competências.

O hospital é um mundo hostil, os ambientes hospitalares são desconhecidos, despersonalizados e, como tal, percebidos como ameaçadores. O hospital está preferencialmente vocacionado para a cura, isto é, no sentido da normalidade fisiológica e parece inadaptado para o cuidar como atividade orientada para o doente e família, no sentido de atender estes na satisfação e preservação do seu maior grau de funcionalidade, humanidade e dignidade. Habitualmente, o hospital não se encontra preparado para lidar com o doente terminal e a morte (Machado, Couceiro, Alves, Almendra, & Cortes, 2011).

O doente quando está internado não deixa a sua essência como pessoa na porta do hospital, ele traz consigo os seus sentimentos, emoções, as suas crenças, os seus valores, a sua cultura, educação, ou seja, toda uma história de vida (Durman, 2000).

Infelizmente, a realidade mostra-nos que os reinternamentos sucedem com demasiada frequência nos serviços de medicina interna, quer por descontrolo de sintomas, quer por exaustão familiar (Twycross, 2003), ficando a qualidade de vida destes doentes crónicos e respetivas famílias muito abaixo do que se preconiza. Apesar de numa fase inicial, doentes e familiares mostrarem que preferem permanecer no domicílio e falecer em casa, são muitos os que ao depararem-se com a progressão da doença mudam de opinião. Como tal, estes doentes acabam por falecer nos hospitais, muitas vezes pela incapacidade da família em assegurar os cuidados, ou pelo aparecimento de alguma complicação com a qual a família não se encontra capaz de lidar (Pulido, Batista, Brito & Matias, 2010).

Independentemente do local onde se encontra o doente, os cuidados devem ser realizados com o objetivo de lhe proporcionar a máxima qualidade de vida. Cada vez mais se morre nos hospitais onde muitas vezes escasseiam as condições estruturais ideais para o acompanhamento destes doentes, e onde os profissionais de saúde não estão adequadamente preparados ou sensibilizados.

Sob o ponto de vista holístico, ao prestar cuidados de saúde, o enfermeiro visa harmonizar e equilibrar todas as dimensões da pessoa, ao atuar não só no corpo físico, mas também nas energias envolventes (Tróvo & Silva, 2002).

Deste modo é fundamental tornar os cuidados paliativos mais abrangentes e oferecer à população a abordagem mais adequada face aos seus problemas, considerando perspectivas e procedimentos baseados na evidência, no custo-benefício e na equidade. Para tal, estes deverão ser incorporados em todos os níveis de cuidados disponíveis para a população, sendo tanto mais eficaz quanto maior for o envolvimento de todos os intervenientes através de uma ação coletiva e social (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2017). No entanto, e apesar da pertinência da resposta advogada pelos cuidados paliativos para as questões em torno da humanização dos cuidados de saúde e do seu inequívoco interesse público, o certo é que hoje, no início do século XXI, este tipo de cuidados não está ainda suficientemente divulgado e acessível àqueles que deles carecem.

Conforme refere Sapeta, Martins e Agnés, (2012) percorrer o caminho de uma doença incurável, com agravamento progressivo até a morte, exige do ser humano formas de superação sucessivas, difíceis de alcançar, na sua condição de doente, dependente e carente. O lugar do profissional de saúde é o de acompanhar a pessoa em todo o processo sem esquecer que a morte representa novas características resultantes do avanço científico e tecnológico, implicando o envolvimento cada vez mais dos profissionais de saúde.

Resumindo, o fato da incapacidade de travar a morte não pode colocar em causa os cuidados de saúde que visem minimizar o sofrimento e a dignidade do ser humano (Alvarenga, 2008).

Da mesma forma, não se podem sustentar de forma informal muitas das nossas atitudes que se revelam em comportamentos por vezes estigmatizantes.

A gênese da palavra “estigma” consiste num sinal ou marca. Segundo a sociologia este conceito está relacionado com as características particulares de um grupo ou indivíduo que seguem o oposto das normas culturais tradicionais de uma sociedade isto é uma “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. Ou seja, existe algo, que inibe uma plenitude do ser individual na interação social (Goffman,2013).

O estigma associado aos cuidados paliativos está maioritariamente relacionado com a morte, ou a proximidade desta (Hui et al.,2015); (Zimmerman et al.,2016). Mas também com a ideia de que já não há nada a fazer, que não há esperança, uma ideia de dependência e incapacidade (Bruera & Hui,2010); (Zimmerman et al.,2016).

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica e é parte integrante do projeto “Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde: REFAMIS” que é um dos projetos da unidade científico-pedagógica Enfermagem, Disciplina e Profissão da ESEP e tem como objetivo estudar as "opiniões - crenças" de estudantes universitários, profissionais de saúde, pacientes, famílias e público em geral sobre doenças alvo de estigma, a fim de aumentar os níveis de conhecimento e literacia em saúde, reduzindo as atitudes e as repercussões negativas e consequentemente

promover comportamentos mais inclusivos que respondam às necessidades específicas destas populações.

Com a elaboração deste estudo pretendemos contribuir para a melhoria da intervenção de enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos diminuindo atitudes negativas e estigmatizantes.

Assim o objetivo geral surge da necessidade de compreender se existem comportamentos estigmatizantes por parte dos enfermeiros em relação ao doente paliativo.

Como objetivos específicos pretendemos: Identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos e o seu interesse por esta área de cuidados; Conhecer que atitudes são adotadas pelos enfermeiros em relação ao doente paliativo; Identificar crenças e vivências dos enfermeiros no cuidado ao doente paliativo.

Pretende-se, assim, realizar um estudo quantitativo, descritivo, transversal correlacional no qual a amostra são os enfermeiros dos Serviços de Medicina Interna e de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE.

Para a sua realização elaboramos um questionário, baseado em instrumentos de recolha de informação já existentes, nos objetivos definidos para a nossa investigação e na documentação que consideramos útil. Esta opção deveu-se ao fato de não termos encontrado um instrumento que por si só respondesse aos objetivos desta investigação. Deste modo, procedemos à elaboração de um banco de questões suportado em outros instrumentos e evidência científica.

O presente trabalho apresenta-se dividido em três partes. A primeira refere-se ao enquadramento teórico, com considerações sobre os cuidados paliativos e a enfermagem em cuidados paliativos. A segunda parte refere-se ao processo de investigação per si e na terceira parte é feita a análise e a discussão dos resultados obtidos no estudo. Encerrando com as conclusões.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cuidar de alguém é a maior vitória perante a doença e é um excelente motivo para procurar um novo olhar para a vida.

Ana Cláudia Quintana Arantes

1. Cuidados Paliativos: Definições, Significados e Princípios

No final da década de 60, inicia-se em Inglaterra, com Cicely Saunders, o movimento moderno dos Cuidados Paliativos (Clark, 2001).

Se até então havia um grande número de personalidades e grupos, nomeadamente religiosos que pela sua filosofia se dedicavam ao cuidado aos moribundos e mais carenciados, a partir desta data inicia-se uma nova fase nos cuidados, que não devem ser confundidos com os primeiros, dado que são mais abrangentes e específicos (Clark, 2001; Neto, 2010a). Tem assim início uma nova filosofia de cuidados que dá resposta ao sofrimento dos doentes que se aproximam da morte, encorajando e responsabilizando todos da necessidade de garantir dignidade até ao fim (Clark, 2002).

1.1 Cuidados Paliativos: Definição

A palavra paliativo deriva do étimo latino *palliare* que significa manto ou capa (proteção), sendo esta a ideia a partir da qual se desenvolvem os cuidados paliativos. Isto é no encobrimento de sintomas através de tratamentos com a finalidade de promover conforto do doente (Magalhães, 2009; Twycross, 2003).

O Cuidados Paliativos são cuidados de saúde especializados para pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, qualquer que seja a sua idade, diagnóstico ou estadio da doença. São considerados uma disciplina holística que envolve o cuidado a pessoas e suas famílias que enfrentam doenças que ameaçam e/ou limitam a vida. Visam melhorar a qualidade de vida através da prevenção, identificação precoce e alívio do sofrimento psicológico e espiritual (World Health Organization [WHO], 2002).

De acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos são, (Lei nº52/2012),

cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais (Lei n.º52/2012, pp.5119).

De forma concreta,

os cuidados paliativos dirigem-se mais ao doente que à doença; aceitam a morte, mas também melhoram a vida; constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados; preocupam-se mais com a “reconciliação” do que com a cura; não apressam nem protelam intencionalmente a morte (Twycross, 2003, pp.17).

1.2 Cuidados Paliativos: Princípios

Sucintamente, os Cuidados Paliativos, destinam-se a doentes que cumulativamente não têm perspetiva de tratamento curativo; têm rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada; têm intenso sofrimento; têm problemas e necessidades de difícil resolução, que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar (DGS, 2005).

De um modo mais específico, os Cuidados Paliativos:

- Incluem a prevenção, identificação precoce, avaliação e gestão globais dos problemas físicos - incluindo a dor e outros sintomas graves ou nocivos -, do sofrimento psicológico, da angústia espiritual e das necessidades sociais. Sempre que possível, estas intervenções devem ser baseadas em evidência científica.

- Proporcionam o apoio para ajudar a pessoa doente a viver da forma mais plena possível até à morte, facilitando a comunicação eficaz, permitindo que a pessoa e a sua família determinem quais os objetivos de tratamento.

- São aplicáveis durante todo o curso da doença, de acordo com as necessidades da pessoa doente.

- Sempre que necessário são fornecidos em conjunto com intervenções terapêuticas modificadoras da evolução da doença.

- Podem influenciar positivamente a evolução da doença.

- Não pretendem antecipar nem adiar a morte; afirmam a vida e reconhecem a morte como um processo natural.

- Proporcionam apoio à família e aos cuidadores durante a doença e no período de luto.

- São prestados reconhecendo e respeitando os valores e crenças culturais da pessoa doente e da sua família.

- São aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados (domicílio e instituições) e em todos os níveis de cuidados (primário ao terciário).

- Podem ser fornecidos por profissionais com formação básica em cuidados paliativos.

- Requerem cuidados paliativos especializados prestados por equipas multidisciplinares para a referenciação de casos complexos (International Association Hospice and Palliative Care [IAHPC], 2018).

No nosso país, podemos dizer que os serviços qualificados e devidamente organizados são escassos e insuficientes para as necessidades detetadas. Importa reforçar que os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades dos doentes e famílias e não com base no seu diagnóstico. Como tal, não são apenas os doentes de cancro avançado que carecem destes cuidados: os doentes de SIDA em estadios avançados, os doentes com as chamadas insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória, hepática, renal), os doentes com doenças neurológicas degenerativas e graves, os doentes

com demências em estadios muito avançados. E não são apenas os idosos que carecem destes cuidados. O problema da doença terminal atravessa todas as faixas etárias, incluindo a infância. Estamos, por isso, a falar de um grupo enorme de pessoas, e de um problema que atinge praticamente todas as famílias portuguesas (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP], 2018).

Davies e Higginson (2004), afirmam que não são só os doentes incuráveis e avançados que poderão receber cuidados paliativos, a existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar necessidade de saúde pelo sofrimento associado e dessa forma justificar a intervenção dos cuidados paliativos.

Com vista a maximização da qualidade de vida defende-se que a implementação dos cuidados paliativos seja precoce no decurso da doença e que interligue tanto os cuidados curativos como os paliativos, tendo-os sempre presentes mesmo quando a cura não é possível. Este investimento terapêutico não invalida o usufruto de medidas agressivas, visto que nestes cuidados impera a promoção de conforto do doente (Doyle, Hanks, Cherney & Calman, 2004; Neto, 2006).

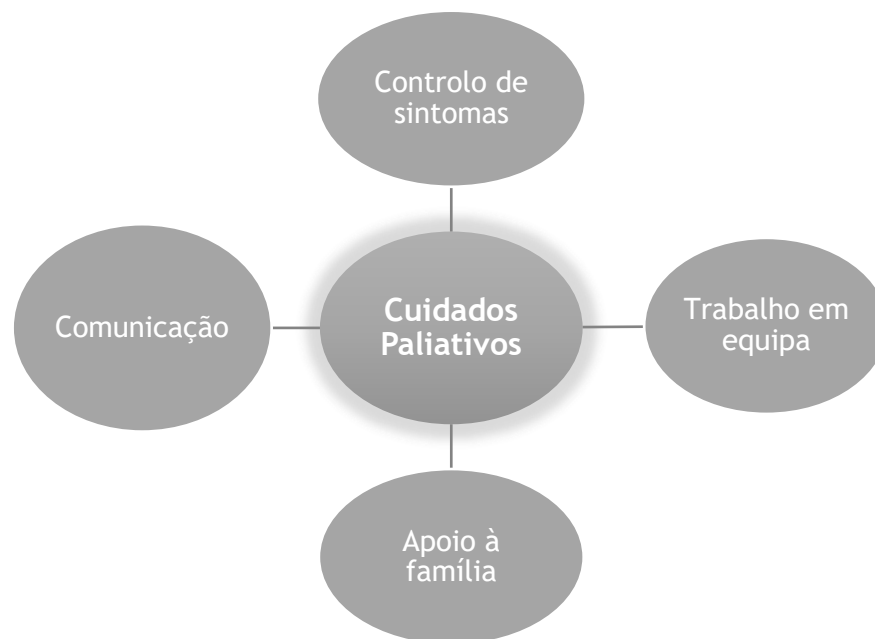


Figura 1. Áreas Fundamentais para a Aplicação de Cuidados Paliativos (Neto, 2010a)

Estas quatro áreas são de igual importância, não sendo possível a prática de cuidados paliativos de qualidade se alguma delas for depreciada.

Os cuidados são prestados de forma multidimensional e sistemática por uma equipa multidisciplinar, cuja prática e a tomada de decisões é baseada na ética clínica, tendo sempre bem presente o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (Neto, 2010a).

Os doentes terminais valorizam positivamente o controlo sintomático, mas atribuem um valor equivalente ou superior a aspetos como: a manutenção de algum tipo de controlo da situação, o não sobrecarregar a família, a comunicação com o seu médico assistente, o fortalecimento das relações interpessoais, a preparação para a morte e a oportunidade de atingir um certo sentido de dever cumprido e uma paz interior (Neto, 2010a).

O controlo de sintomas consiste em saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem no decorrer da doença e que tem repercussões diretas no bem-estar do doente, sendo um dos objetivos básicos dos cuidados paliativos (Neto, 2010b).

Os sintomas, são por vezes intensos e debilitantes tornando fundamental a avaliação das suas características e frequência, de forma a serem instituídas intervenções adequadas que visem o seu controlo.

O eficiente controlo de sintomas tem uma grande influência na promoção da qualidade de vida podendo mesmo interferir positivamente no curso da doença. O controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajetória da doença não só produz mais sofrimento como pode ter um efeito adverso na progressão da própria doença (MacDonald, 2002, citado por Sousa, 2012).

De acordo com Neto (2010b) as doenças crónicas e avançadas, apresentam frequentemente “complexos multissintomáticos”, uma vez que os doentes raramente apresentam um só sintoma, pelo que é fundamental a avaliação inicial sistemática e a monitorização da sua evolução, incluindo a intensidade, o impacto nas atividades da vida quotidiana, o impacto emocional e a probabilidade de controlo dos diferentes sintomas.

Segundo Twycross (2003) é basilar acreditar sempre no que o doente diz e ter em consideração que os sintomas subjetivos são influenciados por muitos fatores. A subjetividade é inerente à avaliação de sintomas devendo ser tido em atenção que uma causa de sofrimento num doente pode não o ser noutra, ou num seu familiar, ou no profissional de saúde. Deve, por isso, tentar determinar as características e o início dos sintomas, fatores de alívio e de exacerbação, os sinais e sintomas associados, impacto no dia a dia e resposta a terapêuticas anteriores. Deve-se ter em consideração a causa dos sintomas que podem advir da própria doença, do tratamento, da debilidade e da comorbilidade. É importante verificar qual o mecanismo patológico subjacente a um determinado sintoma, para o poder tratar adequadamente, e registar a resposta obtida, seja positiva ou negativa, o que vai ajudar no planeamento da estratégia de controlo eficaz. Por último é fulcral determinar o impacto do sintoma na vida do doente.

O tratamento de qualquer sintoma deve-se iniciar pela explicação das razões que justificam os sintomas, de forma a reduzir o seu impacto psicológico e, sempre que

possível, o doente deverá ser incluído no processo de decisão terapêutica, permitindo que este se sinta respeitado e aumentando a sua autoestima (Twycross, 2003).

Na prática de cuidados paliativos estão incluídos os tratamentos específicos de certos sintomas, que devem ser práticos e pouco agressivos, sendo eles os tratamentos não farmacológicos e o tratamento profilático. A monitorização dos sintomas permite sistematizar o seguimento, clarificar os objetivos e validar os resultados das terapêuticas instituídas, de modo a promover a reavaliação contínua das intervenções utilizadas. Esta reavaliação constante permite não só avaliar a eficácia terapêutica mas também identificar a progressão da doença, desenvolvimento da tolerância aos fármacos e o aparecimento de efeitos adversos dos mesmos (Neto, 2010b; Twycross, 2003).

Constituindo uma das dimensões fundamentais dos cuidados paliativos é fulcral que o profissional realize uma correta avaliação dos sintomas de forma sistemática socorrendo-se da aplicação de escalas e de um exame físico cuidadoso e personalizado, fomentando o processo de comunicação e o espaço e tempo imprescindíveis para que o doente se manifeste em todas as suas dimensões lesadas. Relativamente às escalas disponíveis para avaliação de sintomas existe a Escala de Edmonton, que é o instrumento mais usado e que permite providenciar uma visão geral dos sintomas dos doentes, mas também pode levar à desvalorização de sintomas que não constem na lista (Sousa, 2012).

É na equipa de saúde que doente e família procuram refúgio, respostas e orientações e tendo como principal objetivo uma comunicação eficaz de acordo com as necessidades de informação, preocupações e expectativas.

“A comunicação de más notícias não é uma habilidade opcional; é uma parte essencial da prática profissional” (Department of Health, Social Services and Public Safety [DHSSPS], 2003, p.6) e constitui um elemento base do processo relacional, que implica o respeito pelo direito à verdade, aos princípios éticos, à informação e à minimização do sofrimento.

Segundo, Twycross (2003) é essencial uma comunicação adequada, independentemente do âmbito dos cuidados a prestar, contudo assume uma importância singular no doente terminal. O diálogo, a atenção e o acompanhamento destes doentes são fundamentais, e deve-se estabelecer uma relação de ajuda, de forma a apoiar-los na fase final da vida e a viver-la o mais serenamente possível até ao momento da morte. O doente deve sentir-se acompanhado, compreendido e apoiado nesta fase da sua vida.

Comunicar de forma eficaz em cuidados paliativos é algo importante e difícil, um desafio que implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o profissional de saúde, a pessoa doente e a família (Sapeta, 2011).

A comunicação assume uma grande importância na passagem dos cuidados curativos para os cuidados paliativos normalmente associada ao facto da informação

fornecida aos doentes sobre a filosofia dos cuidados paliativos ser deficitária e à não desmistificação de ideias pré concebidas sobre esta filosofia de cuidados que favorece a instauração de expectativas irrealistas, aumento da insegurança, de desesperança e da dependência assim como, um corte afetivo e físico com os profissionais de saúde que assistiam anteriormente o doente (Serrano, 2016).

O profissional de saúde tem como tarefas incentivar a esperança realista e visar objetivos alcançáveis e também estimular a expressão de sentimentos rompendo a “conspiração do silêncio” (Serrano, 2016).

A conspiração do silêncio define-se como o pedido para ocultar informação relacionada com o diagnóstico e/ou prognóstico. Trata-se de uma questão de difícil solução, dada a sensibilidade contextual a questões como a dor, o sofrimento e mesmo a morte. Muitas famílias tendem a reduzir o padrão de comunicação com o seu familiar doente, com o objetivo de protegê-lo e protegerem-se a si mesmos, ou por receio que o doente não suporte a realidade ou por medo do sofrimento, mas também por dificuldade em lidar com a situação. Esta situação é muitas vezes percecionada como destrutiva, contendo-se as expressões de sentimentos e emoções e individualizando-se o sofrimento.

Estas situações permitem uma consciencialização dos profissionais para a problemática da comunicação, levantando a necessidade de formação e desenvolvimento de estratégias a este nível, quer para o seu reconhecimento, quer para o evitamento de juízos de valor. Assim sendo, é importante compreender os motivos inerentes à situação, ter sempre como base os princípios da honestidade, da verdade e do custo/benefício da divulgação da informação, assumindo uma atitude de suporte e de ajuda na construção de elos de comunicação entre os vários intervenientes, tanto a nível individual como através de conferências familiares, permitindo a partilha da informação e a expressão emocional. É necessário mostrar disponibilidade para escutar, estar com, deixar falar e exteriorizar (Ellershaw, 2003b; Serrano, 2016).

A comunicação deve ser contínua permitindo à família/cuidador contextualizar-se para que possam ser resolvidos assuntos pendentes, tomadas decisões e efectuadas despedidas evitando sofrimento quando estas não são realizadas quando desejado (Ellershaw, 2003a).

No que diz respeito à comunicação com os familiares/cuidadores, é importante que o profissional lhes transmita que o doente tem necessidade de falar sobre o momento que vive, mas também sobre as preocupações com o *pós-mortem* (Ellershaw, 2003a). Os familiares prezam ter oportunidade para colocar questões, atualizar informação e obter aconselhamento.

A expressão de sentimentos deve ser encorajada mesmo que o doente não consiga comunicar verbalmente. O profissional de saúde deve esclarecer a família/cuidador acerca

da importância da comunicação não-verbal (toque) e pode mesmo incentivar a falar para que o doente consiga fazer o reconhecimento da pessoa presente. Contudo, a família/cuidador deve ser alertada para evitar colocar questões uma vez que pode induzir inquietação para o doente pois muitas vezes não conseguirá responder (Ellershaw, 2003a; Sapeta, 2011; Twycross, 2003);

De acordo com Neto, (2010a) a família deve estar envolvida na prestação dos cuidados, mas também sendo ela muitas vezes o objeto dos cuidados, quer durante a doença, quer durante o período de luto. A família tem um papel fundamental no apoio aos doentes terminais, uma vez que é efetivamente significativa para estes, e sofre também o impacto dessa doença. Apesar disto deve-se ter sempre em consideração que o doente tem sempre prioridade, pois os interesses da família podem não ser coincidentes com os do doente.

O plano de cuidados deve ser estabelecido com base nas necessidades dos doentes e não no diagnóstico clínico, com vista a melhorar os cuidados e garantido uma maior qualidade de vida ao doente, respeitando a sua dignidade desde que adoece até ao último dia da sua vida.

Há no entanto, por vezes a necessidade de um acompanhamento mais especializado através de um grupo de profissionais com formação em cuidados paliativos que fornece apoio à equipa e que potencia que o exercício da enfermagem paliativa seja um processo clínico rigoroso e ético, com competências precisas atualizadas, quer técnicas quer relacionais, para enfrentar a complexidade das relações humanas que a proximidade da morte amplia (Ribeiro, 2011).

Assim, de acordo com a European Association for Palliative Care citada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, (2017), devem ser considerados pelo menos dois níveis de cuidados: a Abordagem Paliativa e os Cuidados paliativos especializados. No entanto em alguns países, este modelo foi subdividido em três ou quatro níveis, como é o caso do nosso país.

A **Abordagem Paliativa** é utilizada nos serviços onde ocasionalmente são tratados doentes com necessidades paliativas. Esta deve estar presente em todo o sistema de saúde, assim todos os profissionais de saúde devem possuir o curso com formação básica na área, sendo capazes de identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de foro paliativo e encaminhar os casos complexos para outro nível de diferenciação (CNCP, 2017). Estes profissionais são responsáveis pelas ações paliativas, isto é, “medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente” (Lei N.º52/2012, p.5119).

Os **Cuidados Paliativos Generalistas** são cuidados prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é elevada, como Cuidados de saúde primários, serviços de oncologia, medicina interna, hematologia. Apesar dos cuidados paliativos não serem o foco principal da atividade destes profissionais, eles devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área (CNCP, 2017).

Os **Cuidados Paliativos Especializados** são prestados por equipas multidisciplinares próprias, com competências especializadas, focadas na otimização da qualidade de vida dos doentes. Estes profissionais exercem funções como: o acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação; articulação com as Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos cuidados paliativos, devendo, portanto, ter formação avançada na área (CNCP, 2017).

Os **Centros de Excelência**, são serviços que prestam cuidados especializados em vários contextos (nomeadamente a doentes internados e em ambulatório, apoio no domicílio e consultadoria a outros serviços) e desenvolvem atividade académica no domínio da formação e da investigação. São a referência a nível da educação, investigação e divulgação dos cuidados paliativos, desenvolvendo *standards* e novos métodos (CNCP, 2017).

Atualmente sabe-se que quando aplicados precocemente, os cuidados paliativos trazem maiores benefícios para os doentes e famílias, reduzindo a carga sintomática dos doentes e a sobrecarga dos familiares/cuidadores. Os cuidados paliativos permitem a diminuição dos tempos de internamento hospitalar, dos reinternamentos, da futilidade terapêutica, do recurso aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos, diminuindo assim os custos em saúde (CNCP, 2017; Teixeira, 2011).

1.3 Referenciação para Cuidados Paliativos

Inicialmente os cuidados paliativos eram direcionados quase exclusivamente para doentes oncológicos nas fases mais avançadas da doença pelo que actualmente haja alguma dificuldade em referenciar e sinalizar doentes não oncológicos para cuidados paliativos (Gonçalves, 2011).

Enquanto que nos doentes oncológicos, é comum que os últimos três meses de vida traduzam um período de degradação progressiva, nos doentes não oncológicos, dada a imprevisibilidade e maior duração da doença, essa degradação acontece com agudizações e mais lentamente, sendo difícil prever a hora exata do fim (Neto, 2010a).

Deste modo considera-se mais difícil estabelecer prognósticos perante uma doença não oncológica em fase avançada. Assim, a aplicação tardia ou a não aplicação dos

cuidados paliativos aos doentes não-oncológicos justifica-se pela trajetória das diversas doenças uma vez que em muitas situações há uma trajetória composta por momentos de crise (agudização da doença), com necessidade de internamentos frequentes, que podem ser seguidos de períodos de estabilização ou declínio lento. Muitos doentes podem necessitar de Cuidados Paliativos apenas em situação de doença avançada, enquanto que outros irão requerer os Cuidados Paliativos mais cedo na trajetória da doença, para controlo de crises. A transição, ao invés de ser num exato momento, é, frequentemente, gradual, dado que os objetivos de tratamento alteram-se, de prolongamento da vida para preservação de qualidade de vida (Radbruch & Payne, 2010;Tavares, 2010).

Para que seja dada uma resposta às necessidades desta diversidade de doentes e às suas situações patológicas de base, é fundamental que sejam introduzidas alterações na filosofia e no funcionamento dos recursos de saúde existentes e implementar novos, específicos para o tratamento paliativo (Capelas & Neto, 2006).

Relativamente a serviços hospitalares onde haja elevada prevalência de doentes paliativos, os mesmos autores, sugerem a implementação de protocolos de abordagem sintomática ou de outros problemas prevalentes e importantes, mas também ao registo de todo o processo de avaliação das necessidades, sintomas e monitorização da evolução, através de instrumentos de avaliação e registo dos mesmos. Sendo também fundamental o tempo e espaço para cuidar do doente e família, bem como a promoção e estabelecimento de continuidade de cuidados e a implementação de um trabalho de equipa efetivo (Capelas & Neto, 2006).

É também fundamental a promoção da presença e participação da família nos cuidados pelo facto de estarmos perante momentos em que há necessidade de estabelecer objetivos do plano individual de intervenção, permitindo assim a gestão de expectativas, prioridades, tomadas de decisão e escolhas terapêuticas de doentes e famílias (Capelas & Neto, 2006;Tavares, 2010).

Assim a definição de um prognóstico possibilita que todos os profissionais envolvidos no cuidar em fim de vida tenham uma linguagem comum, e como tal, torna-se essencial realizar um prognóstico para uniformizar os cuidados prestados (Tavares, 2010). Para tal é essencial assumir, “com a menor dose de risco possível e consciencializando a incerteza inerente, a condição de irreversibilidade de determinada situação clínica” (Neto, 2010a, p.27), pois caso isso não ocorra “corre-se o risco de não reconhecer as diferentes necessidades deste grupo de pacientes e assim negligenciar cuidados de conforto que lhe são devidos, bem como à sua família, ou de recorrer a procedimentos demasiado agressivos” (Neto, 2010a, p.27).

Assim sendo, e apesar de ser difícil encontrar unanimidade no momento em que o doente deve ser referenciado para cuidados paliativos, é necessário que estes cuidados

sejam introduzidos o mais cedo possível no processo de doença, com vista à maximização da qualidade de vida do doente e sua família (Solano, Gomes & Higginson, 2006).

Também esta incerteza no momento do prognóstico torna evidente a necessidade de os doentes serem referenciados para cuidados paliativos, não pela doença que apresentam, mas pelas necessidades de que carecem e pelos sintomas vividos.

Deste modo é importante esclarecer que nem todos os doentes apresentam o mesmo nível de complexidade e nem todos exigem a intervenção de uma equipa especializada de cuidados paliativos, devendo para tal ser tido em consideração as diferentes necessidades dos doentes e famílias. Assim, os níveis de complexidade descritos no Plano Estratégico para os Cuidados Paliativos 2017-2018 são os seguintes:

- **Doentes com necessidades de complexidade baixa a intermédia:** são doentes com sintomas não complicados, passíveis de evoluir para situações mais complexas. Com problemas físicos, emocionais, espirituais e sociais, podem ser conduzidos mediante uma Abordagem Paliativa (CNCP, 2017).

- **Doentes com necessidades de complexidade intermitente:** apresentam necessidades várias, de diferentes intensidades, com sofrimento físico, psicológico, espiritual e social, que podem ser alvo de uma Abordagem Paliativa, no entanto, requerem por vezes consultadoria ou períodos de intervenção direta de uma equipa de cuidados paliativos especializados para resolução dos problemas mais complexos (CNCP, 2017).

- **Doentes com necessidades complexas persistentes:** apresentam problemas persistentes de alta intensidade ou complexidade em qualquer das dimensões do sofrimento pelo que necessitam de cuidados paliativos especializados (CNCP, 2017).

1.4 Formação em Cuidados Paliativos

Por forma a *garantir a qualidade assistencial e salvaguarda dos próprios doentes, considera-se que todo o sistema deve ser alicerçado num programa de formação específica pré e pós graduada em cuidados paliativos, que leve à individualização e reconhecimento de uma competência ou especialização pelas entidades competentes* (Capelas, 2010, p.25).

Em Portugal, apenas nos últimos anos começou a assistir-se a um crescente interesse por esta filosofia de cuidados, sendo que com o aumento da formação avançada, com mestrados e doutoramentos no âmbito dos cuidados paliativos em diferentes áreas disciplinares, o nível da investigação realizado tem alcançado maior complexidade (Sapeta & Lopes, 2007).

