

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



**A escassez de tempo
como limitação à prática de Enfermagem
numa Unidade de Cuidados Paliativos**

Marta Isabel Martins Gomes

Orientador: *Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina*

**Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de
Mestre em Cuidados Paliativos**

2024

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



**A escassez de tempo
como limitação à prática de Enfermagem
numa Unidade de Cuidados Paliativos**

Marta Isabel Martins Gomes

Orientador: *Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina*

**Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de
Mestre em Cuidados Paliativos**

2024

**“A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da
Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 20 de fevereiro de 2024**

RESUMO

Introdução: A escassez do tempo na prática de cuidados de Enfermagem é uma realidade. Os profissionais são submetidos frequentemente a sobrecargas de trabalho, motivadas principalmente por rácios inadequados de enfermeiros nos serviços. Em Portugal, há equipas de cuidados paliativos (CP) que têm dotações de recursos humanos abaixo dos mínimos necessários. O principal objetivo desta investigação é perceber se a escassez de tempo limita a prestação de cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados paliativos (UCP) (de adultos).

Métodos: Trata-se de um estudo de carácter qualitativo, descritivo, através da realização de nove entrevistas semiestruturadas a enfermeiros que laboram numa UCP.

Resultados: Para os enfermeiros de CP o tempo não é suficiente para realizar todas as intervenções com qualidade. Foram considerados motivos que condicionam a falta de tempo os seguintes: défice de recursos humanos, complexidade dos doentes, necessidade de um cuidado muito próximo de apoio à família e investimento num cuidado humanizado. Intervenções como os cuidados de higiene, a comunicação, o apoio à família e a burocracia são consideradas aquelas onde despendem mais tempo. A imprevisibilidade, instabilidade e complexidade do doente paliativo, obrigam o enfermeiro a realizar uma gestão de prioridades e um planeamento constante ao longo do turno de trabalho, contudo, isto leva-os a ter de decidir, muitas vezes, um cuidado em detrimento de outro, expondo-os a um conjunto de emoções como ansiedade, frustração e *stress*. O controlo sintomático e o apoio à família são prioritários na intervenção dos enfermeiros e se estes tivessem mais tempo referem que o despenderiam junto do doente e da família, fomentando a relação clínica. A desmoralização é sentida pela maioria dos profissionais.

Conclusão: O desenvolvimento dos CP é emergente, e perceber as limitações existentes na prática clínica é importante para a melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes e à satisfação no trabalho dos profissionais. A pertinência e a atualidade do tema deveriam motivar a realização de mais estudos.

Palavras-chave: *Burnout* profissional; Cuidados Paliativos; Desmoralização; Enfermagem; Fadiga de compaixão; Gestão do tempo.

ABSTRACT

Introduction: The shortage of time in nursing practice is a reality. Professionals are often subjected to excessive workloads, mainly due to inadequate human resources. In Portugal, it is known that many of the existing palliative care teams still have human resources below the minimum required. The main aim of this research is to find out if the shortage of time limits the nurse's cares in a palliative care unit.

Methods: This is a qualitative, descriptive study that involved nine semi-structured interviews with nurses working in a palliative care unit.

Results: The research showed that, for palliative care nurses, time is not enough to carry out all the nursing interventions with quality. The following were considered to be reasons for the lack of time: a shortage of human resources, the complexity of the patients, the need for close family support and investment in humanized care. Interventions such as hygiene care, communication, family support and bureaucracy are considered the most time-consuming. The unpredictability, instability and complexity of the palliative patient forces nurses to manage their priorities and plan constantly throughout their shift, but this often leads them to decide one type of care over another, exposing them to a range of emotions such as anxiety, frustration and stress. Symptomatic control and family support are priorities for nurses and if they had more time they say they would spend it with the patient and family, fostering the therapeutic relationship. Demoralization is felt by most professionals.

Conclusion: The development of palliative care is emerging, and understanding the limitations that exist in clinical practice is important for improving the quality of care for patients and the job satisfaction of professionals. The relevance and topicality of the subject should motivate further studies.

Keywords: *Burnout*, Professional; Compassion Fatigue; Demoralization; Nursing; Palliative care; Time Management.

INDICE

RESUMO	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUÇÃO	9
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2.1. Os pilares dos cuidados paliativos	12
2.2. O papel do enfermeiro nas unidades de cuidados paliativos	16
2.3. A escassez de tempo na profissão de enfermagem	20
3. MÉTODOS.....	33
3.1. Pergunta de investigação.....	34
3.2. Objetivos	34
3.3. Tipo de estudo	35
3.4. Amostra	35
3.5. Recolha de dados.....	37
3.6. Análise e tratamento de dados.....	38
3.7. Considerações éticas	38
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	40
4.1. A percepção dos enfermeiros se o tempo é suficiente para a realização de todas as intervenções de enfermagem com qualidade.....	41
4.2. Tipo de intervenções que os enfermeiros despendem mais tempo.....	44
4.3. Como a falta de tempo influencia o turno dos enfermeiros.....	46
4.4. O que priorizam os enfermeiros quando se deparam com a falta de tempo.....	53
4.5. Que tipo de intervenções investiriam os enfermeiros se tivessem mais tempo.....	56
4.6. As emoções que os enfermeiros experienciam quando se deparam com a falta de tempo59	
4.7. A falta de tempo e o seu contributo para a desmoralização.....	62
5. SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	67
6. CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS.....	82
ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	83
ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ETICA.....	84
ANEXO 3- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	85
ANEXO 4 – CONSENTIMENTO INFORMADO	87
ANEXO 5 - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Cuidados de enfermagem omissos, no último turno, por falta de tempo	24
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Enfermeiros e a formação em Cuidados Paliativos	36
Gráfico 2 - Tipo de formação em Cuidados Paliativos dos enfermeiros	36
Gráfico 3 - Tempo de experiência profissional em Enfermagem, em anos	37
Gráfico 4 - Tempo de serviço numa UCP, em anos	37

LISTA DE ABREVIATURAS

- OMS - Organização Mundial de Saúde
- CP - Cuidados Paliativos
- RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos
- UCP-RNCCI - Unidade de Cuidados de Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

1. INTRODUÇÃO

A Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP)¹ tem demonstrado esforços para a criação de equipas de CP, no entanto, o Plano Estratégico Para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022, refere que “muitas das equipas existentes ainda têm dotações de recursos humanos abaixo dos mínimos necessários”.¹

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),² a cada ano, cerca de 20 milhões de pessoas precisam de CP no último ano de vida, com muitos mais necessitando destes cuidados antes desse período.

O acesso aos CP foi identificado como um direito fundamental.² Em Portugal, desde 2012, os CP são reconhecidos como um direito do cidadão português, segundo a Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.³

O modelo dos CP centra-se numa “avaliação multidimensional das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais [...]. A avaliação da complexidade do doente inicia-se logo com a premissa que cada pessoa é única, bem como a sua família. Por este motivo o nível de exigência aos profissionais é elevado”.¹

O enfermeiro é um profissional essencial e presente em todas as equipas de CP. Numa metassíntese qualitativa realizada por Sekse⁴, mostrou-se que os enfermeiros assumem a posição natural de coordenador, pois atuam como um elo entre os diferentes níveis de atenção à saúde, entre as diversas profissões e entre paciente e família, o que contribui para garantir a qualidade do cuidado ao paciente individual. Segundo Sapeta⁵, o enfermeiro é o profissional que mais tempo permanece junta da pessoa em fim de vida, o que faz com que crie maior disponibilidade e proximidade com o utente. Contudo, isto requer um enorme compromisso, uma adequada preparação técnica e um corpo de conhecimentos, habilidades e competências pessoais e profissionais que a complexidade e a unidade da situação assim exigem.⁵

A escassez do tempo tem vindo a ser referida como uma limitação na prática de cuidados de Enfermagem. Ball⁶, comprovou que 86% dos enfermeiros alegou ter deixado por realizar uma ou mais tarefas dos seus cuidados, no seu último turno, devido à falta de

tempo. Concluiu ainda que os baixos níveis de pessoal de enfermagem afetam negativamente a qualidade e a segurança dos cuidados.⁶

O ritmo de trabalho influencia o bem-estar da equipa, que por sua vez afeta as atitudes de segurança hospitalar.⁷ Almeida⁸, constatou que os enfermeiros apontam o tempo/disponibilidade e o rácio enfermeiro/utente como os principais fatores que dificultaram a satisfação das necessidades dos doentes paliativos, fator este reconhecido também pelos próprios doentes.

Num estudo qualitativo realizado por Vinckx⁹, os enfermeiros consideraram a pressão do tempo como uma barreira na prestação de bons cuidados a uma população de pacientes vulneráveis, relatando que queriam cuidar dos pacientes de forma holística e explicaram como a pressão do tempo os impedia de realizá-los. Segundo Lisboa¹⁰, num estudo que se debruça sobre como despendem o seu tempo os enfermeiros de CP em Portugal, a percentagem de tempo produtivo foi de 82%, sendo que produtividade acima de 80% conduz a um aumento dos custos e à diminuição da qualidade dos cuidados.

Em Unidades de Cuidados de Paliativos – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (UCP-RNCCI) não existem publicações sobre como a escassez do tempo influencia a prática de cuidados de Enfermagem. No entanto, em Portugal, existem 14 unidades deste tipo, que em 2018 cuidaram de 1.489 doentes o que corresponde a um aumento de cerca de 32% relativamente aos 1.131 doentes tratados em 2016.¹¹ Preve-se ainda que este número seja sobreponível ou superior nos anos seguintes.¹¹ São, portanto, unidades relevantes na RNCP, que reforçaram a sua natureza clínica e contribuíram para aumentar o número de doentes tratados nestas unidades.¹¹

Tendo em conta as dotações seguras dos cuidados de enfermagem preconizada pela Ordem dos Enfermeiros, numa UCP-RNCCI o rácio proposto é de 1 ou 1,2 enfermeiros por cama de internamento com uma alocação a tempo integral, conforme a sua complexidade, ou seja, baixa a moderada ou elevada, respetivamente.¹²

Desta feita, com este estudo pretende-se perceber se a escassez do tempo é uma realidade no contexto UCP-RNCCI e de que forma é vivenciada e percecionada pelos profissionais de enfermagem.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. OS PILARES DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo Neto¹³, existem quatro áreas fundamentais que viabilizam a aplicação dos CP: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa. “Estas quatro vertentes devem ser encaradas numa perspetiva de igual importância, pois não é possível praticar CP de qualidade se alguma delas for subestimada.”¹³

Controlo de sintomas

Em CP o controlo de sintomas é urgente, mas complexo, pois “no caso da doença crónica e avançada, e pela sua maior complexidade, merecem destaque a existência de complexos multissintomáticos - raramente o doente apresenta um único sintoma, pelo que esta situação põe problemas de avaliação mais difícil, de interações medicamentosas, de adesão à terapêutica, entre outros.”¹⁴ Para além disso, a valorização e hierarquização dos sintomas é sempre individual, muda de doente para doente mesmo dentro do mesmo grupo de patologia base.¹⁵ Há muitos mais sintomas a tratar para além da dor, e os outros sintomas não podem ser negligenciados, e exige-se uma resposta terapêutica rápida, em contraste com uma atitude incorreta que tolera e banaliza a presença de sintomas nestes doentes.¹⁵

Contudo, Neto¹⁴ alerta ainda para o facto, da prática de CP, apesar de nunca dispensar um controlo sintomático rigoroso, vai para além deste, pois a preocupação exclusiva com os sintomas físicos não garante que se esteja a intervir de uma forma adequada no sofrimento do doente. Não se podem ignorar necessidades nucleares dos doentes, como a necessidade de ser tratado com respeito, reconhecimento, afeto, dignidade e de manter esperanças realistas.¹⁴ Contudo, negligenciar o controlo sintomático inviabiliza que o doente possa encontrar sentido e qualidade na vida que tem ainda para viver¹⁴.

Comunicação eficaz

A comunicação surge como outro pilar que sustenta a atenção dos CP.¹⁶ É através da comunicação que se asseguram aos doentes a oportunidade de apresentar os seus problemas, as suas preocupações e de explicar como se sentem.¹⁶ “Essas perícias incluem ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos. A tecnologia nesta

área é o tempo e o espaço; as ferramentas mais importantes de trabalho são a palavra e a escuta”.¹⁶

“Se comunicar em qualquer contexto é complexo, mais ainda quando falamos em CP sendo, neste âmbito, uma ferramenta delicada que tem de atender, não somente ao conteúdo, mas essencialmente à forma. Temas complexos como a doença, as limitações físicas e a morte têm um impacto emocional tanto no emissor como no recetor, tratando-se de momentos de vulnerabilidade aumentada, onde a sensibilidade para dar e receber mensagens negativas e /ou positivas é maior”.¹⁷

No entanto, Querido¹⁶, alerta que “o modelo de comunicação não se rege por padrões pré-estabelecidos, a não ser o princípio de que cada doente, familiar ou outro membro da equipa de CP são únicos e diferentes, e refletem o seu contexto cultural, social, espiritual, e vivências pessoais”. Logo, “entende-se que uma comunicação efetiva com os doentes, suas famílias e quem está envolvido nos seus cuidados, é uma componente essencial da assistência”.¹⁶

Silva¹⁸, aborda a comunicação como fulcral e uma aliada na relação enfermeiro, paciente e família, pois através dela forma-se o vínculo de confiança necessário para que a assistência tenha êxito, e para que o doente seja respeitado e compreendido. Johnston¹⁹, defende que sem boas habilidades de comunicação e uma relação enfermeiro-doente eficaz, os outros componentes de CP não poderiam ocorrer.

Esta ferramenta, é tanto fulcral para o doente como para a família. Anderson²⁰, alega que os doentes em fim de vida, geralmente têm dificuldade em comunicar e, portanto, os familiares precisam de informações claras para tomar decisões. Referiu ainda que, numa pesquisa internacional com especialistas em CP, 83% concordaram que mais orientações baseadas em evidências sobre estratégias de comunicação com familiares seriam essenciais para melhorar a tomada de decisões sobre o fim de vida.²⁰

Keeley²¹, com o seu estudo conclui que são quatro as explicações para o facto da comunicação eficaz no fim de vida alcançar resultados positivos: primeira, os desejos dos doentes terminais tornam-se uma prioridade e a sua voz é ouvida com mais clareza; segunda, tanto os membros da família quanto os doentes terminais são mais receptivos e prontos para a jornada do fim da vida; terceira, a aceitação mútua da morte iminente diminui o uso de envolvimento de medicina fútil; e quarta, os participantes estão mais

dispostos a ter conversas mais íntimas e autênticas, que realmente deveriam ocorrer entre os membros da família e seus entes queridos que estão no final da vida, criando uma sensação de encerramento e conclusão de seus relacionamentos.

Portanto, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os familiares dos doentes que se aproximam do fim da vida é vital também para garantir que os doentes tenham uma 'boa morte'.²⁰

Apoio à família

Para o paliativista, a família faz parte da equipa de cuidados. “A família é fundamental no desenvolvimento do indivíduo, nos acontecimentos de vida e, essencialmente, nos momentos de crise. Quando um dos elementos da família sofre algum tipo de mudança, todo o conjunto é atingido na sua estrutura, funções e organização.”¹⁷

Anderson²⁰, constatou que a família apresenta um desejo de informações honestas sobre a progressão da doença, o processo de morrer e o controlo da dor, contudo pretende que estas sejam dadas com tempo, de forma a poder entendê-las, e que ainda tenham a oportunidade para discutir as necessidades espirituais.

E, portanto, o apoio à família é claramente uma ferramenta essencial para o sucesso no cuidado aos doentes paliativos.¹⁷ As doenças ameaçadoras da vida são uma das maiores crises que uma família pode viver, pelo impacto emocional negativo que carregam, sendo uma fonte importante de stress, que provoca alterações psicossociais e no quotidiano da família.¹⁷ Há uma necessidade de redistribuição de papéis na família do doente, o que aumenta a sua vulnerabilidade ao stress.”¹⁷

Logo, o apoio à família torna-se também fundamental em todos este processo difícil que é o fim de vida.

Trabalho em equipa

“A diversidade das necessidades da pessoa em sofrimento intenso, na fase final de vida, bem como da família e dos cuidadores, associada à complexidade que esse sofrimento encerra em si e nas

suas abordagens, tornam necessário o trabalho em equipa multiprofissional, tendo como elementos o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social, o nutricionista, o assistente espiritual, o terapeuta ocupacional”.²²

O trabalho em equipa exige a todos os elementos que comuniquem entre si e que identifiquem áreas onde os colegas mais indicados deverão intervir para criar as respostas mais adequadas à situação do doente e da sua família.¹⁷

Segundo Neto¹³, “este tipo de intervenção pressupõe uma formação específica, e assenta em competências técnicas indissociáveis: competências clínicas (uma rigorosa avaliação do paciente, o exímio controlo sintomático, o manejo de fármacos); competências de comunicação (capacidade de escutar, de empatizar e prestar apoio emocional, de resolver crises, entre outras); competências éticas (como a capacidade de discutir planos antecipados e de gerir situações de «dilemas ético») e competências na gestão de casos (como a garantia da continuidade de cuidados e a articulação de recursos)”.

No estudo de Johnston¹⁹, realizado com enfermeiros especialistas em CP, estes deram grande relevo ao trabalho em equipa e a maioria sentiu que quando os profissionais trabalham em equipa, o doente beneficia.

Sendo assim, os quatro pilares são indissociáveis, e só com a aplicação de todos, a estrutura de intervenção dos CP pode ter sucesso.

2.2. O PAPEL DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

“A Enfermagem enquanto prática é tão antiga como a existência humana. Ao refletir sobre a existência humana, compreendemos que mesmo quando primitivo, o Homem sentia necessidade de cuidar do seu semelhante, colocando ao dispor do outro todos os meios disponíveis para recuperar a sua condição de saúde, cuidando do seu próximo. Este pensamento conduz-nos à essência dos cuidados de enfermagem – o cuidar.”²³

Cuidar é um valor fundamental que sustenta a enfermagem paliativa, tratando o paciente como um indivíduo em oposição a uma condição ou doença, e o valor que tanto os pacientes quanto os enfermeiros atribuem a isso não pode, e não deve, ser subestimado.²⁴

Segundo Mok²⁵, os CP visam promover o bem-estar físico e psicossocial de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo e, portanto, o trabalho de enfermagem é direcionado à manutenção do corpo, e não à sua restauração, contudo, o sofrimento emocional e psicossocial é comum, pois indivíduos enfrentam a fase terminal de uma doença e a sua morte iminente. E por isso, Cross²⁶ alerta para a carga dos enfermeiros que trabalham em CP que cuidam, continuamente, de pessoas doentes e expostas ao sofrimento.

Os CP foram iniciados por Cecily Saunders no Reino Unido e através do seu trabalho no desenvolvimento do movimento hospício moderno, foi desenvolvida uma filosofia de cuidado para os moribundos que era distinta do ambiente hospitalar.²⁴ Os primeiros hospícios modernos com foco no conforto e no cuidado, em vez da cura, significava que as enfermeiras do hospício se tornavam centrais para a prestação de tais cuidados.²⁷ Esta, era a situação até o final do século XX, quando, em conjunto com desenvolvimentos significativos em diagnóstico e tratamentos, os CP se tornaram uma especialidade médica e uma equipa multidisciplinar, proporcionando aos doentes a oportunidade para melhorar o controlo dos sintomas.²⁷

Apesar desta evolução, a enfermagem manteve-se fulcral em todo este processo. *Hospice* e enfermagem paliativa são frequentemente usados como termos intercambiáveis, porém o *hospice care* é uma modalidade dos CP em que os cuidados são intensificados, pois a doença é identificada como terminal ou em fase terminal, com prognóstico de 6 meses ou menos.²⁴

Em Portugal, equivalentes ao *hospice* existem UCP especializadas em contexto internamento, que segundo a Lei de Base dos Cuidados Paliativos³ se trata de “um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de CP diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa”, e que “presta cuidados, designadamente em regime de internamento, podendo estar integrada num hospital ou noutra instituição de saúde com serviços de internamento”. Estes cuidados especializados “são cuidados multidisciplinares prestados por profissionais diferenciados (“paliativistas”), profissionais estes que devem ter formação avançada em CP.”²⁸

Silva¹⁸, defende que, nesta busca pelo inevitável, que é a morte, acaba por haver um desgaste da família e dos cuidadores e o doente deixa de vivenciar momentos valiosos junto aos seus. Os profissionais da saúde tornam-se, perante esta realidade, mais que cuidadores, passam a fazer parte do cenário do doente, representando não apenas “alívio”, mas também “conforto”, a todos os envolvidos.¹⁸

Não é possível mensurar o tamanho do sofrimento do doente porque a morte, assim como o nascimento, é um processo individual e, diante da finitude da vida, cada pessoa reage de acordo com seus próprios conceitos culturais e espirituais.¹⁸ Porém, trata-se de um momento de extrema dificuldade para todos, visto que, associado à consciência da finitude está presente o sofrimento físico que, mesmo quando controlado, limita a total funcionalidade, levando doentes, familiares e profissionais de saúde a uma espera reflexiva sobre o término da vida.¹⁸ E por isso, os enfermeiros que trabalham em UCP especializadas de internamento esforçam-se para conhecer e entender os valores e desejos dos seus doentes, respeitando a fase em que cada um se encontra e como vivencia a sua doença e os seus cuidados, respeitando que o cuidado centrado no doente é individualizado e holístico.²⁴

Na sua revisão sobre como os enfermeiros de UCP especializados defendem os valores da enfermagem, Moran²⁴, constatou em vários estudos que “estar presente”, construir intimidade e relacionamento são aspetos-chave dentro deste processo. Os enfermeiros devem conhecer o seu doente e entendê-lo como uma personalidade única através do desenvolvimento de uma relação terapêutica, para que este sinta uma presença segura e de confiança vinda daqueles que cuidam de si.²⁹ É importante que compreendam as suas necessidades e estejam verdadeiramente presentes no seu caminho.²⁹ “Estar presente” é considerado parte do cuidado holístico, “não é sobre fazer, é sobre ser”.³⁰

Trata-se, portanto, de um cuidado muito abrangente e complexo, que exige múltiplas capacidades por parte dos enfermeiros. Sekse⁴, no seu estudo sobre papel do enfermeiro em CP demonstrou que estes, em todas as instituições de saúde, têm uma posição única. Demonstrou ainda, que os enfermeiros abordaram no seu papel, algumas características essenciais, tais como: “estar disponível”, que é fundamental nos CP e que abre caminho para ser um “coordenador de cuidados” para doentes e familiares, bem como para os outros profissionais de saúde.⁴ O seu trabalho engloba uma enorme amplitude de atividades, sempre inserido num quadro holístico de entendimento.⁴ Estar presente, com atenção e também dedicado é essencial para a sua função.⁴

Esta papel de destaque do enfermeiro faz com que a relação enfermeiro-doente, seja ressaltada em vários estudos. Para Mok²⁵, um dos elementos centrais do cuidado paliativo é o bom relacionamento enfermeiro-doente. Num estudo sobre a perceção dos pacientes e dos enfermeiros sobre os CP especializados, as respostas revelaram que se forma uma relação de confiança entre ambos.²⁵ Os enfermeiros que desenvolvem relações de confiança demonstram uma abordagem holística para cuidar, demonstram a sua compreensão perante o sofrimento dos doentes, percebem as suas necessidades não verbalizadas, fornecem conforto sem realmente ser solicitado e são proficientes, competentes e dedicados nos seus cuidados.²⁵

Johnston¹⁹, reforçou que esta “conexão” entre enfermeiro-doente foi o tema principal para os doentes quando ilustravam a enfermagem paliativa. Os doentes mencionaram que a sua relação com os enfermeiros lhe oferecia alguém em quem confiar, alguém a quem podiam expressar os seus sentimentos mais profundos e, por meio desta relação, eles sentiram-se pessoas importantes, auxiliando-os a encontrar o sentido da vida e assim aliviar o seu sofrimento.²⁵

Tanto para os doentes como para os enfermeiros este envolvimento e formação de relações de confiança é visto como essencial para a prestação de CP ideais e, na ausência de um relacionamento positivo, os objetivos compartilhados são difíceis de alcançar.²⁵

A humanização no processo de enfermagem foi concebida desde os tempos de Florence Nightingale que, como fundadora da enfermagem moderna, definiu como componentes fundamentais da enfermagem a devoção, a sobriedade, a delicadeza e a habilidade de observação minuciosa.³¹ Estes atributos contribuem para o desenvolvimento técnico e

científico do enfermeiro generalista, no entanto, ao tratar-se do cuidar paliativo, recebe uma conotação ainda mais profunda, dada a reflexão que a finitude da vida traz a todos os envolvidos.³¹

Lavoie²⁹, conclui que para os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de internamento especializadas, a mudança de cuidados orientados para a tarefa para cuidados centrados no doente foi evidente. Para além disso, os enfermeiros expressam que compreender o doente é fundamental para otimizar o seu conforto e as suas necessidades.²⁹ Bernacki³², defende que os doentes que ingressam em *hospice* têm muitas vezes um final de vida com melhor qualidade, com menos dor e sofrimento, bem como uma importante rede de apoio social e orientação para as famílias.

A ciência é essencial, mas a enfermagem sem a dimensão do cuidar não existe. Ascensão²³ diz que “prestar cuidados com elevada técnica e rigor científico, utilizar todas as tecnologias de ponta, em que se consomem imensos recursos financeiros são extremamente importantes e muitas das vezes podem fazer a diferença entre a vida e a morte, mas prestar cuidados sem a dimensão de cuidar significa certamente uma Enfermagem sem qualidade.”

2.3. A ESCASSEZ DE TEMPO NA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

São vários os estudos que relatam que os enfermeiros não têm tempo para concluir todas as tarefas de cuidados de enfermagem necessárias, sendo esta pressão de tempo percebida pelos mesmos.⁹ Prestar bons cuidados no atual ambiente de enfermagem, muitas vezes, representa um verdadeiro desafio ético para os enfermeiros.⁹

Prestar cuidados de qualidade, para além de conhecimento e prática, requer tempo e disponibilidade, contudo, nem sempre é possível quando se trabalha num serviço com poucos recursos e mil e uma solicitações.²³

Segundo Ascenção²³, a sobrecarga de trabalho de enfermagem é afetada pela dotação de pessoal insuficiente nos serviços, mas também pelas condições clínicas do utente e pela organização do serviço em relação à sua estrutura física e à sua dinâmica.