A formação dos profissionais de saúde é considerada como um fator importante para o sucesso das equipas de Cuidados Paliativos e para a integração efetiva destes no Sistema Nacional de Saúde, para que as ações paliativas se tornem uma realidade

melhorando os conhecimentos, competências e perícias, mas também as atitudes, pois são estas que mais claramente influenciam a mudança (Capelas & Neto 2006; CNCP, 2017).

A formação é um pilar estruturante e pedra angular do desenvolvimento dos cuidados paliativos. Esta ideia é corroborada por várias associações e entidades nacionais e internacionais, como, World Health Organization (WHO), World Palliative Care Alliance (WPCA), Conselho da Europa (EC), European Association for Palliative Care (EAPC), Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP).

Em 2009, a EAPC e a IAHP, através de uma posição conjunta, denominada Carta de Praga, com objectivo de trabalharem e promover o acesso aos cuidados paliativos e reconhecê-los como direito humano, apelam aos governantes que garantam que os profissionais de saúde recebam formação e treino em cuidados paliativos e controlo da dor, nos cursos pré-graduados e pós-graduados, por forma a aliviarem o sofrimento e assegurar o direito e acesso aos cuidados paliativos.

No panorama nacional, em 2016, seguindo a linha internacional, a Assembleia da República Portuguesa emitiu uma Recomendação ao Governo Português acerca da formação em cuidados paliativos, aconselhando a generalização e obrigatoriedade de formação pré-graduada para enfermeiros e médicos (CNCP, 2017; Pereira, Gomes, Teves, Hernández-Marrero e Sapeta, 2018).

Quadro 1. Níveis de Formação em Cuidados Paliativos (CNCP, 2017).

Formação Básica- Nível A

- Destinatários: alunos e todos os profissionais de saúde;
- Engloba programas ou actividades de formação com duração de 18- 89h;
- Formação pré-graduada ou através do desenvolvimento profissional contínuo.

Formação Pós- Graduada- Nível B

- Destinatários: profissionais com contacto direto e frequente com pessoas com necessidades paliativas , mas que não têm os cuidados paliativos como foco principal do seu trabalho;
- Engloba actividades de formação com duração de 90- 280h;
- Pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo.

Formação Pós-Graduada Nível C

- Destinatários: profissionais que exerçam a sua atividade profissional em equipas/idades de cuidados paliativos;
- Englobando, doutoramentos, mestrados e pós-graduações com mais de 280h, associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade;
- Pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional.

Importa salientar que nem todos os profissionais de saúde necessitam do mesmo nível de formação. Esta diferencia-se de acordo com a frequência e intensidade do contacto de cada profissional com doentes com necessidade de cuidados paliativos.

No entanto, a EAPC num documento intitulado “ White Paper on palliative care education” (2013), enumera um conjunto de competências centrais em cuidados paliativos, que os profissionais da área da saúde e das ciências sociais deveriam desenvolver:

- Aplicar os princípios gerais dos Cuidados Paliativos em qualquer contexto de cuidados onde o doente e família se encontrem e onde a atuação está muito para além de investigação de diagnóstico e cura, pois o doente existe para ser considerado, cuidado e tratado de forma global;
- Promover o conforto físico ao longo da trajectória de doença, aliviando o sofrimento (dor e outros sintomas) com medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Responder às necessidades psicológicas, sociais e espirituais do doente e família, adequando os cuidados instituídos consoante as necessidades individuais e tendo em conta os desejo e valores de cada doente e família;
- Responder às necessidades dos familiares e/ou cuidadores informais do doente relacionadas com os objectivos de cuidados a curto, médio e longo prazo;
- Responder aos desafios clínicos e processos de tomada de decisão ética em cuidados paliativos;
- Exercer uma coordenação/ liderança de cuidados de cariz compreensivo e interdisciplinar em qualquer contexto onde sejam prestados cuidados paliativos;
- Desenvolver competências de comunicação e relação interpessoais;
- Promover a autoconsciência e o desenvolvimento profissional contínuos, com reflexão sobre a própria atitude em relação à doença, morte e luto.

Em Portugal, no âmbito da Enfermagem e no que diz respeito à formação pós-graduada em cuidados paliativos, desde 2010 que Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos tem trabalhado com a Ordem dos Enfermeiros no sentido do reconhecimento da especialidade (Pereira et al.2018).

Tendo em conta o relatório de Outono 2018 do observatório português de cuidados paliativos na seção de Formação em Cuidados Paliativos, é de salientar que a formação pré graduada em cuidados paliativos mantém-se escassa havendo necessidade de investimento nesta campo, apesar de se observar uma evolução positiva comparativamente ao estudo

realizado em 2015, pela mesma fonte, com a inclusão da unidade curricular específica de cuidados paliativos em cursos de enfermagem e medicina (Pereira et al. 2018).

Assim é fundamental considerar os cuidados paliativos uma componente essencial da formação básica de todos os profissionais de saúde, aumentando a inclusão destes na formação pré-graduada mas também sensibilizando e intervindo junto das ordens profissionais para que estas promovam essa inclusão (Pereira et al. 2018).

Relativamente à formação pós-graduada, no nosso país, em 2018, existiam 5 mestrados em funcionamento e doze pós-graduações, maioritariamente destinados a grupos multiprofissionais. De referir que o crescente número de pós-graduações poderá estar relacionado com o facto destas não serem sujeitas a acreditação, no entanto poderão nem sempre ter a qualidade pedagógica e científica desejada (Pereira et al. 2018).

De referir que é recomendado que no nível de formação pós-graduada se realizem estágios clínicos que permitam uma melhor ligação da teoria à prática e a formação de peritos competentes nas várias vertentes dos cuidados paliativos, nomeadamente na atitude assistencial desenvolvida com a família e doente. Os estágios são momentos fulcrais que permitem a articulação entre a teoria e a prática, permitindo o desenvolvimento de competências apreendidas na teoria e também o desenvolvimento de pensamento crítico e de autorreflexão (Pereira et al. 2018).

2. Enfermagem em Cuidados Paliativos

No processo de cuidar, o enfermeiro encontra-se numa situação singular e privilegiada relativamente aos cuidados paliativos uma vez que acompanha o doente nas 24 horas do dia, relacionando-se de forma mais próxima e íntima com os doentes e seus entes queridos. É a pessoa que conhece melhor o doente no seu todo, como pessoa e o seu contexto familiar, económico e socio-cultural, pelo que está mais capacitado para detetar necessidades específicas daquele doente e saber qual a resposta mais adequada para as mesmas (Pacheco,2004;Pereira,2010).

2.1 Competências dos Enfermeiros

O International Council of Nurses (2000) afirma que “uma pronta avaliação, a identificação e a gestão da dor e das necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais” podem diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos doentes e seus familiares.

O processo do cuidar inserido na prática profissional do enfermeiro procura integrar todos os membros da equipa de saúde, assim como a família, a comunidade o ambiente onde ele realiza o seu trabalho (Firmino, 2009).

No exercício da sua profissão os enfermeiros devem manter-se fiéis aos princípios desta filosofia de cuidados, devendo para tal possuir competências básicas para o exercício das suas funções.

A ação de enfermagem deve estar não só direcionada para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas e para as intervenções, tanto farmacológicas como não farmacológicas, para o seu controlo, mas também para uma comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa, sendo as intervenções realizadas com base nos conhecimentos teórico-práticos, estabelecendo prioridades. Com a finalidade de reabilitar e ajudar o doente a atingir o seu mais elevado potencial físico, psicológico, social e espiritual independentemente da doença subjacente (Firmino, 2009). As estratégias terapêuticas são definidas em função das perspetivas biológicas, circunstâncias pessoais e sociais do doente, de forma a atingir uma melhor qualidade de vida (Weissman, 2004).

O quadro que de seguida apresentamos mostra as competências básicas do enfermeiro em três das quatro áreas-chave dos cuidados paliativos, sendo que as competências de enfermagem na equipa multidisciplinar vão ser abordadas no ponto 2.3 Trabalho em Equipa.

Quadro 2. Competências Básicas do Enfermeiro em Cuidados Paliativos (Sapeta, 2011)

Competências	
Comunicação	<ul style="list-style-type: none">- Reconhece as suas atitudes pessoais bem como os sentimentos, valores e expectativas em relação à morte e à diversidade individual, cultural e espiritual que existem ao nível das crenças e tradições;- Demonstra respeito pelas perspetivas e desejos do doente durante a prestação de cuidados;- Aplica os princípios legais e éticos na análise de assuntos complexos inerentes aos cuidados na fase final da vida, recolhendo a importância dos valores pessoais, dos códigos profissionais e das decisões do doente;- Identifica os principais obstáculos e dificuldades de comunicação com o doente e família, em cada situação concreta;- Demonstra capacidades de comunicação eficaz e empática com o doente, a família e a equipa de cuidados;- Usa as perícias básicas de comunicação; actua como gestor/mediador da informação entre doente/família e a equipa multidisciplinar;- Faz gestão de sentimentos do doente e família, e entre eles;- Adota técnicas de comunicação e de apoio emocional mais apropriadas na discussão de assuntos relacionados com o processo de morte, com o doente e a família.

Controlo de Sintomas	<ul style="list-style-type: none"> - Usa instrumentos standardizados cientificamente testados e validados, para avaliar sintomas (por exemplo dor, dispneia, obstipação, ansiedade, fadiga, náuseas, vómitos e alterações cognitivas) experimentados pelos doentes; - Descreve componentes sensoriais, cognitivos, afetivos e comportamentais na forma como os sintomas são percebidos; - Valoriza as múltiplas dimensões do sofrimento do doente, incluindo físicas, psicológicas, sociais e espirituais, com o objectivo de melhorar a qualidade da vida; - Assiste o doente, a família e os amigos, ajudando-os a lidar com o sofrimento decorrente dos sintomas e a otimizar a sua qualidade de vida; - Descreve e utiliza os métodos mais comuns no alívio de sintomas, farmacológicos e não farmacológicos, a sua eficácia e os efeitos colaterais; - Usa os resultados da avaliação dos sintomas e os conhecimentos actualizados nas abordagens tradicionais e complementares, para planear e intervir no alívio de sintomas; - Avalia os protocolos de actuação em conjunto com os doentes e a sua família; - Reavalia e redefine objectivos a cada momento, em função da evolução da situação, da percepção e dos desejos do doente.
Cuidados à Família	<ul style="list-style-type: none"> - Conhece o sistema familiar: a sua composição, dinâmica e a força do vínculo relacional entre os seus membros e com o doente; - Descreve e usa métodos para avaliar as necessidades psico-sociais e espirituais do doente e família; - Identifica os obstáculos e facilidades relativamente à mobilização de recursos para o doente e para os seus potenciais cuidadores; - Identifica as necessidades durante o processo de perda e luto no doente e família; - Oferece apoio apropriado ao doente e família no processo de perdas sucessivas e de luto; - Reconhece a importância da educação para a saúde, do doente e família; - Adopta estratégias de educação efectivas, junto do doente e da família; - Promove o autocuidado e a autonomia do doente e da família.

De um modo mais específico e fazendo alusão ao Regulamento n.º 429/2018, “A área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, tem como alvo dos seus cuidados a Pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal nos mais diversos contextos de atuação e respetivos cuidadores/familiares”.

Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em Situação Paliativa tem como competências:

Cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica,

aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;

Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.

Silva (2009) acrescenta que uma competência importante é saber identificar os sinais e sintomas da deterioração gradual do estado da pessoa em fim de vida.

Para a enfermagem, os cuidados paliativos são inerentes à sua prática quotidiana. Aliar ciência e arte para prestar um cuidado que ampare, suporte e conforto é dever dos profissionais de Enfermagem, desde o auxílio no nascimento ao diagnóstico de uma doença avançada, fortalecendo-se e tornando-se ainda mais presente na fase terminal e continuando durante o período de luto.

A prestação de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos envolve valorizar todas as características e experiências passadas da pessoa. Exige uma atitude e aproximação que não se concentre apenas no diagnóstico e nos problemas clínicos imediatos. Atingir esta condição requer um nível de contacto e humanização para com a pessoa em fim de vida que ultrapassa as tarefas e procedimentos que, frequentemente, dominam o quotidiano laboral. É, simultaneamente, ciência e arte e enfatiza a sensação de normalidade e qualidade de vida. É moldada pela busca individual de sentido da vida e controlo das rotinas vitais com o objectivo de manter a dignidade pessoal, como o doente a percebe, no tempo de vida que lhe resta. É uma combinação em partes iguais de conhecimento, aptidões e compaixão. Desta forma apresenta-se sensível, esperançosa, dinâmica e significativa. Mas, acima de tudo, é a filosofia de cuidados que deve nortear o comportamento do enfermeiro ao cuidar de uma pessoa em fim de vida, seja qual for o estadió (Becker e Gamlin, 2004 citado por Becker, 2009).

2.2 A Relação Enfermeiro/Doente

De acordo com Sapeta (2011), é quase impossível fazer a separação entre processo de cuidados e a interação estabelecida entre o enfermeiro e o doente. Existe uma simbiose entre estes quase impossível de separar. A interação surge, no entanto, e segundo a mesma autora, como uma das dimensões do processo de cuidados, sendo parte integrante do mesmo, estando dependente quer dos cuidados prestados em cada momento como da dinâmica de cada dia.

O processo de cuidados organiza-se em função das rotinas de cada turno, como se se tratasse de uma sequência que visa a satisfação das necessidades humanas básicas e do alívio de sintomas, ocorrendo uma interação paralela a este processo. Incluiu-se ainda no processo de cuidados a promoção da presença familiar, bem como o cuidado a estes (Sapeta, 2011).

Assim sendo, cuidar tem outros elementos para além da prestação de cuidados físicos, envolve a preocupação do enfermeiro pelo outro, na sua existência, constituindo-se de pequenas coisas do dia-a-dia, mas que para determinadas pessoas, nomeadamente para aquelas que, por motivos de doença, se encontram fragilizadas, dão sentido à vida e são importantes.

Cabe ao enfermeiro, em cuidados paliativos educar, cuidar, promover, advogar e coordenar, sendo que para exercer a sua intervenção deverá ter “expertise” clínica, manter o foco no doente e família, deter actos deliberados, intencionais, de cooperação, manter a honestidade na comunicação e estar presente, disponível e atento (discernir com sabedoria) (Pimenta, 2010). Isto é, cuidar depende da qualidade e do tipo de relação estabelecida, envolve o atender às necessidades físicas, emocionais e mentais do outro, assumindo um comportamento de suporte, promoção de crescimento e reparação. Neste contexto, cuidar em enfermagem é promover conforto, aliviar os sintomas, ser flexível, ter objectivos de cuidado, advogar pelo doente e reconhecê-lo como ser humano único (Magalhães, 2009).

Hesbeen (2000) refere que quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas. Assim, os enfermeiros de cuidados paliativos têm de “conter emoções intensas ao mesmo tempo que alimentam relações próximas e alicerçadas no cuidar com os seus doentes” (Magalhães, 2009, p.88).

Sendo os enfermeiros aqueles que de entre os que estão envolvidos no cuidado ao doente paliativo têm um contato mais próximo e continuado com os mesmos, permitindo um cuidado baseado nas prioridades definidas pelos doentes que são: o ser tratado com humanidade, a dignidade e respeito, a boa comunicação, a informação clara, o controlo de sintomas e o apoio psicológico.

Estes aspectos vêm corroborar a importância da humanização nos cuidados que se prestam ao doente em fim de vida. Sendo o enfermeiro quem estabelece com o doente maior intimidade, e estabelece, de igual modo, uma relação de maior proximidade com os familiares e amigos, cabe-lhe um papel muito especial na humanização, de que é um verdadeiro construtor-artífice (Osswald, 2004).

Neste sentido, Serrão (2004, p.347) reforça a ideia de que cabe ao enfermeiro um lugar privilegiado na relação com o doente referindo que

o contacto prolongado e íntimo com o doente terminal, dá ao enfermeiro uma oportunidade única de reconhecer o doente como pessoa e de perceber o que lhe causa desconforto e sofrimento e o que efectivamente o alivia; e este conhecimento pode permitir ao enfermeiro uma intervenção decisiva para que o doente suporte os sucessivos incómodos do processo de morrer que não são já os da doença principal, a qual parece que o doente, em fase terminal, esqueceu ou

fez desaparecer da sua consciência; mas são, sim, os das intercorrências, exactamente as que caem na esfera das competências específicas dos cuidados de enfermagem.

De acordo com Sapeta (2011), o enfermeiro intervém através da interação a par do *continuum* de cuidados em que, conforme as circunstâncias e os actores envolvidos, é o cenário de enquadramento da ação. De acordo com o objectivo e o momento em que acontece e se observa, tal como o processo de cuidados a interação desenrola-se por fases em que se inicia, constrói e consolida e relação. Neste sentido, a autora, enuncia três fases: inicia relação; constrói relação; consolida relação; e dois eixos, fundamentais para esta interação, avaliação diagnóstica e o Planeamento, e interação terapêutica.

Na primeira fase de “início da interação”, o enfermeiro tem como objectivo criar familiaridade e à vontade entre si e o doente, numa conquista gradual de maior à vontade e de conhecimento recíproco. O enfermeiro inicia a relação, adopta um tratamento personalizado, mobiliza o conhecimento prévio, estabelece elos e cria afectos, constrói uma representação do doente, deteta as necessidades, estabelece diagnósticos, inicia o planeamento; Avalia: a presença de sofrimento; a adaptação à doença; a capacidade de comunicação; a resiliência; a situação clínica; a situação e apoio familiar; a prioridade nos cuidados; a qualidade dos seus cuidados; define e redefine os seus objectivos terapêuticos (Sapeta, 2011).

A fase número dois, inicia-se o processo efectivo de interação, o enfermeiro “controlo a relação”. Isto é, mantém relações de sociabilidade, de cortesia e amabilidade, mostrando-se disponível e paciente e bom ouvinte. Mostra ao doente que conhece alguns aspectos da sua vida na tentativa de criar à vontade e fomentar a cumplicidade na relação, deste modo, informa, antecipa o cuidado, explica o que faz; personaliza os cuidados; respeita o pudor e intimidade; aumenta a adesão ao cuidado que presta; ensina a prevenir complicações; garante conforto; garante segurança; envolve o doente nos cuidados; valida com o doente os cuidados que presta; está atento à comunicação não verbal (Sapeta, 2011).

A fase de construção da relação é descrita pela autora como nível I de interação, na qual existe um fluxo constante de informação entre enfermeiro e doente, com cuidados personalizados nos quais a opinião doente é tida em conta nas decisões terapêuticas dos enfermeiros, promovendo o envolvimento e autonomia do doente. Deste modo a autora destaca uma categoria central na sua teoria “avalia, revê e ajusta cuidados”, isto porque observou uma atitude dinâmica dos enfermeiros de reavaliação e reajuste constante onde estes procuram adequar os cuidados às necessidades específicas daquela pessoa, detectar novas necessidades e alcançar o bem-estar e conforto, validando com o próprio doente. Esta visão vai ao encontro da teoria de Ida Orlando, sobre o mesmo tema, que identifica três elementos numa situação de enfermagem: os comportamentos do doente, as reações da enfermeira e as ações de enfermagem (Sapeta, 2011).

Neste primeiro nível o foco de atenção principal do enfermeiro é a Pessoa, as suas necessidades e sintomas, centrando a sua intervenção no bem estar, conforto e alívio de sintomas, aceitando e respeitando a percepção do doente. O enfermeiro cria uma relação de proximidade progressiva, com algum envolvimento emocional, com procura de adesão e participação nos cuidados, promoção da autonomia, bem-estar e conforto. Existe ainda necessidade de existir um conhecimento recíproco e um à vontade mais profundos para abordar temas como o sofrimento existencial, a angústia ou o medo face à morte eminente (Sapeta, 2011).

Portanto, existe necessidade de continuar a relação, através do desenvolvimento de estratégias de aproximação, consolidando assim a relação. Num segundo nível de interação no qual aumenta a relação de proximidade havendo um envolvimento emocional crescente, o enfermeiro envolve-se afetivamente de modo crescente com o doente e família, através de simpatia, amabilidade, deixando espaço para a escuta, e age em conformidade com o estado emocional do doente. Este centra-se na Pessoa no alívio do seu sofrimento físico e no alívio de sintomas. Consolida a relação quando alcança harmonia entre a gestão da informação e dos sentimentos. Nesta fase o enfermeiro, demonstra intencionalidade terapêutica, autocontrola-se a assume os seus limites, escuta, com compreensão e empatia, demonstra afetos e cria laços, utiliza o humor, gere sentimentos da família (Sapeta, 2011).

A gestão da informação ocorre à medida que se prestam os cuidados, dado que ocorre sempre uma transmissão de informação com a finalidade de informar e explicar ao doente o que se está a fazer, ensinar e envolver o mesmo nos seus cuidados e nas decisões. Estando perante um doente orientado esta é uma forma de ir obtendo o seu consentimento para realizar as intervenções diárias. Caso estejamos perante uma situação de um doente confuso ou com deterioração cognitiva e sem poder de decisão existe a necessidade do enfermeiro recorrer aos indicadores e standards de bem-estar, conforto e qualidade, previne acidentes, procura garantir a sua segurança, e age em conformidade com a sua perspetiva pessoal e com os códigos ético e deontológico (Sapeta, 2011).

No que diz respeito à gestão de sentimentos, existe partilha de aspectos da vida pessoal, mais íntimos, por vezes, e que acontece por vezes promovida pelo enfermeiro numa linha de revisão da vida, com lembrança e referencia a locais e momentos felizes. Nestes momentos há partilha e os doentes sentem-se importantes, valorizados e sorriem, sentem-se bem, por vezes esquecem o momento de doença, recuperam a dignidade. A gestão de sentimentos ocorre também num crescendo, dependendo de quem nela participa e das circunstâncias em que é criada a interação entre os atores, estando dependente por vezes da gestão da informação (Sapeta, 2011).

Existe necessidade de fazer referência à comunicação não-verbal, a qual, de forma mais ou menos fluida vai ocorrendo na relação enfermeiro-doente. Expressões faciais,

posição corporal e o toque são formas de comunicar e de estabelecer a relação. Pouco a pouco pequenos gestos contribuem para o estreitar da relação de cumplicidade. A profundidade da relação, bem como a genuidade consolidam a confiança presente na interação (Sapeta, 2011).

No nível III de interação promove-se a confiança e cria-se a aliança. Para tal a confiança é construída a partir da interação e reforçada pela intenção, continuidade e coerência. O enfermeiro mostra disponibilidade efetiva e afetiva, cria um clima de abertura, proximidade física, existe a expressão clara de afetos, uma sintonia em relação ao estado emocional do doente, uma atitude escuta, de humildade, assumindo os seus erros, e pedindo desculpa sempre que cause dor ou incómodo, autocontrolando-se em momentos mais delicados e emocionais. O enfermeiro evita grandes momentos de solidão, estando permanentemente atento aos cuidados, e envolve o doente nos cuidados permitindo ajudá-lo a encontrar um sentido para cada dia (Sapeta, 2011). Deste modo, o enfermeiro encontra-se numa busca constante do empowerment do doente em fim de vida e dada a vulnerabilidade e fragilidade destes doentes esse empowerment resulta sobretudo através de uma relação de abertura, com base na honestidade, confiança e empatia, promovendo a auto-estima e autovalorização da pessoa (Martin,1998, citado por Sapeta, 2011).

Sendo assim é possível que se solidifique a confiança e se crie uma aliança nesta relação terapêutica. Uma vez consolidada a relação existe um compromisso de ajuda que é assumido face ao doente, uma confiança por parte deste que se configura numa aliança com efeito terapêutico, que deve ser vivenciada com ponderação para que não seja esgotante e se transforme num luto antecipado para o enfermeiro ou numa dependência excessiva por parte do doente (Sapeta, 2011).

Neste terceiro nível, que nem sempre é alcançado por todos os enfermeiros dado os factores presentes no contexto ou de características pessoais de cada um dos actores, o enfermeiro centra todo o seu processo de cuidados na Pessoa, envolvendo-se emocionalmente de forma crescente, consolida a relação e procura o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida, assegurando um compromisso de ajuda incondicional, promovendo confiança e devolvendo um sentido de utilidade ao doente, ajuda o doente a redescobrir interesses e metas para cada dia, e a aceitar as perdas sucessivas e a proximidade da morte, estreitando a cumplicidade e criando uma aliança terapêutica (caso o doente reúna as características pessoais e clínicas para o fazer)(Sapeta, 2011).

No processo de consolidação da relação o enfermeiro depara-se com elementos dificultadores e facilitadores da interação (Quadro 3).

Quadro 3. Factores que Dificultam e Facilitam a Interação Enfermeiro-Doente (Sapeta 2011)

Factores que dificultam a Interação Enfermeiro Doente
<ul style="list-style-type: none">• Atitude do doente (desistência);• Revolta da família;• Difícil com doentes conscientes do fim;• Evitação e fuga do enfermeiro;• Negação da morte (relaciona o ânimo unicamente com a possibilidade de cura);• Tempo (falta de tempo, rácio enf/doente face ao nível de dependência);• Padrão de prescrição clínica (mais intensivista, com intuito curativo).
Factores que facilitam a Interação Enfermeiro Doente
<ul style="list-style-type: none">• À vontade do doente;• Características do doente;• Características do enfermeiro;• Continuidade de cuidados (permite aprofundar a relação);• Empatia com o doente desde o início;• Atitude/presença da família;• Mais fácil com doentes conscientes do fim.

O processo de interação e de cuidados ao doente deve ser baseado em alguns conceitos e valores como: humildade; honestidade; dignidade; conforto; comunicação; empatia; autonomia; gestão da informação; gestão de sentimentos; confiança, cumplicidade; promoção da esperança; aceitação da morte; confiança; aliança; compromisso; afectividade; escuta; paciência; coragem; respeito; compreensão, entre outros.

Segundo Watson (2002), a mente e as emoções da pessoa são janelas da sua interioridade. O cuidar pode ser físico, processual, objectivo e factual, mas ao nível mais elevado, as respostas humanas da enfermagem no cuidar, as transacções humanas, e a presença do enfermeiro na relação, transcende o mundo físico e material, confinam no tempo e no espaço, e estabelecem contacto com o mundo emocional e subjectivo da pessoa como o caminho para o eu interior e para um sentimento mais elevado do eu.

Pode-se considerar que na enfermagem as atitudes e sentimentos estão no mesmo patamar de importância que os conhecimentos teóricos e científicos, sendo para tal fundamental perceber que o papel do enfermeiro é muito mais que administrar terapêutica de forma correcta, conhecer os mecanismos de acção e os efeitos colaterais e adversos. É importante perceber que estes aspectos deixam de ter tanta relevância quando o doente não tem hipótese de cura e que a presença de um enfermeiro e compaixão deste podem fazer a diferença, na medida em que a promoção do bem-estar e da esperança são um aspecto fulcral no respeito pela dignidade do doente (Pacheco,2004).

Assim, aprender a ser e a estar em cuidados de enfermagem é uma tarefa de todos os dias; o esforço de cada um é fundamental para o sucesso desta construção profissional (Costa, 2004).

Cuidar implica, assim, a valorização da relação interpessoal, o respeito pelo outro, na sua globalidade e singularidade e a sua integração e participação na tomada de decisão.

2.3 Trabalho em Equipa

O trabalho em equipa, como já foi referido, é considerado uma das áreas fundamentais dos cuidados paliativos. Quando administrados por um grupo de pessoas empenhadas com o bem-estar global do doente e da sua família os cuidados são mais eficazes (Twycross,2003).

Os Cuidados Paliativos requerem uma abordagem transdisciplinar, isto é, os elementos da equipa usam uma concepção comum, desenham juntos a teoria e a abordagem dos problemas que consideram de todos. Incluem o doente, a família e/ou cuidadores, os prestadores de cuidados, os serviços sociais, etc., na equipa e têm como objectivo uma actuação cuja finalidade é o bem estar global do doente e da sua família (Bernardo, Rosado & Salazar, 2006, p.464).

A multidimensionalidade e complexidade dos problemas dos doentes em situação terminal exigem uma equipa em que todos os elementos trabalhem com o objectivo comum de proporcionar alívio, utilizando os diversos conhecimentos e aptidões que a sua profissão requer (Centeno, Sancho, Nabal, & Pascual, 2009). A actuação da equipa deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitar o melhor de cada dia (Bernardo, et al. 2006).

De acordo com Lickiss, Turner e Pollock, (2005 citados por Paiva, Caldas & Capelas, 2012), a equipa de trabalho deve reunir um conjunto de requisitos de modo a desempenhar um trabalho mais eficiente e eficaz, devendo para tal estes requisitos estar interligados entre si. Sendo eles: a composição da equipa, o reconhecimento da contribuição de cada membro, as competências dos profissionais na sua área de actuação e o respeito pelas competências dos colegas de outras áreas, a definição clara de papéis e responsabilidades, a liderança efectiva e adequada à estrutura, as funções da equipa e da tarefa a desempenhar, a existência de procedimentos para avaliar a eficácia e qualidade da equipa, o apoio para os profissionais para lidar com a perda, e o reconhecimento da contribuição dos doentes.

Uma equipa básica de cuidados paliativos é formada pelo médico, enfermeiro e assistente social (Twycross, 2003). A inclusão de pelo menos mais duas áreas profissionais nesta equipa transforma-a numa equipa completa. Essas outras áreas profissionais podem ser: psicólogo, assistente espiritual, fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, voluntariado, entre outros. Estes profissionais “devem trabalhar de forma

coesa, aliando os conhecimentos e competências das diferentes áreas de intervenção na prestação de cuidados” (Sapeta & Alves, 2018, p.1).

Os diferentes elementos que constituem a equipa são profissionais que possuem conhecimentos e experiências diferentes mas com um objectivo comum, bem definido e compreendido por todos. Estes devem trabalhar num ambiente informal, dando ênfase ao princípio da igualdade e diferenciação, isto é todos têm uma opinião sobre o problema e esta deve ser ouvida e respeitada (Bernardo, Rosado & Salazar, 2016). A cooperação entre profissionais é essencial na prestação de cuidados.

Cada grupo profissional necessita de discutir e de se capacitar para compreender de forma clara os seus papéis e área de intervenção; ter confiança nas suas próprias capacidades; reconhecer os limites da sua intervenção; comprometer-se com os valores e ética da sua profissão; e conhecer as normas de boa prática da sua área (Orchard , Curran & Kabene, 2005).

A existência de uma liderança permite que com a sua intervenção se propicie um ambiente adequado para o funcionamento da mesma. O líder é definido conforme as necessidades dos doentes e os pontos fortes dos profissionais, sendo a sua escolha feita de forma harmoniosa. De esclarecer que não se trata de eleger o médico com mais anos de profissão, mas sim o profissional mais competente ou eficaz na resolução de situações complexas, pela sua capacidade de análise (Orchard et al. 2005); (Sapeta & Alves, 2018).

No trabalho em equipa a comunicação efectiva entre os diferentes profissionais é essencial (O’Connor, Fisher & Guilfoyle , 2006). Assim é importante a implementação de estratégias que facilitem a mesma, como fomentar a documentação escrita, reuniões de equipa regulares, recurso ao doente como veículo de informação entre os diferentes serviços (através do processo clínico), e o recurso ao enfermeiro com formação avançada em Cuidados Paliativos para fazer a ligação entre os outros profissionais (Street & Blackford, 2001).

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006) salienta a importância do trabalho em equipa através de três critérios de qualidade: a equipa deve ser estruturada, com identificação do coordenador e das funções de cada elemento; devem realizar-se encontros regulares dos elementos através de reunião de equipa que deve ter um intervalo máximo de quinze dias; devem existir protocolos de cuidados; e a variabilidade assistencial deve ser reduzida ao mínimo.

A mesma associação enfatiza a importância da manutenção de um suporte educacional e da promoção de um treino da equipa no âmbito da temáticas em cuidados paliativos devendo a sua participação ser documentada, indicando 3 critérios de qualidade onde reforça a importância de todos os elementos terem formação nesta área, bem como

da existência de um plano anual de formação contínua de todos os elementos e de um plano de investigação de acordo com o nível de diferenciação.

Actualmente, a European Association for Palliative Care recomenda que este tipo de trabalho deve centralizar o doente e sua família numa prestação de cuidados integrada num leque de profissionais, que devem desempenhar as suas funções a tempo inteiro, parcial ou em intervalos. Este grupo de pessoas têm um papel fundamental no apoio global e mais completo que é pretendido para o doente e família, garantindo assim uma maior qualidade na assistência a estes.

Quadro 4. Competências Básicas do Enfermeiro de Cuidados Paliativos no Trabalho em Equipa (Sapeta, 2011).

Competências básicas do enfermeiro na equipa de Cuidados Paliativos

- Compreende os princípios da filosofia de cuidados paliativos;
- Reconhece o doente e família como o centro dos cuidados;
- Define cuidados paliativos como um processo de cuidados contínuo;
- Discute a importância dos cuidados paliativos dentro do sistema de saúde;
- Descreve o papel do enfermeiro em cuidados paliativos, como ativo, necessário e importante e parte integrante dos cuidados de enfermagem;
- Descreve a ação de cada membro da equipa multidisciplinar e articula-se com cada uma;
- Trabalha de modo articulado e complementar com os restantes membros da equipa;
- Avalia necessidades do doente e família e distribui-as a outros membros da equipa;
- Implementa um plano de cuidados de qualidade, integrado num sistema de prestação de cuidados dinâmico e complexo;
- Avalia as intervenções específicas de enfermagem, relacionando a teoria com a prática e os resultados de pesquisas;
- Avalia os resultados do trabalho da equipa multidisciplinar

3. O Estigma

A palavra *estigma*, na antiguidade grega, era considerada sinónimo de marcas ou sinais corporais que exibiam algo de mal e pouco habitual e serviam para identificar os proscritos da sociedade como os escravos, criminosos ou traidores, podendo ser queimaduras, ou cortes na pele; nos dias de hoje esta palavra é muito utilizada com um sentido próximo do original, designando preferencialmente o mal em si mesmo e não tanto as manifestações físicas (Campos,2017).

Segundo Goffman (2013) consiste numa “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.

As sociedades estabelecem meios de categorizar os indivíduos em função dos seus atributos que se percebem como sendo correntes e naturais aos membros pertencentes a essas categorias. Esta categorização permite-nos, que quando nos deparamos com alguém que nos é estranho, rapidamente o categorizamos através dos seus atributos, incluindo-o numa categoria social (identidade social real). Este agir de análise e categorização, tem implícitas expectativas normativas e informações rigorosamente interiorizadas e aceites desde a infância (Goffman, 2006).

O estranho que nos é apresentado, pode ser detentor de um atributo, que o torna diferente dos outros (dentro da categoria social à qual este tem acesso), o que o pode tornar num indivíduo menos aceite pelo seu próprio grupo, ou até mesmo menosprezado. A este atributo, Goffman denomina de estigma (sinal, marca), principalmente, quando esta característica ou atributo o desacredita amplamente, e o priva de afetos e/ou socialização. Assim poderemos reclassificar um indivíduo numa outra categoria socialmente prevista e diferente da previamente usada (Campos,2017; Goffman,2006; Gouveia, 2014; Major & O'brien, 2005).

Desta forma o termo *estigma* poderá ser usado para fazer referência a um atributo profundamente “desacreditador”, ou confirmar a normalidade de outro, não sendo honroso ou mesmo desprestigiante em si mesmo (Campos,2017).

Existem três tipos de estigmas diferentes: o primeiro caracterizado pelas deformidades físicas, as marcas corporais; o seguinte que se percebe como sendo as falhas de carácter, como: a falta de vontade, a desonestidade, as propensões tirânicas ou antinaturais, as crenças falsas, os desequilíbrios intelectuais e as instabilidades emocionais; e, por último, os estigmas grupais, ou seja, crenças religiosas e nacionalistas, comumente transmitidas através de gerações (Campos,2017; Goffman, 2013).

Todos conhecemos as atitudes que por nós são adotadas, os considerados “normais”, perante um indivíduo que possui um estigma, tais como: evitamento, desacreditação, exclusão. Iguamente, as medidas que aplicamos racionalmente, têm um pensamento subjacente: “os estigmatizados não são totalmente humanos”. É assim

construída uma teoria estigmatizante, uma ideologia explicativa da inferioridade destes indivíduos, alertando-nos para o perigo e conseqüentemente criamos animosidades baseadas nestas diferenças, a discriminação (Goffman, 2006).

Existe, assim, a necessidade de definir e explicar os conceitos de preconceito e discriminação que estão intimamente relacionados entre si e com o estigma.

Preconceito define-se como uma atitude favorável ou desfavorável em relação a membros de algum grupo, baseada principalmente no facto de pertença a esse grupo e não necessariamente em características particulares do membro individual, o que origina comportamentos e ações que podem ter sérias implicações não só na vida quotidiana como no bem-estar da sociedade (Crochik, 2006; Gouveia, 2014). Percebemos assim, que os preconceitos têm a sua sustentação em bases afetivas e irracionais, sustentadas pela desinformação, pela ignorância, pelo moralismo, conservadorismo e conformismo. Heller (1989) distingue vários tipos de preconceito: científicos, políticos, de grupo, nacionais, religiosos, raciais, morais.

Desta forma, o preconceito constitui uma modalidade de discriminação sobre os indivíduos que vivem de forma diferente dos padrões dominantes, o que Heller (1989) caracteriza como inato do ser humano: o desprezo pelo outro, a antipatia pelo diferente, é tão antigo quanto a própria humanidade.

Pode-se considerar **Discriminação** como a manifestação comportamental do preconceito, isto é, quando as intenções de agir em relação aos grupos ou indivíduos de um grupo se concretizam em ações. Deste modo, os membros dos grupos discriminados podem ser tratados de modo positivo ou negativo pelo facto de pertencerem a esse grupo (Gouveia, 2014; Pereira & Vala, 2010).

A atitude ou comportamento de Discriminação pode surgir em diversos níveis. Desde um nível simplesmente moderado implicando o evitamento, até a um nível mais acentuado que pode levar à exclusão e em casos mais extremos resultar em agressão contra os alvos do Preconceito (Campos, 2017).

O estigma associado aos cuidados paliativos está maioritariamente relacionado com a morte, ou a proximidade desta (Hui et al., 2015; Zimmerman et al., 2016). Mas também com a ideia de que já não há nada a fazer, que não há esperança, uma ideia de dependência e incapacidade (Bruera & Hui, 2010; Zimmerman et al., 2016).

No estudo de Stajduhar (2011), os participantes foram mais propensos a associar a designação "Paliativo" com pessoas que têm cancro e não com pessoas com doenças crónicas.

Existe preconceito em alguns familiares que acreditam que não se deve falar sobre a doença. No entanto, o doente pode sentir-se abandonado e traído caso não se lhe conte

a verdade, esta não é uma obrigação, mas é um direito do doente. Em geral, as pessoas associam aos cuidados paliativos à desistência do investimento nos cuidados já que por vezes se suspendem tratamentos, no entanto ampliam-se os cuidados para as pessoas que estão em extremo sofrimento devido a uma doença que não tem cura (Arantes, 2019).

Nos doentes e familiares de doentes com cancro é mais fácil verbalizar e prespectivar o fim, no entanto existe sempre uma réstia de esperança em prolongar a vida quando estes ainda são submetidos a tratamentos (Zimmerman et al.,2016).

Outros autores referem também que o estigma associado aos cuidados paliativos está relacionado com a denominação e esta é muitas vezes uma barreira para referenciar doentes mais precocemente. Estes referem que em muitos países foi adoptado o termo cuidados de suporte ou cuidados de qualidade de vida para facilitar essa referenciação (Hui et al.,2015).

Uma ideia fundamental é que não é a denominação que importa mas sim o conteúdo e os cuidados fornecidos (Cherny, 2009; Zimmerman et al.,2016).

Consideramos, no entanto ser necessário esclarecer certas conceções incorretas que são feitas pela sociedade e por alguns profissionais. Deste modo, procuramos esclarecer alguns conceitos:

- Os cuidados paliativos deverão ser parte integrante do sistema de saúde, promovendo uma intervenção técnica que requer formação e treino específico obrigatórios por parte dos profissionais que os prestam.
- Os cuidados paliativos são cuidados preventivos: previnem um grande sofrimento motivado por sintomas (dor, fadiga, dispneia), pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) associadas à doença crónica e terminal e reduzem o risco de lutos patológicos.
- Os cuidados paliativos pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte (e este período pode ser de semanas, meses ou algumas vezes anos).
- Os cuidados paliativos centram-se na importância da dignidade da pessoa ainda que doente, vulnerável e limitada, aceitando a morte como uma etapa natural da VIDA que, até por isso, deve ser vivida intensamente até ao fim (APCP, 2018).

Os cuidados paliativos não se iniciam simplesmente quando o tratamento médico falhou, são sim parte de uma abordagem altamente especializada para ajudar as pessoas a viver e enfrentar o morrer da melhor forma possível. Exigem conhecimento considerável, não somente dos tratamentos médicos, mas também da abordagem da condição humana, o que exige muita energia e dedicação (MacCoughlan, 2004).

As atitudes estigmatizantes em cuidados paliativos são associadas à ideia pre-estabelecida do “ não há nada a fazer”. Deste modo, ao assumirmos que, por não haver mais nada a fazer para curar, nada mais se pode oferecer a um doente, caímos na armadilha da desumanização crescente, na negação do sofrimento associado à doença

terminal, no esquecimento da valores éticos fundamentais inerentes ao ser humano (Neto, 2004).

Neste sentido os doentes são olhados como “aquele a quem já nada há a fazer”, e se de alguma forma a doença terminal for encarada como uma derrota e uma experiência sem sentido, os profissionais poderão reagir com um distanciamento, que se reveste de diferentes formas.

“Paliativo” é um termo comumente relacionado com cuidados inconsistentes, medidas provisórias e sem resultado efetivo. É muito comum verificar que os profissionais de saúde pensam que cuidados paliativos são para pacientes moribundos aos quais não há mais “nada a fazer”, quando não há esperança.

São por vezes realizados vários exames e tratamentos, alguns agressivos e invasivos mas pouco benéficos para o bem estar e conforto do doente, mas nem assim o doente sente o apoio efectivo dos profissionais, que se protegem nessas técnicas e tarefas para não terem de se aproximar, a esta atitude, Neto (2004) chama de “afastamento sofisticado”, e que é verificado pelos enfermeiros do estudo de Estanque (2011).

Quando é dado o prognóstico e comprovado o estado de terminalidade, os doentes sentem-se sós e queixam-se da equipa de saúde. Referem que as pessoas já não se aproximam, que estão a ser menos visitados ou que o são a partir da porta ou dos pés da cama, e que são menos tocados. Muitos poderão ainda estar isolados ou colocados atrás de um biombo, a pretexto de não serem perturbados, e de necessitarem de sossego, mas continuando a ser alvo de cuidados escassos e desadequados às suas necessidades, referindo que os profissionais aparecem apenas para a administração terapêutica. Os doentes afirmam que os profissionais apenas se preocupam com a técnica, esquecendo o seu lado emocional, sendo que, nestes casos, a maior fonte de sofrimento parece surgir habitualmente do abandono e da solidão, mais até do que da própria doença (Estanque, 2011; Vidal, 2007).

Apesar de compreender que os cuidados devem ser mantidos até ao fim da vida do doente, muitos enfermeiros sentem dificuldade em lidar de perto com a morte e, sobretudo, em comunicar com o doente e com a família. Deste modo é comum que o enfermeiro adopte uma postura de afastamento e desliga-se do doente e da morte, desenvolvendo assim mecanismos de defesa e comportamentos de fuga (Pacheco, 2004).

Como afirma Pacheco (2004), é frequente o enfermeiro adoptar a postura de prestar cuidados apressados, o que o pode ajudar a ser capaz de controlar os seus sentimentos, ou a ter atitudes ritualizadas e bloqueadoras da relação interpessoal, o que conduz à despersonalização dos cuidados de enfermagem. Como resultado destes comportamentos surge a impossibilidade de comunicação e diálogo com o doente em fase terminal, quando o apoio e a solidariedade por parte do enfermeiro são fundamentais.

PARTE II- PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

É um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspectos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena.

Ordem dos Enfermeiros, 2006

4. Metodologia do Estudo

A fase conceptual termina com a formulação do problema que serve de base à realização da investigação (Fortin, 2009).

Assim, como profissionais de saúde a desenvolver trabalho neste contexto entendemos ser de suma importância deter conhecimento, experiência e habilidades nesta área de modo a poder responder às necessidades dos doentes e famílias com diagnósticos difíceis em diferentes fases da vida. A constatação da existência de poucos estudos que se centrem no conhecimento, crenças e atitudes dos profissionais de saúde (Morris & Leonard, 2007; Kumar, Jim & Sisodia, 2011); leva-nos a abraçar este desiderato.

Na fase metodológica a atenção do investigador centra-se no desenho de investigação, na escolha da população e da amostra, nos métodos de medida e de colheita de dados (Fortin, 2009).

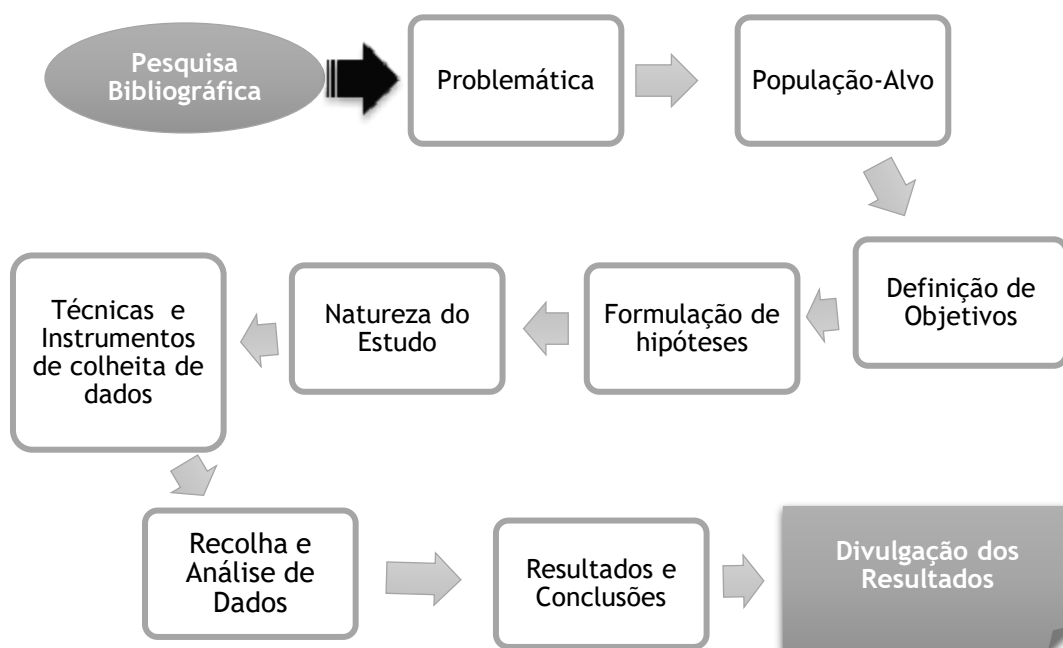


Figura 2. Fases do Processo de Investigação

4.1 População Alvo e Amostra

A população estudada é designada de população alvo, sendo junto desta que será recolhida a informação. Esta deve ser constituída por um grupo de pessoas ou de elementos com características comuns.

Tendo em conta que alguns estudos (Zimmermann et al., 2016) apontam para a influência dos profissionais de saúde nas perceções negativas dos utilizadores de cuidados paliativos. Consideramos ser pertinente desenvolver o nosso estudo com profissionais de

saúde, recaindo a nossa opção nos enfermeiros por julgarmos que estes desempenham papel fulcral na equipe interdisciplinar e em todo o processo de cuidados.

Assim, a população alvo do nosso estudo são os enfermeiros.

A população acessível refere-se à porção da população que se pode aceder neste caso os enfermeiros a exercer funções nos Serviços de Medicina Interna e de Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE, num total de 222 enfermeiros.

Sendo definida como “a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009, pp.312), a amostra deve ser representativa da população, isto é, assemelhar-se o mais possível à população. No presente estudo por facilidade de acesso o tipo de amostra considerado foi a amostragem não probabilística accidental ou de conveniência dado que os indivíduos estavam presentes num determinado local e respondiam ao critério de inclusão, que era o facto de querer participar no estudo.

4.2 Objetivos do Estudo

A finalidade deste estudo é a de contribuir para a melhoria da intervenção de enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos diminuindo atitudes negativas e estigmatizantes.

Pretendemos, deste modo, identificar a presença de estigma nos enfermeiros em relação ao doente paliativo.

Como objetivos específicos emergem: Identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos e o doente paliativo; Identificar o interesse dos enfermeiros pela área de Cuidados Paliativos; Conhecer que atitudes são adotadas pelos enfermeiros em relação ao doente paliativo; Identificar crenças dos enfermeiros no cuidado ao doente paliativo.

4.3 Questões e Hipóteses de Investigação

Para o nosso estudo, as questões de investigação surgem no contexto do exercício profissional, tendo em consideração a qualidade e consequência dos cuidados prestados, que poderão ou não, ser fundamentados por determinadas atitudes e opiniões dos enfermeiros, e são as seguintes:

Que conhecimento sobre cuidados paliativos detêm os enfermeiros? Os enfermeiros têm interesse pela área de Cuidados Paliativos? Que atitudes são adotadas pelos enfermeiros em relação ao doente paliativo? Que crenças existem no cuidado ao doente paliativo? Como se relaciona o conhecimento, com as atitudes e as crenças dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos e o doente paliativo? Existe estigma por parte dos enfermeiros em relação aos doentes paliativos?

Partindo das questões de investigação elaboramos as seguintes hipóteses:

H1: Existe relação entre os conhecimentos e as variáveis: sociodemográficas (género, idade, habilitações académicas) e socioprofissionais (experiência profissional e formações na área);

H2: Existe relação entre as crenças e as variáveis: sociodemográficas (género, idade, habilitações académicas) e socioprofissionais (experiência profissional e formações na área);

H3: Existe relação entre as atitudes e as variáveis: sociodemográficas (género, idade, habilitações académicas) e socioprofissionais (experiência profissional e formações na área);

H4: Existe relação entre o conhecimento que o enfermeiro detêm e as crenças e atitudes sobre os cuidados paliativos;

H5: Existe relação entre as crenças e as atitudes dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos.

Assim, definimos como variáveis dependentes o conhecimento, as atitudes e as crenças e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas (género, idade, habilitações académicas) e socioprofissionais (experiência profissional, experiência na área, formações na área e/ou interesse em realizar formações).

4.4 Desenho de Investigação

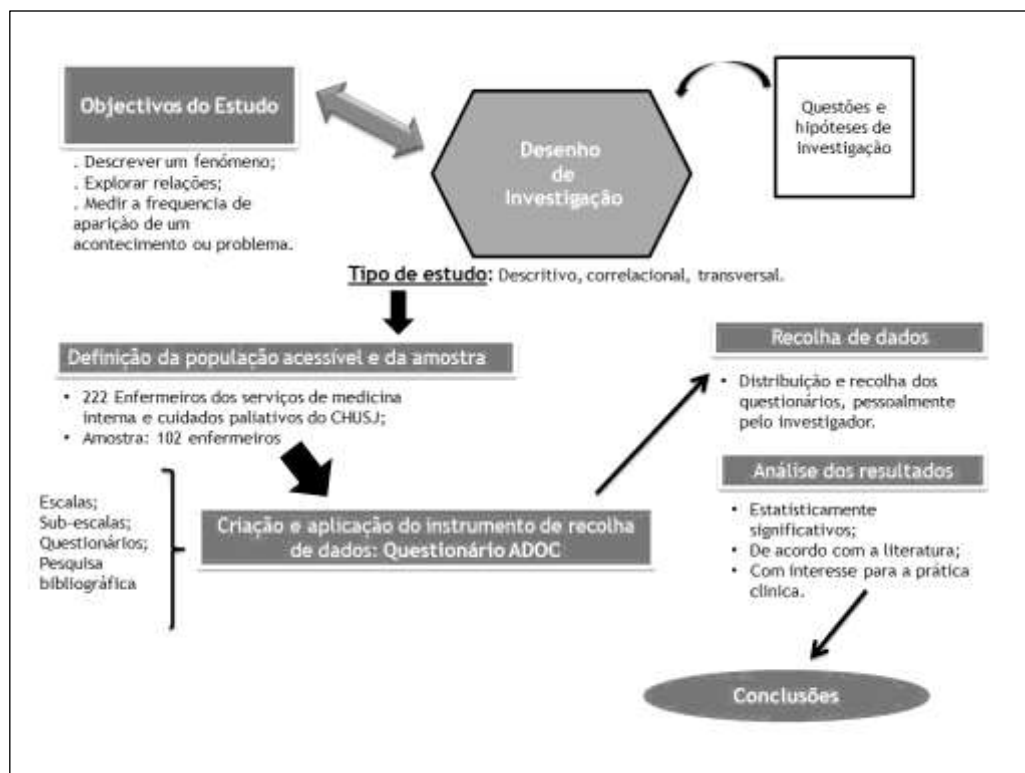


Figura 3. Desenho de Investigação

“O desenho de investigação é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objecto minimizar os riscos de erro” (Fortin, 2009, p.214).

A escolha do desenho de investigação está dependente dos objetivos de investigação a atingir, deste modo o desenho de investigação difere caso se queira descrever variáveis ou grupos de sujeitos, examinar relações de associação entre variáveis ou prever relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes.

Sendo o objetivo principal deste estudo “compreender se existem comportamentos estigmatizantes por parte dos enfermeiros em relação ao doente paliativo”, pretendemos, assim, compreender o fenómeno vivido pela população estudada, destacando características dessa mesma população e compreender o fenómeno que ainda foi pouco estudado.

Pretende-se, assim, realizar um estudo quantitativo, descritivo, transversal correlacional.

Não existiu uma tentativa de se fazerem alterações ao comportamento ou condições que se observaram, simplesmente se avaliaram, mediram e descreveram os factos tal como eles são e se procuraram as relações entre os conceitos para que se obtivesse um perfil do fenómeno.

4.5 Instrumento de Recolha de Dados

A escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis. É fundamental a escolha de um instrumento de medida que esteja em concordância com as definições conceptuais das variáveis que fazem parte do quadro conceptual.

Desta forma, a sua elaboração e aplicação deve seguir critérios técnicos rigorosos, que não comprometam a qualidade dos resultados (Michel, 2005).

4.5.1 O Questionário

O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões (Fortin, 2009), que se consideram relevantes de acordo com as características e dimensão do que se deseja observar.

Permite recolher informação factual sobre acontecimentos, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (Fortin, 2009).

Este instrumento tem grande flexibilidade quanto à sua estrutura, forma e meios de recolher informação. Podem conter questões fechadas ou abertas, sendo que os participantes se devem limitar a responder às questões apresentadas. As questões devem ser apresentadas de forma lógica sendo quase impossíveis os invésamentos (Fortin, 2009).

No estudo em questão foi construído um questionário (ver anexo 2), sustentado na Escala de FATCOD (Frommelt, 2003); The Program in Palliative Care Education and Practise Questionnaire (German version); Escalas de atitudes éticas; Escala de atitudes nos Cuidados Paliativos (adaptação espanhola); Escala de atitudes (Amaro, 2011). Esta opção deveu-se ao facto destes instrumentos, nosso entender, não responderem por si só aos objetivos desta investigação havendo necessidade de complementariedade entre os instrumentos consultados e de pesquisa bibliográfica útil para elaborar algumas das questões que consideramos pertinentes para o alcançar dos objetivos anteriormente definidos.

A primeira parte do questionário é constituída de questões direcionadas para a caracterização sociodemográfica e socioprofissional.

Para a segunda parte do questionário foi recolhida informação baseada nos objetivos a atingir e nas questões de investigação previamente elaboradas. Através de pesquisa de questionários já existentes, ou documentação que consideramos útil para a elaboração do questionário foi elaborado um banco de questões.

As questões apresentadas nesta segunda parte são de enumeração gráfica, permitindo aos participantes indicar o seu maior ou menor grau de concordância com os enunciados apresentados, neste caso entre discordo completamente e concordo plenamente.

O quadro seguinte mostra como as questões foram agrupadas por cada uma das categorias que se pretende analisar com este instrumento de colheita de dados.

Quadro 5. Distribuição das Questões de acordo com as categorias em análise

Conhecimentos	Crenças	Atitudes
•1;2;3;4;5;8;10;14	•6;7;9;16;25;26;27;28; 29; 30;31;34;35;37;38	•11;12;13;15;17;18;19;20 ;21;22;23;24;32;33;36

4.6 Procedimento de Recolha de dados

Inicialmente foi solicitada a aprovação do estudo à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de S. João - EPE, e autorização do conselho de administração para realização do estudo, tendo sido obtido parecer favorável (Anexo 3). Cumpridos os requisitos burocráticos (contactar chefes dos serviços e enfermeiros de referência) planeamos a recolha de dados com início em Março 2019 e término em Abril de 2019.

Optamos por distribuir questionários pelos enfermeiros, pessoalmente, sendo que na maioria dos serviços tivemos o apoio das chefias que em momentos de partilha e formação da equipa promoveram essa distribuição. No entanto, houve necessidade de um constante incentivo nos serviços, por parte da investigadora para o preenchimento dos questionários. Ao solicitarmos aos participantes o preenchimento do questionário era-lhes explicado a finalidade e objetivos do estudo sendo distribuídos em conjunto com o questionário uma nota explicativa onde se esclarecia em que consistia o estudo, bem como um consentimento informado. A entrega do questionário e consentimento foi feita em momentos diferentes para manter o anonimato dos participantes.

4.6.1 Pré- Teste

É uma etapa fundamental que permite ao investigador descobrir a existência de defeitos e fazer correções no questionário.

Neste caso o pré-teste ocorreu aquando da apresentação do projeto aos chefes de enfermagem de cada serviço, que tiveram a possibilidade de ler e preencher o mesmo, não revelando dificuldades nem sugestões de alterações.

4.7 Questões Éticas

Conforme referido anteriormente foi solicitado parecer sobre as questões éticas do estudo à comissão de ética para a saúde do Centro Hospitalar e Universitário de S. João - EPE, garantindo-se a voluntariedade e possibilidade de desistência em qualquer momento da participação no estudo, a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes.

A ética em investigação em saúde obedece a regras bem definidas que visam salvaguardar a integridade dos participantes, bem como a sua vida privada e informações sigilosas ou mais sensíveis. Neste sentido, é importante ter em consideração a seleção da temática, o tipo de estudo, o recrutamento dos participantes, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados, a análise e divulgação dos resultados.

Assim, neste estudo, foram respeitados os princípios éticos. A participação no estudo foi voluntária, tendo por base um consentimento presumido, anexado ao pedido de colaboração dos participantes (Anexo 1) que o participante destacava, depois de aceitar participar no estudo e devolvia ao responsável pela recolha de dados, antes de preencher o questionário. Ficaram asseguradas a confidencialidade e anonimato pela codificação dos questionários (não sendo passível de identificar serviço e/ou participante), bem como a possibilidade de desistência ou não colaboração no projeto.

PARTE III- Análise e Discussão dos Resultados

A apresentação, a análise e interpretação dos resultados de uma investigação são etapas distintas no processo de investigação. Na apresentação dos resultados, o investigador dá conta da análise estatística dos dados, realizada por meio de diferentes testes. (...). É assim, levado a comparar, confrontar os resultados entre si e a fazer referência à teoria e aos trabalhos anteriores relacionados com o fenómeno que estudou. (...) põe em evidência a contribuição da investigação e formula recomendações relativas à investigação e à prática.

(Fortin, 2009, p.472)

5. Apresentação e Análise dos Resultados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado utilizando o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS® for Windows*, versão 23.0, recorrendo a estatística descritiva e inferencial.

Assim através de metodologias de análise descritiva, os dados foram apresentados sobre a forma de tabelas permitindo descrever as características em análise.

5.1 Caracterização da Amostra

No nosso estudo a amostra são os enfermeiros a exercer funções nos Serviços de Medicina Interna e de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE, que quiseram participar no estudo, num total de 102 enfermeiros.

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros de acordo com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Categorias	Frequências	
		Absoluta (n)	Relativa (%)
Sociodemográficas			
Serviço onde exerce funções	Cuidados Paliativos	16	15,7
	Medicina Interna	86	84,3
Género	Masculino	16	15,7
	Feminino	86	84,3
Idade	25-35 Anos	57	55,9
	36-45 Anos	32	31,4
	46-55 Anos	10	9,8
	Mais de 56 Anos	3	2,9
Habilitações Académicas	Licenciatura	63	61,8
	Especialidade	19	18,6
	Pós- Graduação	10	9,8
	Mestrado	10	9,8

Após a análise dos dados verificamos que dos 102 enfermeiros que preencheram o questionário 84,3% (N=86), exercem as suas funções em serviços de medicina interna e 15,7% (N=16), exercem funções no serviço de cuidados paliativos. Verificamos que da nossa amostra 84,3% (N=86), são enfermeiros do sexo feminino e 15,7% (N=16), do sexo masculino. A maioria, 55,9% (N=57), dos participantes tem idades compreendidas entre os 25 e 35 anos; 31,4% (N=32), dos enfermeiros tem idades entre os 36 e os 45 anos; 9,8% (N=10), tem idades entre os 45 e os 55 anos e apenas 2,9% (N=3), tem mais de 56 anos. No que diz respeito às habilitações académicas, verificamos que a maioria possui licenciatura, 61,8% (N=63), da amostra; 18,6% (N=19), dos enfermeiros possui

especialidade; 9,8% (N=10), dos enfermeiros afirma possuir pós-graduação e 9,8% (N=10), afirma ter mestrado.