A escassez de profissionais de saúde é uma grande preocupação em todo o mundo. Um relatório da OMS, de 2006, abordou a questão da escassez de prestadores de cuidados de saúde, particularmente a escassez de enfermeiros, e como isso interferirá nos esforços nacionais e internacionais para melhorar a saúde e a qualidade de vida.³³ Para além disso, os recursos humanos, especificamente, no que se refere ao rácio de doente por enfermeiro, têm impacto direto nos resultados em saúde, uma vez que rácios elevados resultam em piores resultados.³⁴

Esta problemática da escassez de tempo na prestação de cuidados de Enfermagem, afeta também a área dos CP. Na sua revisão, Sekse⁴, constatou que vários estudos problematizaram o tempo e a sua falta na área dos CP. Apontou ainda, que o aumento constante da carga de trabalho dos enfermeiros, resultou em menos tempo e fatores destrutivos e *stressantes* na sua relação com o paciente e a família.⁴ Para além disso, este teve um impacto negativo sobre os pacientes e afetou a capacidade dos enfermeiros de criar relação com os mesmos.³⁵

Foram vários os constrangimentos abordados em torno do tempo, sendo que a maioria dos enfermeiros referiu as dificuldades em dar apoio emocional aos doentes, para além das suas outras tarefas do quotidiano clínico e burocrático.⁴ Wallerstedt³⁶ demonstrou que os enfermeiros, estavam insatisfeitos por ter uma constante falta de tempo na prestação

de CP e a sua satisfação era notória quando puderam cumprir desejos e prestar cuidados holísticos.

Num estudo com enfermeiros de oncologia, onde estão inseridos muitos doentes paliativos, os principais obstáculos encontrados no atendimento aos pacientes incluíram a falta de tempo para atender aos mesmos e a escassez de pessoal.³⁷ Numa pesquisa com 633 enfermeiros de CP, para apurar a sua satisfação no trabalho, Head³⁸, descobriu que: metade não acha que os líderes se importam com eles; 55% temem que seu trabalho esteja a afetar a sua saúde; 38% muitas vezes sentem vontade de desistir; 44% não têm tempo suficiente para ficar com os pacientes; e 35% esperam não trabalhar no seu emprego atual no ano seguinte.

Cross²⁶, no seu estudo, levantou os três principais *stressores* dos enfermeiros de CP: o primeiro, refere-se a fatores pessoais do próprio enfermeiro e inclui o desconforto com a doença ou plano de tratamento do paciente, falta de preparação e treino para lidar com a doença ou distrações externas; o segundo, surge do doente ou cuidadores e inclui o declínio da saúde do paciente ou não adesão ao plano de tratamento; e por fim, o terceiro *stressor*, está relacionado com o ambiente de trabalho, contemplando questões práticas como falta de pessoal e recursos.

Também em Portugal, Paiva-Santos³⁹, analisou a influência do ambiente da prática de enfermagem na omissão de cuidados por falta de tempo. Os resultados revelaram que o ambiente da prática de enfermagem neste país é desfavorável, à semelhança de outros estudos realizados em contexto clínico português.³⁹ Desta feita, o mesmo autor, concluiu que é urgente promover mudanças com vista a tornar esse ambiente mais favorável, de forma a promover a qualidade dos cuidados e reduzir o *burnout* e *stress* dos enfermeiros.³⁹

São descobertas, sem dúvida, preocupantes na medicina paliativa, que ainda está a conquistar a sua atenção e o seu terreno, mas que podem retratar qual o panorama atual dos serviços.

A escassez de tempo carrega consigo um conjunto de consequências quer para os enfermeiros, quer para o seu foco de cuidados, o doente e a família. Para além disso, pode ainda estar a colocar em causa a própria prática da profissão e os valores em si contemplados.

Desta feita, a abordagem que se segue resumirá, algumas das consequências mais relevantes da escassez de tempo na prática de enfermagem.

2.3.1. A limitação na prestação de cuidados de enfermagem

A prestação de cuidados de enfermagem vê-se comprometida, pelos profissionais, devido à escassez de tempo. Vinckxa⁹, retratou que os enfermeiros perceberam a pressão do tempo como uma barreira na prestação de bons cuidados a uma população de pacientes vulneráveis. Para os enfermeiros, esta falta de tempo, impede-os de cuidar dos doentes de maneira holística, defraudando não só o seu padrão de atendimento, mas também o dos doentes.⁴⁰

Respostas atrasadas às necessidades dos pacientes ou tarefas de enfermagem inacabadas foram ilustradas como resultado do impacto da pressão do tempo para os enfermeiros.⁴ Deixar o cuidado inacabado implicava, para a maioria dos enfermeiros, que eles prestavam cuidados físicos, mas não tinham tempo para prestar cuidados holísticos.⁴

Surge assim a definição de cuidados omissos, que tem sido uma problemática real apontada, nos últimos anos, nos cuidados de enfermagem.⁴⁰ Segundo Chaboyer⁴¹, os cuidados omissos são definidos como os cuidados que não são prestados, mas deveriam ter sido, ou cuidados que são adiados ou apenas prestados parcialmente. Estes, têm sido apontados como uma realidade na Enfermagem, e por isso, têm sido vários os estudos publicados sobre este tema. A revisão realizada por Jones⁴² aponta uma prevalência de cuidados omissos entre 55 e 98%. Demonstrou ainda que 98% dos enfermeiros referiram algum grau de priorização/omissão de cuidados e que 97% reportaram múltiplas atividades omissas.⁴² Smith⁴³, aponta que 94% dos enfermeiros reportaram que, no último mês, uma ou mais atividades de enfermagem foram sempre ou frequentemente omitidas. Já no estudo de Ball⁴⁴, 74% dos enfermeiros relataram que alguns cuidados foram deixados por fazer no seu último turno. Cho et al⁴⁶, aponta que 82% dos enfermeiros identificaram que, no seu último turno, uma ou mais atividades necessárias não foram realizadas devido à falta de tempo.

Em Portugal, Paiva-Santos³⁹, constatou que 16,67% dos enfermeiros omitiram um cuidado, 40,92% dos enfermeiros omitiram entre dois a quatro cuidados, 22,74% dos

enfermeiros omitiram entre cinco e nove cuidados, e apenas 19,70% não omitiram nenhum dos cuidados abordados no estudo.

Contudo, os enfermeiros raramente omitem cuidados por esquecimento ou não reconhecimento do plano de cuidados dos doentes, mas sim porque têm que priorizar/racionalizar através do processo de tomada de decisão.⁴⁰

A escassez de tempo e a falta de enfermeiros, têm sido apontadas como as principais causas de ocorrências de cuidados omissos. Na revisão de Chaboyer⁴¹, este levantou como principais causas de cuidados omissos a falta de enfermeiros, falta de tempo, delegação ineficaz, ambiente de trabalho desfavorável, hábitos dos enfermeiros, negação do erro e falta de vínculo profissional, assim como falta de recursos ou recursos inadequados, falta de recursos materiais, pouco trabalho em equipa e má comunicação. Já para Hernández-Cruz⁴⁷, os recursos humanos foram apontados como principal fator influenciador dos cuidados omissos, seguido da comunicação e, por fim, os recursos materiais.

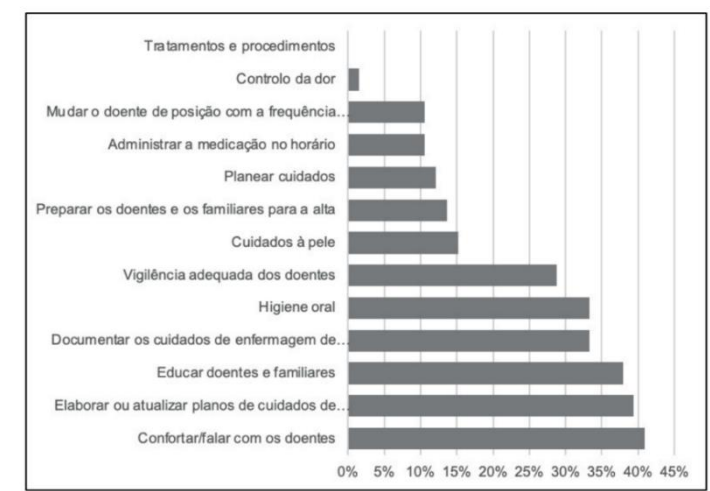
Enfermeiros que percecionaram melhor dotação de profissionais reportaram menos cuidados omissos.⁴⁸ A probabilidade de ocorrer omissão de cuidados era reduzida, para metade, nos turnos onde os enfermeiros cuidavam de seis ou menos doentes, quando comparado com turnos onde cuidavam de dez ou mais doentes.⁴⁴ Já as unidades de internamento com alta dotação de enfermeiros reportam, significativamente, um menor nível de cuidados omissos.⁴⁶

Para além destes, a gravidade e fluxo de doentes, associado a dotação de profissionais, situações de urgência, aumento inesperado do número/ gravidade dos doentes na unidade de internamento, também foram apontados como grandes contributos nos cuidados omissos.⁴⁹ Isto deve-se ao facto destas situações conduzirem a um inesperado aumento do volume de trabalho.⁴⁰

No estudo de Ball⁶, dos cuidados mais deixados por fazer, estes apresentam-se como os principais: confortar ou conversar com os pacientes (66%), educar os pacientes (52%) e desenvolver/atualizar planos de cuidados de enfermagem (47%). Esta constatação foi corroborada por Santos³⁹, num estudo realizado num hospital de oncologia português, onde estas intervenções foram também os cuidados omissos mais retratados pelos

enfermeiros, no seu último turno, por falta de tempo, como podemos observar no gráfico que se segue.

Cuidados de Enfermagem omissos no último turno por falta de tempo



Revista de Enfermagem Referência 2022, Série VI, nº1: e22003
DOI: 10.12707/RVI22003

Figura 1 Cuidados de enfermagem omissos, no último turno, por falta de tempo

A omissão de cuidados de enfermagem tem consequências negativas nos resultados em saúde, tais como menor qualidade, menos satisfação do doente, menor satisfação profissional dos enfermeiros, aumento dos eventos adversos, aumento da duração da hospitalização e aumento dos reinternamentos.⁴¹ Para além disso, contribui para uma visão negativa da sociedade relativamente aos enfermeiros.⁵⁰

Os enfermeiros entrevistados por Vinckxa⁹, denunciaram como lutaram para prestar cuidados de qualidade, sentindo que não estavam a cumprir os seus padrões ou expectativas. Eles tinham perfeitamente presente que haviam prestado cuidados apressados devido à pressão de tempo.⁹ No entanto, a presença do tempo em enfermagem é vista como fundamental para a relação enfermeiro-paciente, e a falta deste, resulta em respostas atrasadas e apressadas às necessidades dos pacientes, sendo percebidas pelos mesmos como despreocupação por parte do enfermeiro.⁹

O termo ou fenómeno de “dor total” lançado por Saunders, a fundadora dos CP, revela a complexidade do sofrimento dos pacientes quando convivem com doenças graves e em fim de vida e demonstra que a arte da enfermagem é o encontro entre o cuidar do prático, do relacional e do moral.⁴ Tempo e criatividade são necessários para atender as

necessidades individuais dos pacientes e das suas famílias.⁴ No entanto, os enfermeiros de CP demonstraram que o tempo tem-se tornado cada vez mais escasso e descrevem as cargas de trabalho como aumentadas também nesta área.⁴

Ouvir os pacientes e respeitar seus objetivos e desejos é crucial em CP, pois é com base na escuta, que se constrói o cuidado personalizado.²⁴ Aqui, os cuidados são centrados no paciente, de forma a humanizá-los e mantendo a filosofia dos CP.²⁴

No estudo de Vinckx⁹, deixar o cuidado inacabado implicava, para a maioria dos enfermeiros, prestar cuidados físicos, mas não tinham tempo para prestar cuidados holísticos. Os resultados indicam que os cuidados omissos estão mais relacionados com necessidades emocionais ou psicológicas do que com necessidades fisiológicas, alegando que a sua intervenção na saúde do doente é indireta e não imediata, requererem mais tempo para serem completados, e há menor probabilidade de serem auditados.⁴²

A comunicação, pilar fundamental dos CP, e que deve estar equilibrada com os restantes, pode, de facto, estar afetada devido à falta de tempo. Num estudo com enfermeiros oncológicos, estes afirmaram que a pressão do tempo afetou adversamente a sua comunicação verbal e não-verbal com os pacientes.⁹ Revelaram ainda que, frequentemente, não havia tempo suficiente para ter conversas mais aprofundadas com os pacientes e, muitas vezes, evitavam explorar ativamente os sentimentos dos pacientes.⁹ Algumas enfermeiras descreveram como diziam, explicitamente, aos pacientes que tinham que adiar as conversas para um momento menos ocupado do seu turno.⁹ Essas experiências contrastaram com a perceção dos enfermeiros sobre a importância do atendimento a este tipo de população de doentes e, para além disso, os entrevistados associaram-nas a dificuldades em estabelecer um vínculo de confiança com os mesmos.⁹

Estes factos indicam que podemos estar perante uma limitação dos valores da enfermagem. A enfermagem valoriza a díade doente e família como o núcleo dos cuidados de enfermagem e os valores recorrentes de conforto, bondade, dignidade, compromisso e competência são vistos como fundamentais.^{51,52} Moran²⁴, concluiu que os enfermeiros de CP lutam pelos valores da enfermagem, esforçando-se continuamente para manter as fortes tradições de cuidar dos doentes em fim de vida, preparando o doente e a família, durante a doença e após a sua morte. Contudo, as crescentes demandas científicas e técnicas da prática de enfermagem nos CP resultaram no trabalho “invisível” e na

subnotificação das intervenções artísticas e intuitivas.²⁴ A consequência disso é que tal trabalho não é reconhecido, é subvalorizado e são-lhe oferecidos poucos recursos.²⁴

O papel único que os enfermeiros desempenham em CP evoluiu como uma “arte” de enfermagem onde as habilidades de enfermagem baseadas na compaixão, empatia e gentileza genuína, recebem igual medida da ciência.⁵³

Da literatura fica claro que os pacientes querem mais do que um técnico, os pacientes querem enfermeiros comprometidos em conhecê-los, dar-lhes o seu tempo, e entender sua experiência.²⁴ Os enfermeiros que trabalham em UCP especializadas não estão apenas a prestar cuidados de higiene ao doente, mas também estão a fomentar a relação com o paciente conversando, observando as fotos da sua família, construindo uma imagem da pessoa, antecipando as suas necessidades, rindo, conhecendo-os, conversando sobre os seus cuidados, a sua família, as suas esperanças, sonhos e desejos.²⁴ Mesmo as trocas mais breves com os pacientes podem demonstrar uma ação compassiva e isso não é novidade para a enfermagem de CP, contudo, não sendo documentado nos registos dos pacientes como parte do plano de cuidados torna-se invisível.²⁴

Desta feita, é crucial que os enfermeiros que trabalham em UCP especializadas articulem, documentem e auditem como incorporam os valores da enfermagem na sua prática. Isso é fundamental não apenas para o futuro da enfermagem paliativa em hospitais e unidades especializadas, mas também para o futuro dos próprios CP.²⁴ Assim, para tornar visíveis os valores da enfermagem, é necessária mais educação e pesquisa baseadas na prática.²⁴

2.3.2. A limitação no profissional de enfermagem

Numa pesquisa sobre satisfação no trabalho entre enfermeiros paliativos, os enfermeiros eram geralmente satisfeitos com o seu trabalho, contudo expressaram frustração quando não é permitido prestar assistência de qualidade por causa da sobrecarga de trabalho.³⁸ Defenderam que a redução de pessoal e medidas de corte de custos podem contribuir para o resultado financeiro final, mas os resultados a longo prazo podem ser enfermeiros e pacientes insatisfeitos.³⁸

Para além disso, e à semelhança de outros estudos realizados em *hospices* e com enfermeiros paliativistas, os principais *stressores* citados pela amostra incluíam alta carga de trabalho, bem como recursos e suporte inadequados.³⁸

Num estudo com enfermeiros oncológicos estes referiram que a pressão do tempo resultou numa sensação de fracasso em prestar bons cuidados de enfermagem, defendendo que se sentiam inseguros quanto à segurança dos cuidados prestados após um turno agitado.⁹

Outra determinante de insatisfação dos enfermeiros no trabalho, foi ter de fazer escolhas entre o cuidado seguro do paciente e seu próprio bem-estar, negligenciando-se a si ao colocar os pacientes em primeiro lugar.⁵⁴ Este compromisso entre o cuidado e a segurança do paciente e seu próprio bem-estar levou a sofrimento mental, ansiedade e sentimentos extremos de insatisfação.⁵⁴

Um achado muito interessante, colhido entre enfermeiros de CP, foi que a maioria estava muito satisfeita com o trabalho, mas quase metade pensava em desistir algumas vezes, indicando insatisfação com o ambiente de trabalho.³⁸ Eles relataram que sentiam grande satisfação na relação com os pacientes e orgulho profissional, e pouca satisfação com fatores da organização, como salário e benefícios, autonomia e controlo, *stress* e carga de trabalho, e relacionamento com a organização.³⁸ Este facto, suporta a hipótese de que os enfermeiros amam o trabalho que fazem, mas não estão satisfeitos com seu ambiente de trabalho.³⁸

Alguns conceitos como angústia/sofrimento moral, desmoralização, fadiga por compaixão e *burnout*, foram os principais achados na revisão da literatura sobre a influência da escassez de tempo na prática de enfermagem, principalmente, no que respeita ao enfermeiro.

Angústia, Sofrimento Moral e Desmoralização

A lacuna entre a obrigação moral, ditada pelos valores e deontologia da profissão, e a capacidade para cumprir os cuidados necessários, tem suscitado a investigação sobre a angústia moral dos enfermeiros.⁵⁵ Esta tem sido abordada como a ansiedade ou

preocupação sobre a capacidade de corresponder aos desafios, sentimentos de falha de compromisso, e traição de valores morais fundamentais.⁵⁶

Quando o profissional apresenta problemas em equilibrar as necessidades e as expectativas pessoais em relação aos objetivos, devido a condições adversas de trabalho, sem espaço para desenvolver seu potencial enquanto trabalhador, o sofrimento aparece.⁵⁷ Lamiani⁵⁸, refere que o sofrimento moral ocorre quando os profissionais não conseguem realizar o que acreditam ser ações eticamente adequadas. Na revisão sistemática do mesmo autor, os estudos demonstraram que, entre os enfermeiros, o sofrimento moral foi associado à diminuição da satisfação profissional, bem como à diminuição da satisfação com a qualidade dos cuidados prestados.⁵⁸ Para além disso, vários estudos encontraram uma correlação entre sofrimento moral e intenção de demitir-se ou afastar-se do trabalho.⁵⁸ As pesquisas indicam que o sofrimento moral afeta negativamente os enfermeiros.⁵⁹

Uma alta proporção de insatisfação e sentimento de desmoralização foi relatado por enfermeiros do Reino Unido, como resultado da falta de cuidados e da falta de apoio e ação quando se depararam com esse problema.⁵⁴ A falta de atendimento, isto é, deixar de fazer os cuidados necessários, aumentou em cinco vezes mais a probabilidade de relatar sentir-se desmoralizado.⁵⁴ Descreveram ainda, que esses fortes sentimentos de desespero e desmoralização no trabalho impactaram tanto a sua vida pessoal quanto a sua vida profissional,⁵⁴ pois esta priorização sobre as necessidades de cuidados e a gestão de expectativas conflituosas, desafia os valores profissionais e morais dos enfermeiros.⁶⁰

Na revisão de Celis⁶¹, sobre sofrimento moral na área de oncologia, os enfermeiros voltaram a referir a falta de tempo como das principais barreiras para que ocorra este conflito ético. Já um dos achados no estudo de Lamiani⁵⁸, foi que a sobrecarga de trabalho se mantém como uma problemática neste tema, pois constatou em vários estudos que ter muitos pacientes por enfermeiro foi diretamente associado ao sofrimento moral. A par destas situações, atrasar conversas sobre prognósticos ou sobre o tratamento em fim de vida, pode atuar como um gatilho de sofrimento moral nos enfermeiros.⁶¹

McCarthy⁶², alega que a pesquisa teórica e empírica sobre o tema do sofrimento moral entre profissionais de saúde foi considerável nas últimas décadas. Refere que este tipo de

sofrimento é entendido como uma resposta psicológica e emocional à experiência de transgressão moral, e defende que, se não for solucionada, contribui para a desmoralização, dessensibilização e esgotamento da equipa, e em última instância, para níveis mais baixos de segurança do paciente e qualidade dos cuidados.⁶²

A literatura abarca uma ampla gama de prováveis efeitos psicológicos e físicos do sofrimento moral.⁵⁹ Wiegand⁶³ descreve sentimentos como frustração, raiva, tristeza, esgotamento psicológico/físico, desamparo, angústia e depressão. Já Hanna⁶⁴, abordou os efeitos físicos do sofrimento moral, tais como insónia, náusea, enxaqueca, desconforto gastrointestinal, choro e exaustão física.

Para além disso, foram achadas correlações entre níveis mais altos de sofrimento moral e o aumento dos níveis de fadiga por compaixão, entre os enfermeiros.⁵⁹ O mesmo aconteceu com o *burnout*, visto que o sofrimento moral também foi associado a este.⁵⁸

Satisfação e Fadiga por Compaixão

A compaixão é fundamental para os CP e pode criar um ambiente de segurança para pacientes e os seus cuidadores.⁶⁵ A falta de tempo foi identificada como um obstáculo para a prestação de cuidados compassivos.⁶⁵

Os cuidados compassivos assentam na confiança e nas boas relações entre o doente, a família e os profissionais de saúde.⁶⁶ A compaixão ocorre quando os prestadores de cuidados são empáticos, ao mesmo tempo que demonstram um desejo sincero de reduzir o sofrimento do paciente, permitindo que o *insight* que ocorre durante o envolvimento emocional seja transformado em ação efetiva.⁶⁷

No tema e na prática da compaixão, podemos encontrar dois conceitos que estão presentes na área de CP que são: a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão.

A satisfação por compaixão ocorre quando a empatia impulsiona o altruísmo e resulta no alívio do sofrimento, originando uma experiência de trabalho positiva para o enfermeiro.⁶⁸ Há uma sensação de recompensa e incentivo ao ver uma “mudança para melhor” nos doentes ou familiares.⁶⁹

Enquanto a satisfação por compaixão está relacionada com uma experiência de trabalho positiva, a fadiga por compaixão é o inverso, e está associada ao esgotamento físico e emocional, causado por um desgaste constante, progressivo e cumulativo de experiências negativas associadas à prática clínica.⁷⁰ A fadiga por compaixão tem sido descrita como o “custo” emocional de cuidar dos outros.⁷¹

Um estudo conduzido por Melvin⁷², relatou que fornecer CP e trabalhar com pacientes terminais pode contribuir para a fadiga por compaixão nos prestadores de cuidados. Cross²⁶, defende que, no contexto da enfermagem de CP, a fadiga por compaixão é o resultado da exposição profissional ao sofrimento e vivência repetida a *stressores*. É o estado em que a compaixão e a empatia são perdidas, demonstradas por características emocionais e psicológicas, intelectuais e profissionais, físicas, sociais e espirituais que podem resultar em desinteresse, sofrimento moral, esgotamento e colapso.²⁶ O mesmo autor, defende ainda que a fadiga por compaixão é complexa, pois as suas consequências afetam enfermeiros, as organizações e os pacientes.²⁶

A fadiga por compaixão nos enfermeiros pode afetar a sua satisfação no trabalho, bem como os resultados no paciente e, para além disso, pode conduzir ao abandono da profissão que já está atormentada pela escassez de pessoal.²⁶

Alguns estudos relataram os níveis de satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e *burnout* em prestadores de CP. Frey⁷³, constatou que cerca de metade (48,4%) dos enfermeiros de CP apresentaram níveis moderados a altos de satisfação com compaixão. No entanto, cerca de um quarto dos participantes tiveram pontuações altas de *burnout* (26,8%). Alkema⁶⁹, descobriu pontuações médias de satisfação por compaixão, *burnout* e fadiga por compaixão entre profissionais de CP. No estudo de Kaur⁷⁴, com prestadores de CP, 49,2% tiveram um nível médio de satisfação com compaixão e 53,8% tiveram um nível médio de *burnout*.

Baqeas⁷⁰, na sua revisão, constatou e alertou que existe um consenso geral de que a fadiga por compaixão está relacionada com *burnout*.

Burnout

Segundo a OMS⁷⁵, *burnout* é uma síndrome resultante do *stress* crónico no ambiente de trabalho que não foi gerido com sucesso. Trata-se de um fenómeno que ocorre em contexto ocupacional e que considera três dimensões: 1) sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia; 2) aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho; e 3) sensação de ineficácia e não realização.⁷⁵ A Organização Internacional do Trabalho⁷⁶, definiu o *burnout* já como uma questão de saúde pública.

O *stress* causado pelo esgotamento profissional tornou-se objeto de preocupação nos últimos anos, no campo da saúde do trabalhador.⁷⁷ Este esgotamento entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde é comum, mórbido, caro e cada vez mais reconhecido como um sério desafio de saúde.⁶⁷

Fatores de risco de *burnout* foram identificados, tais como: controle inadequado sobre a carga de trabalho, trabalho em equipa ineficiente, tempo insuficiente para documentação, atmosfera de trabalho caótica e agitada e falta de alinhamento de valores com a liderança.⁶⁷

Um estudo de Portoguese⁷⁸, evidenciou relação entre *burnout* e excesso de trabalho. Gómez-Urquiza et al⁷⁹, nos achados da sua revisão, constatou que condições adversas de trabalho, como a sobrecarga, a escassez de recursos, com funções muito longas, turnos rotativos e menos pessoal para cada turno são um desafio para a equipa de enfermagem e, se somarmos a isso, baixos salários, pouca autonomia e uma alta relação enfermeiro-utente, a equipa desenvolve insatisfação no trabalho.

Segundo González⁸⁰, o atendimento individual e personalizado do utente está-se a perder, transformando-se num desempenho repetido de tarefas padrão cronometradas, o que provoca uma sensação de falta de realização e desenvolvimento profissional, criando impacto na saúde emocional dos enfermeiros e nos cuidados que fornecem, como resultado da desumanização experimentada em muitos casos.