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros de acordo com as variáveis socioprofissionais: Experiência Profissional, Interesse na área de Cuidados Paliativos, Formação em Cuidados Paliativos

Variáveis Socioprofissionais		Categorias	Frequências	
			Absoluta (n)	Relativa (%)
Interesse na área de Cuidados Paliativos	Experiência Profissional	Não responde	1	1,0
		Menos de 5 Anos	31	30,4
		5-15 Anos	46	45,1
		16-25 Anos	16	15,7
		Mais de 26 Anos	8	7,8
	Tempo de experiência em Cuidados Paliativos (meses)	0	79	77,5
		1	1	1,0
		6	6	5,9
		7	1	1,0
		8	1	1,0
Formações na área de Cuidados Paliativos	9	2	2,0	
	14 a 80	7	7,0	
	144 a 216	5	5,0	
	Formações na área de Cuidados Paliativos	Sim	44	43,1
		Não	58	56,9

Após a análise da nossa amostra relativamente às variáveis socioprofissionais verificamos que 30,4% (N=31), dos enfermeiros tem menos de 5 anos de experiência profissional, sendo que a maioria, 45,1% (N=46), tem entre 5 a 15 anos de experiência profissional; 15,7% (N=16), tem entre 16 e 25 anos de profissão e 7,8% (N=8), dos enfermeiros tem mais de 35 anos de experiência profissional. O tempo de experiência em cuidados paliativos varia entre os 0 meses e os 216 meses, sendo que a grande maioria, 77,5% (N=79), refere que não tem experiência na área. No que diz respeito à variável formações na área de cuidados paliativos, a maioria, 56,9% (N=58), refere não ter formação, referindo 43,1% (N=44), dos enfermeiros deter formação nesta área.

Tabela 3. Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros de acordo com as categorias da variável socioprofissional: Formação na área de Cuidados Paliativos

Formações na área de Cuidados Paliativos	Categorias	Frequências	
		Absoluta (n)	Relativa (%)
Sim	Não responde	1	1,0
	Disciplina de Cuidados Paliativos na Licenciatura	3	2,9
	Curso Básico de Cuidados Paliativos	25	24,5
	Pós-graduação em Cuidados Paliativos	8	7,8
	Mestrado em Cuidados Paliativos	7	6,9
Não	Não responde	5	4,9
	Tem interesse em fazer	47	46,1
	Não tem interesse em fazer	6	5,9

Dos enfermeiros que afirmaram possuir formação em cuidados paliativos, 24,5% (N=25), refere ter o Curso básico de cuidados paliativos, 7,8% (N=8), ter pós-graduação na área e 6,9% (N=7), tem mestrado em cuidados paliativos. Apenas 2,9% (N=3), dos enfermeiros teve a disciplina de cuidados paliativos na licenciatura.

Dos enfermeiros que responderam não ter formação nesta área, 46,1% (N=47), referiu ter interesse em realizar formação enquanto 5,9% (N=6), afirmou não ter interesse em realizar formação. Houve ainda 4,9% (N=5), dos enfermeiros que não respondeu a esta questão.

5.2 Análise dos Resultados das Variáveis: Conhecimentos, Crenças e Atitudes

As tabelas que se seguem, referem-se à análise realizada às variáveis/questões apresentadas no instrumento de colheita de dados segundo três critérios: estatisticamente significativas, tendo em conta a literatura e com implicações para a prática clínica.

Importa referir que por forma a facilitar a análise dos dados estes foram agrupados de acordo com as categorias do questionário (Quadro 4), conhecimentos, crenças e atitudes.

Conhecimentos

Tabela 4. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 1. “Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	48	47,1
Discordo	52	51,0
Não concordo nem discordo	2	2,0
Total	102	100

A maioria dos enfermeiros inquiridos discorda que “Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos”, sendo que 47,1% (N=48), discorda completamente e 51% (N=52), discorda apenas; 2% (N=2), da amostra não tem opinião definida, isto é, não concorda nem discorda da afirmação.

Tabela 5- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 3. “Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	3	2,9
Discordo	19	18,6
Não concordo nem discordo	17	16,7
Concordo	50	49,0
Concordo plenamente	13	12,7
Total	102	100

Após a análise das respostas à questão “Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos”, verificamos que 49,0% (N=50) concorda com a afirmação, 12,7% (N=13) concorda plenamente; em oposição, 18,6% (N=19) discorda e 2,9% (N=3) discorda completamente. De salientar que 16,7% (N=17) da amostra não têm opinião definida.

Tabela 6- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 5. “A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	3	2,9
Discordo	9	8,8
Concordo	41	40,2
Concordo plenamente	49	48,0
Total	102	100

A maioria dos enfermeiros inquiridos concorda com a afirmação: “A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.”, sendo que 40,2% (N=41) concorda, e 48,0% (N=49) concorda plenamente; existe uma pequena parte da amostra que discorda da afirmação, 8,8% (N=9) e 2,9%, (N=3) que discorda completamente.

Tabela 7- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 10. “Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo	2	2,0
Não concordo nem discordo	5	4,9
Concordo	55	53,9
Concordo plenamente	39	38,2
Total	102	100

Após a análise das respostas à questão “Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte”, verificamos que a maioria dos inquiridos concorda com a afirmação: 53,9% (N=55) concorda; 38,2% (N=39) concorda plenamente. Existe uma pequena percentagem de inquiridos que afirmaram não ter opinião definida, 4,9%, (N=5).

Crenças

Tabela 8- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 6. “Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	49	48,0
Discordo	42	41,2
Não concordo nem discordo	2	2,0
Concordo	6	5,9
Concordo plenamente	3	2,9
Total	102	100

Após a análise das respostas à questão “Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida)”, verificamos que a maioria dos inquiridos discorda da afirmação, assim: 48,0% (N=49) discorda completamente; 41,2% (N=42) discorda. Existe uma pequena percentagem de inquiridos que concorda, 5,9% (N=6) e 2,9%, (N=3) que concorda plenamente. 2,0% (N=2) da amostra afirmaram não ter opinião definida sobre quando integrar os cuidados paliativos.

Tabela 9- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 7. “Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	51	50,0
Discordo	35	34,3
Não concordo nem discordo	7	6,9
Concordo	8	7,8
Concordo plenamente	1	1,0
Total	102	100

No que diz respeito à questão “Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso” após análise das respostas, verificamos que a maioria dos enfermeiros discorda com a mesma, assim, 50,0% (N=51) discorda completamente com a afirmação, 34,3% (N=35) discorda; em oposto, 7,8% (N=8) concorda e 1,0% (N=1) concorda plenamente. No entanto, 6,9% (N=9) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 10- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 26. “O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	48	47,1
Discordo	43	42,2
Não concordo nem discordo	8	7,8
Concordo	3	2,9
Total	102	100

No que diz respeito à questão “O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração” após análise das respostas, verificamos que a esmagadora maioria dos enfermeiros discorda com a mesma, assim, 47,1% (N=48) discorda completamente com a afirmação e 42,2% (N=43) discorda; em oposto, e com uma pequena representatividade, 2,9% (N=3) concorda com a questão. A referir que, 7,8% (N=8) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 11-Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 27.“Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir””.

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	7	6,9
Discordo	27	26,5
Não concordo nem discordo	17	16,7
Concordo	44	43,1
Concordo plenamente	7	6,9
Total	102	100

A análise das respostas à questão : “Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir””, permitiu verificar que os participantes estavam divididos em relação a esta questão, embora a maioria concordasse com a mesma assim, 43,1% (N=44) concorda com a afirmação e 26,5% (N=27) discorda. 16,7% (N=17) dos participantes que não têm opinião definida.

Tabela 12 -Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 28.“Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	5	4,9
Discordo	15	14,7
Não concordo nem discordo	8	7,8
Concordo	53	52,0
Concordo plenamente	21	20,6
Total	102	100

Relativamente à análise dos resultados da questão “Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade”, verificamos que a esmagadora maioria dos enfermeiros concorda com a mesma, assim, 52,0% (N=53) concorda com a afirmação e 20,6% (N=21) concorda plenamente; em oposto, 14,7% (N=15) discorda com a questão e 4,9% (N=5) discorda completamente. A referir que, 7,8% (N=8) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 13- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 29. “Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	3	2,9
Discordo	7	6,9
Não concordo nem discordo	37	36,3
Concordo	40	39,2
Concordo plenamente	15	14,7
Total	102	100

Após a análise dos resultados da questão “Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos”, verificamos que a maioria dos enfermeiros concorda com a mesma, assim, 39,2% (N=40) concorda com a afirmação e 14,7% (N=15) concorda plenamente; com menor representatividade, 6,9% (N=7) discorda com a questão e 2,9% (N=3) discorda completamente. De salientar que os participantes que não têm opinião definida sobre a questão têm uma expressividade significativa, 36,3% (N=37) da amostra.

Tabela 14- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 30. “Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	1	1,0
Discordo	20	19,6
Não concordo nem discordo	20	19,6
Concordo	54	52,9
Concordo plenamente	6	5,9
Total	102	100

Com a análise dos resultados da questão “Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil”, foi possível verificar que a maioria dos enfermeiros concorda com a afirmação, assim, 52,9% (N=54) concorda com a afirmação e 5,9% (N=6) concorda plenamente; com menor representatividade aqueles que discordaram da afirmação, 19,6% (N=20) discorda com a questão e apenas 1,0% (N=1) discorda completamente. De salientar que 19,6% (N=20) dos participantes não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 15- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 38 .“A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	2	2,0
Discordo	11	10,8
Não concordo nem discordo	15	14,7
Concordo	47	46,1
Concordo plenamente	26	25,5
Total	102	100

Após a análise dos resultados da questão “A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo”, podemos verificar que a maioria dos enfermeiros concorda com a mesma, assim 46,1% (N=47) concorda com a afirmação e 25,5% (N=26) concorda plenamente; com menor representatividade, 10,8% (N=11) discorda e 2,0% (N=2) discorda completamente com a questão. De salientar que 14,7% (N=15) dos participantes não têm opinião definida sobre a questão.

Atitudes

Tabela 16- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 17. “Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	8	7,8
Discordo	39	38,2
Não concordo nem discordo	23	22,5
Concordo	29	28,4
Concordo plenamente	2	2,0
Total	102	100

Após análise das respostas à questão “Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida”, verificamos que esta divide um pouco a nossa amostra, uma vez que: 38,2% (N=39) discorda da afirmação; 28,4% (N=29) concorda com a afirmação; 7,8% (N=8) discorda completamente com a afirmação e apenas 2,0% (N=2) concorda plenamente. De salientar que a frequência relativa dos participantes que não têm opinião definida sobre a questão é bastante representativa, 22,5%, (N=23).

Tabela 17- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 19. “Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	3	2,9
Discordo	7	6,9
Não concordo nem discordo	20	19,6
Concordo	60	58,8
Concordo plenamente	11	10,8
Total	102	100

Após a análise das respostas à questão : “Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde”, verificamos que as respostas foram dispersas, salientando uma tendência para concordar com a questão apresentando assim a resposta concordo uma maior expressividade, 58,8% (N=60); e 10,8% (N=11) concorda plenamente. De referir que 19,6% (N=20), da amostra não têm opinião definida.

Tabela 18- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 20. “Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	3	2,9
Discordo	31	30,4
Não concordo nem discordo	21	20,6
Concordo	46	45,1
Total	102	100

A análise das respostas à questão : “Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não”, permitiu verificar que os participantes estavam divididos em relação a esta questão, assim, 45,1% (N=46) concorda com a afirmação e 30,4% (N=31) discorda. 20,6% (N=21) dos participantes não têm opinião definida.

Tabela 19- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 21. “Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	6	5,9
Discordo	25	24,5
Não concordo nem discordo	15	14,7
Concordo	54	52,9
Concordo plenamente	2	2,0
Total	102	100

Relativamente à análise das respostas à questão “Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção”, verificamos que 52,9% (N=54) da amostra concorda com a afirmação, e 2,0% (N=2) concorda plenamente. De referir que 24,5% (N=25) dos participantes referiu discordar e 5,9% (N=6) discorda completamente. Houve ainda 14,7%, (N=15) que não tem opinião definida em relação à questão.

Tabela 20- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 32. “Não me sinto preparado para lidar com a morte”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	18	17,6
Discordo	50	49,0
Não concordo nem discordo	21	20,6
Concordo	12	11,8
Concordo plenamente	1	1,0
Total	102	100

Após a análise dos resultados da questão “Não me sinto preparado para lidar com a morte”, verificamos que a grande maioria dos enfermeiros discorda com a mesma, assim, 49,0% (N=50) discorda com a afirmação e 17,6% (N=18) discorda completamente; com menor representatividade, 11,8% (N=12) concorda com a questão e 1,0% (N=1) concorda plenamente. A referir que 20,6% (N=21) dos participantes não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 21- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 33. “Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	9	8,8
Discordo	29	28,4
Não concordo nem discordo	23	22,5
Concordo	37	36,3
Concordo plenamente	4	3,9
Total	102	100

Com a análise dos resultados da questão “Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno”, foi possível verificar que a amostra se divide nas suas opiniões, assim, 36,3% (N=37) concorda com a afirmação e 3,9% (N=4) concorda plenamente; 28,4% (N=29) discorda com a questão e 8,8% (N=9) discorda completamente. De sublinhar que a resposta não concordo nem discordo apresenta alguma representatividade, 22,5% (N=23).

Tabela 22- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: 36. “Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	7	6,9
Discordo	26	25,5
Não concordo nem discordo	28	27,5
Concordo	33	32,4
Concordo plenamente	8	7,8
Total	102	100

Com a análise dos resultados da questão “Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos”, verificamos que a amostra se divide nas suas opiniões, assim, 32,4% (N=33) concorda com a afirmação e 7,8% (N=8) concorda plenamente; 25,5% (N=26) discorda com a questão e 6,9% (N=7) discorda completamente. De referir que com alguma representatividade, 27,5% (N=28) dos participantes referem não concordar nem discordar da questão.

5.3 Verificação das Hipóteses de Investigação

Para a presente análise recorreu-se à estatística não paramétrica, uma vez que, após a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, para análise da normalidade da distribuição e o teste de Levene, para a homogeneidade da variância os dados não seguiram os pressupostos da normalidade, tendo-se verificado que todos os índices seguem uma distribuição não normal ($p=0,000<0,005$) (Marôco, 2014).

Tendo como pretensão nas hipóteses de 1 a 3 verificar a associação entre duas ou mais variáveis nominais foi aplicado o teste de qui-quadrado. Para verificar as hipóteses 4 e 5 foi utilizada a correlação de Spearman, dado que queríamos analisar a relação entre variáveis ordinais.

Na verificação das hipóteses 1,2 e 3 são apenas apresentadas a análise das variáveis idade; anos de experiência profissional e formação em CP, a restante análise encontra-se no anexo 4. A escolha destas variáveis para uma análise mais detalhada deve-se ao facto da amostra ser maioritariamente jovem e com poucos anos de experiência profissional, apontando-nos este facto, para eventuais implicações nos resultados. A análise da variável formação na área de CP, advem do facto de a formação ser considerada um pilar estruturante e pedra angular do desenvolvimento dos cuidados paliativos, percebendo assim a sua relação com as outras variáveis em estudo.

Na mesma linha de pensamento só são apresentados e analisados os dados referentes a algumas das questões. A escolha das mesmas foi previamente justificada.

Quadro 6. Relação entre as variáveis conhecimentos e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

Factores sociodemográficos e socioprofissionais	Resultados dos Testes de Qui-quadrado
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.	<u>Idade</u> $\chi^2=1,798$ $p=0,407$
	<u>Anos experiência profissional</u> $\chi^2=0,556$ $p=0,702$
	<u>Formação em CP</u> $\chi^2=0,126$ $p=0,841$
3.Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.	<u>Idade</u> $\chi^2=4,607$ $p=0,026$
	<u>Anos experiência profissional</u> $\chi^2=2,685$ $p=0,261$
	<u>Formação em CP</u> $\chi^2=1,741$ $p=0,419$
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.	<u>Idade</u> $\chi^2=1,791$ $p=0,408$
	<u>Anos experiência profissional</u> $\chi^2=2,026$ $p=0,363$
	<u>Formação em CP</u> $\chi^2=4,948$ $p=0,034$

10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.	<u>Idade</u> $X^2=6,901$ $p=0,032$
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=8,251$ $p=0,363$
	<u>Formação em CP</u> $X^2=2,318$ $p=0,144$

Para a verificação da hipótese 1 foram seleccionadas as questões 1, 3, 5 e 10, tendo em conta os pressupostos do teste estatístico de qui-quadrado e os critérios já referidos para análise dos resultados.

A idade, os anos de experiência e a formação em cuidados paliativos não influenciam os conhecimentos sobre uma das principais áreas de atuação dos cuidados paliativos, o controlo de sintomas.

A experiência profissional e a presença ou não de formação em cuidados paliativos não influenciam o conhecimento sobre o facto destes serem cuidados preventivos.

Os enfermeiros têm conhecimento que quanto mais precoce for a referência mais vantajoso será para o doente. Verifica-se que não existe relação com a idade nem com os anos de experiência profissional, $p>0,05$, logo aceitamos a hipótese nula, assim este conhecimento não é influenciado pelo facto da amostra ser maioritariamente jovem e com menos de 16 anos de experiência profissional.

Relativamente à questão 10. “Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte”, verificamos que esta se relaciona com os anos de experiência profissional e com a idade, $p<0,05$. E não se relaciona com a formação em cuidados paliativos. Assim, percebe-se que a maioria da amostra, que é jovem e com poucos anos de experiência demonstra interesse sobre ter mais formação e conhecimentos sobre os cuidados paliativos e sobre a morte.

Quadro 7. Relação entre as variáveis crenças e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

Fatores sociodemográficos e socioprofissionais	Resultados dos Testes de Qui-quadrado
6. Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).	<u>Idade</u> $X^2=1,852$ $P=0,396$
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,212$ $P=0,801$
	<u>Formação em CP</u> $X^2=4,166$ $P=0,058$

7. Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.	<u>Idade</u> $X^2=10,469$ $P=0,05$
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,372$ $P=0,597$
	<u>Formação em CP</u> $X^2=0,681$ $P=0,509$
26. O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração.	<u>Idade</u> $X^2=2,427$ $P=0,297$
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=1,757$ $P=0,218$
	<u>Formação em CP</u> $X^2=1,437$ $P=0,293$
27. Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.	<u>Idade</u> $X^2=0,641$ $P=0,726$
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,387$ $P=0,824$
	<u>Formação em CP</u> $X^2=5,144$ $P=0,076$
28. Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.	<u>Idade</u> $X^2=3,754$ $P=0,153$
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,297$ $P=0,862$
	<u>Formação em CP</u> $X^2=0,057$ $P=0,972$
29. Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos.	<u>Idade</u> $X^2=2,028$ $P=0,363$
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,413$ $P=0,814$
	<u>Formação em CP</u> $X^2=0,347$ $P=0,841$
30. Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.	<u>Idade</u> $X^2=2,742$ $P=0,254$
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=1,330$ $P=0,354$
	<u>Formação em CP</u> $X^2=1,625$ $P=0,444$

38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.	<u>Idade</u> $X^2=1,330$ P=0,514
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,262$ P=0,877
	<u>Formação em CP</u> $X^2=6,674$ P=0,036

Para a verificação da hipótese 2 foram selecionadas as questões 6, 7, 26, 27, 28, 29, 30 e 38 tendo em conta os pressupostos do teste estatístico de qui-quadrado e os critérios já referidos para análise dos resultados.

Deste modo, verificamos que a questão 6. “Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida)” não tem relação com os factores sociodemográficos nem com os socioprofissionais, $p>0,05$. Neste caso, a idade e os anos de experiência dos enfermeiros e a presença ou não de formação em cuidados paliativos não influenciam esta crença.

Relativamente à questão 7. “Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso”, não existe relação com os factores socioprofissionais (anos de experiência profissional e formação em cuidados paliativos), $p>0,05$. Mas verifica-se que existe relação com a idade, $p<0,05$. Assim, esta crença está relacionada com a idade dos participantes.

Quanto à questão 26. “O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração.”, verificamos que não existe relação entre esta e os factores socioprofissionais e a idade, $p>0,05$.

Relativamente à questão 27. “Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em que não se deve investir”.”, verificamos que não existe relação entre esta e os factores socioprofissionais e a idade, $p>0,05$. Percebemos assim que esta crença está presente nestes profissionais.

No que diz respeito às questões 28. “Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade” e 29 “Se os cuidados paliativos fossem denominados cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos”, verificamos que não existe relação entre estas e os factores socioprofissionais e a idade, $p>0,05$.

Quanto à questão 30. “Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil”, verificamos que não existe relação entre esta e os factores socioprofissionais e a idade, $p>0,05$.

No que diz respeito à questão 38. “A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo”, verificamos que não existe relação entre esta e a idade e os anos de experiência profissional, $p>0,05$. Mas existe relação com a

presença de formação em cuidados paliativos, $p < 0,05$. Neste caso ter ou não formação nesta área permite que os enfermeiros tenham percepções diferentes sobre a ideia de cuidados paliativos.

Quadro 8. Relação entre as variáveis atitudes e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

Fatores sociodemográficos e socioprofissionais	Resultados dos Testes de Qui-quadrado
19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	<u>Idade</u> $\chi^2=1,369$ $p=0,504$
	<u>Anos experiência profissional</u> $\chi^2=0,382$ $p=0,826$
	<u>Formação em CP</u> $\chi^2=2,049$ $p=0,197$
20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	<u>Idade</u> $\chi^2=1,662$ $p=0,436$
	<u>Anos experiência profissional</u> $\chi^2=0,363$ $p=0,834$
	<u>Formação em CP</u> $\chi^2=9,634$ $p=0,008$
21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	<u>Idade</u> $\chi^2=2,569$ $p=0,277$
	<u>Anos experiência profissional</u> $\chi^2=0,989$ $p=0,409$
	<u>Formação em CP</u> $\chi^2=7,524$ $p=0,023$
32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	<u>Idade</u> $\chi^2=0,204$ $p=0,903$
	<u>Anos experiência profissional</u> $\chi^2=0,321$ $p=0,760$
	<u>Formação em CP</u> $\chi^2=1,314$ $P=0,518$
33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	<u>Idade</u> $\chi^2=3,285$ $p=0,194$
	<u>Anos experiência profissional</u> $\chi^2=2,705$ $p=0,259$
	<u>Formação em CP</u> $\chi^2=1,069$ $p=0,586$

36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	<u>Idade</u> $\chi^2=1,784$ $P=0,410$
	<u>Anos experiência profissional</u> $\chi^2=6,930$ $p=0,031$
	<u>Formação em CP</u> $\chi^2=2,771$ $p=0,250$

Para a verificação da hipótese 3 foram seleccionadas as questões 19, 20, 21, 32, 33 e 36 tendo em conta os pressupostos do teste estatístico de qui-quadrado e os critérios já referidos para análise dos resultados.

Assim, verificamos que a questão 19.” Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde”., não tem relação com os factores socioprofissionais e sociodemograficos, dado que $p>0,05$.

Relativamente às questões 20. “ Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não”, e 21. “ Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção” verificamos que estas não se relacionam com a idade nem com os anos de experiência profissional, $p>0,05$. Mas existe relação entre estas e a presença de formação em cuidados paliativos, $p<0,05$. As dúvidas e dificuldades nos cuidados ao doente paliativo e família estão relacionadas com a presença ou não de formação nesta área.

No que diz respeito à questão 32. “Não me sinto preparado para lidar com a morte”, verificamos que não existe relação com os factores sociodemograficos e socioprofissionais, $p>0,05$. Deste modo, a preparação pessoal para lidar com as questões da morte não depende de factores como a idade, a experiência profissional ou a formação na área de cuidados paliativos.

Quanto à questão 33. “Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno”., verificamos que $p>0,05$, não existindo assim relação com os factores sociodemograficos e socioprofissionais.

Da análise da questão 36. “Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.”, verificamos que não existe relação com a idade nem com a formação em cuidados paliativos, $p>0,05$. Existe no entanto relação com os anos de experiência profissional dos enfermeiros, $p<0,05$. Sendo a maioria da amostra composta por profissionais com poucos anos de experiência profissional estes demonstram necessidade em desabafar sobre os cuidados ao doente paliativo.

Para verificar as hipóteses 4 e 5 foi utilizada a correlação de Spearman, dado que queríamos analisar a relação entre variáveis ordinais conhecimentos, crenças e atitudes.

Deste modo expomos apenas as questões que apresentam correlações significativas do ponto de vista estatístico e tendo em conta a importância para a prática clínica.

Tabela 23. Correlação entre as variáveis conhecimentos e crenças

Conhecimentos*Crenças	Correlação	Resultado	
		r	p
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*26. O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração.	positiva fraca a moderada significativa	0,243	0,014
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.	negativa fraca a moderada significativa	-0,359	0,000
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*6. Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).	negativa fraca significativa	-0,207	0,037
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*27. Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.	positiva fraca significativa	0,201	0,042
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.	positiva fraca significativa	0,204	0,040
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*6. Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).	negativa fraca a moderada significativa	-0,249	0,012
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*7. Os cuidados	negativa muito fraca a fraca significativa	-0,197	0,047

paliativos são considerados uma opção de último recurso.			
5.A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.	positiva fraca a moderada significativa	0,260	0,008
10.Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*28. Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.	positiva fraca a moderada significativa	0,271	0,006
10.Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*29. Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos.	positiva fraca a moderada significativa	0,265	0,007
10.Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*30. Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.	positiva fraca a moderada significativa	0,256	0,009

Após a análise dos resultados das correlações entre os conhecimentos e as crenças verificamos que a questão 1 se correlaciona de forma significativa com duas crenças, assim: a questão 1 e a questão 26 apresentam uma correlação positiva fraca a moderada ($r=0,243$; $p=0,014$); a questão 1 e a questão 38 apresentam igualmente uma correlação negativa fraca a moderada ($r=-0,359$; $p=0,000$).

A questão 3 correlaciona-se significativamente com três crenças, assim: a questão 3 e a questão 6 apresentam uma correlação negativa fraca ($r=-0,207$; $p=0,037$); a questão 3 e a 27 apresentam uma correlação positiva fraca ($r=0,201$; $p=0,042$); a questão 3 e a questão 38 apresentam uma correlação positiva fraca ($r=0,204$; $p=0,040$).

A questão 5 correlaciona-se com quatro crenças, assim: a questão 5 e a questão 6 apresentam uma correlação negativa fraca a moderada ($r=-0,249$; $p=0,012$); a questão 5 e a questão 7 apresentam uma correlação negativa muito fraca a fraca ($r=-0,197$; $p=0,047$);

a questão 5 e a questão 38 apresentam uma correlação positiva fraca a moderada ($r=0,260$; $p=0,008$).

A questão 10 correlaciona-se com quatro crenças (questões 28,29,30) apresentando com estas correlações positivas fracas a moderadas (questão 28: $r=0,271$; $p=0,006$; questão 29: $r=0,265$; $p=0,007$; questão 30: $r=0,256$; $p=0,009$).

Deste modo, a maioria das correlações entre os conhecimentos e as crenças são fracas a moderadas.

Tabela 24. Correlação entre as variáveis conhecimentos e atitudes

Conhecimentos*Atitudes	Correlação	Resultado	
		r	p
10.Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva fraca a moderada significativa	0,222	0,025
10.Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,150	0,132
10.Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,147	0,141
10.Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	positiva fraca a moderada significativa	0,257	0,009

Após a análise dos resultados das correlações entre os conhecimentos e as atitudes verificamos que apenas a questão 10 apresentava correlações estatisticamente significativas quando testada com as outras questões referentes às atitudes, ou resultados

com significado para a prática. Deste modo verificamos que a questão 10 e a questão 17 apresentam uma correlação positiva fraca a moderada ($r=0,222$; $p=0,025$); a questão 10 e a questão 20 apresentam uma correlação positiva muito fraca a fraca ($r=0,150$; $p=0,132$); a questão 10 e a questão 21 apresentam uma correlação positiva muito fraca a fraca ($r=0,147$; $p=0,141$); a questão 10 e a questão 36 apresentam uma correlação positiva fraca a moderada ($r=0,257$; $p=0,009$).

Assim, existem duas correlações fracas a moderadas e duas muito fracas a fracas.

Tabela 25. Correlação entre as variáveis crenças e atitudes

Crenças*Atitudes	Correlação	Resultado	
		r	p
6.Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva muito fraca a fraca significativa	0,178	0,073
6.Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva fraca a moderada significativa	0,250	0,011
7.Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva muito fraca a fraca significativa	0,157	0,114
7.Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva fraca significativa	0,208	0,036
26.O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração. *20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva muito fraca a fraca significativa	0,172	0,085
26.O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração. *21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva fraca a moderada significativa	0,255	0,100

<p>28.Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.</p>	<p>positiva fraca significativa</p>	<p>0,202</p>	<p>0,042</p>
<p>29.Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos. *20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.</p>	<p>positiva fraca a moderada significativa</p>	<p>0,296</p>	<p>0,002</p>
<p>29.Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos. *21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.</p>	<p>positiva fraca a moderada significativa</p>	<p>0,302</p>	<p>0,002</p>
<p>29.Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos. *32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.</p>	<p>positiva fraca a moderada significativa</p>	<p>0,290</p>	<p>0,003</p>
<p>30.Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.</p>	<p>positiva fraca a moderada significativa</p>	<p>0,297</p>	<p>0,002</p>
<p>30.Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.</p>	<p>positiva fraca a moderada significativa</p>	<p>0,348</p>	<p>0,000</p>
<p>30.Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.</p>	<p>positiva fraca a moderada significativa</p>	<p>0,310</p>	<p>0,002</p>
<p>30.Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu</p>	<p>positiva fraca a moderada significativa</p>	<p>0,266</p>	<p>0,007</p>

trabalho com doentes paliativos.			
38.A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	positiva fraca significativa	0,203	0,041

Após a análise dos resultados das correlações entre as crenças e as atitudes verificamos que a questão 6 e a 26 se correlacionam com as questões 20 e 21 de forma positiva, sendo que com a questão 20 temos correlações muito fracas a fracas (6: $R=0,178$; $p=0,073$; 26: $R=0,172$; $p=0,085$) e com a 21 correlações fracas a moderadas (6: $R=0,250$; $p=0,011$; 26: $R=0,255$; $p=0,100$).

A questão 7 correlaciona-se, também, com as questões 20 e 21 de forma positiva. Com a questão 20 apresenta uma correlação muito fraca a fraca ($R=0,157$, $p=0,114$); e com a 21 uma correlação fraca ($R=0,208$, $p=0,036$).

As questões 28 e 38 correlacionam-se de igual forma com a questão 36, isto é, através de uma correlação positiva fraca (28: $R=0,202$; $p=0,042$; 38: $R= 0,203$; $p=0,041$).

A questão 29 correlaciona-se com outras três apresentando correlações positivas fracas a moderadas com cada uma delas, assim, com a questão 20 ($R=0,296$; $p=0,002$), com a 21 ($R=0,302$; $p=0,002$) e com a 32 ($R=0,290$; $p=0,003$).

A questão 30 correlaciona-se com quatro questões de forma positiva fraca a moderada, assim, com a questão 17 ($R=0,297$; $p=0,002$), com a questão 21 ($R=0,348$; $p=0,000$); com a questão 32 ($R=0,310$; $p=0,002$) e com a questão 36 ($R=0,266$; $p=0,007$).

Verificamos que as correlações analisadas são todas positivas, sendo que três muito fracas; três fracas e dez fracas a moderadas.

6. Discussão dos Resultados

Os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades e não apenas no diagnóstico ou no prognóstico, podendo assim, ser introduzidos de forma estruturada em fases mais precoces da doença, mesmo quando terapêuticas, com finalidade de prolongar a vida. Conforme as necessidades dos doentes o justifiquem, estes assumirão importância cada vez maior na prestação de cuidados. Todas as pessoas com doenças crônicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado, são candidatas a cuidados paliativos. A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e deve também ser objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto (DGS, 2010).