Um envolvimento emocional significativo aumenta a exposição ao *burnout*,⁸¹ e portanto, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, estão entre os principais grupos de risco.⁸² Este risco, pode acrescer no caso dos enfermeiros de CP, visto que estes estão

expostos a situações difíceis de morte e sofrimento, diariamente, e nas UCP especializadas as pessoas têm um prognóstico terminal, onde é mais comum a comunicação de más notícias e onde o contacto com familiares e doentes é mais contínuo e próximo.⁷⁹

Gómez-Urquiza et al⁷⁹, verificou que os principais fatores relacionados com os níveis de *burnout* em enfermeiros de CP são ocupacionais (carga de trabalho, compromisso, ambiente de trabalho, conciliação e relações com doentes e familiares) e psicológicos (extroversão, neuroticismo, empoderamento, sentido na vida e afeto negativo). Para além disso, conclui que a prevalência de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal em enfermeiros de CP está entre 24% e 30%, o que significa que uma parte importante deles está a ser afetada pela síndrome de *burnout*, sendo necessárias melhorias no ambiente e nas condições de trabalho, bem como intervenções para o reduzir ou prevenir.⁷⁹

3. MÉTODOS

3.1. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação trata-se de um enunciado interrogativo preciso, escrito no presente, que decorre especificamente do objetivo e vão especificar os aspetos a estudar.⁸⁵

No âmbito deste estudo pretendeu-se responder à seguinte questão:

Será que a escassez de tempo é uma limitação na prestação de cuidados de enfermagem numa UCP (de adultos)?

3.2. OBJETIVOS

Objetivo principal

- Perceber se a escassez de tempo limita a prestação de cuidados de enfermagem numa UCP (de adultos)

Objetivos específicos

- Averiguar se o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade
- Identificar em que tipo de intervenções os enfermeiros consideram que despendem mais tempo
- Avaliar como a falta de tempo influencia um turno de trabalho
- Verificar quais são as prioridades do enfermeiro na prestação de cuidados quando se depara com a falta de tempo
- Identificar que tipo de intervenções os enfermeiros investem, quando sentem que o tempo é suficiente
- Analisar que tipo de emoções experienciam os enfermeiros quando se deparam com falta de tempo, na prestação de cuidados
- Averiguar se a falta de tempo contribui para a desmoralização.

3.3. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de carácter qualitativo, descritivo. Neste caso o investigador está preocupado com a compreensão absoluta e ampla de um fenómeno em estudo.⁸⁵ O objetivo deste método é descrever e interpretar, mais do que avaliar,⁸⁵ neste caso, como o fator falta de tempo interfere nos cuidados de Enfermagem numa UCP.

3.4. AMOSTRA

A amostra é não probabilística, intencional, pois foram escolhidos e entrevistados todos enfermeiros, que exercem funções na UCP-RNCCI “O Poverello”, Domus Fraternitas-Fundação de Solidariedade Social, em Braga, que cumpriam os critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Critérios de inclusão

- Enfermeiro que aceite colaborar no estudo perante consentimento informado
- Enfermeiro a tempo integral na unidade, com contrato de trabalho
- Enfermeiro a tempo parcial na unidade, com contrato de trabalho ou prestador de serviços
- Enfermeiro com mais de 6 meses de experiência profissional em Enfermagem

Caracterização da Amostra

No total foram entrevistados 9 enfermeiros, todos do sexo feminino. A média de idades é de 33,7 anos, com idades compreendidas entre os 25 e os 43 anos. Relativamente ao vínculo contratual, 7 dos enfermeiros têm contrato a tempo inteiro e apenas 2 são prestadores de serviços, a tempo parcial.

Dos 9 participantes, 7 apresentavam algum tipo de formação em CP e apenas 2 não tinham qualquer tipo de formação (ver gráfico 1). Dos que têm formação, 5 detêm pós-graduação em CP, os restantes têm curso básico ou intermédio de CP (ver gráfico 2).

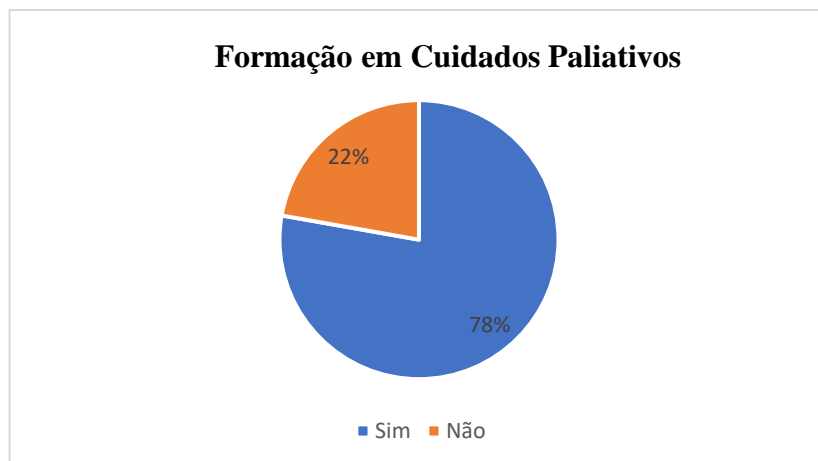


Gráfico 1 - Enfermeiros e a formação em Cuidados Paliativos

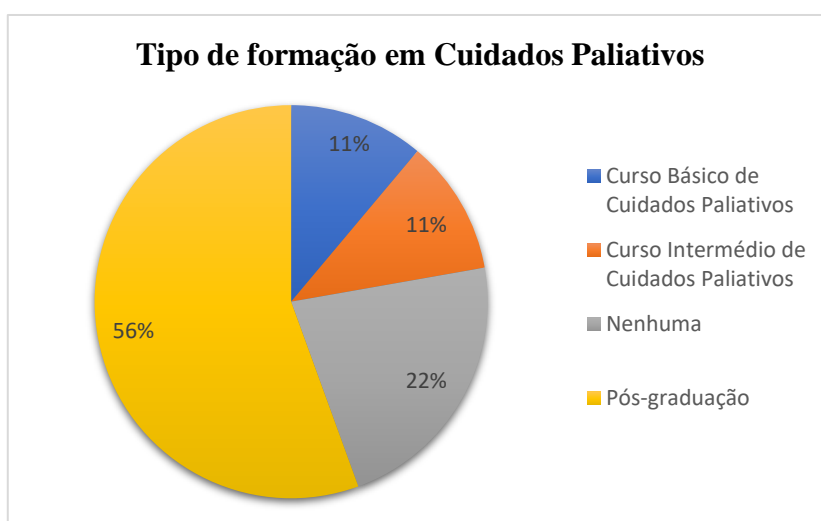


Gráfico 2 - Tipo de formação em Cuidados Paliativos dos enfermeiros

Nos que respeita aos anos de experiência profissional em enfermagem, o grupo de participantes é bastante heterogéneo (ver gráfico 3), sendo a média de 11,2 anos e o grupo com maior destaque foi entre os 7 e os 11 anos de experiência. Tendo em conta o tempo de serviço numa UCP (ver gráfico 4), verificou-se que a média é de 5,7 anos, sendo que com mais expressão se apresentam os participantes entre os 9-13 anos e os 13-17 anos.

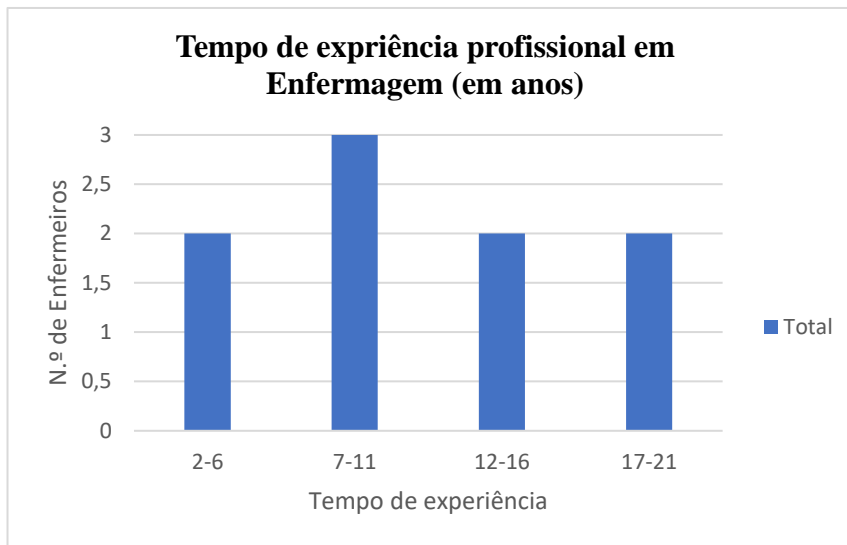


Gráfico 3 - Tempo de experiência profissional em Enfermagem, em anos

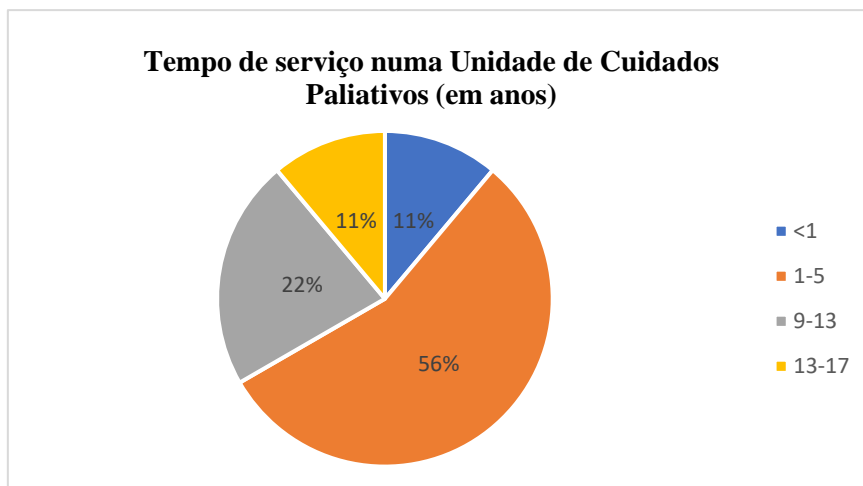


Gráfico 4 - Tempo de serviço numa UCP, em anos

3.5. RECOLHA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista individual, semiestruturada, seguindo o “guião de entrevista” (ver anexo 1). Para Minayo⁸⁶, a entrevista é a técnica mais utilizada no processo de trabalho qualitativo empírico, pela sua ampla comunicação

verbal e sentido estrito de construção de conhecimento. Refere ainda que, na entrevista semiestrutura a abordagem aos entrevistados é assegurada, pois existe um claro apoio na sequência ordenada de um roteiro.⁸⁶

Foi realizado um pré-teste ao instrumento de colheita de dados a 5 enfermeiros do Poverello que trabalham na Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Após a submissão e aprovação do projeto de investigação, deu-se início ao estudo. As entrevistas foram realizadas durante o mês de Junho, seguindo-se a análises e tratamento de dados.

As entrevistas foram realizadas através da plataforma *zoom*, conforme indicação da instituição, fora do horário do serviço, conforme disponibilidade do entrevistado. O tempo previsto para cada entrevista seria entre 30 a 45 minutos, sendo que este tempo foi cumprido em todas as entrevistas. Todas as entrevistas foram gravadas para posterior transcrição e análise.

3.6. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

A análise de dados foi realizada tendo em conta a teoria ancorada,⁸⁵ recorrendo ao software informático académico para análise de dados qualitativos, o “MAXQDA” (VERBI GmbH, 2023) para a codificação.

3.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Na investigação aplicada aos seres humanos é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação.⁸⁵ Desta feita, este estudo respeitou os códigos de ética, e foram considerados todos os direitos fundamentais dos participantes, nomeadamente: a autodeterminação, a intimidade, a confidencialidade, o anonimato e a proteção contra o desconforto e prejuízo, conferindo o tratamento justo e leal⁸⁵.

Este projeto foi submetido para autorização à comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (ver anexo 2). Foi solicitada autorização formal para a realização do estudo à instituição envolvida, a qual foi concedida (ver anexo 3). Todos os participantes realizaram o estudo sob o seu consentimento informado, onde constava o objetivo do estudo, bem como o seu direito ao anonimato e confidencialidade, sendo a sua participação voluntária (ver anexo 3).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A apresentação e discussão de resultados será realizada em simultâneo e está estruturada por temas, que estão de acordo com os objetivos delineados nesta pesquisa. As citações dos enfermeiros entrevistados estão colocadas em itálico, para facilitar a diferenciação de outras.

4.1. A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SE O TEMPO É SUFICIENTE PARA A REALIZAÇÃO DE TODAS AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM QUALIDADE

A resposta dos enfermeiros entrevistados quando questionados se consideravam que o tempo era suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade, foi uníssona e perentória, ou seja, todos os participantes responderam que não, que o tempo não é suficiente.

Esta constatação é corroborada pela literatura, que aborda a falta de tempo como uma realidade na enfermagem, pois são vários os estudos que relatam que os enfermeiros não têm tempo para concluir todas as tarefas de cuidados de enfermagem necessárias, sendo esta pressão de tempo percebida pelos mesmos e a prestação de bons cuidados no atual ambiente de enfermagem representa um verdadeiro desafio ético para os enfermeiros.⁹ Para além disso, é claro que área dos CP também se depara com esta realidade.

Associado a esta falta de tempo, os enfermeiros aludiram algumas das razões para a sua ocorrência.

Uma delas foi a complexidade e as necessidades dos doentes e das suas famílias, que foi defendido pelos enfermeiros como crucial neste aspeto.

“As necessidades tanto das famílias como dos utentes exigem sempre de nós mais tempo e mais empenho para com eles”, Entrevista 1.

A complexidade destes doentes exige um controlo sintomático rigoroso e frequente e, por vezes, torna-se difícil dar resposta a todos.

“Porque, às vezes, temos utentes nas várias fases dos cuidados paliativos, em que alguns estão com controlo sintomático (e outros nem tanto), que temos que fazer um controlo sintomático ativo e mais variado e, muitas das vezes, ao estarem a passar por essa fase ao mesmo tempo, não conseguimos, ao ser um enfermeiro para dez doentes, dar resposta”, Entrevista 3.

“Se tivermos um ou dois com descontrolo de sintomas, já não conseguimos gerir tudo”, Entrevista 9.

“Ainda no outro dia, um exemplo prático, tive uma hemorragia, um vómito e uma queda ao mesmo tempo”, Entrevista 5

Para além dos doentes, os entrevistados reconhecem que o cuidado à família é fundamental em CP, e como isso interfere com o tempo.

“Os cuidados paliativos requerem mais tempo com as famílias”, Entrevista 7.

“As famílias, também precisam muito aqui da nossa intervenção e nós não conseguimos ter tempo para dedicar, o suficiente, às famílias”, Entrevista 5.

Este apoio à família é um pilar dos CP e trata-se de outra ferramenta essencial para o sucesso no cuidado a estes doentes.¹⁷

Os enfermeiros também reconhecem o seu esforço pela prestação de cuidados humanizados, o que requer outra atenção, e conseqüentemente, mais tempo. Tal é defendido por Costa³¹, ao referir que a humanização no enfermeiro paliativista recebe uma conotação ainda mais profunda, dada a reflexão que a finitude da vida traz a todos os envolvidos.

“Porque todas as intervenções de enfermagem implicam aqui uma humanização e essa humanização implica dispêndio de tempo”, Entrevista 2.

A fraca dotação de recursos humanos de enfermagem, foi relatada como outro contributo muito significativo para a carência de tempo.

“Se tivéssemos outros recursos humanos, o tempo era melhor gerido e nós conseguíamos dedicar melhor às intervenções de enfermagem”, pois “os

rácios que temos na nossa unidade, interferem no nosso tempo e na nossa qualidade” Entrevista 6.

“Somos insuficientes, uma pessoa para dez”, Entrevista 5.

Estamos perante uma realidade atual na enfermagem, que conduz à sobrecarga de trabalho dos profissionais e que é relatada em vários estudos. E esta falta de recursos, segundo os enfermeiros, é agravada ainda pelo facto de ser uma unidade especializada.

“Com a necessidade que os utentes precisam de cuidados e especializados (...) não nos conseguimos dedicar a cem por cento”, Entrevista 5.

Para além disso, foi abordada a necessidade de reforçar os rácios na RNCCI, referindo que:

“a tomada de decisão, por vezes, seria mais facilitada se, por exemplo, tivéssemos outro enfermeiro connosco nas unidades de cuidados continuados a trabalhar em equipa, enquanto que, para ali, a decisão fica só para esse enfermeiro que está no serviço”, Entrevista 3.

Constata-se, desta forma, que as UCP-RNCCI vivem a mesma problemática nacional de baixos recursos nas equipas de CP, defendido pelo Plano Estratégico Para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022.¹

4.2. TIPO DE INTERVENÇÕES QUE OS ENFERMEIROS DESPENDEM MAIS TEMPO

Tendo em conta as intervenções onde despendem mais tempo, os participantes deste estudo abordaram os cuidados de higiene, a comunicação e o apoio à família, como as principais.

Os enfermeiros concordam que são os cuidados diretos ao doente, principalmente, os cuidados de higiene, no período da manhã, a intervenção que, durante o turno, permanecem mais tempo.

“Maioritariamente, nos cuidados diretos ao doente, ou seja, satisfazer as necessidades básicas fundamentais do doente, cuidados de higiene, cuidados de alimentação”, Entrevista 8. “A nível de cuidados de higiene é onde gastamos um bocadinho mais tempo”, Entrevista 1.

“Se tivermos a falar de intervenções de enfermagem diretamente, logo pela manhã, os cuidados de higiene é aquilo que nós despendemos mais tempo”, Entrevista 6.

“A nível de cuidados de higiene demora o seu tempo, obviamente, para fazer as coisas em condições. Claro que é das coisas, os cuidados de higiene, que demoram mais tempo”, Entrevista 4. “Nós despendemos muito tempo para os cuidados de higiene”, Entrevista 9.

A comunicação e o apoio ao doente e à família, foram também consideradas como intervenções onde os enfermeiros de CP consomem mais tempo do seu trabalho.

“Porque nós consideramos o ser holisticamente e ao trabalharmos com a árvore que é base o utente, acabamos também por ramificar para a família. E não só a nível de intervenções de execução, mas também de intervenções de escuta ativa e comunicação”, Entrevista 3.

“O apoio à família. O acompanhamento nessa fase terminal, as dúvidas, os medos, tudo o que é a parte emocional...isso é um tempo um bocadinho difícil de contabilizar, é muito diferente de fazer um penso, em que eu sei que vou demorar dez ou quinze minutos, agora, toda a parte relacional, que é extremamente

importante, não consigo contabilizar com certeza o tempo que vou ficar com eles. E também não posso fazer com pressa”, Entrevista 7.

“Não é perder, mas despendemos de mais tempo, utilizamos mais tempo, nestas especificidades que são os cuidados paliativos, nomeadamente, no utente/família (...) porque nós consideramos o ser holisticamente e ao trabalharmos com a árvore que é base o utente, acabamos também por ramificar para a família”, Entrevista 3.

Isto demonstra que estes são pilares dos CP e praticados nos cuidados diários dos enfermeiros de UCP, tal como prova a literatura que defende que estes se esforçam para conhecer e entender os valores e desejos de seus doentes, respeitando a fase em que cada um se encontra e como vivencia sua doença e seus cuidados, oferecendo um cuidado individualizado e holístico e “estar presente” faz parte do cuidado holístico.²⁴

O controlo sintomático foi também ainda apontado como uma intervenção relevante no que respeita ao dispêndio de tempo.

“e também, sem dúvida, (...) o controlo sintomático do doente”, Entrevista 8.

A parte burocrática dos cuidados de enfermagem, foi também relatada como uma intervenção que os participantes alegam despendem bastante tempo.

“Com as burocracias todas que temos que preencher, acho que isso dificulta o nosso “estar presente” com o utente e o “estar presente” com a família, e prestar os cuidados que eles efetivamente necessitam”, Entrevista 5.

“Depois também perdemos com a parte informática. Lá está, a parte dos registos que acaba por ser um trabalho que não é tão visível assim, para quem está do lado de fora, até mesmo para as famílias, que acham que nós estamos ali sem fazer nada, e é uma parte burocrática que temos, obrigatoriamente, que fazer para validar o nosso trabalho”, Entrevista 1.

No estudo de Aiken⁸³, os enfermeiros referiram com frequência atividades realizadas que não estão diretamente relacionadas com o cuidar, como é o caso das burocracias, e como esta podem contribuir para o aumento da omissão de cuidados.

4.3. COMO A FALTA DE TEMPO INFLUENCIA O TURNO DOS ENFERMEIROS

A influência que a falta de tempo induz nos enfermeiros de CP durante o turno é notória e muito abrangente.

Os enfermeiros referem que esta escassez de tempo exige um planeamento constante, ao longo de todo o turno.

“Nós temos mesmo de ter a capacidade de estar sempre a pensar no «a seguir»”,
Entrevista 6.

“Influencia, porque temos, desde logo, que nos é passado o turno, fazer uma avaliação e uma valorização global: o que é que eu vou conseguir fazer neste tempo e o que não vou conseguir fazer? (...) Portanto, acho que é o planeamento que acaba por ser bastante importante”, Entrevista 3.

Contudo, este planeamento, e perante a real escassez de tempo, obriga à gestão de prioridades por parte destes profissionais.

“Às vezes há um óbito, há uma pessoa que teve uma hemorragia, há uma pessoa tem uma crise de vómitos, há um familiar que quer falar connosco ao telefone. É tanta coisa para gerir que eu sinto que (...) tenho que ser prioritária naquilo que é mais importante naquele momento e agir”, Entrevista 6.

“Tenho de estabelecer prioridades, claro”, Entrevista 7. *“Temos, muitas das vezes, de fazer opções e termos o pensamento crítico em cima da mesa, para ver e valorizar qual é a iminência e a urgência de cada doente”,* Entrevista 3.

Vinckxa⁹, relatou no seu estudo como definir prioridades, planear e organizar o cuidado, eram alguns exemplos de estratégias ativas abordadas pelos enfermeiros. Também os participantes deste estudo nomearam algumas estratégias que utilizam para amenizar esta falta de tempo.

Uma das estratégias, por exemplo, é realizar e priorizar sempre as tarefas que consideram essenciais, que têm que ser realizadas durante o turno, que na sua consideração não podem falhar, tais como cuidados de higiene, posicionamentos, administração de medicação, entre outras.

“Tenho que, evidentemente, os cuidados mais básicos (entre aspas, claro), têm que ser feitos, como a medicação, pensos, essas coisas. Agora, se calhar não vou ter o tempo suficiente para ter essa conversa com o doente ou com a família”, Entrevista 7.

“Porque, durante o dia, devido à escassez de tempo, temos intervenções que têm que ser feitas, são prioritárias, e não posso privilegiar, infelizmente, estar ali meia hora com um utente a falar um bocadinho com ele.”, Entrevista 6.

“Eu tento não diminuir, pelo menos naqueles cuidados que eu quero primar por dar tempo ao doente e por fazer o mais correto possível, tento não tirar tempo a isso, ou seja, não tirar tempo aos cuidados de higiene porque acho que são super importantes, o posicionamento, a preparação da medicação.”, Entrevista 1.

No estudo de Paiva-Santos³⁹, nenhum dos enfermeiros reportou ter omitido, no seu último turno, tratamentos e procedimentos, o que prova que os enfermeiros tendem, efetivamente, a priorizar os cuidados interdependentes em detrimento das intervenções autónomas. Isto pode observar-se juntos dos entrevistados, quando referem que tentam cumprir rigorosamente os procedimentos a realizar durante o turno (que são cuidados interdependentes, pois afetam o turno seguinte se não forem realizados) mas intervenções que autónomas, como por exemplo, relacionadas com comunicação e apoio à família, ficam por vezes para trás, pela falta de tempo.

No entanto, tendo noção clara que são afetados pela escassez de tempo, e estrategicamente, os enfermeiros, utilizam e aproveitam estes cuidados que consideram essenciais, para colmatar esta falta de tempo, que lhes vai condicionar outras intervenções, como por exemplo, conversar com o doente.

“Às vezes, tenho pena de não poder arrastar uma cadeira e de me sentar a conversar com o utente. Pelo menos, nos turnos de dia, tenho muito essa frustração. O que é que faço? Aproveito muito os cuidados de higiene ou os posicionamentos para fazer isso, mas, às vezes, gostaria de ter esse tempo”, Entrevista 6.

Vinckxa⁹, mencionou como os enfermeiros procuraram soluções criativas para trabalhar da forma mais eficiente e adequada possível, exemplificando também como uma

enfermeira, conversava com o seu paciente durante o banho no leito, de forma a rentabilizar o seu tempo.

Contudo, os enfermeiros participantes neste estudo alertam que esta gestão de prioridades pode acarretar problemas de consciência e insatisfação, pois não conseguem alcançar todos os seus objetivos traçados para aquela jornada de trabalho.

“O que eu tenho depois consciência, é que posso estar, às vezes, a não ser o mais justa e o mais correta possível”, Entrevista 8.

Alegam ainda que acabam por:

“passar menos tempo com alguns doentes e não deveria ser assim. Prestamos cuidados mais rápidos, não é que não se preste bons cuidados, mas são uns cuidados mais aquém, porque é algo mais rápido, para darmos mais atenção ao doente que esteja com algum sintoma associado e tenhamos que estar com ele com mais atenção”, Entrevista 9.

Para além disso, esta falta de tempo obriga-os a atrasar cuidados ou deixá-los para trás, o que reporta também a presença de cuidados de omissos junto destes profissionais. Os enfermeiros veem-se obrigados a tomar opções e decisões difíceis, visto que são obrigados a escolher entre uma intervenção e outra.

“Também já me aconteceram situações em que as famílias pediram a atenção, começaram a chorar, e eu tive que perder cerca de meia hora ou vinte minutos a conversar com a família e sei que estava a deixar lanches, posicionamentos, por fazer”, Entrevista 4.

“Vou ter que escolher, se calhar falar só com uma família, em vez de falar com as outras”, Entrevista 7.

“Já me aconteceram situações de ter dois doentes com sintomas a controlar e realmente... imagine-se vou prestar cuidados de qualidade, sei lá, por exemplo, um posicionamento, deixá-lo para mais tarde? Se calhar, aquele posicionamento devia ter sido feito um bocado mais cedo e tenho que optar pelo que vou fazer naquele momento”, Entrevista 4.

Perante isto, os participantes alegam que, por vezes, não conseguem atingir cuidados satisfatórios, que leva à sua própria insatisfação e sentimentos de incapacidade e frustração.

“A falta de tempo influencia porque, muitas vezes, não consigo fazer as coisas de uma forma satisfatória, ou até com qualidade”, Entrevista 4.

“É uma insatisfação e uma frustração, de não conseguir chegar a todos os utentes e famílias, de forma com qualidade, de satisfazer todas as necessidades das pessoas”, Entrevista 2.