Relativamente ao domínio dos **Conhecimentos** os participantes no estudo revelaram ter conhecimentos sobre uma das principais áreas de atuação dos cuidados paliativos, o controlo de sintomas, bem como o facto destes serem considerados cuidados preventivos. Percebemos, ainda, e através da verificação da hipótese 1, que a idade, os anos de experiência e a formação em cuidados paliativos não são fatores que influenciam estes conhecimentos.

Estes resultados levam-nos a perceber que os enfermeiros estão inteirados daquilo que são as principais definições do conceito de Cuidados Paliativos, como a que está presente na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º52/2012, pp.5119); a definição internacional da Organização Mundial de Saúde (2002) e de instituições nacionais e internacionais como DGS (2005), APCP (2018), EAPC (2009) ou IAHP (2018).

No presente estudo os enfermeiros demonstram ter conhecimento que quanto mais precoce for a referência mais vantajoso será para o doente, como se verifica nos resultados da hipótese 1.

Neste sentido Solano, Gomes e Higginson (2006) afirmam que apesar de ser difícil encontrar unanimidade no momento em que o doente deve ser referenciado para cuidados paliativos, é necessário que estes cuidados sejam introduzidos o mais cedo possível no processo de doença, com vista à maximização da qualidade de vida do doente e sua família.

A incerteza no momento do prognóstico torna evidente a necessidade de os doentes serem referenciados para cuidados paliativos, não pela doença que apresentam, mas pelas necessidades de que carecem e pelos sintomas vividos. Deste modo, Davies e Higginson (2004), afirmam que não são só os doentes incuráveis e avançados que poderão receber cuidados paliativos, a existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar necessidade de saúde pelo sofrimento associado e dessa forma justificar a intervenção dos cuidados paliativos.

A maioria da amostra 92,1% (N=94) demonstra interesse sobre ter mais formação e conhecimentos sobre os cuidados paliativos e sobre a morte, mesmo quando já têm formação na área. Percepciona-se a importância da formação na área de cuidados paliativos, deste modo Pulido, Batista, Brito e Matias (2010, p.226), afirmam que “Os cuidados prestados no fim de vida exigem formação de pessoal técnico e devem constituir um indicador do desempenho dos sistemas de saúde...” dado que diariamente são assistidos nas enfermarias doentes com variadas doenças crónicas, com múltiplas necessidades, justificando-se, assim que quer médicos quer enfermeiros tenham formação especializada de forma sistemática.

Também Barroso (2010), do estudo que levou a cabo intitulado “Condições para o desenvolvimento de acções paliativas em unidades de internamento de agudos” concluiu que a falta de formação em cuidados paliativos é um fator inibidor ao desenvolvimento de acções paliativas. No mesmo sentido, Firmino (2009), afirma que a formação profissional nesta área específica vai proporcionar um menor sofrimento ao doente e aos seus familiares, além de minimizar o custo dos cuidados prestados, uma vez que evita consultas e internamentos hospitalares desnecessários para o controlo de sintomas.

No que diz respeito às **Crenças**, os enfermeiros do nosso estudo referem que discordam das afirmações “Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida)” e “Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso”. No primeiro caso a idade e os anos de experiência dos enfermeiros e a presença ou não de formação em cuidados paliativos não influenciam esta crença. Relativamente à segunda crença, verifica-se uma relação com a idade dos participantes.

Apesar dos resultados do nosso estudo não evidenciarem a presença destas crenças, a sua existência pode ser justificada pelo facto de até à década de 80, os cuidados paliativos serem utilizados como sinónimos de cuidados terminais e estarem intimamente ligados às unidades de oncologia e ao período imediato antes da morte. Além disso, no início do seu desenvolvimento, os Cuidados Paliativos dirigiam-se a doentes com cancro, dado a maior previsibilidade do curso da doença, que permitia um melhor reconhecimento e planeamento das necessidades do doente e da família. Mais recentemente, foi estabelecido que os cuidados deveriam ser disponibilizados com base nas necessidades, em detrimento do diagnóstico ou prognóstico (Davies & Higginson, 2004; Radbruch & Payne, 2010).

Também Hui et al. (2015) e Cherny (2009), fazem referência nos seus trabalhos à existência de concepções em que os cuidados paliativos são associados à morte e a morrer.

Relativamente à crença sobre “O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração.”, a maioria dos inquiridos discorda da mesma.

Os resultados do nosso estudo contrapõem o descrito na literatura, assim, alguns autores, como Pacheco (2004), Neto (2004), Kubler-Ross (2008) referem que os profissionais de saúde têm dificuldade em lidar com um doente na sua fase final de vida, bem como com a família do mesmo. A morte é considerada como sinónimo de fracasso e causa grande perturbação e constrangimentos. Geram-se sentimentos de frustração, medo e sensação de impotência pela incapacidade de vencer a batalha da cura, num tempo em que a sofisticação tecnológica é uma arma tão poderosa. Também Neto, (2004) afirma que sendo o profissional treinado para curar, as situações de doenças crónicas e incuráveis são, de certo modo, olhadas como insucessos, como fonte de frustração e até como algo que questiona a sua própria qualidade técnica. Já Arantes (2019) deixa a ideia que não existe fracasso perante as doenças terminais e que devemos ter respeito pela grandeza do ser humano que enfrenta a própria morte.

Não sendo o propósito deste estudo, a evidência destes resultados apontam para uma maior sustentação do conhecimento e uma maior aposta dos profissionais na formação, debelando-se desta modo algumas crenças até aqui tidas como “naturais” nestes profissionais.

Através da análise dos resultados relativos à crença sobre o facto de alguns profissionais de saúde acreditarem que o doente paliativo é “aquele em que não se deve investir”, percebemos que esta crença ainda está presente ao olharmos para os dados da tabela 11, não sendo esta influenciada pelos fatores socioprofissionais nem pelos sociodemográficos.

Assim, e como nos refere Moreira (2001), falar de doente terminal significa que já não existem recursos médicos possíveis para devolver ao doente a sua saúde e a única coisa a fazer é proporcionar uma atenção integral, sustentada em objetivos dirigidos fundamentalmente para o alívio do sofrimento, mantendo o melhor bem-estar possível.

Arantes (2019) afirma que é comum a maioria das pessoas pensar e referir que os cuidados paliativos é sedar o doente e esperar que a morte chegue, que é apoiar a eutanásia ou acelerar a morte. Também LeBlanc e El-Jawahri (2015) referem que os cuidados paliativos são considerados principalmente como cuidados de fim de vida, e que os doentes referem medo de se sentirem abandonados uma vez que sentem que os médicos não lhes transmitem esperança.

No estudo de Stajduhar (2011), os participantes (profissionais de saúde) foram mais propensos a associar a designação "Paliativo" com pessoas que têm cancro e não com pessoas com doenças crónicas.

A denominação é muitas vezes uma barreira para referenciar doentes mais precocemente, os pedidos de consultadoria para cuidados paliativos ocorrem tardiamente dada a conotação existente de que os cuidados paliativos só são específicos para o final de

vida. Em muitos países, foi adoptado o termo cuidados de suporte ou cuidados de qualidade de vida para facilitar essa referência (Bruera & Hui, 2010; Hui et al., 2015).

É fundamental fazer uma referência aos resultados da questão 38. “ **A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo**”, isto porque a mesma pode ser considerada uma questão chave, um ponto de viragem, uma mudança de visão / atitude perante o doente paliativo e os cuidados ao mesmo. Assim, no presente estudo a maioria dos enfermeiros concorda com a mesma afirmação, demonstrando-nos que alguns dos nossos participantes perante esta experiência refletiram sobre a mesma e alteraram ideias pré-concebidas. Desta forma, podemos inferir que a reflexão das práticas nos contextos é de suma importância para alterar crenças e atitudes subjacentes.

Como refere Duque (2011), muitos pensarão que quem trabalha nesses serviços vive uma realidade deprimente, mas, a experiência desses profissionais é totalmente diferente: todos dizem que recebem mais do que aquilo que dão, que o facto de se acompanhar alguém no seu último tempo de vida pode proporcionar momentos de comunicação de uma verdade e uma intensidade impossíveis de experimentar noutras circunstâncias.

Neste caso ter ou não formação nesta área permite que os enfermeiros tenham percepções diferentes sobre a ideia de cuidados paliativos.

Assim, tendo em conta o trabalho de Capelas e Neto (2006) e o plano estratégico da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2017), a formação dos profissionais de saúde é considerada como um fator importante para o sucesso das equipas de Cuidados Paliativos e para a integração efetiva destes no Sistema Nacional de Saúde, para que as ações paliativas se tornem uma realidade melhorando os conhecimentos, competências e perícias, mas também as atitudes, pois são estas que mais claramente influenciam a mudança. Também estudos referidos por Huertas (2015), fazem alusão ao facto de existir necessidade, de uma maior preparação ao nível dos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde principalmente ao nível da comunicação, controlo de sintomas e acompanhamento nos últimos dias de vida.

Relativamente às **Atitudes** os resultados demonstram que a maioria dos participantes não tem dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida, no entanto existe um número considerável de participantes que revela essa dificuldade. Os participantes corroboram com a afirmação “Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde”, denotando que na atualidade, ainda se verifica por parte da família a necessidade de ocultar informação ao doente. Esta realidade é experienciada pelos profissionais independentemente dos fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

Afirmam que muitas vezes surgem dúvidas em relação às intervenções a fazer ou não, e neste sentido afirmam ter dificuldade em abordar os familiares sobre esta questão. A maioria discorda com a afirmação “Não me sinto preparado para lidar com a morte”, no entanto muitos são os que referem preferir que o doente morra noutro turno que aquele em que o enfermeiro está presente. Além disso também a maioria refere que procura nos amigos e na família pessoas com quem desabafar dos momentos passados a prestar cuidados ao doente paliativo.

Deste modo, podemos verificar a contradição do que é dito, percebendo nestes profissionais dificuldades em encontrar respostas para o confronto com a morte apesar de se “sentirem preparados” para lidar com a mesma. O emocional não acompanha o racional, sendo evidente a presença de algum desgaste com estas questões. Também Estanque (2011) no seu estudo encontrou resultados similares, denotando o quanto é importante estar atento aos sentimentos dos profissionais no confronto com a morte já que esta é uma dificuldade presente no desempenho destes profissionais.

A barreira à comunicação com o doente acerca da morte é erguida pelos próprios profissionais, que a utilizam para fugir a essa angústia que os assola sempre que o assunto é a morte e o morrer (Pacheco, 2004).

As situações nas quais os doentes são desinformados do seu diagnóstico e prognóstico, são difíceis de gerir para os enfermeiros, existindo aqueles que ficam em silêncio e acabam por se afastar com “receio de falar de mais” e os outros que conseguem enfrentar a situação, transformando-se numa ponte entre doente, família e médico proporcionando conhecimento e informação ao doente, fazendo o papel de advogado do doente (Sapeta, 2011).

Abordar a família sobre a suspensão ou a realização de uma intervenção são também questões acerca das quais os enfermeiros do nosso estudo revelam dificuldades (tabelas 19 e 20).

Assim, face à irreversibilidade determinada pela situação clínica do doente paliativo é fundamental estabelecer “as reais” necessidades. Por vezes seguem-se caminhos desadequados com a execução de procedimentos inúteis tendo em conta o estado de saúde atual do doente. O doente recebe assistência focada na tentativa de recuperação, por vezes com abordagens invasivas e utilização de recursos tecnológicos que são insuficientes, exageradas e desnecessárias, uma vez que promovem o sofrimento dos doentes e são incapazes de tratar os sintomas prevalentes (Santos, 2011).

As intervenções dirigidas ao doente e à família são fundamentais para que o sofrimento seja minimizado, havendo necessidade de identificar as suas necessidades básicas e a implementação de um plano de intervenção ajustado a cada situação em particular. É importante realizar uma avaliação e reavaliação constante da situação

clínica, definir e reestruturar objetivos com o doente e para o doente. A mudança de plano é fundamental para proporcionar cuidados de qualidade. A equipa multidisciplinar deve adequar os meios terapêuticos a cada doente por forma a evitar a obstinação terapêutica e tendo como pilar dos seus cuidados o conforto do doente e da família (Paiva, 2012).

De acordo com Paiva (2012, pp.22) a suspensão de uma intervenção, mesmo que desajustada, pode ser uma dificuldade para o profissional de saúde que, muitas vezes, não sabe como abordar esta questão, caindo na prática de atos terapêuticos fúteis, vulgarmente designada como obstinação terapêutica. Deve ser mantida a dignidade da pessoa humana, as medidas terapêuticas fúteis apenas acrescentam sofrimento.

As dificuldades surgem muitas vezes porque, como descrevem Pulido et al, (2010, p.225) “os hospitais de agudos têm pouca uniformização de cuidados prestados a doentes em fim de vida, existindo por vezes inadequação dos mesmos, dificuldade na abordagem das famílias e na tomada de decisão das medidas adequadas.”

Também Sapeta e Lopes (2007) se debruçaram sobre esta temática uma vez que é no hospital que a maioria dos doentes crónicos continua a morrer. Estes autores admitem que as rotinas do serviço, a fragmentação da informação acerca do doente, a falta de continuidade de cuidados dentro do próprio hospital e a carga de trabalho atribuída a cada enfermeiro são obstáculos à humanização, à personalização dos cuidados e ao respeito pela dignidade dos doentes em fim de vida internados nos hospitais de agudos, e ainda que o trabalho interdisciplinar da equipa, a definição dos objetivos terapêuticos e a comunicação são fatores inerentes ao contexto hospitalar que dificultam o processo de interação entre enfermeiro - doente.

No presente estudo a maioria da amostra, composta por profissionais com poucos anos de experiência, refere necessidade em desabafar sobre os cuidados ao doente paliativo e demonstra preferência que o doente que está ao seu cuidado, morra noutro turno que não o seu. Estas afirmações são demonstrativas das dificuldades que estes profissionais sentem e do desgaste que se vai instalando, já que por vezes, emergem sentimentos contraditórios no decurso da prestação de cuidados.

O cuidar não é, por conseguinte, apenas uma emoção, atitude ou simples desejo. Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências (Watson, 2002).

Quando se deparam com um doente em fim de vida, têm a tendência de adoptar atitudes extremas, tais como afastar-se do doente ou, pelo contrário, envolverem-se emocionalmente e de forma muito intensa (Pacheco, 2006). Takahashi, Contrin, Beccaria, Goudinho e Pereira (2008), salientam que a equipa de enfermagem, pela sua exposição,

está mais susceptível e sob um maior nível de stresse, do que qualquer outro profissional, ao nível hospitalar, podendo por isso, apresentar dificuldades em superar ou resolver as suas próprias emoções e conflitos, facto que interfere diretamente nos cuidados ao doente em fase terminal e família.

O estudo de Pérez e Cibanal (2016) revela que muitas das atitudes de distanciamento do enfermeiro para com o doente terminal podem estar relacionadas com a resposta pessoal de adesão ao papel de Ser profissional, o que aumenta o controle dos sentimentos e a não conexão emocional; mas também à carga de trabalho e ao pouco tempo disponível; mas, acima de tudo, aos mecanismos de defesa psicoafetiva diante dos sentimentos de um duelo prolongado e permanente, ou aos efeitos patológicos desse duelo profissional diário, como a depressão. O que coincide com algumas pesquisas como: Cordero, Jiménez e Marrero (2003); Sanz (2000); Hernández, Moreno e Barragán (2014) que indicam que emoções ligadas a sentimentos de desamparo e medo da própria morte podem atuar como desencadeadores de mecanismos defensivos de negação diante do paciente na fase terminal, e que em muitos é devido à falta de formação profissional.

Segundo Carlier (2001) é preciso aprender a descentralizar o nosso olhar, de profissional de saúde, sobre o que vai provocar a morte, para ficar atento à vida, ainda presente, no doente em fase terminal. Não é um afastamento, nem uma fuga da nossa parte, mas sim uma atitude estratégica que permite ir para além do sofrimento, tanto para o doente como para nós próprios, para que atuar em situações extremas seja natural. É como uma espécie de consenso entre o doente e nós.

No nosso estudo verifica-se que a preparação pessoal para lidar com as questões da morte não depende de fatores como a idade, a experiência profissional ou a formação na área de cuidados paliativos. De acordo com Estanque (2011), a forma como cada enfermeiro encara a morte do doente depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face a este processo, da sua maturidade, das suas expectativas profissionais.

Cabe aos profissionais de saúde uma reflexão sobre a disponibilidade interna para acompanhar doentes que estão morrendo, isto é saber em que medida podemos estar ali. Percebendo como consegue suportar a possibilidade do contacto com a própria dor e de rever, em si, o que é considerado conforto e cuidado no processo de morte pessoal. Lidar com a morte do outro implica, para o enfermeiro, pensar a sua própria morte o que é difícil e emocionalmente assustador (Arantes, 2019; Estanque, 2011).

Deste modo, cada enfermeiro terá que desenvolver técnicas relacionais e cuidar de si próprio de forma a permitir uma interação com o doente terminal de modo a proporcionar-lhe um verdadeiro cuidado, adquirindo confiança nas suas capacidades, tendo uma atitude positiva e sentindo que é útil naquilo que faz (Estanque, 2011).

Os enfermeiros do nosso estudo procuram nos pares e nos familiares pessoas para desabafar, o que vai de encontro com os estudos de Chan e Yu, (2010) e de Fryer, Bellamy, Morgan, e Gott (2016) que referem que os enfermeiros encontram apoio principalmente nos pares.

Chan e Yu, (2010) salientam, ainda, que os enfermeiros apontaram o apoio e partilha com os pares como uma estratégia efetiva de lidar com os seus sentimentos e assim facilitar a prestação de cuidados aos doentes em fim de vida. A partilha com os colegas de trabalho deve-se ao facto de serem as pessoas que melhor percebem a situação, pois partilham o mesmo contexto profissional, ao contrário das restantes que constituem o *background* familiar e pessoal. A partilha com os pares permite atenuar sentimentos de pena e dor e obter uma imagem clara da situação, criando uma sensação de reestruturação e confiança, e atenuando possíveis sentimentos de culpa.

Após a análise da hipótese 4 verificamos que a maioria das correlações entre os conhecimentos e as crenças, e os conhecimentos e atitudes são fracas e moderadas.

Sendo a questão 10. **“Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte”** aquela que se relaciona com a maioria das outras questões referentes a crenças e a atitudes optamos por dar mais relevância a esta.

Deste modo, é possível perceber a importância do conhecimento nesta área e apesar de apresentar correlações pouco fortes, existe uma relação entre elas, sendo evidente que o conhecimento vai, de certa forma influenciar as atitudes e as crenças dos enfermeiros perante o doente paliativo.

Nos estudos Pesut et al. (2014) e Reimer-Kirkham, Sawatzky, Roberts, Cochrane e Stajduhar (2016), estes concluem que existe necessidade de educação e sugerem uma abordagem que pode começar com o fortalecimento da educação sobre cuidados no final da vida e sobre as condições crónicas limitantes da vida a enfermeiros com diferentes níveis de conhecimento sobre a integração destes cuidados.

Também Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006), são da opinião que os enfermeiros, apresentam dificuldade em se relacionar com doentes com mau prognóstico e em fase terminal. Esta dificuldade deve-se, em parte, às características apresentadas pelo doente nessa fase mas, principalmente à dificuldade interna que sentem em lidar com o problema, uma vez que existem carências de informação durante o processo de formação dos enfermeiros, no que se refere a esta temática.

Num estudo realizado por Sigurdardottir e Faksvåg Haugen (2008) concluiu-se a existência da necessidade de profissionais com formação especializada em Cuidados Paliativos nas enfermarias de serviços de Medicina Interna, Pneumologia e Cardiologia, nos quais num só dia foram identificados 79 doentes com necessidades de Cuidados

Paliativos num total de 232 internados. Estes autores concluíram ainda que mais de um terço dos doentes do serviço de Medicina Interna haviam sido definidos como paliativos e que a maioria apresentava sintomas severos.

Borsche citado por Chan e Yu, (2010) refere que todos os participantes do seu estudo concordaram que a formação sobre o processo de luto seria essencial para os auxiliar a lidar com as próprias emoções face à morte do doente, e consideram que os hospitais deveriam encarar a formação em luto e treino de cuidados a prestar neste período como estratégias de suporte importantes.

Bernieri e Hirdes (2007) defendem que as escolas de enfermagem devem preparar os enfermeiros para que, além de serem tecnicamente competentes, sejam capazes de lidar com os seus próprios sentimentos e usá-los de modo a melhor humanizar os cuidados que prestam, dando suporte emocional, deixando de lado crenças religiosas e preconceitos sobre a morte e passando a ver o doente terminal como pessoa e sujeito autónomo, com direito a uma morte digna.

O efeito da formação sobre a morte e o processo de morrer nas atitudes dos enfermeiros face à morte e aos cuidados ao doente em fim-de-vida verifica-se desde a formação académica inicial dos mesmos. Quanto maior e mais precoce for o envolvimento dos estudantes nos programas de formações sobre a morte e processo de morrer, maior a probabilidade dos estudantes adquirirem atitudes, competências e conhecimentos para implementarem melhores cuidados em fim-de-vida. A formação nesta área influencia o perfil de atitudes acerca da morte e pode beneficiar os enfermeiros com pouca experiência profissional para além de ajudar a prevenir estratégias de *coping* não adaptativas e diminuir a ansiedade. A maior parte dos estudos que relacionaram a formação nestas temáticas com as atitudes face ao doente em fim-de-vida e os cuidados ao mesmo verificaram efeitos positivos (Khader, Jarrah e Alasad, 2010).

Os cuidados paliativos devem ser aprendidos, estes são um conhecimento de alta complexidade, de alto desempenho e principalmente de elevada realização profissional e pessoal, salienta Arantes (2019).

Após a análise da hipótese 5 verificamos que as correlações entre as crenças e as atitudes são todas positivas, sendo fracas a moderadas.

Destacamos duas questões relativas às atitudes que são aquelas que se correlacionam com mais afirmações relativas às crenças, 20. **“Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.”** E 21. **“ Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção”**.

Estas questões relacionam-se com crenças sobre temas como a integração dos cuidados paliativos apenas no fim de vida, a visão de que cuidados paliativos podem ser

considerados último recurso e de que o doente paliativo é aquele em que não se deve investir. Além destas as questões da denominação e de dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos são também relacionadas com as questões 20 e 21.

Percebemos que as atitudes são de certo modo condicionadas pelas crenças pessoais, mas principalmente pelas da sociedade.

Estamos, assim, perante a componente cognitiva das atitudes que diz respeito a crenças e opiniões, através das quais a atitude é expressa, embora nem sempre sejam conscientes (Tojal, 2011).

É através da manifestação do comportamento dos indivíduos, que se avaliam as suas atitudes. A ideia de que as atitudes afectam as nossas acções, baseia-se no pressuposto de que, para mudar a acção de alguém, têm que ser primeiro alteradas as suas opiniões, crenças ou sentimentos (Tojal, 2011).

É a informação que temos disponível sobre um objecto que orienta as nossas atitudes face a esse objecto, considera-se, assim, a atitude como resultante de um trabalho cognitivo de avaliação de crenças (Lima, 1993).

Deste modo, as crenças que sustentamos a respeito de um determinado objeto têm origem em informação obtida directamente (através da nossa experiência pessoal) ou indirectamente (através da interacção com os outros).

Para Lima (1993), as atitudes que se formam em consequência de experiências directas com o objecto da atitude, são mais duradouras e estáveis, mas há muitas questões sociais que exigem um posicionamento sem experiência directa.

No estudo de Tojal (2011), os enfermeiros inquiridos referiram que as suas maiores dificuldades perante um doente em fim de vida se prendem com o falar abertamente sobre a morte e, sobre as respostas a dar a um doente que se encontra próximo do fim de vida. Os enfermeiros sentem dificuldade ao presenciar o sofrimento físico e emocional do doente, e também em comunicar com este, ou esclarecer dúvidas sobre a evolução e prognóstico da sua situação, isto porque, os profissionais de saúde têm medo da sua fragilidade perante o sofrimento do outro, medo de se sentirem impotentes, o que dificulta o esclarecimento de dúvidas do doente (Saraiva, 2009).

No que diz respeito às dificuldades sentidas pelos enfermeiros no relacionamento com os familiares do doente em fim de vida, Tojal (2011) salienta o aspecto da comunicação com a família, relativamente a informações sobre o estado de saúde do ente querido, mas também o facto de explicar aos familiares que, por vezes, o mais importante são os cuidados de conforto, em detrimento dos cuidados curativos.

CONCLUSÃO

Os Cuidados Paliativos são o processo de assistência para quem está na reta final. E a reta final não é a reta final no tempo: é a reta final da nossa vida. A condição terminal pode prolongar-se por anos. Terminalidade não é a semana que vem. A condição terminal não é tempo, é sim uma condição clínica que advém de uma doença grave, incurável, sem possibilidade de controlo e diante da qual a medicina cruza os braços, impotente. Isso pode ser vivenciado em horas, dias, semanas, meses ou anos (Arantes, 2019).

É fundamental que, tendo em conta a sociedade envelhecida e doente crónica do nosso país, que cada vez mais haja profissionais de saúde que prestem cuidados de excelência a essa população. No entanto, há um caminho ainda longo a percorrer nesta área, apesar dos progressos realizados ao longo do tempo, grande parte da sociedade ainda desconhece a real filosofia dos cuidados paliativos.

Tendo em conta os objetivos definidos concluímos que os enfermeiros do nosso estudo têm conhecimentos básicos sobre a temática e interesse pela mesma. Demonstram vontade em aumentar o seu conhecimento no sentido de melhorar a sua prática diária.

Assim, a hipótese 1 permite perceber que os fatores sociodemográficos e socioprofissionais não influenciam os conhecimentos o que está em conformidade com o descrito pelas entidades nacionais e internacionais que referem que a formação pessoal deve começar mais precocemente. Os enfermeiros têm percepção que quanto mais precoce for a referência para cuidados paliativos mais vantagens trará para os doentes e família, indo assim ao encontro do que é descrito na literatura e pelas entidades internacionais e nacionais.

A existência de crenças por parte dos enfermeiros está relacionada com as crenças existentes na sociedade, verificando-se que estas são sobre temas como a integração dos cuidados paliativos apenas no fim de vida, a visão de que cuidados paliativos podem ser considerados último recurso e de que o doente paliativo é aquele em que se deve investir. Além destas, as questões da denominação e de dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos estão também presentes.

Neste sentido, a hipótese 2 permite inferir que os fatores socioprofissionais e sociodemográficos não influenciam as crenças, sendo que os nossos resultados se encontram em conformidade com a literatura. Existe, no entanto, necessidade de fazer salientar a questão acerca da mudança de opinião sobre os cuidados paliativos, sendo que esta é influenciada pelos fatores socioprofissionais, nomeadamente pela formação em cuidados paliativos, o que vai de encontro ao descrito na literatura em que é frisada a importância da formação e preparação dos profissionais de saúde quer ao nível dos conhecimentos quer das atitudes.

Relativamente ao domínio das atitudes é de salientar que os participantes não demonstram ter dificuldades em lidar com as questões da morte nem em encontrar respostas sobre o tema, no entanto referem surgir dúvidas em relação às intervenções a fazer ou não, e neste sentido afirmam ter dificuldade em abordar os familiares sobre esta questão. Além disso também afirmam que encontram nos seus pares e familiares alguém que os apoie e a quem recorrem para desabafar. Podemos verificar, assim, a contradição do que é dito, percecionando nestes profissionais dificuldades em encontrar respostas para o confronto com a morte apesar de se “sentirem preparados” para lidar com a mesma. O emocional não acompanha o racional, sendo evidente a presença de algum desgaste com estas questões, o que vai de encontro do descrito no estudo de Estanque (2011).

A hipótese 3 permite-nos compreender que as atitudes não se relacionam com os fatores socioprofissionais e sociodemográficos.

No que diz respeito à relação entre os conhecimentos e as crenças e atitudes, pela hipótese 4, concluímos que, pela sua importância os conhecimentos vão, de certa forma, influenciar as atitudes e as crenças dos enfermeiros perante o doente paliativo, pelo facto de vários participantes revelarem dificuldades e dúvidas nos cuidados ao doente e família, mas também pela questões da morte que deixam sempre dúvidas e levam o enfermeiro a viver uma dualidade de sentimentos. A formação é importante e fundamental mas o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional é um factor primordial para exercer cuidados de enfermagem de qualidade, salientando a formação contínua dos profissionais, seja ela de que nível for, como nos é descrito nos estudos de Pesut et al. (2014); Reimer-Kirkham, Sawatzky, Roberts, Cochrane e Stajduhar (2016); Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006); Bernieri e Hirdes (2007) e (Khader, Jarrah e Alasad, 2010).

Ao relacionarmos as crenças e as atitudes, hipótese 5, percebemos, que as atitudes podem ser condicionadas pelas crenças pessoais, mas principalmente pelas presentes na sociedade mas também pelas dificuldades dos enfermeiros em lidar com o sofrimento do doente e sentimento de impotência pela proximidade do fim, bem como com o esclarecimento de dúvidas sobre o seu estado de saúde e a morte. Além disto os enfermeiros referem dificuldades em comunicar com a família seja sobre as intervenções que podem ser suspensas, numa passagem de cuidados curativos para cuidados de conforto estes achados vão de encontro às conclusões de Tojal (2011).

Dado que o estudo foi realizado em duas tipologias de serviço diferentes existe necessidade de inferir sobre as relações existentes entre esses serviços e os conhecimentos, crenças e atitudes. Assim, partindo da análise das questões mais significativas, já previamente referidas para cada domínio percecionamos que, em relação aos conhecimentos não existem diferenças significativas entre os serviços relativamente à necessidade de mais formação na área. No que diz respeito às crenças existem diferenças significativas entre os serviços em relação à crença sobre a integração dos cuidados

paliativos apenas na fase terminal, não existindo diferenças significativas relativas aos cuidados paliativos serem considerados uma opção de último recurso. Em relação à crença acerca do facto do doente paliativo ser aquele em que não é para investir, existem diferenças significativas entre os serviços bem como com a crença acerca da melhoria da ideia existente acerca de cuidados paliativos após cuidar do doente paliativo. No domínio das atitudes salienta-se a não existência de diferenças significativas entre os serviços no que diz respeito às dúvidas sobre a realização de determinada intervenção, mas também sobre a ocultação de informação ao doente e a relação com a família no que diz respeito aos cuidados ao doente pelo que se percebe que estas atitudes são transversais entre os profissionais dos serviços em causa. Relativo às atitudes sobre a preparação para lidar com a morte observam-se diferenças significativas entre os serviços.

Em suma, e apesar de ser difícil objetivar a presença de estigma por parte dos enfermeiros em relação ao doente paliativo, percebe-se que mais do que atitudes estigmatizantes são as dificuldades que os profissionais demonstram no que diz respeito a questões sobre o fim de vida, realização ou suspensão de intervenções, ou a relação com a família. Estas são questões que inquietam os profissionais de forma transversal, profissionais que são desde cedo incitados e ensinados na doutrina do curar em vez de paliar. Deste modo, “cuidar da pessoa em fim de vida é complexo e difícil para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros que se deparam com a incurabilidade da doença e com prescrições que visam combater a morte, mesmo que seja reconhecida a irreversibilidade da situação clínica” (Pimenta, 2015, p.14).