“Queremos ser úteis para todos os utentes e, às vezes, ficamos frustrados por não conseguir dar tudo. [...] Nós demos tudo de nós, mas sentimos que não foi suficiente em relação aqueles utentes”, Entrevista 5.

Na pesquisa de Head³⁸, sobre satisfação no trabalho dos enfermeiros de CP, também estes expressaram frustração quando não é permitido prestar assistência de qualidade por causa da sobrecarga de trabalho e os resultados podem ser enfermeiros e pacientes insatisfeitos.

Esta escolha de um cuidado em detrimento de outro, não correspondendo à expectativa dos cuidados satisfatórios, na leitura dos enfermeiros paliativistas, acaba por os dirigir para uma gestão de emoções e sentimentos como ansiedade, *stress* e frustração.

“Influencia sempre porque, eu própria, tenho logo um sentimento de um pouco mais de ansiedade, um pouco mais de stress, para tentar fazer as coisas o melhor possível”, Entrevista 6.

“Eu acho que a falta de tempo [...] nos deixa stressados, frustrados, ansiosos.”, Entrevista 5.

“Sem dúvida, que esta escassez de tempo, ao longo do meu turno, obriga-me a estar muito alerta em tudo e desperta-me às vezes sentimentos de ansiedade e stress, que eu tento me conter e não passar, porque é algo interno, é algo comigo”, Entrevista 6.

Na percepção dos entrevistados, a própria relação entre os enfermeiros e o doente/família fica afetada pela falta de tempo.

“E depois o resto do turno, a gente se calhar, a lidar com famílias, que é uma coisa muito importante em paliativos, nós estamos tão frustrados que até, se calhar, perdemos alguma da delicadeza, ou alguma atenção que devíamos ter, por causa desta frustração e deste stress, e de termos várias coisas para gerir. Acho que acabamos também por prejudicar a nossa relação terapêutica”, Entrevista 5.

“Quando a nossa disponibilidade para com os familiares é quase nula e os familiares depois sentem isso e transmitem essa insegurança aos seus doentes internados. Enquanto que, quando nós conseguimos estar com os familiares, estar com doentes, e os familiares sentindo-se confortáveis, seguros, transmitem essa calma aos doentes internados”, Entrevista 2.

A comunicação e o investimento na relação terapêutica são essenciais em CP e acabam por ficar também afetados pelo tempo que os enfermeiros dispõem para o fazer. No meio de tantas intervenções, os enfermeiros deparam-se com uma “ginástica” laboral, para poder atender a todas as necessidades dos doentes.

“Nós temos que ter uma comunicação eficaz e, de facto, é aquilo que mais me custa, não poder estar lá mais um bocadinho ou, se estou porque é necessário estar, sei que vou andar a correr o resto do turno para conseguir fazer as outras intervenções de enfermagem”, Entrevista 6.

Esta problemática é corroborada pela literatura, pois no estudo de Mok²⁵, que versa sobre a relação enfermeiro-paciente em CP, este conclui que quando os enfermeiros dedicam tempo para conversar com os pacientes, de forma a atender às suas necessidades, enfrentam outras demandas de trabalho concorrentes, e para o fazer têm que reorganizar o seu trabalho.

Alguns enfermeiros assumiram ainda que, por vezes, acabam por descorar o seu próprio cuidado em prol do doente.

“Tiro tempo a mim própria, ou seja, se calhar almoçamos mais depressa, se calhar não paramos o tempo a que temos direito durante a nossa jornada de trabalho para conseguir dar o tempo mais aos doentes e às famílias e ao resto das tarefas que temos para cumprir, porque, muitas vezes, não lancho ou a gente não almoça

na nossa meia hora ou almoça em dez ou quinze minutos para conseguir valer a uma família que está a chegar, ou a um doente que vai entrar, ou um doente que precisa de nós, às vezes nem que seja para uma conversa ou para esclarecer algum dúvida que o doente tenha”, Entrevista 1.

Carter⁸⁴, alertou para este facto, pois constatou que os enfermeiros de CP negligenciam as suas próprias necessidades físicas à medida que atendem às necessidades dos seus pacientes.

No estudo de Vinckxa⁹, as percepções dos enfermeiros sobre a pressão do tempo também foram influenciadas por fatores contextuais, referindo-se a circunstâncias específicas que intensificaram a pressão. Condições agudas repentinas, combinadas com múltiplos eventos durante um curto período de tempo obrigam os enfermeiros a reorganizar os seus cuidados.⁹ Tal sucedeu também nos enfermeiros deste estudo, que abordaram as degradações do estado clínico, situações de emergência e até admissões, como contextos influenciadores importantes na gestão do seu tempo.

“Os nossos doentes são muito instáveis, agora estão bem e daqui a bocado já pode haver um descontrolo sintomático e, às vezes, são todos ao mesmo tempo ou são muitos ao mesmo tempo. (...) mas tenho que ser prioritária naquilo que é mais importante naquele momento e agir”, Entrevista 6.

“Situações de emergência, que já me aconteceu, uma hemorragia, em que eu tive de atuar perante uma hemorragia e deixar os cuidados de higiene para depois, porque sou só uma. Nem sempre é fácil”, Entrevista 4.

“Às vezes está prevista uma admissão para a tarde, mas vem ao almoço ou no final da manhã. Não é como nós queremos. Influencia sempre porque, eu própria, tenho logo um sentimento de um pouco mais de ansiedade, um pouco mais de stress, para tentar fazer as coisas o melhor possível mas naquele período de tempo porque sei que, a seguir, inevitavelmente, porque sei que vai acontecer, vou ter uma admissão, que me vai requerer mais tempo”, Entrevista 6.

A organização eficiente do cuidado foi considerada uma importante habilidade de enfermagem, mesmo quando não havia restrições de tempo, contudo, quando ocorreram

situações agudas e eventos inesperados (por exemplo, deterioração rápida de um paciente), o planeamento dos cuidados por parte dos enfermeiros foi retardado.⁹ Esta confrontação com pacientes gravemente doentes, moribundos ou até mesmo situações de ocorrência de morte de um, desencadeia situações de maior pressão de tempo, que leva a cuidados atrasados ou limitados para outros pacientes.⁹ Também no estudo de Loureiro⁴⁰, no que respeita aos itens da dimensão gravidade e fluxo de doentes, os enfermeiros reportaram como razões significativas para cuidados omissos, o aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade (52,88%), as situações de doentes urgentes (45,67%) e a elevada atividade de admissão e alta (41,83%).

4.4. O QUE PRIORIZAM OS ENFERMEIROS QUANDO SE DEPARAM COM A FALTA DE TEMPO

Os enfermeiros de CP que participaram neste estudo consideraram que a sua prioridade é o doente e as intervenções direcionadas a ele, mas enalteceram seu sofrimento, e por isso, consideraram o controlo sintomático e o seu respetivo sucesso como primordiais.

“Tudo o que esteja inerente ao doente, para mim, é prioritário. (...) seja ele terapêutica, seja ele cuidados de higiene, seja ele o que for que o doente precise, para mim, é o prioritário. Primeiro está ele e depois todo o resto”, Entrevista 1.

“O que eu priorizo, efetivamente é o sofrimento. Isto é, eliminar o desconforto ou o sofrimento aquele doente é a minha prioridade”, Entrevista 2.”

Quando me deparo com a falta de tempo, para mim, prioritário, é, sem dúvida, o controlo sintomático (...) Garantir que tenho o doente com os sintomas controlados, o doente sem dor, sem dispneia. Isso, para mim, é prioritário e, enquanto não consigo isso, todas as outras intervenções, passam a ser acessórias, desde cuidados de higiene, cuidados de alimentação”, Entrevista 8.

Tal é corroborado por Sekse⁴, que também no seu estudo junto dos enfermeiros de CP, estes abordaram a importância do seu papel em manter os pacientes sem sofrimento, onde o alívio da dor e dos demais sintomas eram vistos como essenciais, e como isto trazia conforto tanto para o paciente como para si próprio. Também Moran²⁴, conclui que uma das principais preocupações dos enfermeiros que laboravam em unidades especializadas de internamento, e que consideravam stressantes, era quando os pacientes sofriam de sintomas descontrolados.

A família foi assumida também como um foco prioritário dos cuidados dos enfermeiros, mas seguida ao controlo do doente.

“A segunda prioridade é ir ao desconforto daquela família (...). Depois do controlo sintomático daquele doente, aí sim, em segundo plano a família”, Entrevista 2.

“Nos meus cuidados, a minha prioridade é: os meus doentes têm de estar bem, com os sintomas controlados, têm que estar confortáveis, se uma família quiser falar comigo eu vou falar com a família, para mim, é sempre isso”, Entrevista 6.

Consideram que o apoio à família é uma ferramenta essencial do seu trabalho, e como esta influencia até o sucesso do mesmo.

“Se eu notar que alguma família precise do meu apoio, por uma questão espiritual ou emocional, eu vou-me debruçar mais sobre esse assunto”, Entrevista 4.

“Porque se a família não estiver bem, eu sei que o doente não vai estar bem. Pronto, porque, de facto, o nosso foco de cuidados é o doente e a família”, Entrevista 6.

Como intervenções menos prioritárias, os participantes referiram a parte burocrática que está envolta dos seus cuidados, apesar de reconhecerem a sua importância para a profissão e para o doente.

“A nível da parte de burocracia, registos de enfermagem, que isso é tudo importante para haver uma continuidade de cuidados e para ficar registado aquilo que nós prestamos, é sempre a última coisa que faço. Porque nós temos que dar prioridade ao doente, e pronto, depois acabamos por ter que deixar isso para último. O que não deveria ser assim, porque aquilo que nós prestamos devemos registar tudo direitinho a tempo e horas o que, na maior parte das vezes, não acontece”, Entrevista 9.

“Prioritário, para mim, é sempre o doente e família. É sempre quem está dentro de um quarto e não tão dentro do computador.”, Entrevista 3. *“Eu jamais vou privilegiar fazer um registo informático, quando sei que está ali um utente que não está confortável, ou quando tenho uma família que quer falar comigo”* Entrevista 6.

Como não são considerados prioritários pelos profissionais, mas obrigatórios, perante a escassez de tempo, os registos condicionam e alongam o horário de trabalho dos enfermeiros.

“Nós temos tantas rotinas (...) burocracias a nível de computador – registos informáticos – nem que fique depois da passagem de turno a fazer”, Entrevista 6.

“Eu, raramente, saio antes das nove da noite porque, ao final da passagem de turno, tenho de acabar os registos que ficaram que fazer, porque não tive tempo.”
Entrevista 6.

“À posteriori, ou tenho, lá está, que despende de mais tempo pós-turno para fazer a escrita daquilo que transmiti.”, Entrevista 3.

Na pesquisa de Vinckxa⁹, os enfermeiros referiram que aumentar o ritmo de trabalho e fazer horas extras era uma realidade para tentar cumprir e completar todas as atividades assistenciais de enfermagem, contudo, isto era indesejável.

Esta facto pode conduzir a uma problemática na documentação das intervenções de enfermagem realizadas durante o turno. Ascensão²³, na sua pesquisa, identificou mais necessidades de cuidados de enfermagem do que cuidados de enfermagem prestados, o poderia ser explicado pelo não registo dos mesmos por parte dos enfermeiros. E com isto, conclui que os enfermeiros atendem às necessidades dos utentes, deixando os registos para mais tarde, permitindo que a análises dos registos de enfermeiros se traduza num retrato infiel da prática de enfermagem.²³ Moran²⁴, alerta para esta necessidade de documentação das intervenções dos enfermeiros de CP, para que os cuidados compassivos não se tornem invisíveis no plano de cuidados do doente.

4.5. QUE TIPO DE INTERVENÇÕES INVESTIRIAM OS ENFERMEIROS SE TIVESSEM MAIS TEMPO

Quando questionados sobre as intervenções que investiriam se tivessem mais tempo, os enfermeiros de CP não deixaram dúvidas na sua intenção de poder despende mais tempo junto do doente e da família, fomentando a relação terapêutica, através de uma comunicação eficaz.

“A parte comunicacional, muitas vezes, acho que se tivéssemos mais tempo, era bom investirmos nessa área, porque eles precisam de falar, as famílias precisam de falar e, muitas vezes, vêm que nós andamos a correr para cumprir os nossos tempos e para conseguir ter tudo feito e acho que, até eles próprios, às vezes, se inibem de perguntar ou de questionar, porque percebem que a gente anda a correr de um lado para o outro.”, Entrevista 1.

“Se tivesse mais tempo, sem dúvida que investiria a nível da comunicação.”, Entrevista 6.

“Estabelecer aqui uma relação terapêutica ainda mais próxima, com uma comunicação mais presente. Para ter mais tempo com a própria família, dar mais apoio à família que, numa fase, num estadio de doença avançada, a família também requer muito atenção da parte da equipa.”, Entrevista 8.

Os enfermeiros consideram que as habilidades de comunicação são uma competência essencial na prestação de cuidados compassivos, e esforçam-se em tentar preparar os pacientes e familiares para os últimos dias de vida e para a morte.⁶⁵ Esta perspetiva dos profissionais, denota, mais uma vez que, efetivamente, quando os doentes se aproximam do fim de vida, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os familiares dos doentes é vital para garantir que os doentes tenham uma 'boa morte'.²⁰

Os participantes alegam ainda que a falta de tempo os obriga a focar-se mais nas necessidades físicas, de modo que as suas tarefas sejam cumpridas no turno, prejudicando a parte comunicacional do doente/família e de apoio à família, que na sua perceção é fulcral para área dos CP.

“Porque eu tenho noção que, como eu disse, com mais ou menos tempo, eu fico de consciência tranquila, porque a nível dos doentes, nas tarefas diárias, nas intervenções diárias, no controlo de sintomas, eu dei o meu melhor e eles ficam bem. Mas depois, descuro um bocadinho mais a comunicação com o doente, estar ali mais tempo a falar com ele, a comunicação com a família.”, Entrevista 6.

“Sem dúvida, no contacto com as famílias e com os doentes (...). Porque, muitas vezes, nós não temos tempo para esse tipo de intervenção, que é fundamental nos cuidados paliativos quer na área de enfermagem, sem dúvida, porque nós temos que olhar para o doente de forma holística, não só o controlo sintomático, a parte física, mas também a parte emocional e espiritual.”, Entrevista 4.

“Com mais tempo, mais apoio ao doente, não em cuidados diretos, não em tratar só sintomas físicos.”, Entrevista 8.

Quando os enfermeiros sentem pressão de tempo, as tarefas com impacto mais imediato e visível acabam por receber prioridade relativamente às necessidades psicossociais e emocionais dos pacientes, visto que é mais difícil estimar o tempo necessário, o que os leva a disponibilizar menos tempo para isso.⁹

Conhecer o doente, atender aos seus desejos, preparar a família neste caminho difícil dos últimos dias de vida são preocupações que os enfermeiros também demonstraram, e como gostariam de ter mais tempo para poder investir na concretização destas intervenções.

“Investia mais sobre a preparação da família e do doente, na fase da vida que eles estão a passar. Conseguir prepará-los mais, conseguir atender a desejos que eles tenham. Claro, passaria mais tempo nisso e, às vezes, vejo que o doente está um bocado sozinho.”, Entrevista 7.

“Atender, se calhar, a mais desejos dos doentes. Ter mais disponibilidade para o ouvir, para o perceber melhor, muitas das vezes, o seu percurso de vida, para perceber melhor as emoções que o doente está a vivenciar naquele momento.”, Entrevista 8.

Vinckxa⁹, afirmou que ter de adiar conversas, demonstrar sinais não-verbais de falta de tempo, prestar um atendimento de forma apressada contrastam com o que os enfermeiros percebem como importante no atendimento a este tipo de população de pacientes e

associam a isso a dificuldade em estabelecer um vínculo de confiança com os pacientes. Também Silva¹⁸, reconheceu a comunicação como a principal aliada na relação paciente, família e enfermeiro, pois através da comunicação sincera, forma-se o vínculo de confiança necessário para que a assistência tenha êxito, e principalmente para que a autonomia do paciente seja não só respeitada, mas também compreendida.

O condicionamento que esta falta de tempo acarreta para o enfermeiro na resposta às necessidades de comunicação com os doentes e a sua família, é uma realidade na enfermagem, e que se espalha pelas várias áreas de especialidade, incluindo a área dos CP, onde a sua importância é efetiva.

No estudo de Ascensão²³, realizado em Portugal, verificou-se que confortar/ falar com as pessoas internadas foi o cuidado omitido com maior percentagem e, no entanto, este estudo, foi realizado num hospital de oncologia, onde os CP estão presentes também no seu quotidiano. Também no seu estudo, ficou claro que os enfermeiros tendem a priorizar os cuidados interdependentes, em detrimento das intervenções autónomas, pois nenhum enfermeiro reportou ter omitido “tratamentos e procedimentos”.²³

Esta situação, foi observada similarmente e identificada pelos participantes neste estudo, que abordaram os cuidados básicos e interdependentes como obrigatórios para concluir o seu turno (tais como cuidados de higiene, pensos, medicação), e acabavam por sentir-se forçados a descorar as intervenções como a comunicação e o apoio à família, apesar de defenderem largamente a sua relevância e demonstrar até sentimentos de frustração por nem sempre conseguirem atingir a sua perspetiva ideal de cuidado.

4.6. AS EMOÇÕES QUE OS ENFERMEIROS EXPERIENCIAM QUANDO SE DEPARAM COM A FALTA DE TEMPO

Ao ser questionados que tipo de emoções vivenciavam quando se deparavam com a falta de tempo, os enfermeiros da UCP, deram o papel principal à frustração.

“Frustração. Muita frustração. (...) É frustrante, uma pessoa vir embora e perceber que não tive tempo para fazer tudo.”, Entrevista 1.

“Sinto-me frustrada.”, Entrevista 3.

“É frustração, sem dúvida. Acho que a frustração é a emoção que eu sinto mais.”, Entrevista 4.

Esta frustração advém do facto de não conseguirem cumprir o seu trabalho como gostariam e consideram desejável, pelo entrave do tempo indisponível.

“Sinto-me frustrada, impotente, porque nós só somos um, mas queremos estar ao mesmo tempo em todo o lado.”, Entrevista 3.

“E, ao final do dia, às vezes, vou para casa a pensar no turno, o que devia ter feito, se devia ter feito mais um bocadinho. Isto gera, às vezes, um bocadinho de frustração.”, Entrevista 6.

“Frustração. É alguma frustração, porque não atinjo, às vezes, tudo o que eu queria fazer.”, Entrevista 7.

Também a literatura contempla este sentimento como presente nos enfermeiros de CP. Head³⁸, na sua pesquisa sobre satisfação no trabalho, junto de enfermeiros de CP, conclui que estes, apesar de sentirem satisfação no trabalho que faziam, expressaram sentimentos de frustração quando não é permitido prestar assistência de qualidade por causa da sobrecarga de trabalho.

Outros sentimentos como *stress*, ansiedade, tristeza, angústia, impotência e até revolta, são emoções que acompanham os enfermeiros de CP no seu dia a dia, numa unidade de internamento.

“Alguma ansiedade, nervosismo, mas a maior parte do tempo revolta, é isso.”,
Entrevista 9.

“E acaba por ser uma angústia, porque queremos dar vazão a tudo, e bem, e acabamos por...até se calhar acabamos por dar vazão, mas não naquela cem por cento de eficácia que a gente queria.”, Entrevista 3.

“Tristeza, porque me ponho do lado o doente e tento, lá está, aqui numa relação empática, perceber as emoções que ele está a vivenciar e eu não fui capaz de atender a essas emoções.”, Entrevista 8.

Referem ainda que, para além, de estarem expostos muitas vezes a estes sentimentos, têm que os mascarar, de forma que isso não interfira com o bem-estar do doente e da família.

“É o stress, frustração, uma irritabilidade, ansiedade e que nós, no momento, temos que gerir todas essas emoções e transmitir uma pacificidade à família, aquela calma, mas por dentro, estamos stressados, a pensar em mil e uma coisas ao mesmo tempo porque temos várias situações para gerir.”, Entrevista 5.

Os enfermeiros entrevistados por Senek⁵⁴, revelaram *stress*, culpa e sentimentos de vulnerabilidade profissional quando se deparavam com esta preocupação em prestar cuidados de qualidade ao paciente.

Porém, os enfermeiros participantes neste estudo deixaram claro que não sentem culpa, pois têm presente que não se trata de um problema pessoal, mas sim da falta de recursos humanos que se vive na atualidade nos cuidados de saúde e, conseqüentemente falta de tempo.

“Mas a culpa não é minha de eu não ter tempo, é o tempo que não é suficiente para tudo aquilo que o meu doente precisa e que a minha família precisa.”,
Entrevista 1.

“Não culpa, porque eu vou de consciência tranquila porque fiz o melhor, mas um bocadinho de frustração, porque sei que, se tivesse tido um bocadinho mais de tempo, poderia ter estabelecido uma comunicação mais eficaz, mais demorada.”,
Entrevista 6.

Câmara⁵⁷, aborda que frustração e tristeza são os sentimentos mais frequentes quando se presta assistência a pacientes em CP em fim de vida, pois para além de lidarem continuamente com o processo de morte, os profissionais deparam-se ainda com limitações na prática clínica, e alerta ainda para o impacto que isto pode ter na saúde mental dos mesmos. A experiência de enfermagem é marcada por situações conflituosas, que expõe o profissional de enfermagem a um misto de sentimentos, na sua maioria negativos, que podem causar danos que se refletem tanto no emocional quanto no campo profissional desse indivíduo, podendo até os afastar das atividades laborais.⁵⁷

A saúde mental dos profissionais de saúde é um tema atual e temas como fadiga por compaixão e *burnout* não foram estudados especificamente, e aprofundadamente, nesta investigação, mas foi verificado na revisão da literatura que são temas atuais na profissão de enfermagem e que podem acometer também os enfermeiros paliativistas, e que para além disso, são influenciados também pela falta de tempo.

4.7. A FALTA DE TEMPO E O SEU CONTRIBUTO PARA A DESMORALIZAÇÃO

A resposta dos profissionais de enfermagem deste estudo, quando questionados se consideravam que a falta de tempo contribuía para a desmoralização, foi maioritariamente que sim.

“Sem dúvida alguma. Nós saímos, muitas vezes, desmoralizados”, Entrevista 1.

“Sim, que acho a desmoralização no sentido da profissão.”, Entrevista 2.

“Considero. Considero, porque isto, depois, é tudo uma bola de neve.”, Entrevista 3.

“Sim, claro. Claro que sim. Estando mais frustrada, acabamos por desmotivar, às vezes.”, Entrevista 7.

Senek⁵⁴, no seu estudo sobre as determinantes da insatisfação no trabalho de enfermeiros, dos 4770 entrevistados, 63,8% relataram sentir-se desmoralizados. Já com o presente estudo, foi possível verificar que esta realidade também se estende à área de CP.

Os enfermeiros desenham bem em como esta falta de tempo conduz a sentimentos de desmotivação e desmoralização, pois apesar do seu empenho, sentem que o cuidado fica inacabado.

“Mas essa falta de tempo também nos desmotiva e nos desmoraliza, e chegas ao ponto em que, investimos tanto e parece que ainda falta sempre alguma coisa, falta sempre dar mais alguma coisa e não é por falta de empenho da equipa, por falta de empenho nosso, é por falta de tempo, a falta é tempo. (...) Gostávamos de ter mais tempo para fazer as coisas e não temos, e vens com aquela sensação de...não é incapacidade, mas lá está, é desmotivação.”, Entrevista 1.

“Eu gosto de prestar os cuidados de excelência ao doente. Se não consigo, eu acabo o meu turno a pensar que poderia ter dado melhor, poderia ter feito melhor pela aquela pessoa, e não conseguindo isso, fico desmoralizada, desmotivada, porque nós, desde a nossa formação, o nosso percurso profissional, passa sempre pelos cuidados de excelência.”, Entrevista 9.

A literatura demonstra que preocupações com recursos inadequados conduz à desmoralização e insatisfação quando os cuidados eficazes não são fornecidos.⁵⁴ Demonstra ainda que quando os enfermeiros se deparam com a falta de atendimento, ter que deixar cuidados inacabados ou por fazer, a probabilidade de se sentirem desmoralizados é cinco vezes maior.⁵⁴

Celis⁶¹, alerta que quando os profissionais de enfermagem são restringidos a fazer aquilo que consideram o que é correto, devido a algum agente externo ou interno, deparam-se com sentimento de impotência por não conseguirem agir de acordo com a sua pretensão, o que conduz ao surgimento do sofrimento moral.

Isto torna-se uma preocupação na profissão no que respeita à saúde mental dos enfermeiros, visto que os achados da literatura associam o sofrimento moral ao aumento dos níveis por fadiga por compaixão⁵⁹, bem como o *burnout*⁵⁸.

Tal como já foi abordado anteriormente, a resposta oferecida aos doentes prevalente na componente mais física de cuidados de enfermagem, devido à falta de tempo, também foi tido como um fator que contribui para a desmoralização.

“Muitas das vezes, a falta de tempo, o não investimento em rácios adequados, o olharmos muito só para os aspetos físicos do doente, desmotiva, desmoraliza.”, Entrevista 8.

Mais uma vez, os enfermeiros reiteram que esta escassez de tempo deve à falta de recursos humanos adequados às funções.

“A nossa falta de tempo vai de encontro muito à falta dos nossos rácios porque, eu acho que nós, devíamos ter um rácio maior.”, Entrevista 5.

“E, acredito, que com políticas que incrementassem, com uns rácios mais adequados, com maior tempo disponível por cada profissional por cada doente, que só melhoraria a nossa prestação enquanto profissionais e nos melhoraria enquanto seres humanos.”, Entrevista 8.

“Tudo aquilo que aprendemos é a prestação dos cuidados de excelência e depois isso, na prática, não se aplica, porque a falta de tempo...por causa dos rácios... porque o rácio enfermeiro/doente é pouco.”, Entrevista 9.

No entanto, duas das enfermeiras que participam no estudo refeririam que não sentiam desmoralização, porém, com justificações diferentes. Uma das profissionais referiu que ainda não se sentia desmoralizada, e que tal poderia ser justificado pela sua pouca experiência profissional na área, visto que se encontrava numa fase ainda inicial (menos de 6 meses de experiência na área dos CP).

“Assim para já, para mim, ainda é numa fase inicial, ainda não tenho assim muito esse sentimento que, se calhar, outras colegas que já trabalham há mais tempo, mas consigo compreender que sim. Todos nós prestamos cuidados que, nem sempre, são de uma forma tão satisfatória como gostaríamos que fosse. Idealizei os cuidados paliativos de uma forma que, nem sempre, é possível prestar.”, Entrevista4.