Assim, o profissional de saúde possui uma influência profunda na forma como o doente vive e experiencia a doença e o impacto que esta pode ter na sua dignidade, dado que os cuidados de saúde que preservem a dignidade têm um impacto relevante na vivência do doente. O profissional deve ter em mente qual a importância de cuidar do doente ao invés de cuidar apenas dos efeitos da doença (Chochinov, 2007).

Os resultados deste estudo têm implicações para a prática de enfermagem, na medida em que contribuem para o conhecimento de saberes, a aplicar na prática dos cuidados pelo enfermeiro no seu dia-a-dia, perante doentes em fim de vida. Procuramos assim, desenvolver um estudo que contribuísse para a profissão de enfermagem, com alguns conhecimentos na temática em causa, pelo que pensamos ter cooperado para a produção de conhecimentos essenciais à melhoria da prática de cuidados de enfermagem perante o doente paliativo.

Como limitações do nosso estudo podemos referir o tamanho da amostra que foi reduzido face à população; a inexperiência da investigadora; o tempo limitado que não permitiu a integração de mais serviços da mesma instituição e de outras.

Como sugestões, salientamos a necessidade de melhorar a formação básica e pós-graduada dos enfermeiros, relacionada com a prestação de cuidados aos doentes em fase

paliativa e família, dando uma ênfase especial às temáticas relacionadas com a morte e o processo de morrer. Além disso, será também interessante, o desenvolvimento de trabalhos de investigação numa vertente qualitativa ou mista, onde o investigador possa identificar e analisar as vivências e experiências dos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem, no seu dia-a-dia, a doentes paliativos, de forma mais profunda. É ainda pertinente perceber as dificuldades que os enfermeiros têm em relação a cuidar de doentes mais jovens, bem como a realização de novos estudos com uma amostra ampliada e com mais serviços de cuidados paliativos ou de outras especialidades como oncologia ou cirurgia geral.

Prevê-se que a divulgação dos resultados deste trabalho seja realizada junto das chefias dos serviços participantes, fazendo também chegar os resultados aos responsáveis do CHUSJ, no sentido de melhorar práticas. Além disso fica a possibilidade de apresentar os resultados em congressos nacionais da área de cuidados paliativos a realizar no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarenga, M. (2008) *A Comunicação na Transferência dos doentes dos cuidados curativos para os cuidados paliativos* Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/1114>

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006) *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos*. Lisboa : Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; 2006. Disponível em: https://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2018), *Cuidados Paliativos/ O que são?* [consult. 03 Novembro 2018]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>

Arantes, A. C.Q. (2019) *A morte é um dia que vale a pena viver*. 1ªed. Alfragide. Oficina do Livro. ISBN 978-989-780-060-3

Barbosa, A. (2002) Pensar o morrer nos cuidados de saúde. *Análise Social*. 38 (166), pp. 35-49.

Barbosa, A. (2010) Sofrimento. In A.Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*, p. 563-593. 2.ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 9-789729-349225.

Barroso, R. (2010) *Condições para o desenvolvimento de acções paliativas em unidades de internamento de agudos*. Tese de mestrado não publicada. Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Becker, R. (2009) Palliative care 1: principles of palliative care nursing and end-of-life care, *Nursing Times*, 105: 13, pp.14-16 URL: <https://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/acute-care/palliative-care-1-principles-of-palliative-care-nursing-and-end-of-life-care/2007480.article>

Bernardo, A.; Rosado, J; Salazar, H. (2006). Trabalho em Equipa. In A.Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*, p. 453-473. 1.ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.

Bernardo, A.; Rosado, J; Salazar, H. (2016). Trabalho em Equipa. In A.Barbosa, PR. Pina, F. Tavares, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*, p.907-914. 3.ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Bernieri, J.; Hirdes, A. (2007). O preparo dos académicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem a processo Morte-Morrer. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, Jan-Mar; 16(1), pp:89-96.

Brêtas, J. R. S.; Oliveira, J. R.; Yamaguti, L. (2006) Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. Vol.40, nº4,pp.477-483.

Bruera, E., Hui, D. (2010) Integrating Supportive and Palliative Care in the Trajectory of Cancer: Establishing Goals and Models of Care, *Journal of Clinical Oncology*, 25, Setembro, pp.4013-4017

Campos, P. (2017) *Crenças, atitudes e opiniões dos Enfermeiros de Saúde Mental, face à Doença Psiquiátrica*. Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/18192>

Capelas, M.L.; Neto, I.G (2006) Organização de Serviços. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*, p.485-511. 1ªEd. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa

Capelas, M.L (2010) Equipas de cuidados paliativos domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal, *Cadernos de Saúde*, vol.3 (2). Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde: Universidade Católica Portuguesa, pp. 21-26.

Carlier, M., (2001). Para uma globalidade dos cuidados de enfermagem. In ABIVEN, M. *Para uma morte mais humana – Experiência de uma unidade hospitalar de Cuidados Paliativos*, 2ª Edição, pp.97-132. Loures: Lusociência.

Centeno, C., Sancho, M., Nabal, M., Pascual, A. (2009). *Manual de Medicina Paliativa*. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.

Chan, S. e Yu, H. U.(2010) Nurses' response to death and dying in na intensive care unit-a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 1167-1169.

Cherny, N. (2009) Stigma Associated With “Palliative Care”, *Cancer*, 1, Maio, pp.1808-1812

Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of Medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal* , pp.184-187.

Clark, D. (2001) European palliative care in the *longue durée*, *European Journal of Palliative Care*, 8 (3):92,

Clark, D. (2002). Between hope and acceptance: the medicalization of dying, *BMJ*, 324, pp. 905-907

Cordero Y., Jiménez A., Marrero R.(2003) “Actitud ante la muerte del personal de enfermería del turno de 7 a.m. a 1 p.m. y su relación con la atención al paciente moribundo y sus familiares”. *Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga”*. Disponível em: http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe

Cotrim, HMTS (2011) Da escola para o exercício: Atitudes éticas dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros no cuidar do doente em fase paliativa. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa. URL: <http://hdl.handle.net/10451/4383>

Costa, M. A. (2004). Relação enfermeiro-doente. In, Patrão Neves, M.C.; Pacheco, S. *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra, Editora gráfica de Coimbra.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017) *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017/2018*, Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde- Ministério da Saúde

Crochik, J. L.(2006) *Preconceito, indivíduo e cultura*. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. ISBN 85-7396-489-8.

Davies E., Higginson I. (2004) *Palliative Care: the solid facts*. Milão. World Health Organization

Direcção-Geral da Saúde. (2005) Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa : 972-675-124-1.

Direcção-Geral da Saúde. (2010) Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Disponível em:<https://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1E3AB46CFB79CE9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>

DHSSPS,(2003). *Breaking Bad News... Regional Guidelines*. Belfast: Department of Health, Social Services and Public Safety.

Doyle D., Hanks GWC, Cherney N., Calman K.(2004) *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 3ªed. Londres: Oxford University Press

Durman, S. (2000). *Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em Hospital Geral*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal do Paraná.

Duque, T. (2011) *Enfermagem em Cuidados Paliativos Relatório de Estágio não publicado*, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. URL. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8810/1/Relatorio%20de%20Estagio.pdf>

European Association for Palliative Care. EAPC. (2018) *Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education*. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=VmnUSgQm5PQ%3D>.

Ellershaw, J. Wilkinson, S. (2003a) *Care of the dying: A pathway to excellence*. Oxford University Press, New York, p. 42-88; 121-139. DOI:10.1093/acprof:oso/9780198509332.001.000

Ellershaw J; Ward, C. (2003b) *Care Of The Dying Patient: The Last Hours Or Days Of Life*. *BMJ* 326 P.30-34. Doi: <https://doi.org/10.1136/Bmj.326.7379.30>

Estanque, C. (2011) *A Prática de Cuidar o Doente Oncológico em Fim de Vida- Uma Abordagem na Perspectiva dos Enfermeiros* Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/5532>

Estabrooks, C. A.(1989) *Touch: a nursing strategy in the intensive care unit*. *Heart & Lung*. Vol. 18, n.º 4 p. 392-401.

Figueiredo, N. M. A.; Machado, W. C. A. (1996) PORTO, I. S. - O toque e a prevenção de escaras. *Revista de Enfermagem da UERJ*, edição extra, pp.71-80.

Firmino, F. (2009) Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos. In ANCP, *Manual de Cuidados Paliativos* p.216-217. 1ªed. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos ISBN: ISBN 978-85-89718-27-1

Fortin, M.F. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5

Fryer,S.; Bellamy, G.; Morgan, T.; Gott, M. (2016). “Sometimes I’ve gone home feeling that my voice hasn’t been heard”: a focus group study exploring the views and experiences of health care assistants when caring for dying residents, *BJC Palliative Care*, 15, pp. 2-9 doi: 10.1186/s12904-016-0150-3

Goffman, E.(1981) Estigma - Notas Sobre A Manipulação Da Identidade Deteriorada. (S.l.) 4ª ed. Disponível em: <http://www.se-rj.com.br/IBMR/TEXTOS%20IBMR/institucional2011sem01noite/E...>

Goffman, E. (2006) *Estigma – La identidade deteriorada*. 1ª edição 10ª reimp. – Buenos Aires: Amorrortu

Goffman, E.(2013) *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro,LTC

Gonçalves, F. (2011) *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. 2ªEdição. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN: 978-989-8218-50-6.

Gouveia, M.C.S (2014)– *Estigma, preconceito, distanciamento social e procura de ajuda* Disponível em: <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/estigma-preconceito-distanciamento-social-e-procura-de-ajuda>

Heller, A. (1989) *O quotidiano e a história*. 3ª Edição São Paulo: Paz e Terra

Hennezel, M. (2000) *Diálogo com a morte: os que vão morrer ensinam-nos a viver*. 4ªEdição. Lisboa: Notícias. ISBN: 972-46-0793-3.

Hennezel, M. (2001). O papel do psicólogo. In ABIVEN, M. *Para uma morte mais humana – Experiência de uma unidade hospitalar de Cuidados Paliativos* 2ª Edição, pp.133-168. Loures: Lusociência.

Hernández NE, Moreno CM, Barragán JA.(2014) Necesidades de cuidado de la díada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Rev Cuid*. 5(2): pp:748-756. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa, Lusociência. ISBN: 9789728383114

Hudak, C. M.; Gallo, B.M, (1997) *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística*.6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Huertas, LA, (2015). Adaptación Al Español de la Escala de Actitudes ante Cuidados Paliativos: Confiabilidad y Análisis Factorial, *Psicooncología*, v.12, n.2-3, pp- 367-381

Hui, D.; Park,M.; Liu,D.; Reddy, A.; Dalal, S.; Bruera, E.,(2015) Attitudes and Beliefs Toward Supportive and Palliative Care Referral Among Hematologic and Solid Tumor Oncology Specialists, *The Oncologist*, 28, Setembro, pp.1-7

International Association for Hospice and Palliative Care. (2018). Global Consensus based palliative care definition. Houston, Retrieved from <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/> Tradução Portuguesa disponível em: [https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20\(European\).pdf](https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20(European).pdf)

International Council of Nurses. (2000), Geneva, Position Statement: Nurses' role in providing care to dying patients and their families, disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/A12_Nurses_Role_Care_Dying_Patients.pdf

Khader, K., Jarrah, S., Alasad, J.(2010) Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2 (1), pp.1-9.

Kubler-Ross,E. (2008) *Sobre a Morte e o Morrer*, Martins Fontes; 9ªEd. ISBN: 978-857-827-059-9

Kumar, S.P; Jim, A.; Sisodia, V. (2011) Effects of palliative care training program on knowledge, attitudes, beliefs and experiences among student physiotherapists: A preliminary quasi-experimental study, *Indian Journal of Palliative Care*, 17, pp.47-53 doi: [10.4103/0973-1075.78449](https://doi.org/10.4103/0973-1075.78449)

LeBlanc TW, El-Jawahri A. (2015) When and why should patients with hematologic malignancies see a palliative care specialist? *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. pp.471–8. <https://doi.org/10.1182/asheducation-2015.1.471>.

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República n.º 180/2009, Série I de 2009-09-16. P. 6528 – 6550

Lei N.º52/2012 de 5 de Setembro. Lei De Bases De Cuidados Paliativos. *Diário Da República I Série*.Nº 172, 2012. P.5119-5124

Lima, M. L. P. – Atitudes.(1993) In J.Vala, M.B.Monteiro- *Psicologia Social*. p.167-199. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian ISBN 972-31-0595-0.

Machado, M. d. C., Couceiro, L., Alves, I., Almendra, R. & Cortes, M. (2011). *A Morte e o Morrer em Portugal*, Coimbra: Edições Almedina.

Magalhães, J.C. (2009) *Cuidar em Fim de Vida*, Lisboa: Coisas de Ler. ISBN: 978-989-8218-07-0

Major B., O'Brien, L. T. (2005) - The social Psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*. Vol. 56 Issue 1 Disponível em: http://www.psych.ucsb.edu/~major/lab/major_obrien2005.pdf ISSN: 00664308. Academic Search Complete. p. 393-421

McCoughlan, M. (2004). A necessidade de cuidados paliativos. In Pessini, L. & Bertachini, L. (Orgs.). *Humanização e Cuidados Paliativos*, São Paulo: Edições Loyola. pp.167-180.

Michel, M. (2005). *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas.

Moreira, I. B. (2001). O doente Terminal em Contexto Familiar – Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra: Formasau

Morris, J. , Leonard, R. (2007) Physiotherapy Students' Experiences Of Palliative Care Placements – Promoting Interprofessional Learning And Patient-Centred Approaches, *Journal Of Interprofessional Care*, 21, Pp. 569-571

Neto, Félix (1998) *A Natureza do Preconceito – Psicologia Social – Vol. I – Universidade Aberta*

Neto, I.(2004). Para além dos sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In Neto, I. G., Aitken, H. & Paldrön, T. *A Dignidade e o Sentido da Vida – Uma reflexão sobre a nossa existência*, 1ª Edição, Cascais: Editora Pergaminho. pp.11-48

Neto, I. (2006) *Princípios E Filosofia Dos Cuidados Paliativos*. In: A. Barbosa; I. Neto *Manual De Cuidados Paliativos*. 1ª Edição. Lisboa: Faculdade De Medicina Da Universidade De Lisboa. Isbn: 978-972-9349-21-8.

Neto, I. (2010a) *Princípios E Filosofia Dos Cuidados Paliativos*. In: A. Barbosa; I. Neto *Manual De Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade De Medicina Da Universidade De Lisboa. Isbn: 978-972-9349-22-5.

Neto, I. (2010b) *Modelos De Controlo Sintomático*. In: A. Barbosa; I. Neto *Manual De Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade De Medicina Da Universidade De Lisboa. Isbn: 978-972-9349-22-5

Nunes, R; Rego, G; Duarte, I (coord). (2009) *Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida*. Coimbra: *Gráfica de Coimbra 2*

O'Connor M, Fisher C, Guilfoyle A. (2006) Interdisciplinary teams in palliative care: a critical reflection. *Int J Palliat Nurs*; 12(3) pp.132 -7. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.3.20698>

O'Mathúna, D.P.; Prymachuk, S.; Spencer, W.; Stanwick, M.; Matthiesen, S; (2003) A Critical Evaluation of the Theory and Practice of Therapeutic Touch. *Nursing Philosophy*, 3, pp.163-176.

Orchard, CA; Curran, V; Kabene, S. (2005) Creating a culture for interdisciplinary collaborative practice. *Med Educ Online* 10(11) pp.1 -13. <https://doi.org/10.3402/meo.v10i.4387>

Ordem dos Enfermeiros (2006) Conselho Directivo. Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015) Conselho Jurisdicional. Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf

Osswald, W. (2004). Entre o “curar” e o “cuidar”: a humanização dos serviços de saúde. In, Patrão Neves, M.C.; Pacheco, S. *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra, Editora gráfica de Coimbra.

Pacheco, S. (2004), *Cuidar a pessoa em fase terminal – perspectiva ética*. 2ª Edição. Loures. Lusociência

Pacheco, S. (2006). A morte no ciclo vital: perspectiva de enfermagem. *Ordem dos enfermeiros*, (20), p.31-34.

Paiva, A. (2012) Cuidados ao Doente em agonia- Estudo comparativo entre cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida no Serviço de Cuidados Paliativos e num Serviço de Medicina. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. URL. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16684/1/Cuidados%20ao%20doente%20em%20agonia_Ana%20Paiva_Junho%20de%202012.pdf

Paiva,C; Caldas,AC; Capelas, ML. (2012). Caracterização do Trabalho em Equipa nas Unidades de Cuidados Paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, Vol.5 nº1,2 pp. 47-63 URL: <http://www.cadernosdesaude.org/files/2012-CS5.1-2%285%29.pdf>

Pereira, C. R.; Vala, J. (2010) Do preconceito à discriminação justificada. *Inquisitive Mind Português*. Vol.1, N.º 2-3 pp. 1-13. Disponível em: http://www.rui-s-costa.com/iM_pt/artigos/v1_n2-3/pereira_e_vala_2010.pdf.

Pereira, S. (2010) *Cuidados Paliativos: Confrontar A Morte*. Campus Do Saber - Nº21, Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda. Isbn: 9789725402795

Pereira, SM.(coord.); Gomes, A.; Teves, C.; Hernandez-Marrero, P.; Sapeta, P. (2018). *Relatório de Outono 2018- Seção: Formação em Cuidados Paliativos*. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Disponível em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2766/file>

Pérez, ME; Cibanal LJ.(2016) Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Rev Cuid.* 7(1), pp: 1210-1218. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>

Pesut B.; Sawatzky R.; Stajduhar KI.; McLeod B.; Erbacker L.; Chan EK. (2014) Educating nurses for palliative care: A scoping review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 16, pp:47–54.

Phillips J .L. ; Davidson P.M. ; Jackson D. & Kristjanson L. J . (2008) Multi-faceted palliative care intervention: aged care nurses' and care assistants' perceptions and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), pp. 216–227 doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04600.x

Pulido, I.; Baptista, I.; Brito, M.; Matias, T.; (2010) Como Morrem Os Doentes Numa Enfermaria De Medicina Interna. *Medicina Interna- Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, vol.17,nº4, Out./Nov., pp.222-226

Radbruch, L.; Payne, S. (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 17,pp. 22-33

Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República n.º 135/2018, *Série II de 2018-07-16*. P. 19359 – 19370

Reimer-Kirkham,S.; Sawatzky, R.; Robert, D.; Cochrane, M.; Stajduhar, K. (2016) “Close to” a palliative approach: nurses and care aides descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions, *Journal of Clinical Nursing*, 25, pp. 2189-2199

Ribeiro, S. (2011) *Cuidar Holístico nos processos de saúde/doença ao longo do ciclo vital*. Relatório de estágio não publicado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Recuperado de: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8875/1/RELAT%C3%93RIO%20EST%20SARA%20RIBEIRO%20192009126.pdf>

Samarel, N.; Fawcett J.; Davis M.M.; Ryan F.M.; (1998) Effects of dialogue and therapeutic touch on preoperative and postoperative experiences of breast cancer surgery: An exploratory study. *Oncology Nursing Forum*, 25: 8 pp.1369-1376.

Santos, F.S. (2011) *Cuidados Paliativos - Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas*. São Paulo : Atheneu.

Sanz, J. (2000) Actitudes del enfermero/a ante el paciente terminal. *Enfermería Científica*; 220-221, pp:17-20.

Sapeta, P. (2011) *Cuidar Em Fim De Vida: O Processo De Interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência. ISBN:978-972-8930-69

Sapeta, P.; Martins, M.; Agnés, P. (2012). *Fim de vida no Serviço de Urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados*. Revisão da Literatura não publicada, Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo-Branco, Castelo-Branco Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.11/1707>

Sapeta, P. (coord.); Alves JM. (2018). *Relatório de Outono 2018- Seção: Trabalho em Equipa*. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Disponível em: https://www.apcp.com.pt/uploads/opcp_projeto_1b_1_relatorio_vf.pdf

Saraiva, D. M. R. F. (2009) Atitude do Enfermeiro Perante a Morte: Investigação. *NURSING: Edição Portuguesa*, nº244, Abril. p.6-13. ISSN 0871-6196.

Serrão, D. (2004). Saúde e doença. In, Patrão Neves, M.C.; Pacheco, S. *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra, Editora gráfica de Coimbra.

Serrano, A. (2016) Intervenções Paliativas Realizadas pelos Enfermeiros num Serviço de Urgência aos Utentes com Doença Crónica, Incurável e Progressiva. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. URL https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21909/3/Teseinterven%C3%A7%C3%B5espaliativasnumSU_6_3_17.pdf

Sigurdardottir, K. R. ; Faksvåg Haugen, D. (2008). Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 7, pp.1-7.

Silva, N., (2006) Cuidado No Final De Vida - Dos Deveres Para Com O Doente Terminal. *Ordem Dos Enfermeiros: Final De Vida: VI Seminário Do Conselho Jurisdicional*. N.º20.

Silva, S. (2009) *Caracterização dos cuidados de Saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. URL: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20572/2/Caracterizao%20dos%20cuidados%20de%20sade%20prestados%20ao%20doente%20oncolgico%20em%20agonia%20num%20servico%20de%20cuidados%20paliativ.pdf>

Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos, (2000) *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos “ Cuidar” : ética e práticas*, Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-17-7

Solano, J. P., Gomes, B. & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 31, 58-69.

Sousa, A. (2012) *Sintomas em Cuidados Paliativos: da Avaliação ao Controlo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. ULR: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/65130/2/30465.pdf>

Stajduhar, KI (2011) Chronic illness, palliative care, and the problematic nature of dying. *The Canadian Journal of Nursing Research* 43, pp.7–15.

Street, A.; Blackford J. (2001). Communication issues for the interdisciplinary community palliative care team. *J Clin Nurs* Jan 24; 10: pp:643 -50. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00549.x>

Stromgren, AS; Groenvold, M.; Pedersen, L; Olsen, AK; Sjogren, P. (2002) Pain and other symptoms in palliative cancer care: content validation of self-assessment questionnaire against medical records. *European Journal of Cancer*. 30: pp.788-794. URL:http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/symptomatology%20of%20cancer%20patients%20in%20palliative%20care_content%20validation%20of%20selfassessment%20questionnaires%20against%20medica%20records.pdf

Takahashi, C.; Contrin, L.; Beccaria, L.; Goudinho, M.; Pereira, R. (2008). Morte: percepção e sentimentos de académicos de enfermagem. *Arquivo Ciências Saúde: Jul-Set; 15(3): pp132-8.*

Tavares, F., (2010) *Prognóstico em Cuidados Paliativos*. In: A. Barbosa; I. Neto *Manual De Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade De Medicina Da Universidade De Lisboa. Isbn: 978-972-9349-22-5 p. 43-59.

Teixeira, F. (2011) *Cuidados Paliativos no Domicílio: poupança ou desperdício?* Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.14/17075>

Tojal, A.P.L (2011) *Atitude do Enfermeiro perante a Morte*. Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/?url=ZDykJuCe>

Trovó, M.M; Silva, MEP. *Terapias Alternativas/Complementares - A Visão Do Graduando De Enfermagem*. Rev Esc Enferm USP. 36 (1) (2002), P.80-87.

Twycross, R. (2003) *Cuidados Paliativos*. 2a Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-093-6

Vidal, V. (2007). Atenção e cuidado ao paciente terminal. *Revista Científica Centro Universitário Barra Mansa – UBM*; Barra Mansa, Jul. v.9, n.17, pp.89-95.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. 1ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-33-6

Weissman D. (2004), Decision Making at a Time of Crisis Near the End of Life. *JAMA*, October 13, Vol. 292, No 14, pp.1738-1743

World Health Organization. (2002) National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. [Online] <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>.

Zimmermann, C.; Swami, N.; Krzyzanowska, M.; Leighl, N.; Rydall, A.; Rodin, G.; Tannock, I.; Hannon, B. (2016) Perceptions Of Palliative Care Among Patients With Advanced Cancer And Their Caregivers. *Canadian Medical Association Journal*. Julho, N.12, E217-E227 <https://doi.org/10.1503/Cmaj.151171>

ANEXOS

Anexo 1- Informação Ao Participante E Consentimento Informado

Informação ao participante

Venho com este documento, solicitar a sua participação na pesquisa que estou a desenvolver sobre **“Conhecimentos, Crenças e Atitudes dos Enfermeiros acerca dos Cuidados Paliativos”**. Para alcançar os objetivos que delineamos: Identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos e o doente paliativo; Identificar o interesse dos enfermeiros pela área de Cuidados Paliativos; Identificar crenças e vivências dos enfermeiros no cuidado ao doente paliativo, convido-o a participar no estudo. A sua ajuda é imprescindível para conseguirmos concretizar este estudo, sendo para isso necessárias algumas informações sobre os cuidados que presta ao doente paliativo. Os participantes que venham a colaborar neste estudo serão integrados através da sua manifestação de interesse ao preencherem o consentimento informado.

Os benefícios que pensamos alcançar com este estudo são a aquisição de conhecimento sobre os cuidados paliativos através da identificação de crenças e atitudes dos enfermeiros relativos à prestação de cuidados ao doente paliativo permitindo posteriormente e com base na identificação de necessidades desenvolver um plano de intervenção/formação em enfermagem. O incômodo que pensamos vir a causar são o relembrar de algumas vivências e/ou experiências de acontecimentos com um maior cariz emocional que eventualmente sentiu enquanto cuidador de doentes paliativos.

Caso aceite participar, ser-lhe-á facultado um “questionário” que deve preencher.

Dispõem de tempo para refletir sobre a sua participação neste estudo, caso assim o entenda pode ouvir a opinião dos seus colegas e/ou amigos. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contacto com o investigador utilizando o n.º de telefone abaixo indicado. A sua não participação no estudo não implica qualquer prejuízo ou inconveniente.

Asseguramos que as informações dadas por si são sigilosas e serão utilizadas somente pela investigadora no âmbito deste estudo. O seu nome será mantido em sigilo e de forma anónima. Informamos também que este estudo tem a aprovação da Comissão de Ética da FMUP com o parecer nº374/18.

Caso precise entrar em contacto com a investigadora, informo-lhe o meu nome e telefone para possíveis questões que possam estar menos claras ou sejam sugestivas de possíveis dúvidas sobre este trabalho.

Atenciosamente a investigadora

Maria João Alves

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

E-mail: maria_joao_alves@hotmail.com

Telefone:969165040



PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Seul 2008, Fortaleza 2013)

SÃO JOÃO

Designação do Estudo (em português)

Conhecimentos, crenças e atitudes dos Enfermeiros acerca dos Cuidados Paliativos

Confirmando que expliquei ao participante/ representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação

Informação escrita em Não Sim (Nº de páginas 1)

O Investigador responsável

Nome: Maria João Alves

Identificação do participante

Nome: _____

Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta

Data ____ / ____ / ____ _____
assinatur

Nome (País/ Representante legal): _____
Grau de _____

Data ____ / ____ / ____ _____
assinatur

Anexo 2- Instrumento De Recolha de Dados: Questionário Adoc

Conhecimentos, Crenças e atitudes dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos

Este questionário para o qual pedimos a sua colaboração tem como objetivo conhecer as opiniões e atitudes de enfermeiros, sobre a representação social dos cuidados paliativos. Este estudo só terá interesse se a sua participação for franca e criteriosa, na forma como responde às questões. O questionário é anónimo, os dados obtidos são confidenciais e não se pretende qualquer avaliação individual, sendo as respostas tratadas na sua globalidade. Por favor responda a todas as questões em cada uma das secções, para as mesmas terem validade. Desde já agradecemos a sua atenção e disponibilidade.

Código

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:

Serviço onde exerce funções:

- Medicina

- Cuidados Paliativos

Género:

-Masculino

-Feminino

Idade:

25-35 anos

46-55 anos

36-45 anos

Mais de 55 anos

Habilitações Académicas:

Licenciatura

Mestrado

Especialidade

Pós graduação

Anos de Experiência Profissional:

Menos de 5 anos

16-25 anos

5-15 anos

Mais de 26 anos

Interesse pela área:

Tempo de experiência em Cuidados Paliativos: _____ meses

Formações/ cursos na area de cuidados paliativos: Sim Não

Se sim qual/quais?

- Disciplina de Cuidados Paliativos no Curso de Licenciatura

- Curso básico de Cuidados Paliativos

- Pós-Graduação em Cuidados Paliativos

- Mestrado em Cuidados Paliativos

Se não:

- Gostava de fazer formação nesta área? Sim Não

II - Parte

O questionário que apresentamos, diz respeito a opiniões ou ideias acerca da representação social de cuidados paliativos. São apresentadas várias afirmações. Leia atentamente cada uma das afirmações preenchendo com uma cruz no local que corresponde à sua opinião. Não há respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião sincera. Tem cinco opções que apresentamos de seguida, contudo, só pode assinalar uma para cada afirmação.

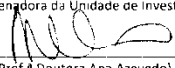
	Discordo completamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.					
2. Os doentes de SIDA em estadio avançado, os doentes com insuficiências de órgão, os doentes com doenças neurológicas degenerativas, os doentes com demências também podem usufruir de cuidados paliativos.					
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.					
4. Os cuidados paliativos pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte.					
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.					
6. Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).					

	Discordo completamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
7. Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.					
8. Os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades dos doentes e famílias e não com base no seu diagnóstico.					
9. Os cuidados paliativos são tão importantes como os cuidados curativos.					
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.					
11. Todos os membros da minha equipa estão de acordo com a implementação de cuidados paliativos.					
12. Quando existe um diagnóstico com mau prognóstico os familiares são informados sobre a opção de cuidados paliativos, realizados no serviço.					
13. A minha equipa costuma partilhar as suas opiniões e como deve prestar cuidados ao doente.					
14. O enfermeiro reconhece e controla os sintomas do doente paliativo.					
15. Sempre que possível os enfermeiros da minha equipa permanecem junto do doente e procuram que ele verbalize os seus sentimentos.					
16. Sensibilizar a família para a morte e o morrer não é uma responsabilidade de enfermagem.					
17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.					
18. Tenho necessidade de pedir ajuda aos colegas para prestar cuidados a estes doentes.					
19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.					

	Discordo completamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.					
21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.					
22. Sinto-me desconfortável se entrar no quarto de um doente e encontrar o familiar a chorar, habitualmente não sei o que fazer e/ou dizer.					
23. Tenho dificuldade em estabelecer uma relação de proximidade com o doente paliativo e sua família.					
24. Prefiro não me envolver emocionalmente/ criar relação de empatia com o doente, para me proteger.					
25. Os familiares que permanecem com o doente por vezes interferem negativamente na prestação de cuidados.					
26. O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração.					
27. Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.					
28. Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.					
29. Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos.					
30. Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.					
31. É mais importante curar do que paliar.					
32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.					
33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.					