Já a segunda profissional, considerou que a palavra desmoralização ou desmotivação não se enquadrava no seu sentimento, conotando-o com frustração.

“Eu vou dizer que não. Porquê? Desmotivação...eu nunca me senti desmotivada na unidade de cuidados paliativos. Sinto-me um bocadinho frustrada, porque eu gosto tanto daquilo que faço e quero dar sempre o melhor de mim, porque sei que às vezes podia dar mais, mas o tempo não está a meu favor, é escasso mesmo.”, Entrevista6.

Aparentemente, uma das situações que ameniza estes sentimentos mais negativos junto dos enfermeiros de CP, sejam eles, frustração, desmoralização ou desmotivação, é o facto dos profissionais se sentirem satisfeitos com o tipo de trabalho que praticam, demonstrando gosto pela área.

“Quando se gosta daquilo que se faz, por mais escassez de tempo que se tenha, tentamos sempre arranjar estratégias e alternativas para superar isso.”, Entrevista6.

“Eu quando estou com familiares e, lá está, despendo do meu tempo para consolar, para confortar, e vejo, do outro lado, aquele olhar de agradecimento, isso faz-me sentir muito realizada e pensar «é por isso que eu sou enfermeira»”, Entrevista 2.

“Mas...qual é a sorte? É que nós amamos tanto isto que, depois, dá-nos um clique e é um novo dia e vou dizer «eu sou capaz».”, Entrevista 3.

Esta situação dá a entender que os enfermeiros de CP se deparam com sentimentos ambíguos. Eles referem que gostam de trabalhar na área de CP, que estes lhes trazem realização pessoal e laboral, mas as condições de trabalho não são as ideias. Sekse⁴, concluiu que trabalhar com cuidados de fim de vida era visto, pelos enfermeiros, como algo enriquecedor, mas ao mesmo tempo, sentiram-se um tanto solitários e sobrecarregados. Head³⁸, vai mais longe, e defende que os enfermeiros amam o trabalho, mas não estão satisfeitos com seu ambiente de trabalho.

Pelos relatos dos enfermeiros da UCP, parece existir um sentimento de satisfação por compaixão, ao reconhecerem a sua experiência de trabalho junto dos doentes e da família como positiva. Para além disso, acaba por ser um fator protetor para lutar contra as demais situações negativas.

Baças⁷⁰, refere que enquanto a satisfação por compaixão está relacionada com uma experiência de trabalho positiva, a fadiga por compaixão é o inverso, e está associada ao esgotamento físico e emocional, causado por um desgaste constante, progressivo e cumulativo de experiências negativas associadas à prática clínica.

No entanto, apesar dos profissionais de enfermagem demonstrarem satisfação por compaixão, isso não implica não possam estar expostos também ao risco de fadiga por compaixão ou até *burnout*, situação tal, que tem sido estudada nos últimos anos.

Head³⁸, ao atentar sobre a satisfação no trabalho dos enfermeiros de CP, descobriu que maioria estava muito satisfeita com o trabalho, mas quase metade pensava em desistir algumas vezes, indicando insatisfação com o ambiente de trabalho. Já Frey⁷³, constatou que cerca de metade (48,4%) dos enfermeiros de CP apresentaram níveis moderados a altos de satisfação com compaixão, contudo, cerca de um quarto dos participantes tiveram pontuações altas de *burnout* (26,8%).

Outra situação que auxilia os enfermeiros a ultrapassar estes sentimentos de desmoralização, prende-se no facto de saber que esta problemática não depende de si, mas sim de problemas que se têm vindo a acumular no sistema de saúde atual.

“Porque não depende de nós, é mesmo o sistema. É mesmo nós sentirmo-nos mais apoiados pelo Sistema Nacional de Saúde, tanto a nível de rácios, como a nível de qualidade e prestação de cuidados, a nível de material, do tempo (lá está).”, Entrevista 3.

“Quando não conseguimos dar um bom trabalho e o nosso melhor. Mas não depende de nós. Depende do tempo e dos recursos que temos.”, Entrevista 7.

“Mas isto, a nível nacional, é em todas as unidades, infelizmente, e acho que devia haver mais estudos neste sentido, para a gente conseguir que olhem para este problema - que não é só nosso, de paliativos, infelizmente, é global – mas principalmente em paliativos que é uma área especializada e que a gente precisa mesmo de dedicar tempo ao utente e acho que neste momento isso não está a ser feito.”, Entrevista 5.

5. SÍNTESE DOS RESULTADOS

A realização deste estudo teve como o objetivo principal perceber se a escassez de tempo limita a prestação de cuidados de enfermagem numa UCP (de adultos).

Foram entrevistados 9 enfermeiros de uma UCP. Todos os participantes entrevistados consideram que o tempo não é suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade. O défice de recursos humanos, a complexidade dos doentes, a necessidade de um cuidado muito próximo de apoio à família e o investimento num cuidado humanizado (que consideram obrigatório em CP), foram algumas das razões apontadas para a necessidade de mais tempo junto deste doentes.

No que respeita às intervenções que despendem mais tempo, os enfermeiros de CP elegeram como as principais: os cuidados de higiene, a comunicação e o apoio à família. A burocracia envolta dos cuidados também foi visada como uma tarefa onde despendem bastante tempo.

A falta de tempo influencia o turno de trabalho dos enfermeiros de CP de várias formas. Estes referem que estão expostos à necessidade de um planeamento constante, devido à imprevisibilidade do que vai acontecer no turno, principalmente pela complexidade e instabilidade dos doentes. Sentem que estão constantemente a gerir prioridades, e que a falta de tempo a que estão expostos, dificultam ainda mais esta tomada de decisão, pois vêm-se muitas vezes a ter de escolher um cuidado em detrimento de outro, não atingindo o que consideram os cuidados ideais e satisfatórios. Isto conduz a que os profissionais se deparem e tenham de gerir um conjunto de emoções como ansiedade, frustração e *stress*. Preocupa-os que a falta de tempo possa afetar a própria relação entre os enfermeiros e o doente/família, pois vêm-se obrigados a dar resposta a todas as intervenções e, perante a gestão de prioridades, têm de atentar mais aos cuidados físicos (controlo sintomático, cuidados de higiene, posicionamentos, medicação, etc.), atrasando, por vezes, intervenções de comunicação e apoio à família.

Relativamente ao que os enfermeiros de CP consideram prioritário nas suas intervenções, quando se deparam com a falta de tempo, estes alegam que colocam sempre o doente como o primeiro foco de intervenção, especialmente no que respeita ao seu sofrimento, colocando o controlo sintomático na linha frente. O apoio à família também é destacado

na sua intervenção, pois é reconhecido como um pilar para o sucesso dos cuidados de enfermagem. No polo oposto, foi a parte burocrática que foi referida como algo importante e obrigatório, mas fica na parte final das suas prioridades.

Se tivessem mais tempo, os enfermeiros de CP deixaram clara a sua intenção de poder despendê-lo junto do doente e da família, fomentando a relação terapêutica. O investimento na comunicação, peça essencial em CP, é a intervenção onde gostariam de disponibilizar mais tempo. Conhecer o doente, atender aos seus desejos, preparar a família neste caminho difícil dos últimos dias de vida são preocupações que os enfermeiros também demonstraram.

Quando questionados que tipo de emoções vivenciavam quando se deparavam com a falta de tempo, os enfermeiros da unidade de CP, deram o papel principal à frustração, mas outras como o *stress*, ansiedade, tristeza, angústia, impotência e até revolta, foram também referidas pelos profissionais.

A maioria dos enfermeiros defenderam que a falta de tempo contribui para a desmoralização. Quando se deparam com esta realidade da escassez de tempo, muito motivada pelos rácios inadequados, obriga os enfermeiros a fazer escolhas, a gerir prioridades, e consideram que não atingem a qualidade dos cuidados que pretendem, o que os faz sentir desmoralizados.

Estas constatações revelam que a escassez de tempo é, sem dúvida, uma limitação na prestação de cuidados de enfermagem, numa UCP (de adultos). A influencia que a falta de tempo acarreta na profissão de enfermagem, abarca consequências tanto para a prestação de cuidados como para o próprio enfermeiro.

PONTOS FORTES

Como ponto forte deste estudo, podemos afirmar que este foi o primeiro estudo realizado, em Portugal, sobre esta temática numa UCP-RNCCI, num país onde existem mais 13 unidades deste tipo, fundamentais na resposta que se oferece aos doentes em fim de vida.

Para além disso, o facto de se tratar de um estudo qualitativo, permite dar voz aos enfermeiros que trabalham em CP, para que estes possam expressar a sua perceção de

como a falta de tempo interfere no seu trabalho diariamente. Sabe-se que a enfermagem vivencia uma crise com a falta de recursos humanos a nível global e área de CP não é exceção.

PONTOS FRACOS E LIMITAÇÕES

Tendo em conta a quantidade de unidades existentes deste tipo, era benéfico o aumento da amostra, alargando o estudo a mais unidades de internamento deste tipo. A amostra proposta, inicialmente, seria de 10 enfermeiros, contudo, devido a reestruturações da equipa e critérios de inclusão, foram apenas entrevistados 9 enfermeiros.

6. CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que os enfermeiros de CP se deparam com a falta de tempo no seu trabalho. A escassez de tempo influencia o turno de trabalho do enfermeiro, afetando a relação com o doente e família. A falta de tempo coloca os enfermeiros expostos a sentimentos de frustração, stress e ansiedade. A desmoralização é sentida pela maioria dos profissionais.

A pertinência na atualidade do tema deveria motivar a realização de mais estudos. O desenvolvimento dos CP é emergente, e perceber as limitações existentes na prática clínica é importante para a melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes e à satisfação no trabalho dos profissionais.

Tendo em conta as várias tipologias de equipas existentes, para dar resposta às necessidades dos doentes em CP (equipas comunitárias, equipas intra-hospitalares), seria interessante aplicar este estudo também às restantes, para perceber se mediante o tipo de intervenção de cada uma, as constatações seriam diferentes ou semelhantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva R, Paiva M, Vital F, Moura M, Lourenço J. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022 [Internet]. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. 2021 [acesso em 2022 Mai 05]. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf
2. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers [Internet]. Suíça. World Health Organization. 2016. [acesso em 2022 Jun 28] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Governo de Portugal. Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. Lei de base dos cuidados paliativos [Internet]. Diário da República, 1.ª série, N.º 172, p. 5119-23. 2012 [acesso em 2022 Mai 05]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2012-174841>
4. Sekse R, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nur* [Internet]. 2018[acesso em 2022 Jun 07]. 27(1-2): 21-38 Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13912>
5. Sapeta, P. Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente. 1.ª edição. Loures: Lusociência. 2011.
6. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2014 [acesso em 2022 Jun 07]. ;23(2):116-25. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/2/116.long>
7. Ellis LA, Tran Y, Pomare C, Long JC, Churruca K, Mahmoud Z, et al. "Time is of the essence": relationship between hospital staff perceptions of time, safety attitudes and staff wellbeing. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 [acesso em 2022 Jun 07]. ;21(1):1256. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07275-6>

8. Almeida C. Satisfação das necessidades de cuidado em fim de vida: perceção do doente e do enfermeiro [dissertação do mestrado em cuidados paliativos] [internet]. Lisboa (Portugal). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2017 [acesso em 2022 Jun 04] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/33612>
9. Vinckx MA, Bossuyt I, Dierckx de Casterlé B. Understanding the complexity of working under time pressure in oncology nursing: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 2018 [acesso em 2022 Jun 04]; 87:60-68. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748918301743?via%3Dihub>
10. Lisboa J. Enfermeiros de Cuidados Paliativos: como despendem o seu tempo e qual a sua perceção em relação à qualidade dos seus cuidados [dissertação do mestrado em cuidados paliativos] [internet]. Lisboa (Portugal). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2011. [acesso em 2022 Jun 06] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/6056>
11. Gonçalves E, Teixeira F, Silva R, Salazar H, Reigada C. Relatório de Implementação do plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos biénio 2019-2020 [Internet]. Portugal: Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. 2021 [acesso em 2022 Mai 29] Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Relatorio-de-implementacao-PEDCP-2019-2020_07122020.pdf
12. Governo de Portugal. Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem [Internet]. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 184, p. 128-55, 2019 [acesso em 2022 Jun 28]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
13. Neto I. Cuidados Paliativos: princípios e conceitos fundamentais. In: Barbosa A, Pina P. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3.ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016. p.1-22.
14. Neto I. Modelos de Controlo Sintomático. In: Barbosa A, Pina P. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3.ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016. p.43-47.

15. Neto I. Princípios do Controlo de Sintomas, um pilar dos Cuidados Paliativos [Internet]. Portugal: Ordem do Médicos. 2017 Nov 23 [acesso em 2023 Jan] Disponível em: <https://ordemosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galrica-neto/>
16. Querido A, Salazar H, Neto I. Comunicação. In: Barbosa A, Pina P. Manual de Cuidados Paliativos. 3.^a edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016. p.815-823.
17. Carqueja E, Pinto C, Salazar H, Moura Maria, Madureira S, Moutinho S, Rodrigues C. Linhas de orientação para a prática profissional Ordem dos Psicólogos Portugueses: Cuidados Paliativos [Internet]. Portugal: Ordem dos Psicólogos; 2019 [acesso em 2023 Jun 21]. Disponível em: https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/lopp_no_a_mbito_dos_cuidados_paliativos.pdf
18. Silva S, Bacaicoa M. A saúde mental do enfermeiro paliativista. Revista da Universidade Ibirapuera [Internet]. 2012 [acesso em 2023 Jun 30]; 3: 45-49. Disponível em: <https://www.ibirapuera.br/seer/index.php/rev/article/view/39>
19. Johnston B, Smith Lorraine. Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. J Adv Nurs [Internet]. 2006[acesso em 2023 Mai 10]; 54(6):700-9. Disponível em: 10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x. PMID: 16796662.
20. Anderson RJ, Bloch S, Armstrong M, Stone PC, Low JT. Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. Palliat Med [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Jun 23];33(8):926-941. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6691601/>
21. Keeley MP. Family Communication at the End of Life. Behav Sci (Basel) [Internet]. 2017 [acesso em 2023 Jun 28] ;7(3):45. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28708107/>
22. Carvalho S, Botelho M. Os Cuidados Paliativos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários: As intervenções dos enfermeiros. Pensar em Enfermagem [Internet]. 2011[acesso em 2023 Jul 16]; 15(1): 2-24. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23941/1/2011_15_1_02-24%281%29.pdf

23. Ascensão H. Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente [dissertação do mestrado em ciências de enfermagem] [internet]. Porto (Portugal). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2010 [acesso em 2023 Mai 05] Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26626>
24. Moran S, Bailey M, Doody O. An integrative review to identify how nurses practicing in inpatient specialist palliative care units uphold the values of nursing. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Jun 06]; 20 (111): 1-16. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00810-6>
25. Mok E, Chiu P. Nurse–patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*[Internet]. 2004 [acesso em 2023 Jun 06]; 48 (5): 475–483. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x>
26. Cross L. Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing: A Concept Analysis. *J Hosp Palliat Nurs*[Internet]. 2019 [acesso em 2023 Jun 28]; 21(1): 21-28. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343956/>
27. Clark D. History and culture in the rise of palliative care. In: Payne S, Seymore J, Ingletoon C. *Palliative care nursing: principles and evidence for practice 2.^a edição*. Maidenhead: Open University Press; 2008. p. 39–54
28. Gonçalves E, Teixeira F, Silva R, Salazar H, Reigada C. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017-2018[Internet]. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. 2017. [acesso em 2023 Jul 01]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
29. Lavoie M, Blondeau D, Martineau I. The integration of a person-centered approach in palliative care. *Palliat Support Care*[Internet] . 2013 [acesso em 2023 Ago 01];11(6): 453–464. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1478951512000855>.
30. Balasubramanian S, Read S. Hospice nurses’ perceptions of caring for patients with a non-malignant diagnosis: a single-site case study. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2012 [acesso em 2023 Ago 03];18(10):509–515. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.10>.

31. Costa R, Padilha M, Amante L, Costa E, Bock L. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009 [acesso em 2023 Ago 03]; 18(4): 661-669. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ntxb8WhXpNLpn4DC9ZQv8Pd/?lang=pt>
32. Bernacki, R.E.; Block, S.D. American College of Physicians High Value Care Task Force. Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. *JAMA Int. Med* [Internet]. 2014 [acesso em 2023 Jul 02]; 174: 1994-2003. Disponível em: 10.1001/jamainternmed.2014.5271
33. Mudallal RH, Othman WM, Al Hassan NF. Nurses' Burnout: The Influence of Leader Empowering Behaviors, Work Conditions, and Demographic Traits. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 Jul 04]; 54. Disponível em: 10.1177/0046958017724944
34. Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care* [Internet]. 2007 [acesso em 2023 Mai 24]; 45(12), 1195–1204. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e-3181468ca3>
35. Kaasalainen, S., Brazil, K., Williams, A., Wilson, D., Willison, K., Marshall, D. Williams, A. Nurses' experiences providing palliative care to individuals living in rural communities: Aspects of the physical residential setting. *Rural and Remote Health* [Internet]. 2014 [acesso em 2023 Jun 06]; 14. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=2728>
36. Wallerstedt, B., Andershed, B. Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Internet]. 2007 [acesso em 2023 Jul 10]; 21: 32–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x>
37. Blaževičienė, A, Newland, JA, Čivinskienė V, Beckstrand R. Oncology nurses' perceptions of obstacles and role at the end-of-life care: cross sectional survey. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 Jun 30]; 16(74): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0257-1>
38. Head B, Middleton A, Zeigler C. Work Satisfaction Among Hospice and Palliative Nurses. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Jun 06]; 21(5):1-11. Disponível em: 10.1097/NJH.0000000000000562. PMID: 30964830.

39. Paiva-Santos F, Neves T, Ventura F, Tavares J, Amaral A. A influência do ambiente de prática de enfermagem nos cuidados omissos e na individualização dos cuidados. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 Mai 24]; 6(1):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RVI22003>
40. Loureiro A. Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados [dissertação de mestrado em médico-cirúrgica] [internet]. Coimbra (Portugal). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2019 [acesso em 2023 Mai 24]. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
41. Chaboyer W, Harbeck E, Lee B, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Ago 14]; 37(2), 82–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
42. Jones TL. A Descriptive Analysis of Implicit Rationing of Nursing Care: Frequency and Patterns in Texas. *Nurs Econ*[Internet].2015 [acesso em 2023 Mai 25];33(3):144-54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26259338/>
43. Smith JG, Morin KH, Wallace LE, Lake ET. Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *West J Nurs Res* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Jun 28]; 40(6):779-798. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5878972/>
44. Ball J, Griffiths P, Rafferty A, Lindqvist R, Murrells T, Tishelman C. A cross-sectional study of ‘care left undone’ on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2016 [acesso em 2023 Ago 30];72(9):2086-2097. Disponível em: 10.1111/jan.12976.
45. Cho E, Lee NJ, Kim EY, Kim S, Lee K, Park KO, Sung YH. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016 [acesso em 2023 Ago 30]; 60:263-71. Disponível em: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009. Epub 2016 May 24. PMID: 27297386.
47. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 Ago 17]; 25 (2877): 1-8. Disponível em: 10.1590/1518-8345.1227.2877. PMID: 28699991; PMCID: PMC5510998.

48. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Tryggvadóttir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 Ago 17];26(11-12):1524-1534. Disponível em: 10.1111/jocn.13449. Epub 2017 Mar 20. PMID: 27325454.
49. Rodrigues A. Cuidados de Enfermagem Omissos: percepção dos enfermeiros em cuidados intensivos [dissertação de mestrado em médico-cirúrgica] [internet]. Viseu (Portugal). Escola Superior de Saúde de Viseu. 2022 [acesso em 2023 Jul 20]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/7172>
50. Paiva I, Amaral A, Moreira I. Cuidados de enfermagem omissos: percepção de enfermeiros de um hospital de oncologia português. *Revista de Enfermagem Referência*[internet]. 2021[acesso em 2023 Ago 17]; 5(5): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20075>
51. Horton K, Tschudin V, Forget A. The value of nursing: a literature review. *Nurs Ethics* [internet]. 2007 [acesso em 2023 Set 01]; 14(6):716-740. Disponível em: 10.1177/0969733007082112. PMID: 17901183.
52. Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M. Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res* [internet]. 2013[acesso em 2023 Set 01];18(1):1-8. Disponível em: PMID: 23983720; PMCID: PMC3748548.
53. Larkin P. Shaping new thinking in palliative nursing. *Int J Palliat Nurs* [internet]. 2007 [acesso em 2023 Set 03];13(8):364. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.8.24533>
54. Senek M, Robertson S, Ryan T, King R, Wood E, Taylor B, Tod A. Determinants of nurse job dissatisfaction - findings from a cross-sectional survey analysis in the UK. *BMC Nurs* [internet]. 2020 [acesso em 2023 Jun 30];19(88): 2-10. Disponível em: 10.1186/s12912-020-00481-3. PMID: 32963498; PMCID: PMC7499408.
55. Papastavrou E, Andreou P, Vryonides S. The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nurs Ethics* [Internet]. 2014 [acesso em 2023 Jun 30];21(5):583-593. Disponível em: 10.1177/0969733013513210. Epub 2014 Jan 7. PMID: 24399832.
56. Carse A. Moral distress and moral disempowerment. *Narrat Inq Bioeth* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 Jun 30];2013 (2):147-151. Disponível: 10.1353/nib.2013.0028. PMID: 24407087.

57. Câmara B, Silva C, Moura C. Paula L, Silva T, Vernaglia T. A saúde mental do enfermeiro que presta assistência aos pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Jun 29]; 6(2): 6185–6197. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n2-138>
58. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 Jun 29]; 22(1):51-67. doi: 10.1177/1359105315595120. Epub 2016 Jul 10. PMID: 26220460.
59. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Jun 30];26(3):646-662. Disponível em: 10.1177/0969733017724354. Epub 2017 Oct 8. PMID: 28990446; PMCID: PMC6506903.
60. Suhonen R, Stolt M, Habermann M, Hjaltadottir I, Vryonides S, Tonnessen S, Halvorsen K, Harvey C, Toffoli L, Scott PA. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Jul 03] ;88:25-42. Disponível em: 10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006. Epub 2018 Aug 17. PMID: 30179768.
61. Celis I, Méndez C. Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review. *Aquichan* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Jun 30];19(1): 1-16. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/9742>
62. McCarthy J, Monteverde S. The Standard Account of Moral Distress and Why We Should Keep It. *HEC Forum* [Internet]. 2018[acesso em 2023 Jun 30];30(4):319-328. Disponível em: 10.1007/s10730-018-9349-4. PMID: 29492756.
63. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurs Ethics* [Internet]. 2012 [acesso em 2023 Jun 30];19(4):479-487. Disponível em: 10.1177/0969733011429342. Epub 2012 May 22. PMID: 22619234.
64. Hanna DR. Moral distress: the state of the science. *Res Theory Nurs Pract*[Internet]. 2004 [acesso em 2023 Jun 30];18(1):73-93. Disponível em: 10.1891/rtnp.18.1.73.28054. PMID: 15083663.

65. Tarberg A, Landstad BJ, Hole T, Thronaes M, Kvangarsnes M. Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Jun 30] ;29(23-24):4818-4826. Disponível em: 10.1111/jocn.15528. Epub 2020 Oct 25. PMID: 33031582; PMCID: PMC7756377.
66. Brito-Pons G, Librada-Flores S. Compassion in palliative care: a review. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Jun 30] ;12(4):472-479. Disponível em: 10.1097/SPC.0000000000000393. PMID: 30300152.
67. Horn DJ, Johnston CB. Burnout and Self Care for Palliative Care Practitioners. *Med Clin North Am* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Jun 06];104(3):561-572. Disponível em: 10.1016/j.mcna.2019.12.007. Epub 2020 Mar 2. PMID: 32312415.
68. Sacco TL, Copel LC. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nurs Forum* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Jun 6] ;53(1):76-83. Disponível em: 10.1111/nuf.12213. Epub 2017 Jun 29. PMID: 28662300.
69. Alkema K, Linton JM, Davies R. A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *J Soc Work End Life Palliat Care* [Internet]. 2008[acesso em 2023 Jun 28]; 4(2):101-119. Disponível em: 10.1080/15524250802353934. PMID: 19042895.
70. Baqeaq M, Davis J, Copnell B. Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: a scoping review. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021[acesso em 2023 Jun 28];20(88): 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00784-5>
71. Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WW, Carson A, Kazanjian A. Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat Med* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 Jun 29];27(2):172-178. Disponível em: 10.1177/0269216311431311. Epub 2011 Dec 16. PMID: 22179596.
72. Melvin CS. Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying? *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2012 [acesso em 2023 Jun 6] ;18(12):606-611. Disponível em: 10.12968/ijpn.2012.18.12.606. PMID: 23560318.