	Discordo completamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
34. Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.					
35. O cuidar de um doente em fase terminal faz-me questionar tudo.					
36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.					
37. Só considero o doente como paliativo quando passa a ser seguido pela equipa de cuidados paliativos do hospital.					
38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.					

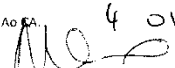
Anexo 3- Autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE

Unidade de Investigação
Tomei conhecimento. Nada a opor.
03 de Janeiro de 2019
A Coordenadora da Unidade de Investigação

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



SÃO JOÃO

n.º 374/18

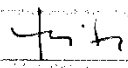




Aprovado. Ao CA 4 01 2019

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

Exma. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO				09 JAN 2019
				
Presidente	1.º Vice-Presidente	2.º Vice-Presidente	Presidente do Conselho de Administração	
				

Nome do Investigador Principal:

Maria João Alves

Título da Investigação:

Conhecimentos, Crenças e Atitudes dos Enfermeiros acerca dos Cuidados Paliativos

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Medicina Interna e Cuidados Paliativos

a investigação em epigrafe, solicito a V. Exa. no qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

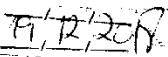
Para o efeito, anexo toda a documentação referido no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, a qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 30 de Novembro de 2018 

Centro Hospitalar São João
Centro de Epidemiologia Hospitalar


31/12/2018



Questionário para submissão de Investigação

Como Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João /
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Para o estudo de investigação infrascripta, solicito a V. Exa. na qualidade de investigador, a sua apreciação e
autorização do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: **Conhecimentos, Crenças e Atitudes dos Enfermeiros acerca dos Cuidados Paliativos**

Nome do investigador: **Maria João Alves**

Endereço eletrónico: **maria_joao_alves@hotmail.com**

Contacto telefónico: **969165040**

Caracterização da investigação:

Estudo descritivo

Estudo observacional

Estudo prospetivo

Inquérito

Outro, Qual? **Questionário ADOC**

Tipo de investigação:

Sem intervenção

Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): Sim Não

Promotor / co-promotor:

Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): **Professora Doutora Maria Júlia Martinho**

Endereço eletrónico: **julia@esep.pt**

Local/locais onde se realiza a investigação: **Serviços de Medicina Interna e de Cuidados Paliativos**

Data proposta de início: **02 / 2019**

Data prevista para o término: **05 / 2019**

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

OBJECTIVO GERAL: Compreender se existe estigma por parte dos enfermeiros em relação ao doente paliativo

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS: Identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos e o doente paliativo; Identificar o interesse dos enfermeiros pela área de Cuidados Paliativos; Conhecer que atitudes são adotadas pelos enfermeiros em relação ao doente paliativo; Percecionar que sentimentos são experienciados pelos enfermeiros no cuidado ao doente paliativo; Identificar crenças e vivências dos enfermeiros no cuidado ao doente paliativo

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/risco):

Como profissionais de saúde a desenvolver trabalho neste contexto entendemos ser de suma importância deter conhecimento, experiência e habilidades nesta área de modo a poder responder às necessidades dos doentes e famílias com diagnósticos difíceis em diferentes fases da vida. A constatação da existência de poucos estudos que se centrem no conhecimento, crenças e atitudes dos profissionais de saúde, leva-nos a abraçar este desiderato, querendo, assim, contribuir para a melhoria da intervenção de enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos diminuindo atitudes negativas e estigmatizantes.

O facto de não se investir na cura de um doente é ainda encarado por muitos profissionais como uma derrota, uma frustração. As questões em torno da morte constituem ainda hoje um tema tabu (APCP, 2018). É fundamental tornar os cuidados paliativos mais abrangentes e oferecer à população a abordagem mais adequada face aos seus problemas (CNCP, 2017). Os Cuidados paliativos generalistas são prestados por profissionais que trabalham em áreas com prevalência de doentes com doença incurável e progressiva elevada. Apesar dos cuidados paliativos não serem o foco principal da sua atividade, estes profissionais, devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área (CNCP, 2017).

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

A recolha de dados é feita sem necessidade de registo da identificação do participante.

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico? Sim Não

Esta previsto o registo de imagem ou som dos participantes? Sim Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização? Sim Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes Não Não Voluntários saudáveis Sim Não

Membros de famílias Sim Não

Outras pessoas com capacidade de exercício de autoridade Sim Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: Sim Não

Se não referir qual o fundamento para a isenção:

Existe informação escrita aos participantes: Sim Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

Investigador Promotor Ambos Serviço onde é realizado

Não aplicável Outro

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previsíveis:

Aquisição de conhecimento sobre os cuidados paliativos através da identificação de crenças e atitudes dos enfermeiros relativos à prestação de cuidados ao doente paliativo permitindo posteriormente e com base na identificação de necessidades desenvolver um plano de intervenção/formação em enfermagem.

Riscos/incomodos previsíveis:

Relembrar de algumas vivências e/ou experiências de acontecimentos com um maior cariz emocional que eventualmente sentiu enquanto cuidador de doentes paliativos.

São dadas contrapartidas aos participantes:

· pela participação Sim Não Não aplicável

· pelas deslocações Sim Não Não aplicável

· pelas faltas ao emprego Sim Não Não aplicável

· por outras perdas e danos Sim Não Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

Investigador Promotor Serviço onde é realizado

Não aplicável Outro

Existe protocolo financeiro? Sim Não

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- Formulário de autorização do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- Formulário de autorização do Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- Resolução do estado
- Consentimento informado de todos os onde decorre o estudo
(Se o estudo for de natureza de investigação deve anexar também o consentimento informado específico)
- Protocolo de registo
- Carta de apresentação
- Carta de participação
- Análise de risco/benefício
- Consentimento informado de todos os queixados especiais (se aplicável)
- Consentimento informado de todos os doentes
- Outros

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro, por minha honra, que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Declaro também que, durante a realização, serão observadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1964) e respetivos emendamentos, a Declaração Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Diretrizes Ginecistas" (1977) e a Declaração de princípios de inventivação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação de JEF de que o investigador responsável tenha sempre em contacto com os doentes que não tenham participado em outros estudos nos últimos 12 meses e obrigá-lo a não entregar o CFS o relatório final da investigação, assim que concluído.

Em _____ de _____ de 2018
do local: São João

Francisco Alves

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/FMUP

Protocolo nº _____ de _____ de 19 12 18

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que não tem a poder a
realização desta pesquisa de investigação.

Geoffrey

Anexo 4- Análise dos Resultados e da Verificação das hipóteses

As seguintes tabelas referem-se aos resultados e à análise realizada a cada uma das 38 variáveis/ questões apresentadas no instrumento de colheita de dados.

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	48	47,1
Discordo	52	51,0
Não concordo nem discordo	2	2,0
Total	102	100

A maioria dos enfermeiros inquiridos discorda que “Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos”, sendo que 47,1% (N=48), discorda completamente e 51% (N=52), discorda apenas; 2% (N=2), da amostra não tem opinião definida, isto é, não concorda nem discorda da afirmação.

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Os doentes de SIDA em estadio avançado, os doentes com insuficiências de órgão, os doentes com doenças neurológicas degenerativas, os doentes com demências também podem usufruir de cuidados paliativos”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não concordo nem discordo	2	2,0
Concordo	42	41,2
Concordo plenamente	58	56,9
Total	102	100

A maioria dos enfermeiros inquiridos concorda com a afirmação: “Os doentes de SIDA em estadio avançado, os doentes com insuficiências de órgão, os doentes com doenças neurológicas degenerativas, os doentes com demências também podem usufruir de cuidados paliativos”, sendo que 41,2% (N=42) concorda, e 56,9% (N=58) concorda plenamente; 2% (N=2), da amostra não tem opinião definida, isto é, não concorda nem discorda da afirmação.

Tabela 3. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	3	2,9
Discordo	19	18,6
Não concordo nem discordo	17	16,7
Concordo	50	49,0
Concordo plenamente	13	12,7
Total	102	100

Após a análise das respostas à questão “Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos”, verificamos que 49,0% (N=50) concorda com a afirmação, 12,7% (N=13) concorda plenamente; em oposição, 18,6% (N=19) discorda e 2,9% (N=3) discorda completamente. De salientar que 16,7% (N=17) da amostra não têm opinião definida.

Tabela 4. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Os cuidados paliativos pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão activamente quanto possível até à sua morte.”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	2	2,0
Discordo	8	7,8
Não concordo nem discordo	10	9,8
Concordo	52	51,0
Concordo plenamente	30	29,4
Total	102	100

Relativamente à questão “Os cuidados paliativos pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão activamente quanto possível até à sua morte” após análise das respostas, verificamos que a maioria dos enfermeiros concorda com a mesma, assim, 51,0% (N=52) concorda com a afirmação, 29,4% (N=30) concorda plenamente; em oposto, 7,8% (N=8) discorda e 2,0% (N=2) discorda completamente. No entanto, 9,8% (N=10) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 5. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	3	2,9
Discordo	9	8,8
Concordo	41	40,2
Concordo plenamente	49	48,0
Total	102	100

A maioria dos enfermeiros inquiridos concorda com a afirmação: “A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.”, sendo que 40,2% (N=41) concorda, e 48,0% (N=49) concorda plenamente; existe uma pequena parte da amostra que discorda da afirmação, 8,8% (N=9) e 2,9%, (N=3) que discorda completamente.

Tabela 6. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	49	48,0
Discordo	42	41,2
Não concordo nem discordo	2	2,0
Concordo	6	5,9
Concordo plenamente	3	2,9
Total	102	100

Após a análise das respostas à questão “Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida)”, verificamos que a maioria dos inquiridos discorda da afirmação, assim: 48,0% (N=49) discorda completamente; 41,2% (N=42) discorda. Existe uma pequena percentagem de inquiridos que concorda, 5,9% (N=6) e 2,9%, (N=3) que concorda plenamente. 2,0% (N=2) da amostra afirmaram não ter opinião definida sobre quando integrar os cuidados paliativos.

Tabela 7. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	51	50,0
Discordo	35	34,3
Não concordo nem discordo	7	6,9
Concordo	8	7,8
Concordo plenamente	1	1,0
Total	102	100

No que diz respeito à questão “Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso” após análise das respostas, verificamos que a maioria dos enfermeiros discorda com a mesma, assim, 50,0% (N=51) discorda completamente com a afirmação, 34,3% (N=35) discorda; em oposto, 7,8% (N=8) concorda e 1,0% (N=1) concorda plenamente. No entanto, 6,9% (N=9) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 8.. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades dos doentes e famílias e não com base no seu diagnóstico.”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	4	3,9
Discordo	21	20,6
Não concordo nem discordo	13	12,7
Concordo	45	44,1
Concordo plenamente	19	18,6
Total	102	100

Relativamente à análise das respostas à questão “Os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades dos doentes e famílias e não com base no seu diagnóstico”, verificamos que a maioria dos enfermeiros concorda com a mesma, assim, 44,1% (N=45) concorda com a afirmação, 18,6% (N=19) concorda plenamente; em contrapartida, 20,6% (N=21) discorda e 3,9% (N=4) discorda completamente. De salientar que, 12,7% (N=13) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 9. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Os cuidados paliativos são tão importantes como os cuidados curativos.”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não concordo nem discordo	1	1,0
Concordo	46	45,1
Concordo plenamente	55	53,9
Total	102	100

Relativamente à questão: de salientar que quase a totalidade da amostra concorda com a mesma, sublinhando que 53,9% (N=55) concorda plenamente com a mesma, e 45,1% (N=46) concorda com a afirmação.

Tabela 10. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “ Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo	2	2,0
Não concordo nem discordo	5	4,9
Concordo	55	53,9
Concordo plenamente	39	38,2
Total	102	100

Após a análise das respostas à questão “ Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte”, verificamos que a maioria dos inquiridos concorda com a afirmação: 53,9% (N=55) concorda; 38,2% (N=39) concorda plenamente. Existe uma pequena percentagem de inquiridos que afirmaram não ter opinião definida, 4,9%, (N=5).

Tabela 11. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Todos os membros da minha equipa estão de acordo com a implementação de cuidados paliativos”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	2	2,0
Discordo	9	8,8
Não concordo nem discordo	24	23,5
Concordo	41	40,2
Concordo plenamente	26	25,5
Total	102	100

Relativamente à análise das respostas à questão: “Todos os membros da minha equipa estão de acordo com a implementação de cuidados paliativos” verificamos que a maioria dos inquiridos respondeu concordar com a mesma, 40,2% (N=41), concorda e 25,5% (N=26) concorda plenamente. De salientar que nesta questão foi bastante expressivo o número de inquiridos que não tinham opinião definida, 23,5%, (N=24).

Tabela 12. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Quando existe um diagnóstico com mau prognóstico os familiares são informados sobre a opção de cuidados paliativos, realizados no serviço”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	2	2,0
Discordo	23	22,5
Não concordo nem discordo	29	28,4
Concordo	38	37,3
Concordo plenamente	10	9,8
Total	102	100

Após a análise das respostas à questão “Quando existe um diagnóstico com mau prognóstico os familiares são informados sobre a opção de cuidados paliativos, realizados no serviço”, verificamos que 37,3% (N=38) concorda com a afirmação, 9,8% (N=10) concorda plenamente; em contrapartida e com alguma expressividade, 22,5% (N=23) discorda da afirmação. A ter em consideração que 28,4%, (N=29) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 13. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “A minha equipa costuma partilhar as suas opiniões e como deve prestar cuidados ao doente”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo	7	6,9
Não concordo nem discordo	10	9,8
Concordo	74	72,5
Concordo plenamente	11	10,8
Total	102	100

A análise das respostas à questão “A minha equipa costuma partilhar as suas opiniões e como deve prestar cuidados ao doente”, permitiu verificar que, de uma forma muito expressiva, 72,5% (N=74) da amostra concorda com a afirmação, e ainda 10,8% (N=11) concorda plenamente. De modo oposto e como uma representação pouco

expressiva, 6,9% (N=7) discorda da afirmação. Existe ainda uma percentagem de 9,8%, (N=10) da amostra que não têm opinião definida sobre a questão apresentada.

Tabela 14. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “O enfermeiro reconhece e controla os sintomas do doente paliativo”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	2	2,0
Discordo	2	2,0
Não concordo nem discordo	4	3,9
Concordo	75	73,5
Concordo plenamente	19	18,6
Total	102	100

Relativamente à análise das respostas à questão “O enfermeiro reconhece e controla os sintomas do doente paliativo”, verificamos que, de um modo expressivo, 73,5% (N=75) da amostra concorda com a afirmação, e ainda 18,6% (N=19) concorda plenamente. Com uma representação pouco expressiva, apresentam-se as respostas discordo 2,0% (N=2) e não concordo nem discordo afirmação, 3,9%, (N=4); 2,0%, (N=2) não respondeu à questão.

Tabela 15. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Sempre que possível os enfermeiros da minha equipe permanecem junto do doente e procuram que ele verbalize os seus sentimentos”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	1	1,0
Discordo	10	9,8
Não concordo nem discordo	10	9,8
Concordo	66	64,7
Concordo plenamente	14	13,7
Total	102	100

A análise das respostas à questão “Sempre que possível os enfermeiros da minha equipe permanecem junto do doente e procuram que ele verbalize os seus sentimentos”, permitiu verificar que, a maioria dos inquiridos está de acordo com a mesma assim: 64,7% (N=66) da amostra concorda com a afirmação e 13,7% (N=14) concorda plenamente. Em oposição e com pouca expressividade, 9,8% (N=10), afirmam discordar da questão e apenas

1,0% (N=1) discorda completamente. De referir que 9,8%, (N=10), não tem opinião definida em relação à questão apresentada.

Tabela 16. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Sensibilizar a família para a morte e o morrer não é uma responsabilidade de enfermagem”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	53	52,0
Discordo	38	37,3
Não concordo nem discordo	9	8,8
Concordo plenamente	2	2,0
Total	102	100

No que diz respeito à questão “Sensibilizar a família para a morte e o morrer não é uma responsabilidade de enfermagem” após análise das respostas, verificamos que a maioria dos enfermeiros discorda com a mesma, assim, 52,0% (N=53) discorda completamente com a afirmação e 37,3% (N=38) discorda; em oposto, e com uma pequena representatividade, 2,0% (N=2) concorda plenamente com a questão. A referir que, 8,8% (N=9) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 17. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	8	7,8
Discordo	39	38,2
Não concordo nem discordo	23	22,5
Concordo	29	28,4
Concordo plenamente	2	2,0
Total	102	100

Após análise das respostas à questão “Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida”, verificamos que esta divide um pouco a nossa amostra, uma vez que: 38,2% (N=39) discorda da afirmação; 28,4% (N=29) concorda com a afirmação; 7,8% (N=8) discorda completamente com a afirmação e apenas 2,0% (N=2) concorda plenamente. De salientar que a frequência relativa dos participantes que não têm opinião definida sobre a questão é bastante representativa, 22,5%, (N=23).

Tabela 18. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Tenho necessidade de pedir ajuda aos colegas para prestar cuidados a estes doentes”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	20	19,6
Discordo	45	44,1
Não concordo nem discordo	17	16,7
Concordo	19	18,6
Total	102	100

A análise das respostas à questão : “Tenho necessidade de pedir ajuda aos colegas para prestar cuidados a estes doentes”, permitiu verificar que as respostas foram algo dispersas, assim, 44,1% (N=45) discorda da afirmação; 18,6% (N=20) discorda completamente; 18,9% (N=19) concorda com a afirmação. Com alguma representatividade são os resultados relativos à resposta no concordo nem discordo, 16,7%, (N=17), isto é dos participantes que não têm opinião definida.

Tabela 19. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	3	2,9
Discordo	7	6,9
Não concordo nem discordo	20	19,6
Concordo	60	58,8
Concordo plenamente	11	10,8
Total	102	100

Após a análise das respostas à questão : “Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde”, verificamos que as respostas foram dispersas, salientando uma tendência para concordar com a questão apresentando assim a resposta concordo uma maior expressividade, 58,8% (N=60); e 10,8% (N=11) concorda plenamente. De referir que 19,6% (N=20), da amostra não têm opinião definida.

Tabela 20. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	3	2,9
Discordo	31	30,4
Não concordo nem discordo	21	20,6
Concordo	46	45,1
Total	102	100

A análise das respostas à questão : “Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não”, permitiu verificar que os participantes estavam divididos em relação a esta questão, assim, 45,1% (N=46) concorda com a afirmação e 30,4% (N=31) discorda. 20,6% (N=21) dos participantes que não têm opinião definida.

Tabela 21. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	6	5,9
Discordo	25	24,5
Não concordo nem discordo	15	14,7
Concordo	54	52,9
Concordo plenamente	2	2,0
Total	102	100

Relativamente à análise das respostas à questão “Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção”, verificamos que 52,9% (N=54) da amostra concorda com a afirmação, e 2,0% (N=2) concorda plenamente. De referir que 24,5% (N=25) dos participantes referiu discordar e 5,9% (N=6) discorda completamente. Houve ainda 14,7%, (N=15) que não tem opinião definida em relação à questão.

Tabela 22. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Sinto-me desconfortável se entrar no quarto de um doente e encontrar o familiar a chorar, habitualmente não sei o que fazer e/ou dizer”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	10	9,8
Discordo	44	43,1
Não concordo nem discordo	16	15,7
Concordo	32	31,4
Total	102	100

No que diz respeito à questão “Sinto-me desconfortável se entrar no quarto de um doente e encontrar o familiar a chorar, habitualmente não sei o que fazer e/ou dizer”, após análise das respostas, verificamos que a maioria dos enfermeiros discorda com a mesma, assim, 43,1% (N=44) discorda com a afirmação e 9,8% (N=10) discorda completamente. No entanto a percentagem de participantes que refere concordar com a afirmação é significativa, 31,4% (N=32). De referir que, 15,7% (N=16) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 23. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Tenho dificuldade em estabelecer uma relação de proximidade com o doente paliativo e sua família”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	20	19,6
Discordo	55	53,9
Não concordo nem discordo	11	10,8
Concordo	16	15,7
Total	102	100

Relativamente à análise das respostas à questão “Tenho dificuldade em estabelecer uma relação de proximidade com o doente paliativo e sua família”, verificamos que, de um modo expressivo, 53,9% (N=55) da amostra discorda da afirmação, e ainda 19,6% (N=20) discorda completamente. Com uma representação menos expressiva, apresentam-se as respostas concordo 15,7% (N=16) e não concordo nem discordo afirmação, 10,8%, (N=11).

Tabela 24. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Prefiro não me envolver emocionalmente/ criar relação de empatia com o doente, para me proteger”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	18	17,6
Discordo	54	52,9
Não concordo nem discordo	11	10,8
Concordo	19	18,6
Total	102	100

A análise das respostas à questão “Prefiro não me envolver emocionalmente/ criar relação de empatia com o doente, para me proteger”, permitiu verificar que, de um modo expressivo, 52,9% (N=54) da amostra discorda da afirmação, e 17,6% (N=18) discorda completamente. Com uma representação menos expressiva, apresentam-se as respostas concordo 18,6% (N=19) e não concordo nem discordo afirmação, 10,8%, (N=11).

Tabela 25. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Os familiares que permanecem com o doente por vezes interferem negativamente na prestação de cuidados”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	5	4,9
Discordo	22	21,6
Não concordo nem discordo	23	22,5
Concordo	47	46,1
Concordo plenamente	5	4,9
Total	102	100

Relativamente à análise das respostas à questão “Os familiares que permanecem com o doente por vezes interferem negativamente na prestação de cuidados”, verificamos que 46,1% (N=47) da amostra concorda com a afirmação, e 4,9% (N=5) concorda plenamente. De referir que 21,6% (N=22) dos participantes referiu discordar e 4,9% (N=5) discorda completamente. Houve ainda 22,5%, (N=23) que não tem opinião definida em relação à questão.

Tabela 26. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	48	47,1
Discordo	43	42,2
Não concordo nem discordo	8	7,8
Concordo	3	2,9
Total	102	100

No que diz respeito à questão “O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração” após análise das respostas, verificamos que a esmagadora maioria dos enfermeiros discorda com a mesma, assim, 47,1% (N=48) discorda completamente com a afirmação e 42,2% (N=43) discorda; em oposto, e com uma pequena representatividade, 2,9% (N=3) concorda com a questão. A referir que, 7,8% (N=8) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 27. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir””.

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	7	6,9
Discordo	27	26,5
Não concordo nem discordo	17	16,7
Concordo	44	43,1
Concordo plenamente	7	6,9
Total	102	100

A análise das respostas à questão : “Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir””, permitiu verificar que os participantes estavam divididos em relação a esta questão, embora a maioria concordasse com a mesma assim, 43,1% (N=44) concorda com a afirmação e 26,5% (N=27) discorda. 16,7% (N=17) dos participantes que não têm opinião definida.

Tabela 28. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	5	4,9
Discordo	15	14,7
Não concordo nem discordo	8	7,8
Concordo	53	52,0
Concordo plenamente	21	20,6
Total	102	100

Relativamente à análise dos resultados da questão “Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade”, verificamos que a esmagadora maioria dos enfermeiros concorda com a mesma, assim, 52,0% (N=53) concorda com a afirmação e 20,6% (N=21) concorda plenamente; em oposto, 14,7% (N=15) discorda com a questão e 4,9% (N=5) discorda completamente. A referir que, 7,8% (N=8) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 29. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	3	2,9
Discordo	7	6,9
Não concordo nem discordo	37	36,3
Concordo	40	39,2
Concordo plenamente	15	14,7
Total	102	100

Após a análise dos resultados da questão “Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos”, verificamos que a maioria dos enfermeiros concorda com a mesma, assim, 39,2% (N=40) concorda com a afirmação e 14,7% (N=15) concorda plenamente; com menor representatividade, 6,9% (N=7) discorda com a questão e 2,9% (N=3) discorda completamente. De salientar que os participantes que não têm opinião definida sobre a questão têm uma expressividade significativa, 36,3% (N=37) da amostra.

Tabela 30. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	1	1,0
Discordo	20	19,6
Não concordo nem discordo	20	19,6
Concordo	54	52,9
Concordo plenamente	6	5,9
Total	102	100

Com a análise dos resultados da questão “Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil”, foi possível verificar que a maioria dos enfermeiros concorda com a afirmação, assim, 52,9% (N=54) concorda com a afirmação e 5,9% (N=6) concorda plenamente; com menor representatividade aqueles que discordaram da afirmação, 19,6% (N=20) discorda com a questão e apenas 1,0% (N=1) discorda completamente. De salientar que 19,6% (N=20) dos participantes não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 31. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “É mais importante curar do que paliar”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	40	39,2
Discordo	43	42,2
Não concordo nem discordo	16	15,7
Concordo	2	2,0
Concordo plenamente	1	1,0
Total	102	100

Relativamente à análise dos resultados da questão “É mais importante curar do que paliar”, verificamos que a esmagadora maioria dos enfermeiros discorda com a mesma, assim, 42,2% (N=43) discorda com a afirmação e 39,2% (N=40) discorda completamente; em oposto, e sem grande representatividade, 2,0% (N=2) concorda com a questão e apenas 1,0% (N=1) concorda plenamente. De salientar que, 15,7% (N=156) da amostra não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 32. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Não me sinto preparado para lidar com a morte”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	18	17,6
Discordo	50	49,0
Não concordo nem discordo	21	20,6
Concordo	12	11,8
Concordo plenamente	1	1,0
Total	102	100

Após a análise dos resultados da questão “Não me sinto preparado para lidar com a morte”, verificamos que a grande maioria dos enfermeiros discorda com a mesma, assim, 49,0% (N=50) discorda com a afirmação e 17,6% (N=18) discorda completamente; com menor representatividade, 11,8% (N=12) concorda com a questão e 1,0% (N=1) concorda plenamente. A referir que 20,6% (N=21) dos participantes não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 33. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	9	8,8
Discordo	29	28,4
Não concordo nem discordo	23	22,5
Concordo	37	36,3
Concordo plenamente	4	3,9
Total	102	100

Com a análise dos resultados da questão “Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno”, foi possível verificar que a amostra se divide nas suas opiniões, assim, 36,3% (N=37) concorda com a afirmação e 3,9% (N=4) concorda plenamente; 28,4% (N=29) discorda com a questão e 8,8% (N=9) discorda completamente. De sublinhar que a resposta não concordo nem discordo apresenta alguma representatividade, 22,5% (N=23).

Tabela 34. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo	7	6,9
Não concordo nem discordo	21	20,6
Concordo	66	64,7
Concordo plenamente	8	7,8
Total	102	100

Relativamente à análise dos resultados da questão “Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde”, verificamos que a grande maioria dos enfermeiros concorda com a mesma, assim 64,7% (N=66) concorda com a afirmação e 7,8% (N=8) concorda plenamente; com menor representatividade, 6,9% (N=7) discorda com a questão. De salientar que que 20,6% (N=21) dos participantes não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 35. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “O cuidar de um doente em fase terminal faz-me questionar tudo”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	6	5,9
Discordo	35	34,3
Não concordo nem discordo	32	31,4
Concordo	24	23,5
Concordo plenamente	5	4,9
Total	102	100

Após a análise dos resultados da questão “O cuidar de um doente em fase terminal faz-me questionar tudo”, verificamos que a amostra se divide nas suas opiniões, assim, 34,3% (N=35) discorda com a afirmação e 5,9% (N=6) discorda completamente; 23,5% (N=24) concorda com a questão e 4,9% (N=5) concorda plenamente. De salientar com alguma representatividade, 20,6% (N=21) dos participantes não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 36. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	7	6,9
Discordo	26	25,5
Não concordo nem discordo	28	27,5
Concordo	33	32,4
Concordo plenamente	8	7,8
Total	102	100

Com a análise dos resultados da questão “Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos”, verificamos que a amostra se divide nas suas opiniões, assim, 32,4% (N=33) concorda com a afirmação e 7,8% (N=8) concorda plenamente; 25,5% (N=26) discorda com a questão e 6,9% (N=7) discorda completamente. De referir que com alguma representatividade, 27,5% (N=28) dos participantes referem não concordar nem discordar da questão.

Tabela 37. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “Só considero o doente como paliativo quando passa a ser seguido pela equipa de cuidados paliativos do hospital”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Discordo completamente	34	33,3
Discordo	57	55,9
Não concordo nem discordo	8	7,8
Concordo	3	2,9
Total	102	100

Relativamente à análise dos resultados da questão “Só considero o doente como paliativo quando passa a ser seguido pela equipa de cuidados paliativos do hospital”, verificamos que a grande maioria dos enfermeiros discorda com a mesma, assim 55,9% (N=57) discorda com a afirmação e 33,3% (N=34) discorda completamente; com menor representatividade, 2,9% (N=3) concorda com a questão. De salientar que 7,8% (N=8) dos participantes não têm opinião definida sobre a questão.

Tabela 38. Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: “A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo”

Categorias	Frequências	
	Absolutas (n)	Relativas (%)
Não responde	1	1,0
Discordo completamente	2	2,0
Discordo	11	10,8
Não concordo nem discordo	15	14,7
Concordo	47	46,1
Concordo plenamente	26	25,5
Total	102	100

Após a análise dos resultados da questão “A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo”, podemos verificar que a maioria dos enfermeiros concorda com a mesma, assim 46,1% (N=47) concorda com a afirmação e 25,5% (N=26) concorda plenamente; com menor representatividade, 10,8% (N=11) discorda e 2,0% (N=2) discorda completamente com a questão. De salientar que que 14,7% (N=15) dos participantes não têm opinião definida sobre a questão.

Os quadros e tabelas seguintes referem-se aos resultados das hipóteses. São apenas apresentados os dados referentes às questões selecionadas de acordo com o apresentado no ponto 5 da parte III da dissertação.

H1: Existe relação entre os conhecimentos e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

H0: Não existe relação entre os conhecimentos e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

Quadro 1. Relação entre as variáveis conhecimentos e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

Fatores sociodemográficos e socioprofissionais	Resultados dos Testes de Qui-quadrado	Nº casos omitidos	Decisão
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.	<u>Género</u> $X^2=0,031$ Gl=1 P=1,000	2	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=1,798$ Gl=2 P=0,407	2	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=2,591$ Gl= 1 P=0,459	2	Aceito H0

	Anos experiência profissional $X^2=0,556$ Gl= 2 P=0,702	11	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=0,126$ Gl= 1 P=0,841	2	Aceito H0
2. Os doentes de SIDA em estadio avançado, os doentes com insuficiências de órgão, os doentes com doenças neurológicas degenerativas, os doentes com demências também podem usufruir de cuidados paliativos.	<u>Gênero</u> $X^2=2,347$ Gl= 1 P=0,159	2	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=1,125$ Gl= 2 P=0,570	2	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2= 4,995$ Gl= 1 P=0,037	2	Rejeito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,784$ Gl= 1 P=0,447	65	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=5,003$ Gl= 1 P=0,041	2	Rejeito H0
3.Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.	<u>Idade</u> $X^2=4,607$ Gl= 2 P=0,026	35	Rejeito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=2,685$ Gl=2 P=0,261	39	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=1,741$ Gl= 2 P=0,419	16	Aceito H0
4.Os cuidados paliativos pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão activamente quanto possível até à sua morte.	<u>Idade</u> $X^2=0,217$ Gl= 2 P=0,897	20	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=3,836$ Gl=2 P=0,417	50	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=2,439$ Gl=2 P=0,295	27	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=2,546$ Gl=1 P=0,166	20	Aceito H0
5. A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas	<u>Gênero</u> $X^2=0,132$ Gl=1 P=0,776	12	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=1,791$ Gl=2 P=0,408	12	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=1,942$ Gl=2 P=0,370	12	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=2,026$ Gl=2 P=0,363	21	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=4,948$ Gl=1 P=0,034	12	Rejeito H0
10.Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação	<u>Idade</u> $X^2=6,901$ Gl=2 P=0,032	8	Rejeito H0

sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=1,317$ Gl=2 P=0,518	8	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=8,251$ Gl=2 P=0,363	15	Rejeito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=2,318$ Gl=1P=0,144	8	Aceito H0
14. O enfermeiro reconhece e controla os sintomas do doente paliativo	<u>Idade</u> $X^2=1,690$ Gl=2 P=0,430		Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,505$ Gl=1 P=0,569	30	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=2,909$ Gl=1 P=0,122	8	Aceito H0

H2: Existe relação entre as crenças e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

H0: Não existe relação entre as crenças e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

Quadro 2. Relação entre as variáveis crenças e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

Fatores sociodemográficos e socioprofissionais	Resultados dos Testes de Qui-quadrado	Nº casos omitidos	Decisão
6.Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).	<u>Género</u> $X^2=1,444$ Gl=1 P=0,248	11	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=1,852$ Gl=2 P=0,396	11	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=5,312$ Gl=2 P=0,070	11	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,212$ Gl=1 P=0,801	54	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=4,166$ Gl=1 P=0,058	11	Aceito H0
7. Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.	<u>Género</u> $X^2=1,002$ Gl=1 P=0,343	16	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=10,469$ Gl=2 P=0,05	16	Rejeito H0
	<u>Habilitações académicas</u>	16	Aceito H0

	$X^2=1,139$ Gl=2 P=0,566		
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,372$ Gl=1 P=0,597	37	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=0,681$ Gl=1 P=0,509	16	Aceito H0
9. Os cuidados paliativos são tão importantes como os cuidados curativos.	<u>Género</u> $X^2=4,128$ Gl=1P=0,056	1	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=0,043$ Gl=2 P=0,979	1	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=0,131$ Gl=2 P=0,937	1	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,187$ Gl=2 P=0,911	10	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=1,500$ Gl=1 P=0,235	1	Aceito H0
16. Sensibilizar a família para a morte e o morrer não é uma responsabilidade de enfermagem.	<u>Género</u> $X^2=0,120$ Gl=1 P=0,768	11	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=0,445$ Gl=2 P=0,800	11	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=3,188$ Gl=2 P=0,203	11	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=2.162$ Gl=2 P=0,339	18	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=2,515$ Gl=1 P=0,137	11	Aceito H0
25. Os familiares que permanecem com o doente por vezes interferem negativamente na prestação de cuidados.	<u>Idade</u> $X^2=1,028$ Gl=2 P=0,598	33	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=0,039$ Gl= 2 P=0,981	10	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=1,698$ Gl=2 P=0,428	39	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=0,878$ Gl=2 P=0,645	10	Aceito H0
26. O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração.	<u>Género</u> $X^2=1,926$ Gl=1P=0,245	11	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=2,427$ Gl=2 P=0,297	11	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=0,634$ Gl=2 P=0,728	11	Aceito H0

	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=1,757$ Gl=1 P=0,218	33	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=1,437$ Gl=1 P=0,293	11	Aceito H0
27. Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.	<u>Idade</u> $X^2=0,641$ Gl=2 P=0,726	31	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,387$ Gl=2 P=0,824	38	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=5,144$ Gl=2 P=0,076	14	Aceito H0
28. Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.	<u>Idade</u> $X^2=3,754$ Gl=2 P=0,153	28	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=0,261$ Gl= 2 P=0,878	28	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,297$ Gl=2 P=0,862	34	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=0,057$ Gl=2 P=0,972	13	Aceito H0
29. Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos	<u>Género</u> $X^2=1,263$ Gl=1 P=0,363	26	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=2,028$ Gl=2 P=0,363	26	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=2,797$ Gl=2 P=0,247	26	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,413$ Gl=2 P=0,814	34	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=0,347$ Gl=2 P=0,841	10	Aceito H0
30. Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.	<u>Género</u> $X^2=5,751$ Gl=1 P=0,034	28	Rejeito H0
	<u>Idade</u> $X^2=2,742$ Gl=2 P=0,254	28	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=4,637$ Gl=2 P=0,098	28	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=1,330$ Gl=1 P=0,354	45	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=1,625$ Gl=2 P=0,444	8	Aceito H0
31. É mais importante curar do que paliar.	<u>Idade</u> $X^2=7,101$ Gl=4 P=0,131	3	Aceito H0

	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=3,460$ Gl=2 P=0,177	19	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=3,684$ Gl=2 P=0,158	26	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=1,197$ Gl=2 P=0,550	3	Aceito H0
34. Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.	<u>Género</u> $X^2=6,094$ Gl=1 P=0,035	15	Rejeito H0
	<u>Idade</u> $X^2=0,012$ Gl=2 P=0,994	15	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=2,174$ Gl=2 P=0,337	15	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,003$ Gl= 1P=1,000	38	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=4,944$ Gl=1 P=0,042	15	Rejeito H0
		<u>Idade</u> $X^2=1,459$ Gl=2 P=0,482	35
35. O cuidar de um doente em fase terminal faz-me questionar tudo.	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=4,534$ Gl=2 P=0,104	35	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=2,357$ Gl=2 P=0,308	33	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=1,896$ Gl=2 P=0,387	11	Aceito H0
		<u>Género</u> $X^2=0,109$ Gl=1 P=0,757	11
37. Só considero o doente como paliativo quando passa a ser seguido pela equipa de cuidados paliativos do hospital.	<u>Idade</u> $X^2=1,040$ Gl=2 P=0,595	11	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=0,393$ Gl=2 P=0,822	11	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,616$ Gl=2 P=0,877	20	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=0,536$ Gl=1 P=0,518	11	Aceito H0
		<u>Idade</u> $X^2=1,330$ Gl=2 P=0,514	29
38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,262$ Gl=2 P=0,877	34	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=6,674$ Gl=2 P=0,036	14	Rejeito H0

H3: Existe relação entre as atitudes e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

H0: Não existe relação entre as atitudes e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

Quadro 3. Relação entre as variáveis atitudes e os fatores sociodemográficos e socioprofissionais.

Fatores sociodemográficos e socioprofissionais	Resultados dos Testes de Qui-quadrado	Nº casos omitidos	Decisão
11. Todos os membros da minha equipa estão de acordo com a implementação de cuidados paliativos.	<u>Género</u> $X^2=0,142$ Gl=1 P=0,748	37	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=2,788$ Gl=2 P=0,248	35	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=0,247$ Gl=2 P=0,884	35	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,843$ Gl=2 P=0,656	34	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=5,587$ Gl=2 P=0,055	11	Aceito H0
12. Quando existe um diagnóstico com mau prognóstico os familiares são informados sobre a opção de cuidados paliativos, realizados no serviço.	<u>Género</u> $X^2=0,008$ Gl=1 P=1,000	50	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=4,128$ Gl=2 P=0,127	35	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=1,366$ Gl=2 P=0,505	35	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=2,629$ Gl=2 P=0,269	34	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=0,661$ Gl=2 P=0,719	12	Aceito H0
18. Tenho necessidade de pedir ajuda aos colegas para prestar cuidados a estes doentes.	<u>Género</u> $X^2=3,055$ Gl=1 P=0,120	37	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=1,584$ Gl=2 P=0,453	37	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,655$ Gl=2 P=0,721	40	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=4,187$ Gl=3 P=0,242	1	Aceito H0
19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar	<u>Género</u> $X^2=6,412$ Gl=1 P=0,024	31	Rejeito H0

informação sobre o seu estado de saúde.	<u>Idade</u> $X^2=1,369$ Gl=2 P=0,504	22	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,382$ Gl=2 P=0,826	28	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=2,049$ Gl=1 P=0,197	22	Aceito H0
20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	<u>Género</u> $X^2=0,147$ Gl=1 P=0,771	25	Aceito H0
	<u>Idade</u> $X^2=1,662$ Gl=2 P=0,436	25	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=4,112$ Gl=2 P=0,128	25	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,363$ Gl=2 P=0,834	28	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=9,634$ Gl=2 P=0,008	4	Rejeito H0
21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção	<u>Idade</u> $X^2=2,569$ Gl=2 P=0,277	23	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,989$ Gl=1 P=0,409	40	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=7,524$ Gl=2 P=0,023	8	Rejeito H0
22. Sinto-me desconfortável se entrar no quarto de um doente e encontrar o familiar a chorar, habitualmente não sei o que fazer e/ou dizer.	<u>Idade</u> $X^2=0,026$ Gl=2 P=0,987	26	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=5,390$ Gl=3 P=0,145	0	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=1,563$ Gl=2 P=0,458	34	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=2,724$ Gl=2 P=0,256	10	Aceito H0
23. Tenho dificuldade em estabelecer uma relação de proximidade com o doente paliativo e sua família.	<u>Idade</u> $X^2=4,198$ Gl=2 P=0,123	27	Aceito H0
	<u>Habilitações académicas</u> $X^2=1,817$ Gl=3 P=0,611	0	Aceito H0
	<u>Anos experiência profissional</u> $X^2=0,036$ Gl=1 P=1,000	45	Aceito H0
	<u>Formação em CP</u> $X^2=4,861$ Gl=3 P=0,182	0	Aceito H0
24. Prefiro não me envolver emocionalmente/ criar relação	<u>Idade</u> $X^2=0,871$ Gl=2 P=0,647	29	Aceito H0

de empatia com o doente, para me proteger.	Habilitações académicas $X^2=3,056$ Gl=3 P=0,383	0	Aceito H0
	Anos experiência profissional $X^2=1,632$ Gl=1 P=0,252	46	Aceito H0
	Formação em CP $X^2=1,561$ Gl=3 P=0,668	0	Aceito H0
32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	Idade $X^2=0,204$ Gl=2 P=0,903	31	Aceito H0
	Anos experiência profissional $X^2=0,321$ Gl=1 P=0,760	50	Aceito H0
	Formação em CP $X^2=1,314$ Gl=2 P=0,518	13	Aceito H0
33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	Idade $X^2=3,285$ Gl=2 P=0,194	36	Aceito H0
	Anos experiência profissional $X^2=2,705$ Gl=2 P=0,259	35	Aceito H0
	Formação em CP $X^2=1,069$ Gl=2 P=0,586	13	Aceito H0
36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	Idade $X^2=1,784$ Gl=2 P=0,410	48	Aceito H0
	Habilitações académicas $X^2=0,685$ Gl=1 P=0,430	48	Aceito H0
	Anos experiência profissional $X^2=6,930$ Gl=2 P=0,031	36	Rejeito H0
	Formação em CP $X^2=2,771$ Gl=2 P=0,250	15	Aceito H0

H4: Existe relação entre o conhecimento que o enfermeiro detêm e as crenças e atitudes sobre os cuidados paliativos.

H0: Não existe relação entre o conhecimento que o enfermeiro detêm e as crenças e atitudes sobre os cuidados paliativos.

Tabela 39. Relação entre as variáveis conhecimentos e crenças

Conhecimentos*Crenças	Correlação	Resultado	
		r	p
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos *6. Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).	positiva fraca a moderada significativa	0,311	0,001

1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*7. Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.	positiva fraca a moderada significativa	0,329	0,001
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*9. Os cuidados paliativos são tão importantes como os cuidados curativos.	negativa fraca a moderada significativa	-0,333	0,001
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*16. Sensibilizar a família para a morte e o morrer não é uma responsabilidade de enfermagem.	positiva fraca a moderada significativa	0,348	0,000
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*25. Os familiares que permanecem com o doente por vezes interferem negativamente na prestação de cuidados.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,152	0,128
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*26. O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração.	positiva fraca a moderada significativa	0,243	0,014
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*27. Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.	negativa muito fraca a fraca significativa	-0,179	0,071
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*28. Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.	negativa fraca a moderada significativa	-0,240	0,015
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*29. Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos.	negativa muito fraca a fraca pouco significativa	-0,123	0,217
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*30. Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,077	0,443

1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*31. É mais importante curar do que paliar.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,186	0,061
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*34. Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,107	0,285
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*35. O cuidar de um doente em fase terminal faz-me questionar tudo.	positiva muito fraca pouco significativa	0,043	0,670
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*37. Só considero o doente como paliativo quando passa a ser seguido pela equipa de cuidados paliativos do hospital.	positiva fraca a moderada significativa	0,331	0,001
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.	negativa fraca a moderada significativa	-0,359	0,000
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*6. Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).	negativa fraca significativa	-0,207	0,037
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*7. Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,083	0,405
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*9. Os cuidados paliativos são tão importantes como os cuidados curativos.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,161	0,107
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*16. Sensibilizar a família para a morte e o morrer não é uma responsabilidade de enfermagem.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,105	0,294
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*25. Os familiares que permanecem com o doente por vezes interferem negativamente na prestação de cuidados.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,035	0,728

3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*26. O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,022	0,828
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*27. Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.	positiva fraca significativa	0,201	0,042
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*28. Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,169	0,089
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*29. Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos.	positiva muito fraca pouco significativa	0,0043	0,666
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*30. Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.	negativa muito fraca a fraca pouco significativa	-0,142	0,154
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*31. É mais importante curar do que paliar.	positiva muito fraca pouco significativa	0,049	0,623
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*34. Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.	positiva muito fraca pouco significativa	0,056	0,577
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*35. O cuidar de um doente em fase terminal faz-me questionar tudo.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,179	0,073
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*37. Só considero o doente como paliativo quando passa a ser seguido pela equipa de cuidados paliativos do hospital.	negativa muito fraca a fraca pouco significativa	-0,156	0,117
3. Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.	positiva fraca significativa	0,204	0,040
5. A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*6. Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).	negativa fraca a moderada significativa	-0,249	0,012
5. A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e	negativa muito fraca a fraca significativa	-0,197	0,047

tratamento de sintomas.*7. Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.			
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*9. Os cuidados paliativos são tão importantes como os cuidados curativos.	positiva fraca a moderada significativa	0,375	0,000
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*16. Sensibilizar a família para a morte e o morrer não é uma responsabilidade de enfermagem.	negativa fraca significativa	-0,208	0,036
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*25. Os familiares que permanecem com o doente por vezes interferem negativamente na prestação de cuidados.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,115	0,251
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*26. O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,117	0,240
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*27. Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,131	0,189
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*28. Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.	positiva muito fraca pouco significativa	0,127	0,203
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*29. Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos.	positiva muito fraca pouco significativa	0,041	0,685
5. A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*30. Dizer ao doente	positiva muito fraca pouco significativa	0,030	0,761

que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.			
5. A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*31. É mais importante curar do que paliar.	negativa fraca a moderada significativa	-0,295	0,003
5. A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*34. Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.	positiva fraca significativa	0,201	0,043
5. A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*35. O cuidar de um doente em fase terminal faz-me questionar tudo.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,063	0,527
5. A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*37. Só considero o doente como paliativo quando passa a ser seguido pela equipa de cuidados paliativos do hospital.	negativa fraca a moderada significativa	-0,272	0,006
5. A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.	positiva fraca a moderada significativa	0,260	0,008
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*6. Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).	negativa muito fraca pouco significativa	-0,076	0,451
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*7. Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,067	0,502
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*9. Os cuidados paliativos são tão importantes como os cuidados curativos.	positiva fraca a moderada significativa	0,290	0,003
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de	negativa muito fraca pouco significativa	-0,074	0,457

cuidados paliativos e sobre a morte.*16. Sensibilizar a família para a morte e o morrer não é uma responsabilidade de enfermagem.			
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*25. Os familiares que permanecem com o doente por vezes interferem negativamente na prestação de cuidados.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,032	0,749
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*26. O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração.	negativa fraca a moderada significativa	-0,242	0,014
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*27. Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.	positiva muito fraca pouco significativa	0,011	0,910
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*28. Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.	positiva fraca a moderada significativa	0,271	0,006
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*29. Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos.	positiva fraca a moderada significativa	0,265	0,007
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*30. Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.	positiva fraca a moderada significativa	0,256	0,009
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*31. É mais importante curar do que paliar.	negativa fraca a moderada significativa	-0,225	0,023
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*34. Há ocasiões em que a morte é vista como bem-	positiva fraca a moderada significativa	0,232	0,019

vinda pelo profissional de saúde.			
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*35. O cuidar de um doente em fase terminal faz-me questionar tudo.	positiva muito fraca pouco significativa	0,088	0,380
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*37. Só considero o doente como paliativo quando passa a ser seguido pela equipa de cuidados paliativos do hospital.	positiva muito fraca pouco significativa	0,041	0,679
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.	positiva muito fraca pouco significativa	0,064	0,524

Tabela 40. Relação entre as variáveis conhecimentos e atitudes

Conhecimentos*Atitudes	Correlação	Resultado	
		r	p
1. Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos *11. Todos os membros da minha equipa estão de acordo com a implementação de cuidados paliativos.	positiva muito fraca pouco significativa	0,087	0,386
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*12. Quando existe um diagnóstico com mau prognóstico os familiares são informados sobre a opção de cuidados paliativos, realizados no serviço.	positiva muito fraca pouco significativa	0,080	0,426
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*13. A minha equipa costuma partilhar as suas opiniões e como deve prestar cuidados ao doente.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,120	0,228
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*15. Sempre que possível os enfermeiros da minha equipe permanecem junto do doente e procuram que ele verbalize os seus sentimentos.	positiva muito fraca pouco significativa	0,046	0,646

1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,138	0,166
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*18. Tenho necessidade de pedir ajuda aos colegas para prestar cuidados a estes doentes.	positiva muito fraca pouco significativa	0,027	0,785
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,039	0,701
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva muito fraca pouco significativa	0,014	0,892
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva muito fraca pouco significativa	0,022	0,825
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*22. Sinto-me desconfortável se entrar no quarto de um doente e encontrar o familiar a chorar, habitualmente não sei o que fazer e/ou dizer.	positiva muito fraca pouco significativa	0,021	0,834
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*23. Tenho dificuldade em estabelecer uma relação de proximidade com o doente paliativo e sua família.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,138	0,167
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*24. Prefiro não me envolver emocionalmente/ criar relação de empatia com o doente, para me proteger.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,156	0,117
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,013	0,898

1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,122	0,222
1 Apenas os doentes com sintomas não controlados podem ser referenciados para Cuidados Paliativos.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,084	0,400
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*11. Todos os membros da minha equipa estão de acordo com a implementação de cuidados paliativos.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,044	0,661
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*12. Quando existe um diagnóstico com mau prognóstico os familiares são informados sobre a opção de cuidados paliativos, realizados no serviço.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,028	0,777
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*13. A minha equipa costuma partilhar as suas opiniões e como deve prestar cuidados ao doente.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,053	0,599
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*15. Sempre que possível os enfermeiros da minha equipe permanecem junto do doente e procuram que ele verbalize os seus sentimentos.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,055	0,582
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,040	0,691
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*18. Tenho necessidade de pedir ajuda aos colegas para prestar cuidados a estes doentes.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,024	0,813
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,189	0,057
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,122	0,221

fazer determinada intervenção ou não			
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva muito fraca pouco significativa	0,033	0,745
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*22. Sinto-me desconfortável se entrar no quarto de um doente e encontrar o familiar a chorar, habitualmente não sei o que fazer e/ou dizer.	positiva muito fraca pouco significativa	0,040	0,693
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*23. Tenho dificuldade em estabelecer uma relação de proximidade com o doente paliativo e sua família.	positiva muito fraca pouco significativa	0,025	0,800
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*24. Prefiro não me envolver emocionalmente/ criar relação de empatia com o doente, para me proteger.	positiva muito fraca pouco significativa	0,097	0,332
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	positiva muito fraca pouco significativa	0,029	0,770
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.*33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	positiva muito fraca pouco significativa	0,086	0,392
3 Os cuidados paliativos podem ser cuidados preventivos.* 36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,051	0,611
5 A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*11. Todos os membros da minha equipa estão de acordo com a implementação de cuidados paliativos.	positiva muito fraca pouco significativa	0,098	0,325
5 A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*12. Quando existe um diagnóstico com mau prognóstico os familiares são informados sobre a opção de cuidados paliativos, realizados no serviço.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,083	0,409
5 A referenciação para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*13. A minha equipa	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,137	0,169

costuma partilhar as suas opiniões e como deve prestar cuidados ao doente.			
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*15. Sempre que possível os enfermeiros da minha equipe permanecem junto do doente e procuram que ele verbalize os seus sentimentos.	positiva muito fraca pouco significativa	0,049	0,627
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	negativa muito fraca a fraca pouco significativa	-0,168	0,92
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*18. Tenho necessidade de pedir ajuda aos colegas para prestar cuidados a estes doentes.	negativa muito fraca a fraca pouco significativa	-0,127	0,203
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,123	0,218
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,038	0,705
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,075	0,453
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*22. Sinto-me desconfortável se entrar no quarto de um doente e encontrar o familiar a chorar, habitualmente não sei o que fazer e/ou dizer.	negativa muito fraca muito pouco significativa	-0,012	0,908
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*23. Tenho dificuldade em estabelecer uma relação de proximidade com o doente paliativo e sua família.	negativa fraca significativa	-0,209	0,035
5 A referência para cuidados paliativos	negativa muito fraca	-0,042	0,678

deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*24. Prefiro não me envolver emocionalmente/ criar relação de empatia com o doente, para me proteger.	pouco significativa		
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	negativa muito fraca muito pouco significativa	-0,009	0,925
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.* 33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,032	0,753
5 A referência para cuidados paliativos deve ser precoce para facilitar o diagnóstico e tratamento de sintomas.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,065	0,518
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*11. Todos os membros da minha equipa estão de acordo com a implementação de cuidados paliativos.	positiva muito fraca pouco significativa	0,027	0,787
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*12. Quando existe um diagnóstico com mau prognóstico os familiares são informados sobre a opção de cuidados paliativos, realizados no serviço.	positiva muito fraca pouco significativa	0,033	0,745
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*13. A minha equipa costuma partilhar as suas opiniões e como deve prestar cuidados ao doente.	negativa muito fraca pouco significativa	-0,072	0,473
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*15. Sempre que possível os enfermeiros da minha equipe permanecem junto do doente e procuram que ele verbalize os seus	negativa muito fraca a fraca pouco significativa	-0,150	0,133

sentimentos.			
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva fraca a moderada significativa	0,222	0,025
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*18. Tenho necessidade de pedir ajuda aos colegas para prestar cuidados a estes doentes.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,152	0,127
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	positiva muito fraca pouco significativa	0,077	0,443
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,150	0,132
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,147	0,141
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*22. Sinto-me desconfortável se entrar no quarto de um doente e encontrar o familiar a chorar, habitualmente não sei o que fazer e/ou dizer.	positiva muito fraca a fraca pouco significativa	0,128	0,200
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*23. Tenho dificuldade em estabelecer uma relação de proximidade com o doente paliativo e sua família.	positiva muito fraca pouco significativa	0,088	0,378
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*24. Prefiro não me envolver emocionalmente/	negativa muito fraca a fraca pouco significativa	-0,148	0,138

criar relação de empatia com o doente, para me proteger.			
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	positiva muito fraca pouco significativa	0,030	0,768
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	positiva muito fraca pouco significativa	0,064	0,525
10 Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	positiva fraca a moderada significativa	0,257	0,009

H5: Existe relação entre as crenças e as atitudes dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos.

H0: Não existe relação entre as crenças e as atitudes dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos.

Tabela 41. Relação entre as variáveis crenças e atitudes

Crenças*Atitudes	Correlação	Resultado	
		r	p
6 Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva fraca a moderada significativa	0,246	0,013
6 Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	negativa fraca a moderada	-0,219	0,027
6 Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva muito fraca a fraca significativa	0,178	0,073

6 Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva fraca a moderada significativa	0,250	0,011
6 Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	positiva muito fraca	0,053	0,589
6 Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).*33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	positiva muito fraca	0,054	0,588
6 Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	negativa muito fraca	-0,066	0,508
7 Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva muito fraca a fraca	0,110	0,272
7 Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	negativa muito fraca a fraca	-0,120	0,231
7 Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva muito fraca a fraca significativa	0,157	0,114
7 Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva fraca significativa	0,208	0,036
7 Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	positiva muito fraca	0,037	0,714
7 Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.*33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	negativa muito fraca	-0,061	0,545
7 Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus	negativa muito fraca	-0,059	0,559

amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.			
26 O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração. *17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva muito fraca	0,095	0,342
26 O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração. *19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	negativa fraca significativa	-0,105	0,293
26 O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração. *20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva fraca a moderada	0,172	0,085
26 O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração. *21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva fraca a moderada significativa	0,255	0,100
26 O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração. *32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	positiva muito fraca a fraca significativa	0,144	0,148
26 O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração. *33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	positiva fraca a moderada	0,211	0,033
26 O facto de não se investir na cura de um doente é um sinal de derrota, frustração. *36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	positiva muito fraca	0,010	0,920
27 Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva muito fraca	0,005	0,962
27 Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	positiva muito fraca significativa	0,102	0,308
27 Alguns profissionais de saúde acreditam que	positiva muito fraca	0,072	0,472

o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.			
27 Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	negativa muito fraca	-0,043	0,665
27 Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	positiva muito fraca	0,081	0,417
27 Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.*33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	negativa muito fraca	-0,070	0,486
27 Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	negativa muito fraca	-0,043	0,670
28 Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva fraca a moderada	0,210	0,034
28 Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	positiva muito fraca	0,038	0,708
28 Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva muito fraca a fraca	0,131	0,189
28 Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva muito fraca a fraca significativa	0,165	0,099
28 Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	positiva fraca a moderada	0,218	0,028
28 Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.*33. Desejo, algumas	positiva muito fraca a fraca	0,122	0,223

vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.			
28 Os cuidados paliativos têm uma conotação negativa na sociedade.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	positiva fraca significativa	0,202	0,042
29 Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos. *17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva fraca a moderada	0,239	0,016
29 Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos. *19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	negativa muito fraca	-0,085	0,398
29 Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos. *20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva fraca a moderada significativa	0,296	0,002
29 Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos. *21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva fraca a moderada significativa	0,302	0,002
29 Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos. *32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	positiva fraca a moderada significativa	0,290	0,003
29 Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos. *33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	positiva muito fraca a fraca significativa	0,169	0,090
29 Se os cuidados paliativos fossem denominados de cuidados de suporte seria mais facilitador para todos os envolvidos. *36.	positiva fraca a moderada	0,211	0,033

Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.			
30 Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva fraca a moderada significativa	0,297	0,002
30 Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	positiva muito fraca	0,078	0,436
30 Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	positiva fraca a moderada	0,221	0,026
30 Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	positiva fraca a moderada significativa	0,348	0,000
30 Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	positiva fraca a moderada significativa	0,310	0,002
30 Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	positiva muito fraca a fraca significativa	0,178	0,073
30 Dizer ao doente que vai ser acompanhado por cuidados paliativos é algo difícil.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	positiva fraca a moderada significativa	0,266	0,007
34 Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.	positiva muito fraca a fraca	0,114	0,255
34 Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	positiva muito fraca a fraca significativa	0,169	0,089
34 Há ocasiões em que a morte é vista como	positiva muito fraca a	0,161	0,106

<p>bem-vinda pelo profissional de saúde.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.</p>	<p>fraca significativa</p>		
<p>34 Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.</p>	<p>positiva fraca significativa</p>	<p>0,203</p>	<p>0,040</p>
<p>34 Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.</p>	<p>positiva muito fraca</p>	<p>0,099</p>	<p>0,324</p>
<p>34 Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.*33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.</p>	<p>positiva fraca a moderada significativa</p>	<p>0,299</p>	<p>0,002</p>
<p>34 Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo profissional de saúde.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.</p>	<p>positiva muito fraca a fraca</p>	<p>0,140</p>	<p>0,160</p>
<p>38 A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.*17. Tenho dificuldade em responder a questões sobre o fim de vida.</p>	<p>positiva muito fraca</p>	<p>0,008</p>	<p>0,935</p>
<p>38 A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.*19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.</p>	<p>positiva fraca a moderada significativa</p>	<p>0,288</p>	<p>0,003</p>
<p>38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.*20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.</p>	<p>positiva muito fraca a fraca</p>	<p>0,143</p>	<p>0,151</p>
<p>38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.*21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.</p>	<p>positiva muito fraca a fraca</p>	<p>0,110</p>	<p>0,270</p>
<p>38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.*32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.</p>	<p>positiva muito fraca</p>	<p>0,077</p>	<p>0,444</p>

38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.*33. Desejo, algumas vezes, que a pessoa que eu estou a cuidar, morra quando eu não estiver presente no turno.	positiva muito fraca	0,033	0,745
38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.*36. Tenho necessidade de recorrer aos meus amigos/familiares para desabafar sobre o meu trabalho com doentes paliativos.	positiva fraca significativa	0,203	0,041

Segue-se a análise das diferenças entre os serviços de cuidados paliativos e o serviço de medicina interna relativamente aos domínios: conhecimentos, crenças e atitudes.

Quadro 4. Diferenças entre os serviços de cuidados paliativos e de medicina interna relativamente aos domínios: conhecimento, crenças e atitudes

Questões dos domínios: conhecimento, crenças e atitudes	Resultados do teste de Mann-Whitney
6. Os cuidados paliativos devem ser apenas integrados na fase terminal (fim de vida).	U de Mann-Witney: 476,500 WilcoxonW: 612,500 Z: -2,150 Significância Assint. (bilateral):0,032
7. Os cuidados paliativos são considerados uma opção de último recurso.*	U de Mann-Witney: 663,500 WilcoxonW: 799,500 Z: -0,247 Significância Assint. (bilateral):0,805
10. Sinto necessidade de ter mais conhecimentos e formação sobre a temática de cuidados paliativos e sobre a morte.	U de Mann-Witney: 578,000 WilcoxonW: 714,000 Z: -1,141 Significância Assint. (bilateral):0,254
19. Por vezes os familiares do doente pedem para lhe ocultar informação sobre o seu estado de saúde.	U de Mann-Witney: 543,000 WilcoxonW: 4284,000 Z: -1,504 Significância Assint. (bilateral):0,133
20. Neste contexto, habitualmente, tenho mais dúvidas se devo fazer determinada intervenção ou não.	U de Mann-Witney: 662,500 WilcoxonW:4403,500 Z: -0,251 Significância Assint. (bilateral):0,802
21. Por vezes não sei como abordar aos familiares a questão da suspensão de uma intervenção.	U de Mann-Witney: 613,000 WilcoxonW: 749,000 Z: -0,756 Significância Assint. (bilateral):0,450
27. Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente paliativo é “aquele em quem não se deve investir”.	U de Mann-Witney: 473,000 WilcoxonW: 4214,000 Z: -2,090 Significância Assint. (bilateral):0,037

32. Não me sinto preparado para lidar com a morte.	U de Mann-Witney: 390,000 WilcoxonW: 526,000 Z: -2,946 Significância Assint. (bilateral):0,003
38. A ideia que tinha sobre cuidados paliativos melhorou após cuidar de um doente paliativo.	U de Mann-Witney: 397,500 WilcoxonW: 4138,500 Z: -2,874 Significância Assint. (bilateral):0,004