73. Frey R, Robinson J, Wong C, Gott M. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Jun 6]; 43:1-9. Disponível em: [10.1016/j.apnr.2018.06.003](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.003). Epub 2018 Jun 18. PMID: 30220354.
74. Kaur A, Sharma MP, Chaturvedi SK. Professional Quality of Life among Professional Care Providers at Cancer Palliative Care Centers in Bengaluru, India. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Jun 29] ;24(2):167-172. Disponível em: [10.4103/IJPC.IJPC_31_18](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_31_18). PMID: 29736119; PMCID: PMC5915883.
75. World Health Organization, W. ICD-11 for mortality and morbidity statistics: version 1/2023 [Internet] 2023 [acesso em 2023 Jun 30]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
76. International Labor Organization - ILO. Workplace stress: a collective challenge [Internet]. International Labour Organization. 2016. Turim (Italy). Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
77. Pérez-Fuentes M, Molero-Jurado M, Gázquez-Linares J, Simón-Márquez M. Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *The European Journal of Psychology* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Jun 28];11(1): 33-40. Disponível em: <https://journals.copmadrid.org/ejpalc/art/ejpalc2018a13>
78. Portoghese I, Galletta M, Coppola RC, Finco G, Campagna M. Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control. *Saf Health Work* [Internet]. 2014 [acesso em 2023 Jun 28];5(3):152-157. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791114000419?via%3Dihub>
79. Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Ramírez-Baena L, Membrive-Jiménez MJ, Suleiman-Martos N. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*[Internet]. 2020 [acesso em 2023 Jun 28];17(20):1-13. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/20/7672>

80. Arredondo-González, C, Siles-González J. Technology and humanization of nursing care. the view from the interpersonal relations theory. *Index de Enfermería* [Internet] 2009 [acesso em 2023 Jun 29]. 18(1): 32–36. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
81. Jones MC, Wells M, Gao C, Cassidy B, Davie J. Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psychooncology* [Internet]. 2013[acesso em 2023 Jun 29]; 22(1):46-53. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.2055>
82. Ruiz C, Ríos F. El burnout osíndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *Int. J. Clin. Health Psychol* [Internet]. 2004 [acesso em 2023 Jun 29]; 4(1): 137–160. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=795272>
83. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Jun 06]; 8(1): 1-8. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e019189.long>
84. Carter PA, Dyer KA, Mikan SQ. Sleep disturbance, chronic stress, and depression in hospice nurses: testing the feasibility of an intervention. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2013[acesso em 2023 Jun 28] ;40(5):68-73. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23989029/>
85. Fortin M. O processo de investigação: da conceção à realização. 1.^a edição. Loures. Lusociência. 1999.
86. Minayo M, Cruz F. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*. 2018;40: 139-153

ANEXOS

ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

GUIÃO DE ENTREVISTA

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Formulário de questões</u>
Averiguar se o tempo é suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade	1) Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?
Identificar em que tipo de intervenções os enfermeiros consideram que despendem mais tempo	2) Que tipo de intervenções considera que despende mais tempo?
Avaliar como a falta de tempo influencia um turno de trabalho	3) Como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho?
Verificar quais são as prioridades do enfermeiro na prestação de cuidados quando se depara com a falta de tempo	4) O que considera prioritário quando se depara com a falta de tempo?
Identificar que tipo de intervenções os enfermeiros investem, quando sentem que o tempo é suficiente	5) Se tivesse mais tempo, em que tipo de intervenções investiria mais?
Analisar o tipo de emoções que experienciam os enfermeiros quando se deparam com falta de tempo na prestação de cuidados	6) Que tipo de emoções experimenta quando se depara com a falta de tempo para realizar todas as suas intervenções?
Averiguar se a falta de tempo contribui para a desmoralização.	7) Considera que essa falta de tempo contribui para a desmoralização?

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA



Presidente

Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda

Vice-Presidente

Prof. Doutora Ana Isabel Lopes

Membros

Doutora Carla Fonseca
Prof. Doutora Claudia Sofia Oliveira Dias Monge
Prof. Doutor Daniel Caldeira
Prof. Doutora Cláudia Faria
Mestre Enfermeira, Graça Roldão
Prof. Doutor João Lavinha
Dra. Laura Silva Dias
Prof. Doutora Maria do Céu Patrão Neves
Prof. Doutora Patrícia Canhão

Exma. Senhora

Enfermeira Marta Isabel Martins Gomes

Unidade de Cuidados Palliativos

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Lisboa, CHULN, 8 de Setembro de 2023

Nossa Ref. N.º 116/23

Assunto: Estudo "A escassez de tempo como limitação à prática de enfermagem numa Unidade de Cuidados Palliativos"

Pela presente se informa que o projeto citado em epígrafe, obteve, na reunião ocorrida no dia 21 de Julho de 2023, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei. N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância ao deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, na sua atual redação alterada pela Lei n.º 73/2015 de 27/07/15, complementada pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram, na sua missão de contribuir para o cumprimento de princípios da ética e da bioética, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, e ainda em harmonia com os regulamentos internos do CHULN, os códigos deontológicos, as convenções, e as recomendações constantes das declarações e diretrizes internacionais, designadamente as Declarações de Helsínquia e de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, a Comissão de Ética avaliou o projeto, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais, cujo desígnio visa minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, respeitando os imperativos refletidos no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CAML

Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda

COMISSÃO DE ÉTICA DO CAML

AVENIDA PROFESSOR EGAS MONIZ
1649-035 LISBOA

TEL. - 21 780 54 05; FAX - 21 780 56 90
ana.pimentel@chln.min-saude.pt

ALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, 117
1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215
www.chln.pt

1

ANEXO 3- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**Exmo. Senhor Diretor de
Centro de Acolhimento “O Poverello”,
Domus Fraternitas- Fundação de Solidariedade Social**

Eu, Marta Isabel Martins Gomes, Enfermeira, portadora de cédula profissional OE n.º 69922, no âmbito do Mestrado de Cuidados Paliativos, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, venho por este meio solicitar a sua autorização para desenvolver o Projeto de Investigação “*A escassez de tempo como limitação à prática de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos*”, na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), do Centro de Acolhimento “O Poverello”.

O objetivo principal deste estudo será perceber se a escassez de tempo limita a prestação de cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados paliativos (de adultos).

Será realizado um estudo de carácter qualitativo, descritivo. O objetivo deste método é descrever e interpretar, mais do que avaliar, neste caso, como o fator falta de tempo interfere nos cuidados de Enfermagem numa UCP.

O instrumento de colheita de dados utilizado será a entrevista individual, semiestruturada. As entrevistas serão realizadas na UCP em questão, numa sala, para manter a privacidade do participante, fora do horário do serviço conforme disponibilidade do entrevistado. O tempo de entrevista planeado será entre 30 a 45 minutos. Serão entrevistados todos os enfermeiros que aceitarem participar no estudo, e que cumpram os critérios de inclusão (enfermeiro a tempo integral na unidade, com contrato de trabalho; enfermeiro a tempo parcial na unidade, com contrato de trabalho ou prestador de serviços ; enfermeiro com mais de 6 meses de experiência profissional em Enfermagem).

Este projeto tem como orientador o Professor Doutor Paulo Reis Pina, docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

26 de abril de 2023

A Investigadora

MARTA GOMES



Domus Fraternitas
Fundação de Solidariedade Social
O POVERELLO



Braga, 25 de maio de 2023.

Paç e bem!!!

Estimada Colaboradora

Em resposta ao solicitado, a DOMUS FRATERNITAS – FUNDAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL, Pessoa Coletiva n.º 504 516 949, registada como IPSS n.º 8/02 como instituição com fins de saúde, proprietária do CENTRO DE ACOLHIMENTO “O POVERELLO”, gerido pela FRATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, representada pelo seu Diretor Geral, vem por este meio **DIFERIR**, o seu pedido de autorização para realização de um projeto de Investigação subordinado ao tema “A escassez de tempo como limitação à prática de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos”. Importa dizer que a referida investigação deva ser realizada em regime remoto (via internet).

Por fim, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos votos de estima e consideração.

Cordialmente,


LUCIANO LUIZ LEITE DA SILVA – FREI JACÓ
DIRETOR GERAL

Fraternidade São Francisco de Assis na Providência de Deus
DOMUS FRATERNITAS – FUNDAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL
Centro de Acolhimento *O Poverello*

ANEXO 4 – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

“A escassez de tempo como limitação à prática de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos”

O projeto de investigação “A escassez de tempo como limitação à prática de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos”, surge no âmbito do Mestrado de Cuidados Paliativos, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, realizado pela investigadora Marta Isabel Martins Gomes, e orientado pelo Professor Doutor Paulo Reis Pina.

O objetivo principal do estudo é perceber se a escassez de tempo limita a prestação de cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados paliativos (de adultos).

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. A participação é voluntária, anónima e confidencial. Pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação.

As informações recolhidas serão efetuadas através de uma entrevista que será gravada, para posterior análise de dados e publicação, mas garantido sempre o anonimato do participante.

A Investigadora,

Marta Gomes

Declaro ter compreendido os objetivos propostos e explicados pela investigadora, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, pelo que autorizo a minha participação.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / _____

ANEXO 5 - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Entrevista 1

E: Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?

E1: Não, de todo. Acho que, mesmo que, se tivesses mais tempo ou mais rácios, precisamos sempre de mais tempo tendo em conta os utentes que temos, as famílias que temos, as necessidades tanto das famílias como dos utentes exigem sempre de nós mais tempo e mais empenho para com eles, que acho que, lá está, mesmo com os rácios certos, se calhar faria sempre falta mais um bocadinho.

E: Que tipo de intervenções considera que despende mais tempo?

E1: A nível de cuidados de higiene é onde gastamos um bocadinho mais tempo, também é aquela altura que temos mais tempo para estar perto dos utentes, ao fim ao cabo. Depois, durante o resto do dia, com terapêuticas, com registos, essas coisas todas acabamos por não ter tanto tempo. Depois também perdemos com a parte informática. Lá está, a parte dos registos que acaba por ser um trabalho que não é tão visível assim, para quem está do lado de fora, até mesmo para as famílias, que acham que nós estamos ali sem fazer nada, e é uma parte burocrática que temos, obrigatoriamente, que fazer para validar o nosso trabalho e que, se calhar, deveríamos ter outra forma mais simples de a fazer para conseguirmos efetivamente empenhar o tempo ao doente e à família que, muitas vezes, precisa de nós e que nós não conseguimos responder da forma que eles precisam, e que merecem, que a gente tenha tempo para isso.

E: Como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho?

E1: Ora bem, a nível de influenciar, eu tento não diminuir, pelo menos naqueles cuidados que eu quero primar por dar tempo ao doente e por fazer o mais correto possível, tento não tirar tempo a isso, ou seja, não tirar tempo aos cuidados de higiene porque acho que

são super importantes, o posicionamento, a preparação da medicação. Se calhar, o que me faz... tiro tempo a mim própria, ou seja, se calhar almoçamos mais depressa, se calhar não paramos o tempo a que temos direito durante a nossa jornada de trabalho para conseguir dar o tempo mais aos doente e às famílias e ao resto das tarefas que temos para cumprir, porque, muitas vezes, não lancha ou a gente não almoça na nossa meia hora ou almoça em dez ou quinze minutos para conseguir valer a uma família que está a chegar, ou a um doente que vai entrar, ou um doente que precisa de nós, às vezes nem que seja para uma conversa ou para esclarecer alguma dúvida que o doente tenha. Oh pah, vou almoçar em dez minutos e regresso num instante para poder ajudar o doente. Se calhar, tiramos tempo a nós que, supostamente, é nosso, para dar ao doente, mas acho que faz um bocadinho parte da nossa essência sermos todos um bocadinho assim.

E: O que considera prioritário quando se depara com a falta de tempo?

E1: O doente. Tudo o que esteja inerente ao doente, para mim, é prioritário. Mesmo acima, neste caso, da família, tendo sempre a família também como nossa, como nossos utentes também, não é. Portanto, primeiro de tudo, o que está para o doente seja ele terapêutica, seja ele cuidados de higiene, seja ele o que o que for que o doente precise, para mim, é o prioritário. Primeiro está ele e depois todo o resto.

E: Se tivesse mais tempo, em que tipo de intervenções investiria mais?

E1: Principalmente, na parte da comunicação, tanto com o utente como com a família. Acho que nós acabamos por prescindir muito dessa parte, porque há rotinas que têm que ser feitas não é, as atividades básicas diárias temos que as fazer com o utente ou pelo utente e essas não podemos deixar passar. Agora, a parte comunicacional, muitas vezes, acho que se tivéssemos mais tempo, era bom investirmos nessa área, porque eles precisam de falar, as famílias precisam de falar e, muitas vezes, vêm que nós andamos a correr para cumprir os nossos tempos e para conseguir ter tudo feito e acho que, até eles próprios, às vezes, se inibem de perguntar ou de questionar, porque percebem que a gente anda a correr de um lado para o outro e então, “Oh Enfermeira, você não tem tempo, deixe lá, depois falamos”, e o depois falamos muitas vezes arrasta-se por mim, pela colega que vem a seguir, pela colega que vem no dia a seguir de manhã. E as famílias anda ali um bocadinho

perdidas e os utentes também um bocadinho perdidos porque veem a nossa correria diária e até nem perguntam para não chatear. Por isso, acho que se tivéssemos mais tempo, investir na parte comunicacional, com os utentes e com as famílias, seria fundamental para as coisas correrem ainda melhor do que o que já correm.

E: Que tipo de emoções experiencia quando se depara com a falta de tempo para realizar todas as suas intervenções?

E1: Frustração. Muita frustração. Eu... custa-me, muitas vezes, acabar um turno (e tanto que nós nunca saímos a horas, não há horas para sair muitas das vezes), custa-me às vezes vir embora e pensar, oh pah, que ficou alguma coisa por fazer ou que ficou algum doente que precisava de falar e tu não tiveste tempo de lá ir e passas à colega “olha, vai lá tu, porque eu não tive tempo”. É frustrante, uma pessoa vir embora e perceber que não tive tempo para fazer tudo. Mas a culpa não é minha de eu não ter tempo, é o tempo que não é suficiente para tudo aquilo que o meu doente precisa e que a minha família precisa. É um sentimento que, quase todos os dias, eu acabo por trazer para casa, porque é muito nítido. É muito frustrante uma pessoa sair e deixar as coisas...aquela sensação de deixar as coisas a meio, meio feitas meio por fazer. Fizeste o melhor que podias, não tiveste tempo para fazer mais e querias fazer mais. É frustrante.

E: Considera que essa falta de tempo contribui para a desmoralização?

E1: Pronto, sem dúvida alguma. Nós saímos, muitas vezes, desmoralizados, se calhar é um bocadinho forte, mas, quiçá, desmotivados, porque gostávamos de ter mais tempo para fazer as coisas e não temos, e vens com aquela sensação de...não é incapacidade, mas lá está, é desmotivação. A culpa acaba por não ser minha, porque eu sei o que é que estou a fazer e sei que estou a fazer o correto, mas essa falta de tempo também nos desmotiva e nos desmoraliza, e chegas ao ponto em que, investimos tanto e parece que ainda falta sempre alguma coisa, falta sempre dar mais alguma coisa e não é por falta de empenho da equipa, por falta de empenho nosso, é por falta é tempo, a falta é tempo. Muitas vezes, tempo, e rácios (pronto, vamos sempre um bocadinho aqui), mas principalmente o tempo, o tempo. Faz muita falta. E para os nossos doentes, o tempo faz muita falta, porque o tempo deles também é contado e eles sabem-no e, muitas vezes, nós

não termos esse tempo para lhes dar, até, para nós, é mau, porque sabemos que o tempo deles já é tão pouco e nós podíamos tentar dar mais um bocadinho e não temos tempos, não conseguimos. E nós damos tempo. O nosso principal trabalho é dar tempo a quem lá está.

E: Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?

E2: Não. E agora tenho que explicar porquê. Não é suficiente, porque todas as intervenções de enfermagem implicam aqui uma humanização e essa humanização implica dispêndio de tempo. Eu posso executar qualquer intervenção de Enfermagem sem a componente humana e consigo fazê-lo num curto, num maior -como é que hei-de explicar – num maior curto espaço de tempo. Só que depois, muitas vezes, os doentes ficam mais apelativos, as famílias mais inseguras. Não conseguimos transmitir aquela segurança e explicar tudo o que depois, efetivamente, ainda vai requerer é mais tempo, porque há famílias mais apelativas, mais inseguras e, portanto, o tempo despendido durante os cuidados de enfermagem é essencial.

E: Que tipo de intervenções considera que despense mais tempo?

E2: Ora bem, estou aqui a pensar. As intervenções que eu despendo mais tempo, efetivamente, é na explicação, na presença com os familiares no – como é que hei-de explicar? – no estado de saúde ou de doença dos doentes. Isto é, esta é uma pergunta difícil. Não há assim nenhuma intervenção específica, tudo o que eu vou fazer ao doente, preciso de tempo, não é? Eu se lhe vou dar uma medicação, seja para controlar a dor, eu tenho que explicar aos familiares porque é que ele está a sentir aquela dor, quais vão ser os efeitos da medicação que lhe estou a dar, o que é que é perspetivado acontecer, se não acontecer o que é eu tenho de retaguarda para poder oferecer. Nos cuidados de higiene eu preciso de tempo para explicar ao doente, para perceber aquilo que o doente quer, no sentido para eu lhe fazer: se ele quer fazer a barba ou se não, ou se até gosta de estar com ela por fazer; se gosta de tomar banho todos os dias ou não. Qualquer cuidado enfermagem, eu preciso de tempo para perceber o que é que o doente quer, o que é que ele precisa. E para isto, eu preciso de tempo para ele falar, eu preciso de saber os hábitos

dele prévios ao internamento, preciso de olhar para cada um como um indivíduo só. Não é dar banho a toda a gente, lavar o cabelo a toda a gente. Eu tenho que perder tempo para saber quais são os hábitos de vida prévios aquele internamento e qual era a perspectiva do doente e da família e, portanto, qualquer cuidado de enfermagem é preciso dispêndio de tempo.

Entrevista 2

E: Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?

E2: Não. E agora tenho que explicar porquê. Não é suficiente, porque todas as intervenções de enfermagem implicam aqui uma humanização e essa humanização implica dispêndio de tempo. Eu posso executar qualquer intervenção de Enfermagem sem a componente humana e consigo fazê-lo num curto, num maior -como é que hei-de explicar – num maior curto espaço de tempo. Só que depois, muitas vezes, os doentes ficam mais apelativos, as famílias mais inseguras. Não conseguimos transmitir aquela segurança e explicar tudo o que depois, efetivamente, ainda vai requerer é mais tempo, porque há famílias mais apelativas, mais inseguras e, portanto, o tempo despendido durante os cuidados de enfermagem é essencial.

E: Que tipo de intervenções considera que despende mais tempo?

E2: Ora bem, estou aqui a pensar. As intervenções que eu despendo mais tempo, efetivamente, é na explicação, na presença com os familiares no – como é que hei-de explicar? – no estado de saúde ou de doença dos doentes. Isto é, esta é uma pergunta difícil. Não há assim nenhuma intervenção específica, tudo o que eu vou fazer ao doente, preciso de tempo, não é? Eu se lhe vou dar uma medicação, seja para controlar a dor, eu tenho que explicar aos familiares porque é que ele está a sentir aquela dor, quais vão ser os efeitos da medicação que lhe estou a dar, o que é que é perspectivado acontecer, se não acontecer o que é eu tenho de retaguarda para poder oferecer. Nos cuidados de higiene eu preciso de tempo para explicar ao doente, para perceber aquilo que o doente quer, no

sentido para eu lhe fazer: se ele quer fazer a barba ou se não, ou se até gosta de estar com ela por fazer; se gosta de tomar banho todos os dias ou não. Qualquer cuidado enfermagem, eu preciso de tempo para perceber o que é que o doente quer, o que é que ele precisa. E para isto, eu preciso de tempo para ele falar, eu preciso de saber os hábitos dele prévios ao internamento, preciso de olhar para cada um como um indivíduo só. Não é dar banho a toda a gente, lavar o cabelo a toda a gente. Eu tenho que perder tempo para saber quais são os hábitos de vida prévios aquele internamento e qual era a perspectiva do doente e da família e, portanto, qualquer cuidado de enfermagem é preciso dispêndio de tempo.

E: Como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho?

E2: Ora bem, como é que influencia esta falta de tempo. Influencia, às vezes, no sentido de stress. Isto é, algum stress diário nos profissionais. É uma insatisfação e uma frustração, de não conseguir chegar a todos os utentes e famílias, de forma com qualidade, de satisfazer todas as necessidades das pessoas. Isto também porque os cuidados de saúde estão muito organizados no doente. Fala-se muito na família, a família, mas é uma utopia porque nós somos poucos para os doentes que estão efetivamente internados. Como é que eu posso depois olhar para aquele doente, como não sendo só um doente, não estando envolvido num seio familiar, quer dizer, porque eu consigo, não é difícil tu estares com um doente e com a família trinta/quarenta minutos, isto não é nada difícil. E, efetivamente, para depois a família ficar tranquila, porque se eu tiver trinta a 40 minutos com essa família, sendo necessário, ela fica com uma satisfação, uma confiança na equipa, completamente diferente. Do que ver um profissional que está constantemente a correr, que mal fala com eles. E nós, vamos fazendo isto em todos os turnos, porque nós temos que chegar a todos e, às vezes, a nossa disponibilidade para com os familiares é quase nula e os familiares depois sentem isso e transmitem era insegurança aos seus doentes internados. Enquanto que, quando nós conseguimos estar com os familiares, estar com doentes, e os familiares sentindo-se confortáveis, seguros, transmitem essa calma aos doentes internados. Portanto, isto é um ciclo e os doentes, de igual forma, se se sentirem atendidos, com as suas necessidades respondidas também conseguem tranquilizar os seus profissionais. Se houver um turno em que aquele enfermeiro não conseguiu estar tão disponível, o próprio doente vai conseguir dizer ao pai ou à filha ou à neta “não te

preocupes, que a enfermeira, não tarda nada, vem aqui”, porque sabe que o padrão é aquele enfermeiro estar disponível.

Quando nós temos, diariamente, que gerir este stress, de não termos tempo para estar com os doentes e com as famílias é muito frustrante. A frustração, efetivamente. Se chegar ao fim do turno e ter a perceção que não consegui chegar a todos é...pronto, é muito...cria aqui uma vazão.

E: O que considera prioritário quando se depara com a falta de tempo?

E2: Ora bem, o que eu priorizo, efetivamente é o sofrimento. Isto é, eliminar o desconforto ou o sofrimento aquela doente é a minha prioridade. Pronto, a segunda prioridade é ir ao desconforto daquela família. Eu entre ter uma família que está chorosa, que está ansiosa, que está ali com alguma insegurança ou precisa de algum esclarecimento relativamente à situação de saúde do seu familiar e ter um doente que tenha dor descontrolada ou que está com uma dispneia, o controlo sintomático do doente é a prioridade. Depois do controlo sintomático daquele doente, aí sim, em segundo plano a família e numa situação de ter que escolher, eu escolho o controlo sintomático do doente.

E: Se tivesse mais tempo, em que tipo de intervenções investiria mais?

E2: Eu se tivesse mais tempo, efetivamente, as intervenções, a comunicação e o bem-estar, isso. E que eu, no meu dia-a-dia, vou investindo, mas depois, nunca saio a horas. O meu turno se acaba às três e meia, são cinco horas e ainda estou no serviço, porque eu vou fazendo isso, com sacrifício pessoal. Mas sim, sem dúvida, a comunicação, o cuidar com humanização. Isto não se traduz em ganhos monetários, económicos, não se consegue medir. Quanto é que nós vamos ganhar ou quanto é que o hospital ganha? Não se consegue quantificar em euros. E, portanto, fala-se em humanização, mas só um bocado da “boca para fora”. Estes gestores o que querem é sempre produção, e não se consegue produzir muito com poucos recursos e ser humanos. Não se consegue. Só com sacrifício pessoal.

E: Que tipo de emoções experiencia quando se depara com a falta de tempo para realizar todas as suas intervenções?

E2: As emoções é um bocadinho de encontro aquilo da pergunta da anterior. Aquela frustração. E depois também acontece aquela situação de, os próprios profissionais, e eu próprio sinto que, parece que perdi a paciência, porque nós queremos chegar, e até conseguimos fazer isso com um familiar ou com um doente, mas não conseguimos fazer com o seguinte. E às vezes também, emocionalmente, estamos mais fragilizados, porque estamos mais cansados, mais stressados e, às vezes, depois até temos um comportamento no sentido de disponibilidade, de comunicação com um doente ou com uma família, até menos adequado, porque também priorizamos um bocadinho alguns doentes, de acordo que nós achamos aquilo que é mais importante, mas cada doente é o seu doente e, para si, a sua necessidade é sempre a maior e a que precisa de ser atendida perante o outro. E portanto, os familiares, muitas vezes, não percebem isto: porque o enfermeiro esteve com aquele doente e até perdeu lá tanto tempo e depois está comigo e está cinco minutos? Porque nós achamos, perante o estabelecimento de prioridades, que a prioridade do doente A é mais importante que a do doente B, mas para o doente B, a sua necessidade é que é a mais importante. E depois, muitas vezes, têm comportamentos para com os profissionais mais agressivos, mais distantes e que depois faz com que, comportamento gera comportamento, em os profissionais, às vezes, respondem de uma forma não tão adequada. E as emoções, que às vezes eu sinto, estes desentendimentos que nós temos com alguns doentes ou familiares, eu fico...pessoalmente a mim, deixa-me muito triste. Porque, eu sinto que sou uma pessoa super disponível, que tente chegar a todos, e quando depois vejo que, ou não fui bem interpretada ou causei um sentimento tde insatisfação tal em alguns familiares, eu fico bastante triste com isso.

E: Considera que essa falta de tempo contribui para a desmoralização?

E2: Sim, que acho a desmoralização no sentido da profissão. Sim, às vezes, ao fim de alguns turnos, e alguns anos, uma pessoa parece que chega à conclusão que mais-valia “entrar muda e sair calada”, que tinha menos problemas, mas por outro lado também não me sentia não realizada. Eu quando estou com familiares e, lá está, despendo do meu tempo para consolar, para confortar, e vejo, do outro lado, aquele olhar de agradecimento, isso faz-me sentir muito realizada e pensar “é por isso que eu sou enfermeira”, não é para

dar banho ou executar o penso. Muitas vezes, é aquele olhar de gratidão em que, esteve aqui alguém, e que perdeu tempo comigo, e não é perder tempo. Mas sim, a falta de tempo, às vezes, desmotiva. Faz-nos pensar em ser meramente técnicos, porque se eu fosse uma pessoa meramente técnica, acho que já tinha mais tempo.

Entrevista 3

E: Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?

E3: Não. Pronto, considero que, eventualmente, quando há situações em que partilhamos de degradações do estado geral em vários doentes, não só um. Porque, às vezes, temos utentes nas várias fases dos cuidados paliativos, em que alguns estão com controlo sintomático (e outros nem tanto), que temos que fazer um controlo sintomático ativo e mais variado e, muitas das vezes, ao estarem a passar por essa fase ao mesmo tempo, não conseguimos, ao ser um enfermeiro para dez doente, dar resposta, se calhar, como todos merecem e no mesmo *timing* merecido. E temos de, muitas das vezes, fazer opções e termos o pensamento crítico em cima da mesa, para ver e valorizar qual é a iminência e a urgência de cada doente. Essa tomada de decisão, por vezes, seria mais facilitada se, por exemplo, tivéssemos outro enfermeiro connosco nas unidades de cuidados continuados a trabalhar em equipa, enquanto que, para ali, a decisão fica só para esse enfermeiro que está no serviço e, eventualmente, depois, claro que assumimos em equipa as tomadas de decisão e vamos depois conversando *à posteriori*, se estas tomadas foram acertadas ou não, para depois, num futuro próximo, sermos mais eficazes nestas decisões.

E: Que tipo de intervenções considera que despande mais tempo?

E3: Pronto, ao sermos uma unidade mais específica e de uma especialidade de enfermagem que se calhar até deveria ser mais valorizada. Se calhar não. Deveria ser mais valorizada. Eu acho que nos cuidados que se calhar são mais comuns a outro tipo de unidades, sejam eles cuidados de higiene ou alimentação, acho que conseguimos dar mais

vazão, mais rapidez, mais celeridade nesta execução. Realmente, não é perder, mas despendemos de mais tempo, utilizamos mais tempo, nestas especificidades que são os cuidados paliativos, nomeadamente, no utente/família. Porque nós consideramos o ser holisticamente e ao trabalharmos com a árvore que é base o utente, acabamos também por ramificar para a família. E não só a nível de intervenções de execução, mas também de intervenções de escuta ativa e comunicação. Portanto, acho que seria muito por aí: ou especificidades técnicas ou especificidades comunicacionais.

E: Como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho?

E3: Influencia, porque temos, desde logo, que nos é passado o turno, fazer uma avaliação e uma valorização global: o que é que eu vou conseguir fazer neste tempo e o que não vou conseguir fazer? Claro que há sempre esta segurança que os turnos são contínuos e, ao sermos uma equipa, e também a nossa bastante coesa e que nos apoiamos muito, acaba por não ser uma preocupação porque eu sei que, mais cedo ou mais tarde a situação acaba por ficar controlada, mas também sei que, cada uma de nós, queremos deixar tudo direitinho. Portanto, acho que é o planeamento que acaba por ser bastante importante. É vermos o que é que eu vou utilizar, a nível de tempo, para X ou Y intervenção, e acabarmos por dividir e bifurcar este tempo nas diversas intervenções que temos que executar ao longo do dia. Portanto, o planeamento acaba por ser muito importante para fazermos a divisão de tarefas que temos que executar. Claro que temos sempre o apoio dos auxiliares, que têm até uma certa linha, um certo limiar de intervenção, e acabam por nos ajudar, mas chegam ali a um patamar que já temos que ser nós.

E: O que considera prioritário quando se depara com a falta de tempo?

E3: Prioritário, para mim, é sempre o doente e família. É sempre quem está dentro de um quarto e não tão dentro do computador. Portanto, acaba por ser um bocadinho a tarefa, a execução ou a técnica, ou a comunicação, e não tanto depois o traslado daquilo que nós fizemos para o papel. Até porque, *à posteriori*, conseguimos e temos, seja na rede as tais 48 horas para o fazer, por exemplo, o registo numa entrada. E eu prefiro mais explicar direitinho como é que nós funcionamos, o que é nós somos, como nós trabalhamos e se *à posteriori*, ou tenho, lá está, que despendo de mais tempo pós-turno para fazer a escrita

daquilo que transmiti. Ou em dias consecutivos, porque na rede conseguimos, por exemplo, a uma entrada. Portanto, sem dúvida, o dentro do quarto, doente e família. É fácil essa.

E: Se tivesse mais tempo, em que tipo de intervenções investiria mais?

E3: Eu acho que acabava por passar mais tempo com os doentes, ou seja, por exemplo, temos um doente que está controlado sintomaticamente, as rondas vão ser mais alargadas, certo? Ou seja, se temos um doente que se calhar estamos a preparar para uma alta, eu passo lá nas rondas de mudança de fralda, por exemplo, ou se ele me chama e se calhar não tanto a miúde, como passo num doente que esteja descontrolado. É óbvio, porque, entretanto vou aproveitando esse tempo que não despendi nesse doente controlado para fazer as tais coisas que, ou deixei por fazer, ou que eu acho que sejam importantes para executar naquele tempo, porque *à posteriori*, esses doentes descontrolados podem-me roubar esse *timing*. É por aí.

E: Que tipo de emoções experiencia quando se depara com a falta de tempo para realizar todas as suas intervenções?

E3: Sinto-me frustrada. Sinto-me frustrada, impotente, porque nós só somos um, mas queremos estar ao mesmo tempo em todo o lado. E acaba por ser uma angústia, porque queremos dar vazão a tudo, e bem, e acabamos por...até se calhar acabamos por dar vazão, mas não naquela cem por cento de eficácia que a gente queria. Porque nós até deixamos de comer ou necessidades básicas para estar presente e, nós também, se não estivermos bem acabamos por deixar coisas para trás, seja nos doente ou para connosco. E acho que é isso: frustração, angústia e incapacidade.

E: Considera que essa falta de tempo contribui para a desmoralização?

E3: Considero. Considero, porque isto, depois, é tudo uma bola de neve. Porque eu acho que o mal sou eu e o mal é o sistema, certo? Porque, se calhar fui eu que não geri bem o meu tempo, se calhar fui eu que não geri bem aquele controlo sintomático. Porque, nós acabamos sempre por fazer uma introspeção e, muitas das vezes, é necessária uma

extrospeção. Porque não depende de nós, é mesmo o sistema. É mesmo nós sentirmo-nos mais apoiados pelo Sistema Nacional de Saúde, tanto a nível de rácios, como a nível de qualidade e prestação de cuidados, a nível de material, do tempo (lá está). E acaba por ser desmoralizante nesse aspeto. É mesmo por isso. Mas...qual é a sorte? É que nós amamos tanto isto que, depois, dá-nos um clique e é um novo dia e vou dizer “eu sou capaz”. Mas acabamos também por sofrer um bocadinho nós. Nós, porque o amor também desgasta. O amor exige de nós. E temos que por ainda mais de nós, porque me senti frustrado porque no outro dia saí desmotivado do turno e penso “não, eu tenho que ainda por mais de mim”, mas a bola de neve um dia também pode complicar para o nosso lado.

Entrevista 4

E: Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?

E4: Não. Principalmente eu, tendo começado há pouco tempo, com três meses de casa, apesar de ter uma pós-graduação em cuidados paliativos, há coisas que eu não sei, que eu demoro mais tempo a reagir que as colegas. Por exemplo, uma colega que tem mais experiência sabe que, em determinados sintomas, tem que atuar de determinada forma eu, às vezes, ainda tenho que ir ver o protocolo, ou até estudar.

Claro que, eu noto, que há medida que o tempo vai passando, já tenho alguma facilidade, mas mesmo assim é complicado. Já me aconteceram situações de ter dois doentes com sintomas a controlar e realmente... imagine-se vou prestar cuidados de qualidade, sei lá, por exemplo, um posicionamento, deixá-lo para mais tarde? Se calhar, aquele posicionamento devia ter sido feito um bocado mais cedo e tenho que optar pelo que vou fazer naquele momento.

Por exemplo, neste caso em situações de emergência, que já me aconteceu, uma hemorragia, em que eu tive de atuar perante uma hemorragia e deixar os cuidados de higiene para depois, porque sou só uma. Nem sempre é fácil.

Eu noto mais neste tipo de coisas, porque se o turno correr calmamente, vai-se conseguindo gerir. Claro que, se calhar, não tenho o mesmo tempo para prestar atenção

às famílias, e até ao próprio doente, na parte da espiritualidade e da parte emocional. Também já me aconteceram situações em que as famílias pediram a atenção, começaram a chorar, e eu tive que perder cerca de meia hora ou vinte minutos a conversar com a família e sei que estava a deixar lanches, posicionamentos, por fazer. Pronto, é um bocadinho nessa base.

E: Que tipo de intervenções considera que despende mais tempo?

E4: É assim, a nível de cuidados de higiene demora o seu tempo, obviamente, para fazer as coisas em condições, mas eu...para mim...eu sinto mais que é numa situação de emergência porque é aquilo que eu não estava habituada a fazer no meu dia-a-dia. Porque eu já sou enfermeira há dez anos e cuidados de higiene, posicionamentos, é uma coisa que eu já estava habituada. Claro que é das coisas, os cuidados de higiene, que demoram mais tempo, mas é numa situação de emergência, que como já falei anteriormente, tenho mais dificuldade, em comparação, claro, a colegas que já estão quase há dez, cinco anos, ou o que for, a fazer a associação medicamentosa ou não medicamentosa que vou fazer na minha intervenção. É mais nesse sentido que eu sinto mais dificuldade. E realmente, no apoio que se pode dar às famílias, porque nem sempre conseguimos e essa é a nossa maior dificuldade, se não conseguimos dar um apoio correto. E ainda aos doentes que estão mais orientados.

E: Como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho?

E4: A falta de tempo influencia porque, muitas vezes, não consigo fazer as coisas de uma forma satisfatória, ou até com qualidade. Não estou a dizer que a unidade não tem qualidade, longe disso, mas, se calhar nós não conseguimos ter a mesma qualidade que desejávamos e isso, para nós, também é um bocado frustrante. Eu falo por mim. E se chego ao final de um turno frustrada, inclusive já me aconteceu de chegar a casa, e pensar “ah, esqueci-me”. E não é coisas graves, de me ter esquecido de alguma coisa grave, mas um pequeno pormenor, porque realmente não tenho tempo para fazer as coisas com calma, de uma forma mais satisfatória, percebe? Que não me deixe tão frustrada de pensar que, se calhar, devia ter perdido mais tempo com uma família ou com um doente, e tive

que apressar um bocadinho uma conversação para poder terminar o meu turno e realizar todas as intervenções.

E: O que considera prioritário quando se depara com a falta de tempo?

E4: Neste momento é mais, realmente, o controlo sintomático. Se tenho algum doente com algum sintoma que necessite de ser controlado, seja ele qual for, ou até a família. Se eu notar que alguma família precise do meu apoio, por uma questão espiritual ou emocional, eu vou-me debruçar mais sobre esse assunto. Claro que depois, vou deixar coisas por fazer. É o mesmo assunto nos cuidados de higiene, que também são importantes, e que também pode ser um fator que depois vai aumentar um sintoma. Por exemplo, uma dor. Se um posicionamento não for feito logo, pode aumentar a dor ou desconforto do doente.

E: Se tivesse mais tempo, em que tipo de intervenções investiria mais?

E4: Sem dúvida, no contacto com as famílias e com os doentes quando eles estão orientados, e mesmo sendo desorientados. Porque, muitas vezes, nós não temos tempo para esse tipo de intervenção, que é fundamental nos cuidados paliativos quer na área de enfermagem, sem dúvida, porque nós temos que olhar para o doente de forma holística, não só o controlo sintomático, a parte física, mas também a parte emocional e espiritual. Isto, nos cuidados paliativos é fundamental, e nem sempre temos tempo para prestar os cuidados necessários.

E: Que tipo de emoções experiencia quando se depara com a falta de tempo para realizar todas as suas intervenções?

E4: É frustração, sem dúvida. Acho que a frustração é a emoção que eu sinto mais. Se calhar estaria à espera...ou idealizou um tipo de intervenções de cuidados que pudesse prestar e não estou a dizer que não os presto, mas não da forma como eu idealizei ou como eu estudei que seria suposto, porque muitas vezes não temos tempo para fazer as coisas todas, não temos para prestar mais atenção à parte espiritual e emocional do doente e da família que, para mim, é fundamental e é o que mais deixamos por cuidar.

Considera que essa falta de tempo contribui para a desmoralização?

E4: Assim para já, para mim, ainda é numa fase inicial, ainda não tenho assim muito esse sentimento que, se calhar, outras colegas que já trabalham há mais tempo, mas consigo compreender que sim. Todos nós prestamos cuidados que, nem sempre, são de uma forma tão satisfatória como gostaríamos que fosse. Idealizei os cuidados paliativos de uma forma que, nem sempre, é possível prestar. Claro que o controlo sintomático é sempre o nosso principal foco de atuação, mas deixamos de parte outro tipo de cuidados que também são importantes ao doente paliativo e à família.

Entrevista 5

E: Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?

E5: Não, não considero. Uma das coisas agora que em paliativos temos...temos muitos casos sociais que, inevitavelmente, nesse aspeto, até conseguimos ter algum tempo. Agora, se nós tivéssemos os dez utentes e fossem todos paliativos nós, nunca na vida, iríamos ter tempo para conseguir dedicar os cuidados que eles precisam. Não íamos ter tempo, porque somos insuficientes, uma pessoa para dez. Ainda no outro dia, um exemplo prático, tive uma hemorragia, um vómito e uma queda ao mesmo tempo. Eu não me conseguia virar para um lado, para outro, ficava ali bastante perdida. Nesse caso é que nós nos apoiamos muito nos auxiliares. Também é só um auxiliar, mas temos que meter esse apoio porque, infelizmente, sou só um, nestas situações. Portanto, eu acho que, realmente, se tivéssemos dez doentes paliativos, o tempo seria insuficiente. Comparando, por exemplo, a uma longa duração, em que já tive lá algum tempo, sinto que aqui, em paliativos a gente consegue ter mais tempo de dedicação ao utente do que numa unidade dessas, mas essas unidades também já têm rácios insuficientes. Nós também, aqui, com a necessidade que os utentes precisam de cuidados e especializadas, a gente também...uma pessoa para dez pessoas acho que não é...não conseguimos dedicar a cem por cento até porque, as famílias, também precisam muito aqui da nossa intervenção e nós não

conseguimos ter tempo para dedicar, o suficiente, às famílias. Ora com burocracias, outra questão. Quando temos admissões, quando temos óbitos, em que o turno por si só já fica mais complicado e com as burocracias todas que temos que preencher, acho que isso dificulta o nosso estar presente com o utente e o estar presente com a família, e prestar os cuidados que eles efetivamente necessitam.

E: Que tipo de intervenções considera que despense mais tempo?

E5: Mais tempo...ora...cuidados às feridas, acho que é uma das intervenções que a gente deveria dedicar mais tempo. Porque, às vezes, nos cuidados de higiene como, lá está, somos só dois elementos, acabamos por ter aqui mais perda de tempo, no sentido de...como são muitos utentes, que a gente tem que dedicar e se calhar deixamos outras coisas, ou seja, o que podíamos dedicar mais tempo e melhorar se calhar não temos esse tempo para dedicar. Mesmo por exemplo, uma ferida, até como acontece...tivemos a questão da hemorragia. A gente tem que estar ali a controlar, tem que perder tempo com aquilo. Tem quem estabilizar o utente. E acho que é uma das intervenções que demora mais tempo. Mesmo a ferida do utente, que temos muitos que vão ser depois referenciados para longa duração e que gente tem que otimizar aquele leito, dedicar o tempo suficiente para fazer o tratamento, fazer a lavagem, deixar o *protosan* atuar quinze minutos e tudo. Pronto, nesse aspeto, é uma das intervenções que nos demora mais tempo.

Outra coisa será, se calhar, a intervenção de enfermagem na parte de comunicação da família, como já falei anteriormente. Acho que a gente não tem o tempo suficiente para dedicar à família. Mesmo quando é em processo de luto, temos um óbito e temos uma família difícil de gerir aqui na unidade, nós acabamos por não a dar a atenção suficiente a até se calhar articular com a psicologia ou assim, para vir-nos ajudar, porque a gente tem também os outros utentes para olhar. Acho que é outra das intervenções que eu acho mais difícil nós conseguirmos sozinhos gerir o ambiente.

Depois...mais intervenções...acho que as outras, a gente acaba sempre por conseguir gerir de alguma forma. O conforto ao utente, a terapêutica, a gente vai conseguindo sempre gerir. Claro que, se calhar, às vezes, deixamos por exemplo, para conseguir fazer essa gestão ou prestarmos cuidados diretos a um utente, acaba por o auxiliar, às vezes, ficar um bocado mais carregado, nos posicionamentos e tudo, porque, às vezes, vai adiantando serviço, porque a gente está ocupada naquele momento. Pronto, também

temos essas situações. Vai depender também muito do turno em que estamos a ter e consoante a sintomatologia que os doentes vão apresentando.

E: Como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho?

E5: Ora...eu acho que a falta de tempo nos deixa stressados. Causa-nos muito stress porque queremos gerir tudo ao mesmo tempo. Queremos ser úteis para todos os utentes e, às vezes, ficamos frustrados por não conseguir dar tudo. Nós demos tudo de nós, mas sentimos que não foi suficiente em relação aqueles utentes. Então, acho que nos deixa stressados, frustrados, ansiosos. É assim uma combinação dessas emoções. Acaba se calhar, às vezes, por o turno ser exaustivo para nós, mentalmente, e saímos daqui derrotados. Chegamos a casa e pensamos “ok, eu dei o meu melhor, mas não foi suficiente” e ficamos naquele pensamento que a gente não tem culpa e sabe que não tem culpa, mas ao mesmo tempo queria fazer mais. Só que não temos tempo para fazer mais e é frustrante. Acabamos por ficar...acho que é isso. E depois o resto do turno, a gente se calhar, a lidar com famílias, que é uma coisa muito importante em paliativos, nós estamos tão frustrados que até, se calhar, perdemos alguma da delicadeza, ou alguma atenção que devíamos ter, por causa desta frustração e deste stress, e de termos várias coisas para gerir. Acho que abamos também por prejudicar a nossa relação terapêutica. E acho que é isso.

E: O que considera prioritário quando se depara com a falta de tempo?

E5: Não sei...o último caso da hemorragia, acho que é prioridade controlar essa hemorragia. Eu dou o exemplo das três. Tive a hemorragia, a queda e o vómito. Controlar a hemorragia, mas ao mesmo tempo tinha o senhor a vomitar e provavelmente tinha que o aspirar, porque podia ter ali algum conteúdo. A minha sorte foi ter a esposa no quarto que o foi colocando em posição lateral. A senhora da queda, se calhar, fica em última opção. Vais lá, levantas-lha, mas deixas aquilo ali meio parado porque tens que ir imediatamente. Acredito que aqui a hemorragia seria o primeiro caso, porque o senhor está com...mas é complicado fazer esta gestão, porque são três coisas bastante importantes e prioritárias. E sendo só um é...sentes-te de mãos atadas. Mas neste caso, o que eu segui foi a hemorragia, o vómito a seguir e depois fomos estabilizar a senhora da queda. Depois claro, eu fui lá a correr, a gente transferiu-a para o cadeirão, mas deixou-a lá, sem ver as sequelas, sem nada, para regressarmos para os outros dois doentes, tanto da hemorragia, como o do vómito. Acabou por correr tudo bem, mas podia correr muito mal.

E: Mas, no geral, o que considera prioritário? Em todas as intervenções de enfermagem, quanto tem falta de tempo, que é que considera mais prioritário, sem ser específico nesses cuidados?

E5: Se calhar, os cuidados de higiene e os posicionamentos são prioritários porque, mesmo numa falta de tempo, o utente tem que ser posicionado. Mas aqui, eu acho que mais, é o controlo de sintomas, a gestão terapêutica porque, as rotinas sabemos que é aquela coisa inata que a gente tem e que não pode falhar. Fora isso, seria a gestão terapêutica para controlar a sintomatologia e o resto, acaba por ficar um bocado...as nossas burocracias, por exemplo, nas admissões. Se nós tivermos um turno que temos vários utentes em que nos começam a demonstrar sintomatologia como hemorragia, como dor, sei lá, um estridor, que gente quer conseguir controlar, e temos os papéis da admissão para preencher e tudo, se calhar, vamos dar prioridade ao utente do que propriamente à parte burocrática de enfermagem que a gente tem para fazer. É um bocado por aí também.

E: Se tivesse mais tempo, em que tipo de intervenções investiria mais?

E5: Comunicação com a família. Acho que é essencial e é o que mais falha neste momento. Acho que a gente consegue ainda nos outros dar um jeito da nossa forma, mas para comunicar com a família eu acho que a gente ainda tem muita perda de tempo nesse aspeto. Falta-nos tempo, imenso. Para prestar apoio, para estar lá no quarto, falar com os utentes até. Comunicar com o próprio utente, comunicar com a família, acho que falta muito tempo nesse aspeto, e uma pessoa para dez é impensável.

E: Que tipo de emoções experiencia quando se depara com a falta de tempo para realizar todas as suas intervenções?

E5: É o mesmo que eu disse há bocado. É o stress, frustração, uma irritabilidade, ansiedade e que nós, no momento, temos que gerir todas essas emoções e transmitir uma pacificidade à família, aquela calma, mas por dentro, estamos stressados, a pensar em mil e uma coisas ao mesmo tempo porque temos várias situações para gerir. Acho que é isso, frustração, ansiedade, stress, que define as emoções perante a falta de tempo. Pelo menos, é assim que eu me sinto.

E: Considera que essa falta de tempo contribui para a desmoralização?

E5: Acredito que sim. Eu acho que é uma coisa...a nossa falta de tempo vai de encontro muito à falta dos nossos rácios porque, eu acho que nós, devíamos ter um rácio maior. Mas isto, a nível nacional, é em todas as unidades, infelizmente, e acho que devia haver mais estudos neste sentido, para a gente conseguir que olhem para este problema - que não é só nosso, de paliativos, infelizmente, é global – mas principalmente em paliativos que é uma área especializada e que a gente precisa mesmo de dedicar tempo ao utente e acho que neste momento isso não está a ser feito. E não estão a olhar para isso. E a gente tem que fazer, infelizmente, o impossível, e o possível, para conseguir dar resposta aquilo que nós pretendemos, também, que seja como de excelência de cuidados que nós prestamos. E sim, acho que contribui também.

Entrevista 6

E: Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?

E6: Não, não considero que o tempo seja suficiente. Acima de tudo, acho que também os rácios que temos na nossa unidade, interferem no nosso tempo e na nossa qualidade. Claro que nós temos doze horas de trabalho, que tentamos organizar da melhor maneira possível para fazer todas as intervenções de enfermagem que nós queremos e, provavelmente, se tivéssemos outros recursos humanos, o tempo era melhor gerido e nós conseguíamos dedicar melhor às intervenções de enfermagem. Acho que o tempo não é só um fator aqui isolado, ou seja, algo condiciona esse tempo. O facto de sermos sozinhas, só uma enfermeira para os dez doentes, nesse período de doze horas, também influencia para que o tempo seja insuficiente. Acho que os rácios está diretamente ligado a essa escassez do tempo porque, provavelmente, se tivéssemos um outro...se houvesse aqui uma visão dos doentes para, pelo menos, em vez de um, tivéssemos dois enfermeiros, acredito que conseguia gerir melhor as minhas intervenções e até serem realizadas com mais tempo e, consequentemente, com uma maior qualidade.

E: Que tipo de intervenções considera que despende mais tempo?

E6: Ora...assim de uma maneira geral...se tivermos a falar de intervenções de enfermagem diretamente, logo pela manhã, os cuidados de higiene é aquilo que nós despendemos mais tempo. Porque, se queremos fazer uns cuidados de higiene com calma e com qualidade, e olhar com olhos de ver para o doente, despende bastante tempo. Porque não é só prestar uns simples cuidados de higiene, temos que olhar o doente para o seu todo, é o momento para privilegiar o olhar para a pele, avaliar sintomas. Obviamente que os cuidados de higiene, se quisermos fazer um trabalho como deve ser, assim no geral, é das intervenções que requer mais tempo. Depois, não sei se...na unidade de cuidados paliativos, como temos outro tipo de intervenções mais específicas, não sei se também está considerada na pergunta.

E: Sim, sim.

E6: Por exemplo, quando nós temos uma admissão, quando temos um óbito, quando queremos comunicar com uma família com um bocadinho mais de qualidade, isso também vai precisar de mais tempo, tempo com qualidade e, às vezes, sinto que não o tenho para aplicar. Às vezes tenho de, num turno, tenho de ver se vou falar com aquela família ou se vou fazer aquela intervenção, ou se posso demorar mais um bocadinho no acolhimento ou se vou posicionar. Ou seja, ao longo do turno, sinto-me constantemente a fazer escolhas.

Todos os turnos são diferentes, porque os doentes também são diferentes, temos famílias diferentes, mas também são diferentes me cada dia. Mas, regra geral, sinto-me sempre na balança, a ponderar e a equilibrar, o que é mais importante naquele dia. Sempre, ou quase sempre, independentemente se as camas estão cheias, mas vamos considerar que temos os dez utentes, com as dez famílias, sinto sempre que estou, ao longo do dia, a fazer escolhas. Porque sei que o meu tempo tem que ser bem gerido, desde o momento que começo a trabalhar até ao fim, para conseguir fazer as intervenções de enfermagem, quer os cuidados de higiene, quer os posicionamentos, quer preparar a medicação, quer fazer ao colhimento ao utente e à família, se tiver um óbito, que é imprevisível. Estou sempre a pensar que posso ter alguma coisa que vou precisar daquele tempo, portanto, tenho que gerir o meu tempo da melhor maneira. Mas, regra geral, sim, o tempo é muito

complicado porque eu estou sozinha, sou a única enfermeira para aqueles dez utentes. Acredito que tudo isso mudaria se os rácios fossem diferentes, sem dúvida nenhuma. É isso que está aqui a condicionar a qualidade...a qualidade dos cuidados eu não digo, porque eu fico de consciência tranquila porque acho que faço o melhor e acho que é com qualidade mas, para fazer isso, tenho que sacrificar uma comunicação com uma família, que em vez de sete eu gostava de estar mais quinze minutos e só estou mais cinco, ou num acolhimento se em vez de estar meia hora e só estou quinze. E, sem dúvida, que é isso que a nossa qualidade, que já é boa, mais podia ser melhor, em questão de tempo, de estar ali com as pessoas. E sinto, no turno, sempre a fazer esse equilíbrio e esse balanço. Às vezes, até me sinto um bocadinho frustrada e, às vezes, penso “podia estar aqui mais um bocadinho e não estou a conseguir”, “será que a pessoa percebeu aquilo que lhe estou a dizer?”. Eu estou a ir sempre aqui para a comunicação para as famílias porque é algo que não se faz e está feito. Nós temos que ter uma comunicação eficaz e, de facto, á aquilo que mais me custa, não poder estar lá mais um bocadinho ou, se estou porque é necessário estar, sei que vou andar a correr o resto do turno para conseguir fazer as outras intervenções de enfermagem. Portanto, o que é um dia, não é no outro, mas sinto-me neste constante equilíbrio, para equilibrar todas as intervenções de enfermagem com o máximo de qualidade possível.

E: Como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho?

E6: Pois, eu como falo muito, vai de encontro com a minha pergunta anterior, porque falo e as coisas acabam por ir umas para as outras. Essencialmente, a falta de tempo é como disse anteriormente. Influencia porque, às vezes, eu sei que tenho, naquele dia, a admissão de um doente, ando um bocadinho mais stressada porque sei que tenho de gerir melhor o meu tempo logo da parte da manhã, porque sei que, a qualquer altura, e às vezes está prevista uma admissão para de tarde, mas vem ao almoço ou no final da manhã. Não é como nós queremos. Influencia sempre porque, eu própria, tenho logo um sentimento de um pouco mais de ansiedade, um pouco mais de stress, para tentar fazer as coisas o melhor possível mas naquele período de tempo porque sei que, a seguir, inevitavelmente, porque sei que vai acontecer, vou ter uma admissão, que me vai requerer mais tempo. Por isso, sem dúvida nenhuma, que a escassez de tempo, está-me sempre a fazer pensar no que vou ter de fazer a seguir. Nós temos mesmo de ter a capacidade de estar sempre a

pensar no “a seguir”. Quando estou a fazer uma coisa, já estou a pensar no que vou fazer a seguir porque já sei que o meu tempo pode ser curto. Pode acontecer alguma coisa. Os nossos doentes são muito instáveis, agora estão bem e daqui a bocado já pode haver um descontrolo sintomático e, às vezes, são todos ao mesmo tempo ou são muitos ao mesmo tempo. Às vezes há um óbito, há uma pessoa que teve uma hemorragia, há uma pessoa tem uma crise de vómitos, há um familiar que quer falar connosco ao telefone. É tanta coisa para gerir que eu sinto que não tenho tempo para...eu ter tempo tenho, mas tenho que ser prioritária naquilo que é mais importante naquele momento e agir. Mas isso está-me sempre a criar uma sensação de, não vou negar, às vezes dá-me um bocadinho de stress e de ansiedade que era desnecessário, porque sei que vai ser tudo para mim. Portanto, tudo aquilo vai ter que ser para mim, portanto eu é que vou ter de gerir o que é vai ser primeiro, qual é a prioridade. Mas influencia. Eu tenho noção que chego ao final de um turno de trabalho, e tento sempre ficar com a minha consciência tranquila e que fiz aquilo que pude com o tempo que tinha, mas tenho noção, que se tivesse um bocadinho mais de tempo, as coisas podiam ser feitas um bocadinho de doutra forma. Às vezes, tenho pena de não poder arrastar uma cadeira e de me sentar a conversar com o utente. Pelo menos, nos turnos de dia, tenho muito essa frustração. O que é que faço? Aproveito muito os cuidados de higiene ou os posicionamentos para fazer isso, mas, às vezes, gostaria de ter esse tempo. Neste momento não estou a fazer turnos noturnos, mas quando os fazia e, sempre que era possível, era isso que eu fazia. Porque, durante o dia, devido à escassez de tempo, temos intervenções que têm que ser feitas, são prioritárias, e não posso privilegiar, infelizmente, estar ali meia hora com um utente a falar um bocadinho com ele. Pronto, fico às vezes um bocadinho frustrada, mas sei que tudo aquilo que faço, é com a máxima qualidade possível, com aquilo que posso e com o tempo que tenho naquele momento. Mas, gera-me aqui um bocadinho de ansiedade principalmente quando sei que, por exemplo, chego ao turno e sei que um doente está num fase agónica e sei que, a qualquer momento, pode partir, eu tento agilizar o meu turno o melhor possível, porque sei que, a qualquer momento, posso ter que parar aquilo que estou a fazer para vivenciar com o doente essa partida. E depois com a família. E depois, há uma série de preparação e de burocracia à volta disso que também é para mim. E, portanto, sem dúvida, que esta escassez de tempo, ao longo do meu turno, obriga-me a estar muito alerta em tudo e desperta-me às vezes sentimentos de ansiedade e stress, que eu tento me conter e não passar, porque é algo interno, é algo comigo. Claro que a experiência vai ajudando, mas, como os doentes são sempre diferentes, os imprevistos são sempre diferentes, com o

máximo de experiência que tenha...acho que a experiência ajuda-nos a criar estratégias para lidar com isso, mas, de facto, desde o momento que eu saio da passagem de turno, que eu tento organizar o meu trabalho o melhor possível mas, sem dúvida, com a máxima rapidez possível. Se um utente precisa mais de mim e se posso estar lá uma hora, mas sei que, se ele precisar menos de mim, estou lá vinte minutinhos. Porque sei que tem que ser assim, por muito que eu queira, eu tenho que atender a todos na melhor qualidade possível, mas não consigo atender a todos com o mesmo tempo. Isso é impossível. Mas é isso, numa forma geral ao longo do turno, esta escassez de tempo vai determinar muito o meu trabalho.

E: O que considera prioritário quando se depara com a falta de tempo?

E6: É assim, a minha prioridade é sempre o bem-estar do doente. Nos meus cuidados, a minha prioridade é: os meus doentes têm de estar bem, com os sintomas controlados, têm que estar confortáveis, se uma família quiser falar comigo eu vou falar com a família, para mim, é sempre isso. Nós temos tantas rotinas na unidade como preparação de medicação, burocracias a nível de computador – registos informáticos – nem que fique depois da passagem de turno a fazer. Mas, acima de tudo, no meu turno é sempre o foco no doente e na sua família. Porque se a família não estiver bem, eu sei que o doente não vai estar bem. Pronto, porque, de facto, o nosso foco de cuidados é o doente e a família. Se estamos a dizer, temos que praticá-lo. E, portanto, para mim, o meu foco é sempre o doente e assegurar os seus cuidados e que estejam bem e, depois, se conseguir, efetivamente, fazer as outras tarefas. Elas vão ter que ser feitas, posso é não conseguir fazer nas doze horas, decerto vou fazer em treze, mas isso já é o tempo que eu estou a despender meu, não no tempo que nós temos que o fazer. Por isso, lá está, a maior parte, todos os dias, raras exceções, eu sinto muita escassez de tempo, para fazer as minhas intervenções. Saio de consciência tranquila, porque sei que os cuidados ao doente ficaram assegurados, mas depois, também, para preparar uma medicação, eu tenho de ter calma e concentração. Para fazer um registo, que tem que ser bem feito, também preciso de calma e concentração, não é chegar lá e fazer cliques. Tudo requer a dua dedicação. E depois, quanto mais se é exigente connosco próprios no nosso trabalho, acho que mais noção temos de falta de tempo.

Eu jamais vou privilegiar um fazer registo informático, quando sei que está ali um utente que não está confortável, ou quando tenho uma família que quer falar comigo. É como disse, faço sempre escolhas permanentes. Mas a única coisa que posso dizer é que, se tiver dois doentes desconfortáveis, vou aquele que acho que tenho de atender mais depressa. Se tenho um com uma hemorragia que está ali e outro que provavelmente só está nauseado, primeiro vou ao que está com hemorragia porque é mais importante. São escolhas constantes. Provavelmente, o ideal, era ter dois enfermeiros para ir um para cada lado, mas isso não acontece. Vou a um e a seguir vou a outro, mas sempre foco no doente, é sempre aquilo que privilegio, o doente e a família. E depois, quando está privilegiado, vou fazer as minhas intervenções. E se não for em doze horas vai ser em treze. Raramente saio... nós temos quinze minutos de passagem de turno, que é impossível, porque a nossa passagem de turno é muito completa. Não conseguimos passar tudo o que temos a passar, numa unidade de cuidados paliativos em quinze minutos, é muito raro. Só se for uma colega que esteja a fazer turnos seguidos e tenha uma informação mais completa, senão é possível. Eu, raramente, saio antes das nove da noite porque, ao final da passagem de turno, tenho de acabar os registos que ficaram que fazer, porque não tive tempo. E é isso que fica por fazer: são registos informáticos, uma medicação que tinha de procurar mais detalhada na farmácia para o turno a seguir, se calhar até podia dar aqui uma ajudinha à colega, mas, ou fica para a colega ou fica para depois. Primeiro, está sempre o foco no doente. É isso que eu privilegio, dada a escassez de tempo, e é isso que nós temos de privilegiar como bons enfermeiros.

E: Se tivesse mais tempo, em que tipo de intervenções investiria mais?

E6: Pronto, se tivesse mais tempo, sem dúvida que investiria a nível da comunicação. Se tivesse mais tempo, a comunicação com o doente e a família, porque eu tenho noção que, como eu disse, com mais ou menos tempo, eu fico de consciência tranquila, porque a nível dos doentes, nas tarefas diárias, nas intervenções diárias, no controlo de sintomas, eu dei o meu melhor e eles ficam bem. Mas depois, descuro um bocadinho mais a comunicação com o doente, estar ali mais tempo a falar com ele, a comunicação com a família. E se tivesse mais tempo, assim de uma maneira geral de tudo, era aquilo que privilegiaria. Num acolhimento com a família, quando o doente é admitido, em vez de estar vinte minutos ou meia hora, decerto estava uma hora ou mais um bocadinho ainda porque as pessoas vêm cheias de dúvidas, vêm com muitos estigmas. Portanto, os

cuidados paliativos, aqui filosofia, às vezes, não está muito bem esclarecida e o, contacto é super importante. Se eu tivesse mais tempo, lá está, é tudo doente e família, acho que privilegiava sempre a comunicação. Sendo mais direta, era a comunicação com o doente e a família, porque o resto vai-se fazendo, por isso, era isso que eu privilegiaria.

E: Que tipo de emoções experiencia quando se depara com a falta de tempo para realizar todas as suas intervenções?

E6: Pronto, ansiedade como disse há bocadinho, muito... não é muito, porque eu acho que não transpareço e com os anos a gente vai gerindo. Mas fico assim um bocadinho mais ansiosa e, acima de tudo, às vezes, no final do dia fico assim um bocadinho frustrada. É um bocadinho de frustração. Porque eu sinto que tinha capacidade, formação – quer profissional e pessoal – para dar um bocadinho mais de mim na comunicação com aquela família e com aquele doente, e até, às vezes, estar presente, e nós trabalhamos em equipa e até, às vezes, para falar com elementos da equipa. Por exemplo, às vezes, tenho de dar feedback a uma psicóloga, uma assistente social, e ele é dado. Mas podia dar com mais calma, até participar na conversa que a psicóloga tem com o doente, que já me solicitou e eu, às vezes sinto que ou faço isso ou vou atender outro doente e não consigo ou, se conseguir, já sei que me vai descurar outra intervenção.

Pronto, acima de tudo é a ansiedade, logo no início do turno, porque sei que tenho de gerir o meu tempo o melhor possível, não descurando nunca a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. E, ao final do dia, às vezes, vou para casa a pensar no turno, o que devia ter feito, se devia ter feito mais um bocadinho. Isto gera, às vezes, um bocadinho de frustração. Não culpa, porque eu vou de consciência tranquila porque fiz o melhor, mas um bocadinho de frustração, porque sei que, se tivesse tido um bocadinho mais de tempo, poderia ter estabelecido uma comunicação mais eficaz, mais demorada.

Essencialmente, ansiedade e frustração são aqueles sentimentos que ficam, que me gera a escassez de tempo.

E: Considera que essa falta de tempo contribui para a desmoralização?

E6: É assim uma pergunta matreira, mas eu vou dizer que não. Porquê? Desmotivação... eu nunca me senti desmotivada na unidade de cuidados paliativos. Sinto-

me um bocadinho frustrada, porque eu gosto tanto daquilo que faço e quero dar sempre o melhor de mim, porque sei que às vezes podia dar mais, mas o tempo não está a meu favor, é escasso mesmo. Fico frustrada, mas não fico desmotivada. Pelo contrário, só começo a refletir em estratégias que posso aplicar no turno a seguir, para tentar fazer aquilo que eu não consegui fazer no turno anterior. Não me causa desmotivação porque gosto muito daquilo que faço. Eu nunca fui desmotivada trabalhar, fui sempre muito motivada. Quando se gosta daquilo que se faz, por mais que se tenha escassez de tempo que se tenha, tentamos sempre arranjar estratégias e alternativas para superar isso.

A minha resposta é mesmo não porque, lá está, uma coisa é sentir-me mais frustrada, mas não é desmotivada. Isso não, não posso considerar, porque nunca senti desmotivação a trabalhar. Fico mais cansada, fico, mas, sinceramente, não sei como vamos arranjar forças para o dia a seguir e estarmos lindas e frescas porque, gostamos tanto daquilo que fazemos, que começamos tudo de novo, apesar de saber que...enfim. Isso não, pelo contrário, dá-me um bocadinho mais de forças para gerir melhor o tempo. Até é o contrário, que é o que me causa. E depois, de facto, no final do dia, não ocorreu, lá está, vem outra vez o sentimento de “ok, não tive o tempo que queria que fizesse, mas no turno a seguir volta tudo ao mesmo”. Sempre com a mesma motivação porque, de facto, quando o nosso foco é prestar aqueles melhores cuidados aqueles nossos utentes, aquelas suas famílias, não há espaço para desmotivação. Ainda não me sinto desmotivada.

Entrevista 7

E: Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?

E7: Não. É assim, acho que não, no sentido de que os cuidados paliativos requerem mais tempo com as famílias. E então, se fosse só a parte técnica, prática, até teria o tempo, agora essa parte com a família e o trabalho com eles...aí essa parte já é um bocadinho mais complicado.

E: Que tipo de intervenções considera que despende mais tempo?

E7: Com eu estava a dizer é o apoio à família. Esse acompanhamento. Saber o que é que a família, e também a parte do doente, cuidado, porque eu estava aqui só a falar da família, mas também o tempo que temos que intervir com o doente. O acompanhamento nessa fase terminal, as dúvidas, os medos, tudo o que é a parte emocional...isso é um tempo um bocadinho difícil de contabilizar, é muito diferente de fazer um penso em que eu sei que vou demorar dez ou quinze minutos, agora, toda a parte relacional, que é extremamente importante, não consigo contabilizar com certeza o tempo que vou ficar com eles. E também não posso fazer com pressa.

E: Como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho?

E7: Tenho de estabelecer prioridades, claro. Tenho que, evidentemente, os cuidados mais básicos (entre aspas, claro), têm que ser feitos, como a medicação, pensos, essas coisas. Agora, se calhar não vou ter o tempo suficiente para ter essa conversa com o doente ou com a família. Vou ter que escolher, se calhar falar só com uma família, em vez de falar com as outras.

E: O que considera prioritário quando se depara com a falta de tempo?

E7: Prioritário será sempre gerir o mais urgente que é a dor, os sintomas do doente. Essa parte tenho que tratar logo e é urgente. Depois, infelizmente, o resto também é importante, mas terei de passar menos tempo, que é a parte relacional e a ansiedade do doente e da família que, pronto, não será prioridade já, já. Primeiro tenho de ver a dor do doente e a parte mais fisiológica, física.

E: Se tivesse mais tempo, em que tipo de intervenções investiria mais?

E7: Investia mais sobre a preparação da família e do doente, na fase da vida que eles estão a passar. Conseguir prepará-los mais, conseguir atender a desejos que eles tenham. Claro, passaria mais tempo nisso e, às vezes, vejo que o doente está um bocado sozinho. Às vezes tenho a sensação, já me aconteceu, de ver o doente precisar só mesmo de uma presença e não posso, não consigo dar, e é uma morte assim...uma pessoa em fim de

vida...é um bocado solitário. Estaria mais tempo, se calhar...até só estar com eles, não estarem sozinhos, ou até dar um passeio, fazer uma atividade, fazer outra coisa que lhe desse prazer.

E: Que tipo de emoções experiencia quando se depara com a falta de tempo para realizar todas as suas intervenções?

E7: Frustração. É alguma frustração, porque não atinjo, às vezes, tudo o que eu queria fazer. E posso, às vezes, parecer mais fria perante algumas famílias ou os doentes. e não é isso que eu quero passar. Mas, às vezes, tem que ser.

E: Considera que essa falta de tempo contribui para a desmoralização?

E7: Sim, claro. Claro que sim. Estando mais frustrada, acabamos por desmotivar, às vezes. Quando não conseguimos dar um bom trabalho e o nosso melhor. Mas não depende de nós. Depende do tempo e dos recursos que temos.

Entrevista 8

E: Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?

E8: Não. Na grande maioria dos turnos, o tempo não é suficiente. Sobretudo, e esta é a minha realidade pelos anos de experiência, pelos rácios inadequados relativos à equipa de enfermagem e até de auxiliares de ação médica.

E: Que tipo de intervenções considera que despense mais tempo?

E8: Mais tempo...eu acho que a questão de despender o tempo na intervenção, depende também do estado em que o doente se encontra. Maioritariamente, nos cuidados diretos ao doente, ou seja, satisfazer as necessidades básicas fundamentais do doente, cuidados de higiene, cuidados de alimentação e também, sem dúvida, e esta talvez a principal, controlo sintomático do doente. Depois, dependendo também da fase em que o doente se

encontra, nas intervenções relacionadas com escuta ativa, a comunicação que estabelecemos com o doente e com a família. Sobretudo, nestas duas vertentes.

E: Como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho?

E8: Todo o meu turno tem que ser gerido em função do tempo que tenho. A falta de tempo influencia, no sentido em que, eu me vejo obrigada a olhar para, neste caso, os dez doentes que atribuídos e, certa forma, priorizar, tentar definir qual é aquele que tem uma intervenção que é mais necessária ao momento. O que eu tenho depois consciência, é que posso estar, às vezes, a não ser o mais justa e o mais correta possível. Se tivesse um rácio mais adequado, conseguiria atender todos os doentes de uma forma mais rápida, mais atempada e a falta de tempo a estabelecer estas prioridades, de acordo com aquilo que é a minha avaliação. E a minha avaliação acaba por ser minha, muito individual, muito objetiva e que, às vezes, pode não ser o que mais correto.

E: O que considera prioritário quando se depara com a falta de tempo?

E8: Quando me deparo com a falta de tempo, para mim, prioritário, é, sem dúvida, o controlo sintomático. Garantir que tenho o doente com os sintomas controlados, o doente sem dor, sem dispneia. Isso, para mim, é prioritário e, enquanto não consigo isso, todas as outras intervenções, passam a ser acessórias, desde cuidados de higiene, cuidados de alimentação. O prioritário é sempre o controlo sintomático do doente.

E: Se tivesse mais tempo, em que tipo de intervenções investiria mais?

E8: Tantas. Com mais tempo, mais apoio ao doente, não em cuidados diretos, não em tratar só sintomas físicos. A questão de estabelecer aqui uma relação terapêutica ainda mais próxima, com uma comunicação mais presente. Atender, se calhar, a mais desejos dos doentes. Ter mais disponibilidade para o ouvir, para perceber melhor, muitas das vezes, o seu percurso de vida, para perceber melhor as emoções que o doente está a vivenciar naquele momento. Para ter mais tempo com a própria família, dar mais apoio à família que, numa fase, num estadio de doença a avançada, a família também requer muito atenção dar parte da equipa. Estes são aqueles afetos, que a falta de tempo, me faz muitas vezes, deixar para um segundo plano. Para o caso de, se tiver tempo, vou ainda fazer isto. Muitas vezes chegamos ao final de turno e percebemos que não tive tempo e que não consegui fazer.

E: Que tipo de emoções experiencia quando se depara com a falta de tempo para realizar todas as suas intervenções?

E8: Frustração. Tristeza, porque me ponho do lado o doente e tento, lá está, aqui numa relação empática, perceber as emoções que ele está a vivenciar e eu não fui capaz de atender a essas emoções. Penso que, sobretudo, essas.

E: Considera que essa falta de tempo contribui para a desmoralização?

E8: Sim, sem dúvida. Sem dúvida. Muitas das vezes, a falta de tempo, o não investimento em rácios adequados, o olharmos muito só para os aspetos físicos do doente, desmotiva, desmoraliza. No sentido que, leva-me muitas vezes a questionar, se estou no sítio certo, se estou no caminho certo, se faz sentido investir. Sim, sem dúvida que sim. E, acredito, que com políticas que incrementassem, com uns rácios mais adequados, com maior tempo disponível por cada profissional por cada doente, que só melhoraria a nossa prestação enquanto profissionais e nos melhoraria enquanto seres humanos. Para isso, também contribui muito, a falta de atenção desta área dos cuidados paliativos ainda á alvo. Vê-se que ainda há um longo percurso a percorrer e que quase todos, arrisco-me a dizer, quase todos os profissionais que trabalhamos nesta área, muitos dos dias, se sentem desmoralizados. Sim, dúvida.

Entrevista 9

E: Considera que o tempo é sempre suficiente para realizar todas as intervenções de enfermagem com qualidade?

E9: Não, não é sempre suficiente. Nem sempre é suficiente, não. Há turnos em que nós conseguimos, realmente, dar uma resposta mais eficaz ao doente e à família, mas, esses turnos, são turnos em que temos os doentes mais controlados a nível sintomático. Porque, se tivermos um ou dois com descontrolo de sintomas, já não conseguimos gerir tudo.

Então, se ainda tivermos mais doentes mais descontrolados a nível de sintomatologia, torna-se muito complicado sim, gerir o tempo.

E: Que tipo de intervenções considera que despende mais tempo?

E9: Diretamente relacionadas como o doente?

E: Com toda a intervenção de enfermagem.

E9: Eu acredito que, o que despende mais tempo, seja o apoio à família. Sinto que o apoio da família nos ocupa muito do nosso tempo. Não é algo relacionado diretamente com o doente. Tirando aquelas partes técnicas, dos cuidados de higiene, que sim, nós despendemos muito tempo para os cuidados de higiene. A maior parte do nosso tempo do período da manhã, é todo para os cuidados de higiene relacionado diretamente com o doente. Depois também temos a parte do apoio à família, que nos ocupa muito tempo. Mas sim, relacionado com o doente, nós dependemos muito tempo nos cuidados de higiene. Quando estamos a prestar cuidados de higiene a um doente e temos outro doente que até está a precisar de nós, não conseguimos a dar atenção a todos os doentes ao mesmo tempo, infelizmente. Portanto, metade do nosso turno é a prestar cuidados de higiene. Depois tem a parte do apoio à família, que também nos ocupa muito tempo. Então se tiver muitas famílias com muita necessidade de apoio psicológico, torna-se muito difícil. Até porque, as nossas visitas são abertas de manhã também e, temos muitas famílias que precisam de apoio logo desde a manhã, quando o doente está mal e torna-se difícil gerir tudo. Os rácios não o permitem, um enfermeiro gerir tudo. Apesar de termos uma auxiliar de ação direta connosco, nós é que temos de gerir tudo em relação ao doente, em relação à família. Pronto, é isso.

E: Como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho?

E9: Nós começamos logo...eu, pelo menos, falo por mim, começo logo, de manhã, portanto, começo logo de manhã, faço a visita aos doentes para tentar perceber se existe algum doente mais descompensado ou não e, a partir daí, tentar priorizar logo as necessidades, porque senão, o resto do turno acaba por ser caótico, uma vez que, temos que dar mais atenção a alguns doentes. Pronto, e o nosso rácio é de dez doentes para um enfermeiro e acaba por, quando temos doentes logo descompensados no início do turno, temos que lhe dar logo resposta, senão torna-se o turno mais complicado. E....

E: A questão era: como é que a falta de tempo influencia o seu turno de trabalho? É priorizando, foi isso que quis dizer?

E9: Sim, temos que priorizar, exatamente, é isso que eu quero dizer. Tem que se priorizar, desde o início do turno porque, se nós vamos despende o mesmo tempo com um doente que não precisa tanto daqueles cuidados naquele momento, depois já não conseguimos ter tempo para um doente que, realmente, esteja agudizado. E não deveria ser assim porque, todos os doentes, deveriam ter a nossa atenção durante o mesmo tempo, de igual forma para todos. Mas, infelizmente, isso não acontece, porque nós temos que dar mais atenção, em certos momentos, aos doentes que estejam mais descompensados. Acaba por ser assim, porque a falta desse tempo, acaba entre aspas, por passarmos menos tempo com alguns doentes e não deveria ser assim. Prestamos cuidados mais rápidos, não é que não se preste bons cuidados, mas são uns cuidados mais aquém, porque é logo mais rápido, para darmos mais atenção ao doente que esteja com algum sintoma associado e tenhamos que estar com ele com mais atenção. É um pouco isso.

E: O que considera prioritário quando se depara com a falta de tempo?

E9: Por exemplo, os cuidados diretos ao doente. A nível da parte de burocracia, registos de enfermagem, que isso é tudo importante para haver uma continuidade de cuidados e para ficar registado aquilo que nós prestamos, é sempre a última coisa que faço. Porque nós temos que dar prioridade ao doente e pronto, depois acabamos por ter que deixar isso para último. O que não deveria ser assim, porque aquilo que nós prestamos devemos registar tudo direitinho a tempo e horas o que, na maior parte das vezes, não acontece. Muitas vezes, fico um pouco até depois da hora, para acabar toda a parte burocrática que tem que ser feita no turno, senão, se não mostramos burocracias, significa que não fizemos nada. Porque o que se, depois, nos turnos seguintes, é a burocracia. Se não escrevo alguma coisa, se não registo alguma coisa, o colega seguinte, não sabe que isso aconteceu. Portanto, o que priorizo é logo os cuidados direto ao doente e o que fica mais aquém, são sempre os pontos burocráticos do turno.

E: Se tivesse mais tempo, em que tipo de intervenções investiria mais?

E9: No trabalho com a família, é logo a primeira. E o trabalho com os doentes. Lá está, como disse há pouco, nós acabamos por deixar um pouco mais de lado aqueles doentes que não estão tão agudizados. Damos-lhe todas as atenções, claro, e todos os cuidados, no entanto, aqueles doentes que estão mais descompensados, têm que ter mais a nossa atenção. Nós temos que dividir o tempo assim, mesmo.

Mas, pronto, trabalhava mais com as famílias, porque as famílias precisam muito, muito, desse trabalho psicológico. Apesar de termos a parte da equipa de psicologia, muito do nosso trabalho também passa pelas famílias, na parte de enfermagem. E pronto, com os doentes, diretamente, a parte psicológica dos doentes também. Trabalhava mais nisso.

E: Que tipo de emoções experiencia quando se depara com a falta de tempo para realizar todas as suas intervenções?

E9: Revolta. Revolta, sim. Alguma ansiedade, nervosismo, mas a maior parte do tempo revolta, é isso. Um bocado de revolta, porque não deveria ser assim. Deveríamos ter tempo para a prestação excelente de cuidados e não dá.

E: Considera que essa falta de tempo contribui para a desmoralização?

E9: Sim, contribui. Contribui porque...pronto, eu gosto de prestar os cuidados de excelência ao doente. Se não consigo, eu acabo o meu turno a pensar que poderia ter dado melhor, poderia ter feito melhor pela aquela pessoa, e não conseguindo isso. Fico desmoralizada, desmotivada, porque nós, desde a nossa formação, o nosso percurso profissional, passa sempre pelos cuidados de excelência. Tudo aquilo que aprendemos é a prestação dos cuidados de excelência e depois isso, na prática, não se aplica, porque a falta de tempo...por causa dos rácios, porque o rácio enfermeiro/doente é pouco. São poucos enfermeiros para o número de doentes que temos e isso influencia. Abamos por não conseguir, não é que seja diretamente, não é que nós não queiramos prestar cuidados de excelência, que queremos, mas não conseguimos. E isso é revoltante.

